

Este exemplar corresponde à redação final da Tese ou Dissertação (para o mestrado) defendida por Liliana Alves Magalhães e aprovada pela Comissão Julgadora em 15 de setembro de 1989.

Data: 15, 09, 89

Assinatura: [Assinatura]

LILIAN VIEIRA MAGALHÃES

OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL:
SOB O SIGNO DA CONTRADIÇÃO

UNICAMP
CAMPINAS

1989

LILIAN VIEIRA MAGALHÃES

OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL:
SOB O SIGNO DA CONTRADIÇÃO

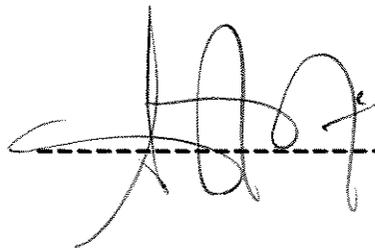
Dissertação apresentada como exigência parcial para a obtenção do Título de Mestre em Educação (na área de Administração e Supervisão Educacional) à Comissão Julgadora da UNICAMP, sob a orientação do Prof. Dr. Nilson Joseph Demange.

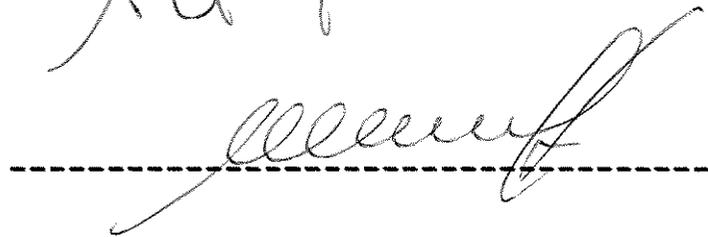
UNICAMP
CAMPINAS

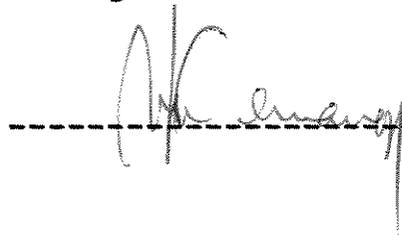
1989

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

COMISSÃO JULGADORA

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke, positioned above a dashed horizontal line.

A cursive handwritten signature in black ink, featuring a series of connected loops and a long horizontal stroke, positioned above a dashed horizontal line.

A handwritten signature in black ink, appearing to start with a large 'A' and followed by several loops, positioned above a dashed horizontal line.

*Este trabalho foi iluminado pela
garra de cinco homens que com a
turbulência do afeto masculino
criaram em mim as condições para
enfrentar indagações e buscar
respostas.*

*Almiro, Dani, Hiro, Sergio e Tito;
amo vocês!*

CAPÍTULO I

A FORÇA DE TRABALHO EM SAÚDE: CONDICIONANTES HISTÓRICOS, CULTURAIS E ECONÔMICOS

As práticas de saúde exercidas atualmente são fruto de larga evolução histórica. Os homens aprimoraram seus procedimentos para lidar com a natureza, ao que tudo indica, através da relação com a própria natureza.

"As práticas de Saúde eram instintivas e, possivelmente também apreendidas pela observação do comportamento de animais inferiores... Lavar as feridas, lambe partes do corpo, refugiar-se do frio intenso... são comportamentos também presentes em outras espécies." (Rezende:1986:14).

AGRADECIMENTOS

Desejo expressar minha especial gratidão ao prof. Dr. Nílson Joseph Demange pela fraterna acolhida a um tema tão específico e desconhecido. Sua atenta orientação é a prova viva de que pouco a pouco as investigações não-convencionais ganham espaço na academia.

Meu agradecimento especial aos docentes e alunos do departamento de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Não poderei retribuir a generosidade e a confiança demonstrada ao me proporcionarem condições especiais de trabalho e dedicação durante à interminável redação deste trabalho.

À clientela dos Serviços de Terapia Ocupacional por onde já passei. Vertiginosa viagem.

RESUMO

O presente estudo pretende verificar as características da profissionalização dos terapeutas ocupacionais no Brasil.

Através de investigação sobre os instrumentos que disciplinam o exercício profissional da Terapia Ocupacional (leis, portarias, pareceres, etc...) são examinados os eventuais nexos entre a "fala legal" sobre a profissão e sua efetiva inserção no mercado de trabalho brasileiro.

A terapia através do trabalho e seus agentes, os terapeutas ocupacionais, oferecem um testemunho exemplar das contradições criadas pelos diversos projetos de disciplina-
rização da sociedade.

Historicamente o trabalho vem sendo manipulado pelos diversos aparelhos do Estado através de um discurso misticador que enaltece seus benefícios enquanto apropria-se dos seus resultados. Deste modo, há marcadas semelhanças entre a acidentada história dos terapeutas ocupacionais e a persistente luta dos demais trabalhadores brasileiros por cidadania e apreço social. Dessa convergência de propósitos resulta a análise que este trabalho procura realizar.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I	22
- A força de trabalho em Saúde: condicionantes históricos, culturais e econômicos	23
CAPÍTULO II.....	37
- Estado e regulamentação profissional no Brasil	39
- A intervenção estatal no Brasil: a legislação profissional como estratégia de controle social	45
- O Estado brasileiro e a formação de pessoal para a Saúde	51
CAPÍTULO III.....	51
- O trabalho como recurso terapêutico: origens	51
- O exercício organizado da Terapia Ocupacional	59
CAPÍTULO IV	71
- Os Terapeutas Ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição	71
- A Terapia Ocupacional no Brasil	71
- A formação dos primeiros monitores	77
- O movimento internacional de reabilitação e os primeiros cursos	82
- O papel das organizações de defesa da categoria	85
- Os terapeutas ocupacionais e o sindicalismo	96
- A "fala" dos textos legais	101
- As disputas por espaço de atuação	112
CAPÍTULO V	114
- A produção e a reprodução do saber em Terapia Ocupacional	114
CONCLUSÃO	129
BIBLIOGRAFIA	136
ANEXOS	

*Para a pequenina
Raquel Aros Pinto
que partiu tão cedo...
e virou estrela....*

APRESENTAÇÃO

Por insondáveis razões a vida me fez abraçar uma daquelas profissões costumeiramente chamadas de "femininas". Pelas mesmas insondáveis razões o que estava previsto como uma atividade doméstica e acomodada, lidando com uma clientela negligenciada e realizando um subalterno trabalho de "recauchutagem" social, me lançou, na verdade, numa roda-viva de intensa militância política, sincera indignação e conturbado crescimento pessoal.

É curioso observar que as amarras tecidas sobre determinados grupos sociais muitas vezes (quase sempre) determinam as condições de insubordinação desse mesmo grupo. Sou terapeuta ocupacional. Esta é uma profissão nascida da necessidade que as sociedades sempre sentiram de domesticar e desarticular os grupos considerados "diferentes" e, portanto, perigosos. Paradoxalmente, as mesmas mulheres "pacientes

e caridosas" destinadas a essa tarefa várias vezes se rebelam em seus anônimos cotidianos nas caóticas instituições que compõem o sistema de saúde brasileiro, e recriam em seu microcosmo a surda batalha travada pela maioria espoliada da população. Sem que qualquer das partes envolvidas assuma que existe de fato um combate, sem que se possa estimar, a cada momento, as conquistas e as derrotas.

Este trabalho acadêmico, que por força das características da atividade universitária é um exercício solitário, tem a insólita pretensão de resgatar uma história coletiva. Ou, ao menos, de construir uma interpretação pessoal de uma trajetória que foi dolorosa e intensamente construída por mulheres. Confusas, corajosas, solidárias, belicosas.

Embora centrado na investigação sobre um tema maçante e árido, a legislação de uma corporação profissional, ele inspira-se, na verdade, na ação emocionada de várias mulheres, terapeutas ocupacionais ou não, que empenharam-se, envolveram-se ou simplesmente iluminaram o meu engajamento na tentativa coletiva de construção de um grupo profissional qualificado.

Nesses quatorze anos eu convivi diariamente com elas, às vezes unidas, em certas ocasiões como adversárias, quase sempre imersas no caos que caracteriza a ordenação social e política do nosso país.

A responsabilidade integral pelas análises aqui contidas é, obviamente, minha, mas a primeira pessoa do plural que eu passarei a utilizar é a pequena homenagem que eu presto a estas mulheres que me fascinaram com seu entusiasmo e sua persistência.

Várias vezes refiro-me, no trabalho, a episódios onde eu estive intensamente envolvida. E sujeita aos acertos e equívocos a que toda ação humana está exposta. Mais do que uma investigação empírica de rígida ordenação metodológica, esse trabalho procura fixar a intervenção social e política que derivou na criação de uma categoria profissional plena de equívocos e de virtudes. Uma história que não foi escrita só por mim, mas pela terna Maria José (minha mãe), pela Vânia, pela Sandra, pela brava Camila, pela Ruth Joffily, pela Berê, pela Florinda, pela Irene, pela Léa, pela Fátima, pela Tania Terra, pela Nise, por minha leal Sonia, pela Helô Penna Franca, pela tigresa Angelina, pela Yolita e por tantas outras mulheres dignas e persistentes que compõem a sofrida e comovente história do trabalho feminino no Brasil.

usualmente percorridos pelas demais carreiras da Saúde, não conseguiram lograr o mesmo reconhecimento já alcançado pelas referidas carreiras.

A opção por esse tema, deveu-se, entre outros motivos, à nossa própria militância na organização das entidades encarregadas de representar os terapeutas ocupacionais no Brasil. A experiência adquirida em treze anos de atuação nessas associações profissionais nos trouxe, pouco a pouco, indagações que nos impeliram a investigar certos contornos do nosso projeto de consolidação do exercício profissional.

Não nos propusemos realizar uma análise dos resultados práticos da implementação da Terapia Ocupacional em nosso país. Nosso objetivo foi elucidar o projeto político que norteou o surgimento e o desenvolvimento dessa corporação profissional, por acreditarmos que esses pressupostos conferem, mais que qualquer propósito alegado de desenvolvimento da ciência e da tecnologia da Saúde, as reais possibilidades de intervenção social de que cada categoria profissional dispõe.

Examinando os modelos de organização da corporação adotados pelos terapeutas ocupacionais brasileiros é possível constatar que a categoria pretendeu, desde cedo, alcançar prerrogativas e benefícios jurídicos e sociais atribuídos a outros grupos profissionais, sem avaliar, entretanto,

a contrapartida ideológica que essas prerrogativas exigiam. Ansiosos por fornecer um status de cientificidade à sua prática profissional os terapeutas ocupacionais não hesitaram em apoiar-se no discurso científico (sobretudo de enfoque biológico) que prioriza os aspectos técnicos da atividade profissional, escamoteando, via de regra, as determinações que as relações de produção engendram na configuração de cada sociedade.

Durante muito tempo os terapeutas ocupacionais brasileiros pretenderam construir uma categoria profissional que pudesse, a um só tempo, intervir sobre a realidade concreta da sua clientela, sem, contudo, considerar quaisquer contradições entre os interesses das classes componentes dessa mesma sociedade. O resultado dessa pretensa "neutralidade" foi a consolidação de uma categoria profissional plena de lacunas e de ambiguidades. Ou omissões. Ainda que movida por admiráveis propósitos.

No presente trabalho acreditamos poder explicitar a vinculação entre os valores que justificam e legitimam certas contradições sociais e a conseqüente criação de diversos contingentes de pessoal voltados à difusão e reprodução desses valores. Deste modo talvez seja possível enunciar alternativas de análise e ação com vistas à superação da adversa conjuntura atual.

O lugar subalterno destinado aos terapeutas no mercado de trabalho guarda estreita relação com o subalterno lugar destinado às classes trabalhadoras no Brasil.

A terapêutica através do trabalho foi, desde logo, percebida enquanto vigoroso instrumento de mediação social. Logo, carece de cuidadoso controle. Extensivo a seus agentes. A revisão da subalterna condição atual dependerá, estamos convencidos, de uma detalhada revisão do percurso trilhado até aqui. E das novas alianças que formos capazes de realizar.

Geralmente subordinados aos demais profissionais de Saúde⁽¹⁾, no Brasil os terapeutas ocupacionais jamais estão presentes em comissões e assessorias governamentais. Também estão distantes dos gabinetes e agências controladas pela tecnocracia que atualmente dirige as ações de Saúde. Recebem salários que giram em torno de um salário mínimo mensal para 20 horas semanais de trabalho. Obrigados a trabalhar eternamente em instalações improvisadas e partilhadas com

(1) Há uma curiosa (e aparentemente arbitraria) hierarquia que disciplina o quadro técnico da maioria das instituições de saúde. Na ausência do médico, senhor "indiscutível" dos Serviços, a chefia é geralmente feita por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, pedagogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas, nessa ordem de preferência. São exceção os casos em que terapeutas ocupacionais, nutricionistas, musicoterapeutas ou outros técnicos assumem a liderança técnica dos trabalhos em equipe.

outras atividades o contingente profissional convive com um crônico êxodo que inicia-se já na graduação. É preciso assinalar, entretanto, que as mesmas razões apontadas pelos que abandonaram o exercício da profissão são alegadas pelos que permanecem e resistem. Afinal, os compromissos políticos (assumidos ou não) costumam, além das demandas do mercado de trabalho, nortear as escolhas vocacionais e é possível que aí resida o traço mais significativo do perfil deste grupo profissional: ora manipulados pela retórica governamental, ora absolutamente esquecidos e outras vezes meramente tolerados pelo Estado, os terapeutas ocupacionais guardam diversas semelhanças com certa parcela da população brasileira a qual (apesar dos equívocos) têm teimado em assistir. Visto dessa perspectiva o quadro não é inteiramente desolador. É esse percurso contraditório e dinâmico que pretendemos focalizar.

A opção metodológica

Um dos mais relevantes aspectos de toda investigação científica é a definição do tipo de envolvimento que caracterizará a relação entre o pesquisador e seu objeto de estudo. Sendo assim, a opção por determinada metodologia ou ain-

da a delimitação dos objetivos de um estudo revelam, em última análise, os propósitos políticos que norteiam o raciocínio do pesquisador, suas posturas enquanto elemento constitutivo do contexto social em que se desenvolve a pesquisa, enfim, a quem ou a que grupos ou frações da sociedade o pesquisador espera com o seu trabalho oferecer contribuição.

No caso desse estudo, através de um enfoque histórico e estrutural, assumimos a proximidade (e porque não admitir, cumplicidade?) com certos aspectos ou tendências do material focalizado. Ao contrário de Guba et Lincoln (apud Ludke et André, 1986:40), acreditamos que a análise documental pode fornecer dados importantes sobre os fenômenos observados. É verdade que os documentos não representam a totalidade factual dos acontecimentos de um dado contexto, todavia, eles expressam com clareza as intenções, ou ainda as contradições dos vários elementos envolvidos na situação estudada. É assim que o estudo propõe o resgate da documentação escrita concernente à problemática já delimitada anteriormente, visando sua análise detalhada e buscando verificar eventuais convergências e divergências entre os referidos expedientes legais e a realidade objetiva. Admitindo-se que através dos documentos (leis, decretos, portarias, acórdãos, etc...) o Estado declara seus propósitos, a questão é: por quem fala o Estado? A quem ele representa? Quem assume a palavra quando o Estado silencia ou se omite?

É necessário ainda esclarecer que este estudo pretende contribuir para a construção de um marco teórico interpretativo com vistas à superação de uma realidade apreendida como perversa. É para a transformação das circunstâncias encontradas que se dirige o interesse da investigação e, como tal, é possível a sua inserção na totalidade dos movimentos de avanço político e social. Ainda que se admita que a sua condição de estudo de caso signifique "uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada", conforme mostram Ludke e André (op. cit.:21), a contextualização que procuramos realizar de nosso objetivo de pesquisa permitirá inferir implicações mais amplas, como hipóteses de trabalho aos interessados.

No Capítulo I procuramos esboçar as bases sócio-culturais que parecem ter originado as atuais profissões da área da Saúde. Tentamos focalizar tanto o chamado discurso oficial quanto as eventuais tentativas de subverter a ordem estabelecida, a exemplo das primeiras práticas populares de Saúde.

No Capítulo II discutimos a evolução de uma política de profissionalização no Brasil como parte de uma estratégia global de intervenção do Estado na consolidação de um modelo restritivo de cidadania.

No terceiro capítulo passamos a focalizar o caso da Terapia Ocupacional em maior detalhe, visando esclarecer as raízes dessa prática, bem como apontar as características de sua institucionalização enquanto profissão estabelecida.

O capítulo seguinte aborda as peculiaridades da implantação da profissão de terapeuta ocupacional em nosso país. O enfoque principal da análise aponta para o caráter marginal e subalterno que a profissão assume no quadro brasileiro de profissões. A formulação de documentos e dispositivos legais sobre a atividade do terapeuta ocupacional é examinada visando avaliar a eficácia desses documentos no almejado fortalecimento da categoria entre as demais carreiras da Saúde.

No quinto e último capítulo fazemos uma breve investigação sobre a produção e a reprodução do saber em Terapia Ocupacional. A fragmentação da categoria em múltiplos grupos que lutam pela liderança de todo o contingente profissional e a adoção de modelos "científicos" de atuação sem a definição de pressupostos político-filosóficos são examinadas na tentativa de localizar eventuais alternativas à precária situação atual da formação de novos terapeutas ocupacionais.

Ao concluir o trabalho procuramos fornecer uma visão geral da profissão, bem como apontamos algumas estratégias que julgamos adequadas à superação dos problemas iden-

tificados.

Os dados apresentados na pesquisa foram levantados principalmente nas seguintes fontes: legislação federal que dispõe sobre a profissão de Terapeuta Ocupacional, nos arquivos da Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB), informações fornecidas pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - 3ª região, Boletins Informativos publicados pela CREFITO - 3ª região (a análise foi feita sobre o período 1983-88)⁽²⁾ e, finalmente nos arquivos pessoais que acumulamos durante nossa participação na diretoria da ATOERJ (Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Rio de Janeiro) e da ATOB (de 1977 a 1983).

(2) A 3ª região do CREFITO abrange os estados de São Paulo, Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Acre. Segundo informações do próprio CREFITO esta região abriga mais de 50% dos terapeutas ocupacionais de todo o país.

INTRODUÇÃO

O grau de prestígio obtido por um grupo profissional no interior de uma sociedade é decorrente da conjugação de diversos fatores. O reconhecimento público pode derivar da necessidade social que aquela tarefa satisfaz, mas pode derivar também da desenvoltura que o próprio grupo profissional demonstra para garantir e perpetuar certos privilégios e monopólios. Estes benefícios podem ser obtidos através, por exemplo, do rígido controle sobre a entrada de novos indivíduos na corporação profissional ou ainda das alianças que esse mesmo grupo estabelece com setores hegemônicos da sociedade.

O presente estudo partiu da necessidade de verificar quais as características da profissionalização dos terapeutas ocupacionais no Brasil, uma vez que embora esses profissionais tenham trilhado todos os itinerários jurídicos

econômicas, morais, etc... (3), observamos um significativo silêncio sobre os atores dessas referidas práticas. Muito maior quando se trata daqueles que empregavam métodos e técnicas vinculadas ao uso de atividades ou ocupações, principal foco de nosso interesse.

A dificuldade de obter fontes que abordem essa problemática é agravada quando se considera a questão da hierarquização desses serviços (ou servidores), que parece estar presente não só sob o modo de produção capitalista, mas em todas as sociedades humanas.

Embora sejam relativamente frequentes as alusões feitas a escravos e auxiliares encarregados das tarefas adicionais do cuidado dos doentes, é dada prioridade à caracterização das ações dos médicos ou curandeiros que "lideravam" essas ações. Pouco ou quase nada se diz sobre os demais componentes do que poderíamos qualificar como o germe das atuais "equipes" de saúde.

Alguns autores fazem referências aos primórdios da divisão das atividades de cuidado e cura dos doentes:

(3) Nesse aspecto assinalamos a inestimável contribuição das obras de Foucault, Castel e Szasz, entre outras.

"Os curadores, marcados pela divindade por deterem o poder de interpretar, não se ocupavam das ações simplificadas. Estas cabiam aos seus ajudantes anônimos." (Rezende:1986:40).

Esses anônimos, de que fala Rezende, são, na sua maioria, desde a Antiguidade, os escravos e as mulheres. Esse fato parece ter sido determinado pela clássica distinção entre o trabalho superior (ligado à especulação, à reflexão, às interpretações dos fenômenos físicos e espirituais) que foi tradicionalmente exercido pelas elites (quase sempre constituída pelos homens) e pelos trabalhos manuais e não especializados (geralmente destinados às mulheres e aos escravos), conforme assinala Silva:

"O cuidado ao doente, passa a contar também com o auxílio de escravos, nas famílias de posse. Esta última tarefa, estava intimamente associada ao sexo feminino, explicando-se tal fato pela semelhança desse cuidado com as atividades domésticas." (Silva:1986:34).

A hierarquia entre os que se ocupavam das ações de Saúde é encontrada não só em termos das atividades de cuidado dos doentes, mas também à clientela atendida:

"Entre médicos e cirurgiões, já existia, sem dúvida, uma hierarquia que estava entranhada nas instituições: mas se ela derivava de uma diferença primeira no domínio objetivo de sua atividade, é agora deslocada para o índice qualitativo desta atividade.

Esta atividade tem um correlato objetivo: os oficiais de Saúde deverão cuidar do "povo industrioso e ativo". Admitia-se no século XVIII, que as pessoas do povo, e sobretudo do campo, tendo uma vida mais simples, mais moral e mais sã eram afetados por doenças externas, que exigiam o cirurgião. A partir do ano XI,⁽⁴⁾ a distinção torna-se sobretudo social: para cuidar do povo, afetado muitas vezes por "acidentes primitivos" e por "simples indisposições", não é necessário ser "sábio e profundo na sua teoria"; o oficial de saúde bastará." (Foucault:1980:92).

Assim, compartimentalizados em funções distintas e até em clientela distintas, os antigos profissionais de

(4) Aqui Foucault refere-se ao calendário republicano que vigorou na França entre 1793 e 1806. O ano XI seria, portanto, o ano de 1804 em nosso calendário.

Saúde recebiam formação compatível com o exercício subalterno que deles se esperava. Michel Foucault (1980) assinala as características da formação na França pós-revolucionária. A preparação dos médicos, socialmente reconhecidos à época como líderes naturais dos que se dedicavam ao cuidado dos doentes, será feita através de um ensino teórico e uma prática clínica. Os doutores serão, portanto, submetidos a exames de anatomia, fisiologia, patologia e nosografia, além de testes em medicina legal e higiene. Deverão comprovar ainda um período superior a cinco anos na condição de alunos ou ajudantes privados de um doutor.

Na preparação do pessoal destinado às funções de oficial de Saúde somente serão exigidos cinco anos de prática.

"A prática exigida do oficial de Saúde é um empirismo controlado, saber fazer depois de ter visto; a experiência é integrada ao nível da percepção, da memória e da repetição, isto é, ao nível do exemplo. Na clínica, trata-se de uma estrutura muito mais sutil e complexa, em que a integração da experiência se faz em um olhar que é, ao mesmo tempo, saber; é toda uma nova codificação do campo dos objetos que intervém. Abri-se-á a prática aos oficiais de saúde, mas preservar-se-á aos médicos a iniciação à clínica." (Foucault: 1980:92-3 [grifos do autor]).

Não é de estranhar que ainda hoje os terapeutas ocupacionais, bem como os demais profissionais de Saúde, estejam às voltas com infindáveis batalhas com os médicos nas disputas por acesso às academias de ciências, associações de Psicanálise e demais circuitos de criação e transmissão de conhecimento clínico.

É importante assinalar, que as estratégias de luta - nem sempre explícitas - adotadas com o intuito de viabilizar a hegemonia de certos grupos sobre outros devem ser tomadas em seu sentido dinâmico. Vale dizer que precisamos analisar a trajetória dos grupos dominantes (hegemonia) mas também a resistência que encontram, por parte daqueles a quem pretendem subjugar (contra-hegemonia)⁽⁵⁾.

Na história das ações de Saúde vamos encontrar vários episódios que mostram os esforços realizados na direção contrária aos poderes estabelecidos.

No seu famoso estudo sobre a Inquisição e o movimento de Saúde Mental, Thomas Szasz apresenta novos contornos à problemática do monopólio sobre as práticas de Saúde e suas explicações científicas e/ou espirituais. Szasz investiga os

(5) A esse respeito, é interessante observar a contribuição de Gramsci no que tange à análise das relações entre sociedade civil e sociedade política, estratégias de coerção, etc... Ver Gramsci (1982), Portelli (1977) e Luz (1986).

mecanismos utilizados pelos inquisidores na tentativa de fazer cessar o crescente questionamento aos dogmas religiosos da época. Movidos pelos contatos entre povos distantes provocados pelas Cruzadas, pela crise do contrato feudal, pelo crescimento do mercantilismo e pelo crescimento de uma população urbana, as pessoas começaram a "procurar respostas novas para os problemas da vida. Discutiam a autoridade clerical e começavam a depender cada vez mais da observação e da experimentação. Assim nasceu a ciência moderna, o que preparou o ambiente para o adiado conflito entre ela e a Teologia." (Szasz:1976:34).

O surgimento da figura da feiticeira e sua posterior perseguição são um admirável exemplo das controvérsias entre o poder estabelecido e as dissidências.

O Papa Inocência VIII promulga em 9 de dezembro de 1484 os decretos que destinavam-se à disciplinarização dos hereges. As bruxas ou feiticeiras, mulheres consideradas perigosas à fé católica por adotarem métodos estranhos à Igreja foram identificadas como causadoras dos distúrbios crescentes verificados nas concentrações urbanas em formação:

"São principalmente as mulheres que 'são dedicadas a Superstições Perversas'... A razão para que as bruxas sejam usualmente mulheres é que 'toda feitiçaria decorre da luxúria carnal, e nas mulheres esta é insaciável.' E a razão pela qual os homens

são protegidos desse crime nefando é que Jesus era um homem'... () O Malleus é, na verdade, uma espécie de teoria científico-religiosa da superioridade masculina, justificando - e, na realidade, exigindo - a perseguição das mulheres como membros de uma classe inferior, pecadora e perigosa de indivíduos."

(*Malleus Maleficarum*, documento redigido por dominicanos inquisidores, apud Szasz, 1976:36) [grifos do autor].

Haveria, entretanto, condicionantes sociais e econômicos para o surgimento de um grande número de mulheres voltadas à chamada feitiçaria branca. O elevado preço cobrado pelos médicos árabes ou judeus⁽⁶⁾ e acessível somente aos ricos obrigava a população a recorrer às igrejas para receber a aspersão de água benta. Além disso, a mulher, confinada ao ambiente doméstico, era impedida de relacionar-se com os médicos (homens) e contar-lhes seus segredos.

"Na realidade, o mago ou mais frequentemente a feiticeira, constituía um tipo de terapeuta pré-

(6) Os médicos católicos estavam ligados às instituições seculares, o que vinculava seus serviços à família real e à nobreza de cada país.

científico, que combinava os papéis de praticante da Medicina, Sacerdote e bom vizinho... seu valor para a comunidade estava no fato de ser conhecida e aceita, e era chamada em casos de doença e perturbação, quando nenhum estranho, por mais versado que fosse, seria consultado.

...Esta era muitas vezes chamada a Boa Senhora, ou a Senhora Bela, a Bella Donna - o nome de um de seus medicamentos, ainda hoje usado pelos médicos." (Szasz:1976:114).

Szasz assinala ainda que a ação da feiticeira branca era frontalmente contrária à autoridade estabelecida pela Igreja que condenava suas poções de ervas e seus conselhos aos aflitos:

"Ao auxiliar os fracos a feiticeira tendia a minar as hierarquias estabelecidas de domínio - do sacerdote com relação ao penitente, do senhor com relação ao camponês, do homem com relação à mulher. Aqui reside a principal ameaça da feiticeira à Igreja. E essa é uma das razões pelas quais, no século XV, a Igreja se dispôs a destruí-la." (Szasz:1976:118).

A luta oficial pelos monopólios de atuação profissional parece possuir, portanto, raízes remotas. A ligação entre as corporações médicas e a igreja da Idade Média e a

caça às bruxas que resultou na perseguição e morte de milhares de pessoas são um irrefutável exemplo da defesa de interesses econômicos e ideológicos de certos grupos em detrimento ao conhecimento acumulado por outros.

"Por isso, Nós (...) decretamos e ordenamos que os já mencionados Inquisidores tenham o poder para proceder à justa correção, ao encarceramento e ao castigo de quaisquer pessoas, sem embaraço e impedimento, e de todas as maneiras, como se as províncias, as cidades, as dioceses, os distritos, os territórios e até as pessoas e seus crimes desse tipo tivessem sido nomeados e especificamente indicados em Nossas palavras." (Papa Inocência VIII, 1484 apud Zsasz:1976:35).

As práticas de Saúde evoluíram com a sociedade moderna mantendo suas características classistas e hierarquizadas (no que tange à sofisticação dos serviços oferecidos aos ricos e à precariedade dos destinados aos pobres). O surgimento do alienismo e as descobertas científicas ocorridas nos séculos XVII e XVIII contribuíram para ampliar a abrangência dos serviços de Saúde (são desse período as descobertas da circulação sanguínea, a invenção do microscópio, o uso da anestesia por éter, entre outras inovações) (Singer, 1981:19).

A Revolução Industrial, no fim do séc. XVIII veio trazer, no entanto, espantosas modificações no campo da Saúde. O deslocamento de grandes contingentes populacionais do campo para a cidade provocou uma avalanche de novos problemas. Por volta de 1840 a Europa foi varrida por epidemias de tifo, cólera e febre recorrente, além do crescente alcoolismo e da delinquência. Era preciso agir com presteza para garantir a força de trabalho necessária ao crescimento das indústrias. Em todos os quadrantes da Europa surgem os Serviços de Saúde controlados pelo Estado (cf. Singer, cap. II, op. cit.).

Ao final do século XIX o "direito à Saúde" passa a fazer parte das reivindicações do movimento operário de toda a Europa e também nas Américas.

As crescentes pressões dos movimentos operários de influência socialista dão origem a diferentes respostas por parte do Estado e do empresariado. Surgem os seguros-Saúde, a lei de aposentadoria por invalidez e os seguros contra acidentes. Essas providências, nas quais o Estado responde com intenções claramente controladoras, juntar-se-ão aos aspectos econômicos: o progresso tecnológico permite o aparecimento de novos produtos e serviços na área de Saúde:

"Os 'novos produtos', criados a partir da 2a. Revolução Industrial, acabaram embora com algum retardo, se incorporando ao padrão de vida da classe

operária dos países industrializados e também (embora de modo contraditório e intermitente) nos países em processo de industrialização tardia." (Singer:31, op. cit.).

O aperfeiçoamento das leis de mercado sobre o modo de produção capitalista foi, desde então, acompanhado pela demanda por "serviços" e "produtos" de Saúde por parte de setores crescentes da população. As respostas dadas pelos diversos Estados a essas demandas e o tipo de articulação entre os serviços oferecidos à população produziu modelos distintos de intervenção profissional. Além de indicadores de Saúde por grupo ou por classe social, que ainda hoje dependem do avanço obtido pelos movimentos operários ou das respostas autoritárias do Estado⁽⁷⁾.

A crescente institucionalização dos serviços de Saúde associada à proliferação de bens de consumo nesta área determinou a reiterada divisão do trabalho nesse setor. Os E.E.U.U. apresentavam em 1970 cerca de 225 profissões de Saúde devidamente regulamentadas. (c.f Johnson, 1979:126). A natureza da intervenção política de cada grupo profissional

(7) Merhy (1985), Luz (1986), Singer (1981) e Donnangelo (1975 e 1976) realizaram extensas investigações sobre esse tema, focalizando o caso brasileiro.

(ou sub-grupo, no caso da categoria específica) no seio das diversas sociedades constitui, de fato, a história de cada corporação. Os vários condicionantes para a formação da força de trabalho nessa área não podem ser tomados de modo isolado sob pena de induzir-nos a grosseiras generalizações.

O fato dos serviços de Saúde terem sido compostos na sua grande maioria sob o controle dos médicos (profissão exercida por homens) e sob o auxílio de categorias subalternas e sub-qualificadas (na sua maioria mulheres e homens de reduzida instrução) não significa de per si que esses mesmos serviços tenham evoluído de modo linear e homogêneo.

A caça às feiticeiras brancas na Idade Média é um significativo exemplo de desacordo e rebelião e está longe de ser um fato isolado. Outro exemplo é o debate e as rupturas ocorridas na corporação médica durante o alienismo.

Pinel e Esquirol, antes colaboradores e, de certo modo, correligionários, acabaram influenciando e criando escolas de terapia divergentes⁽⁸⁾.

(8) A esse respeito são várias as obras a serem consultadas, mas são fundamentais as pesquisas de Castel, Foucault, Szasz e Canguilhem, entre outros.

Outro privilegiado exemplo é o trabalho desenvolvido por S. Freud e seus colaboradores. Muitos dos quais tornam-se também, adversários mais tarde, na marcha da História.

"Nessa humanidade central e centralizada, efeito e instrumento de complexas relações de poder, corpos e forças submetidas por múltiplos dispositivos de "encarceramento", objetos para discursos que são eles mesmos elementos dessa estratégia, temos que ouvir o ronco surdo da batalha". (Michel Foucault, 1975:269).

CAPÍTULO II

ESTADO E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL NO BRASIL

A articulação entre o Estado e o mercado de profissões⁽⁹⁾ tem sido justificada pela necessidade de proteção do título profissional, bem como da proibição, por parte do Estado, do exercício de determinadas funções sociais sem prévia habilitação que garanta à comunidade a qualidade do serviço oferecido.

(9) O termo profissões tem sido utilizado em dois principais sentidos: num plano mais limitado referindo-se às ocupações de sacerdócio ou que não envolviam diretamente comércio ou trabalho normal. Mais recentemente a expressão refere-se às ocupações que exigem conhecimento e habilidade especiais, obtidos através de formação em instituição devidamente qualificada (Dicionário de Ciências Sociais, 1986).

A bibliografia que aborda o tema é divergente no que tange ao tipo de análise aplicada. Marinho (1986) mostra que há pelo menos dois grupos de estudos na área: em primeiro lugar os trabalhos que propõem-se a definir o que é profissão, de outro lado encontram-se as obras destinadas a investigar o processo de profissionalização.

No âmbito desse estudo procuramos adotar a segunda perspectiva.

Trata-se aqui de observar de que maneira foi edificada a profissão de terapeuta ocupacional tal como esta encontra-se estabelecida hoje, no Brasil.

Para a execução dessa tarefa parece oportuno realizar primeiramente um exame do quadro mais geral onde se insere a regulamentação profissional dos terapeutas ocupacionais em nosso país. Vamos a isso.

**A Intervenção Estatal no Brasil:
a Legislação Profissional como estratégia de
controle social**

Ao sugerir o conceito de cidadania regulada Santos (1987) mostra que a política econômico-social do Brasil pós-30 centrou seus esforços na tentativa de controlar as demandas dos trabalhadores com relação ao processo de acumulação.

O Estado brasileiro precisava criar mecanismos que permitissem conciliar o avanço da diferenciação industrial, que exigia uma atuação mais complexa que a tradicional política de proteção ao setor cafeeiro, com a crescente mobilização sindical decorrente da nova composição das massas urbanas a partir da imigração internacional e intensa migração interna.

"Com efeito, entre 1893 e 1927, é possível relacionar pelo menos cinco leis repressivas da atividade político-sindical do operariado urbano, todas visando, sobretudo, a expulsão de trabalhadores estrangeiros por motivos de militância sindical. Atribuía-se à infusão da experiência sindical europeia na vida operária brasileira, via imigração, a responsabilidade pela crescente mobilização da

força de trabalho urbano." (Santos, 1987:65).

Deste modo, através da criação de mecanismos constitucionais é articulada uma prática política que permite controlar a ordem social e reorganizar o processo acumulativo. Através de um sistema de estratificação ocupacional definido por norma legal, "são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade," (Santos, 1987:68).

A disseminação do conceito de cidadania regulada, ainda segundo Santos, está plenamente comprovada pela permanente pressão (ainda hoje verificada) de diferentes setores da sociedade que reivindicam a regulamentação de suas atividades e o conseqüente acesso a benefícios e reconhecimento do poder público provenientes da referida regulamentação.

A legislação sindical de 1931 e os decretos posteriores tratam de cristalizar a intervenção e centralização do Estado nas atividades políticas e formas de organização dos trabalhadores.

A constituição de 1934 assegura o "livre exercício de qualquer profissão, observadas as condições de capacidades técnica e outras que a lei estabelecer, ditadas pelo interesse público" (art. 113, item 13 - apud Spink:1985:26).

A partir desta formulação bastante contraditória - livre exercício x condições de capacidade técnica e interesse público - o Estado passa a assumir a fiscalização do ensino e abertura de novos cursos.

A crescente centralização de poder estatal na organização das profissões é cristalizada na reforma universitária de 1968, que através do Conselho Federal de Educação estabelece a fixação de currículos mínimos nacionais, bem como a fixação do número de vagas para os novos cursos e aprovação dos quadros docentes. Esta providência associou-se à transformação dos poderes de fiscalização e controle do exercício profissional dos Conselhos corporativos vinculados ao Ministério do Trabalho.

Medidas posteriores como o controle do salário profissional e o enfraquecimento do sistema sindical através de severa repressão após o golpe militar de 1964 ampliaram o centralismo estatal e determinaram as bases reivindicatórias que nortearam as expectativas dos grupos profissionais por maior amparo e reconhecimento legal por parte do governo. (Cf. Santos:1987).

A orientação centralizadora do Estado brasileiro está manifesta na legislação trabalhista.

Através de vários decretos-leis ou mesmo através de medidas de exceção o Estado brasileiro vem, desde o Estado Novo, disciplinando (e controlando) as entidades com atribuição de fiscalização e credenciamento profissional, inclusive os sindicatos. A única exceção é feita à OAB - Ordem dos Advogados do Brasil:

"Esta foi considerada (após várias reações contra os decretos e leis citados, que também a incluíam como instituição vinculada ao Ministério do Trabalho) instituição sui generis, sob o argumento de que sendo órgão complementar e auxiliar do poder judiciário, sujeitá-la ao poder executivo seria, em última análise, quebrar o princípio constitucional de independência dos poderes da União."
(Ruy de Azevedo Sodré apud Marinho, 1986:99).

Deste modo, através do Decreto-lei nº 200, de 25/02/67 que "reorganizou" a administração federal, foram atrelados ao Ministério do Trabalho todos os Conselhos e Sindicatos com atribuição de representação ou fiscalização das profissões liberais. (Cf. Marinho, op. cit.:98).

Neste particular é necessário assinalar que embora essas entidades sejam compostas e presididas pelos próprios profissionais, o que, em princípio caracterizaria uma certa autonomia da corporação em relação ao Estado, são inúmeras as intervenções em Sindicatos na história recente do país. Esses episódios são devidos, via de regra, aos conflitos provocados por interesses econômicos onde o Estado atuará na defesa do capital em detrimento do trabalho. Nos Conselhos Regionais e Federais, por força de sua tradição burocrática conservadora, raramente vai-se encontrar episódios mais sérios de enfrentamento entre seus representantes e o Estado.

Além dos sindicatos e Conselhos os profissionais costumam organizar entidades autônomas denominadas Associações Profissionais.

Em diversos países, como os E.E.U.U. e o Reino Unido, essas entidades desempenham um importante papel na criação e no fortalecimento dos grupos profissionais e seus monopólios de competência.

Num estudo comparativo entre a regulamentação profissional norte-americana e a brasileira, Marinho (1986) assinala que frequentemente as associações norte-americanas antecedem as primeiras escolas especializadas. Isto permite uma influência marcante sobre os contornos da formação. A esse respeito é exemplar a disputa travada por Florence Nighttingale e seu grupo, pelo controle das primeiras esco-

las de enfermagem na Inglaterra por volta de 1860 (Silva, 1986:52).

No Brasil a tradição é que as primeiras escolas antecedem a organização das primeiras associações. Isto porque é costumeira a "importação" de cursos já estabelecidos em outros países ao invés do estabelecimento de certas áreas profissionais a partir de necessidades sociais concretas.

Esse fenômeno parece explicar, pelo menos em parte, o tradicional distanciamento entre as associações e as escolas profissionalizantes, o que, não raro, chega a adquirir sinais de conflito claro e assumido⁽¹⁰⁾.

(10) No caso da Medicina brasileira, inúmeros conflitos ocorreram nessa área. Criada em 1829, vinte e um anos após a 1ª. escola médica no Brasil, a Sociedade de Medicina enfrentou séria hostilidade das entidades de ensino já estabelecidas. (cf. Marinho, op. cit.:36).

O Estado Brasileiro e a formação de pessoal para a Saúde

As políticas sociais a cargo do governo desempenharam sempre em nosso país um importante papel na preservação das relações perversas de trabalho, através do contínuo achatamento salarial e da manutenção de quadros funcionais deficitários e defasados tecnicamente.

Assim, embora tenha ocorrido nas últimas décadas uma espantosa sofisticação dos recursos e serviços na área de Saúde, o Brasil encontra-se bem longe de oferecer à população padrões mínimos de atendimento às suas necessidades prevalentes neste campo.

Este processo, já na década de 50 obedeceu a múltiplos contornos: de um lado a adoção de métodos e programas de ensino inovadores e sofisticados para os cursos de Medicina, de outro, a criação de cursos "para-médicos" em várias localidades do país, inspirados em modelos norte-americanos e por fim, a entrada de poderosos complexos de tecnologia médica, indústrias farmacêuticas e multinacionais seguradoras (cf. Soares, 1987). A criação do INPS em 1967 completa a escalada privatista e mercantilista no país, mantida, no entanto, a presença do Estado:

"Ora financiando a demanda efetiva dos consumidores individuais de serviços prestados por unidades privadas, ora financiando a demanda efetiva de s sofisticados instrumentos de intervenção médica, por parte das unidades produtoras de serviços, o INPS põe em funcionamento o já falado complexo médico-industrial que articula internamente Estado, instituições prestadoras de serviço à Saúde, indústria farmacêutica e de equipamento médico-hospitalar, companhias de seguros, Escolas Médicas e párra-médicas segundo uma lógica acumulativa propeli-da pela busca de maior rentabilidade possível e jamais pelas necessidades efetivas da população, sejam 'sentidas', ou 'consentidas'." (Guimarães, 1978:3).

No âmbito da formação as décadas de 50 e 60 constituem o período da proliferação dos planos de preparação de pessoal para a Saúde, inspirados em modelos calcados em projeções estatísticas e estimativas de crescimento demográfico. Deste processo participaram não só entidades nacionais mas também organismos internacionais⁽¹¹⁾ que orientavam a "racionalização" da oferta de pessoal para os "países em desenvolvimento".

(11) A esse respeito ver Guerra et colaboradores (1982), sobre a formulação de políticas de Saúde no âmbito dos organismos internacionais.

"Apenas a título de exemplo, podemos citar o documento da Comissão de Planejamento de Formação de Médicos do Ministério da Educação e Cultura que, animada pelos augúrios da Carta de Punta Del Este (1961) e confiante nas miraculosas metas da Aliança para o Progresso previra, para o período de 1963-1983, a criação de 20 novas escolas médicas após o cotejamento exaustivo de uma bateria respeitável de indicadores sócio-econômicos em voga na época; vale lembrar que, entre 1965 e 1970, foram autorizadas a funcionar 33 novas faculdades de medicina." (Quadra et Amâncio, 1978). (12)

A criação das primeiras escolas de Terapia Ocupacional no Brasil ocorreu simultaneamente à vigorosa expansão dos quadros técnicos observada nas décadas de 50 e 60. Este período assistiu à criação do ITA (Instituto Tecnológico de Aeronáutica), de características semelhantes às do Massachusetts Institute of Technology, nos EUA, da expansão e "mo-

(12) Cruzados os dados fornecidos por Quadra e Amâncio com os do relatório elaborado por Santana (1986), encontra-se para o período de 1966/1981 o índice de 12 novas escolas médicas públicas contra 28 escolas privadas, estas últimas criadas todas nas regiões Sul e Sudeste do país. A relação entre a expansão exagerada de cursos privados na região economicamente mais desenvolvida do país e os planos anteriores que a justificaram parece ter sido apreendida somente pelos membros do Conselho Federal de Educação, que autorizou com presteza o funcionamento e o posterior reconhecimento dos novos cursos.

modernização" da USP, da criação da Faculdade de Medicina de Riberão Preto - que viria a reformular todo o ensino de medicina no país, adotando métodos e tecnologia correntes nos EUA e recebendo o apoio da Fundação Rockefeller através de equipamentos e professores visitantes. São também criados o CNPq e a CAPES, órgãos que destinam-se a dinamizar a formação de profissionais de nível superior em "centros avançados". (cf. Cunha, 1983:162).

A chamada "modernização" dos quadros técnicos correspondeu a diferentes objetivos que, no entanto, determinaram significativas consequências de caráter econômico. Embora a ampliação dos quadros profissionais formados a partir de moldes estrangeiros fosse "vista como requisito do rompimento dos laços de dependência que entravavam o desenvolvimento do país" (Cunha, 1983:152) na verdade, facilitava a entrada de tecnologia estrangeira que, a despeito de modernizar os serviços, vinculava a economia brasileira, de modo irreversível, à internacionalização do capital através do controle da produção exercido pelas empresas multinacionais.

No caso dos terapeutas ocupacionais, os primeiros cursos brasileiros foram abertos simultaneamente à entrada da indústria de equipamentos médico-hospitalares no mercado nacional:

"Onde a reabilitação e a ortopedia ocupam o lugar de destaque na Saúde Pública, (nos E.E.U.U. a in-

dústria médico hospitalar é considerada a 3a 'força' industrial do país) vemos companhias que se especializam na fabricação de um único item dos milhares que compõem a Reabilitação. Isto é possível, nesses países, graças ao elevado consumo e onde 'todo o cidadão tem o direito a um mínimo de conforto e assistência'" (apud Soares, 1986). (13)

Assim, com a incorporação de novos contingentes técnicos ao pessoal da Saúde (fisioterapeutas, ortópticos, fonoaudiólogos), instala-se uma nova etapa de oferta de serviços, que a partir de uma gama mais abrangente de recursos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, permitem a criação de um mercado para produtos farmacêuticos, hospitalares e de uso terapêutico geral.

Assim, apoiada na retórica governamental, a espantosa proliferação de cursos privados para formação de pessoal na área de Saúde justificava-se discurso "modernizador" dos quadros técnicos do país (iniciado no período desenvolvimentista). Isso aliviou a demanda por vagas nas chamadas car-

(13) Léa Soares menciona este folheto de 1959 destinado à publicidade da BAUMER, empresa americana que produz e comercializa aparelhos ortopédicos e cadeiras de rodas. Ainda hoje o Brasil é apenas distribuidor desses produtos, que são montados na zona Franca de Manaus após serem severamente sobretaxados pela alfândega brasileira na categoria "produtos supérfluos."

reiras "preferenciais" (Durand, 1985:8), mas, sobretudo, criou uma oferta de pessoal subqualificado que garantiu (e garante) baixíssimos níveis salariais, além de uma acentuada rotatividade da força de trabalho em razão do elevado número de profissionais graduados. Sem considerar os demais desdobramentos:

"é a política da atenção à saúde que molda e subjuga o processo de formação e distribuição de pessoal, condicionando um dado mercado, uma hierarquia profissional e uma ideologia de organização do saber". (Quadra, 1979:243).

CAPÍTULO III

O TRABALHO COMO RECURSO TERAPÊUTICO: ORIGENS

É muito difícil estimar em que momento de sua história a humanidade delegou a um determinado grupo de indivíduos a tarefa de manejar ocupações com o objetivo de curar ou aliviar os doentes ou os desviantes.

Essa dificuldade deriva de duas causas principais: em primeiro lugar porque as escassas fontes que tratam o assunto priorizam a análise dos procedimentos utilizados para tratar e desconsideram sistematicamente a investigação sobre aqueles que tratam. Em segundo lugar, porque os dois setores interessados nessa indagação, os próprios "terapeutas" e a clientela atendida encontraram-se sempre, por inúmeras razões, em condições desfavoráveis para essa realização.

Sabe-se que os hindus, por volta do século VI a.C. preconizam vários cuidados na construção de hospitais e no trato com os doentes.

"Nos hospitais da Índia havia músicos, narradores de histórias e poetas para distrair os doentes".
(Faixão, apud Rezende, 1986:35).

Também entre os egípcios, 2.000 a.C. as seitas religiosas usavam cantos, danças e outras atividades como tratamento do "humor doentio". Conta-se que em Roma, 293 anos a.C., havia cerca de 60 templos que empregavam diversões e leituras para a cura de doenças mentais e físicas. Entretanto, a primeira instituição a empregar o trabalho sistemático como fórmula de tratar os doentes parece ter sido o asilo de Saragoça, por volta de 1400, na Espanha. (cf. Arruda, 1962).

É preciso lembrar que até o fim da Idade Média a enfermidade era atribuída a causas sobrenaturais, o que justifica a sua relação estreita com as seitas religiosas. O cuidado cotidiano dos doentes era, portanto, exercido ou por familiares (mães e esposas) ou por escravos, quando domiciliar. Era exercido por monges, freiras e sacerdotes quando realizado em espaços institucionais. Tudo leva a crer, no entanto, que esses trabalhos eram exercidos sem remuneração. Sob a forma caritativa. Essas atividades, a despeito de exigirem certas habilidades, eram consideradas domésticas, por-

tanto, desprovidas de prestígio ou valor econômico.

A Idade Média foi palco de encarniçadas lutas entre os dogmas religiosos e os avanços das ciências naturais. Conforme relatamos anteriormente, ao controlar médicos e cientistas as igrejas mantinham sob controle também as interpretações sobre a vida e a natureza. Qualquer dissidência era duramente perseguida. Assim, é justificável que tenhamos hoje tantas dificuldades para investigar as características dos serviços sanitários prestados à população e de seus executores. Controlados pelas igrejas e destituídos de valor social e econômico, não é de estranhar que não tenhamos qualquer indicação segura sobre o pessoal empregado nas tarefas de assistência daquela época.

Na tentativa de coibir os riscos sociais provocados pelas doenças e pela miséria, a Europa assistiu, em fins do século XVIII a um movimento que seria mais tarde reconhecido como o divisor de águas entre as práticas organizadas de assistência e os serviços fortuitos anteriores. No bojo desse movimento que ficou conhecido por alienismo⁽¹⁴⁾ havia um as-

(14) Trata-se da estratégia de exclusão e confinamento de doentes iniciada em meados do século XIX na Europa. Nesta época generaliza-se a criação de hospícios destinados a resguardar a sociedade da negativa convivência com os doentes ou marginais. É preciso assinalar, entretanto, que esta medida surge simultaneamente à reprodução capitalista. É imperiosa a necessidade de normatizar o espaço público, discipliná-lo, daí podermos afirmar que o alienismo cumpre a função de intervir sobre o excedente humano gerado pelas perversas relações de trabalho. (Cf. Clementina Cunha, 1986: p. 24).

pecto que transformava inteiramente as relações entre as autoridades sanitárias da época e seus assistidos. A descoberta do valor do trabalho sistemático como forma de controle e terapia.

A história do alienismo e do tratamento moral atribui homenagens rasgadas a um homem eleito por seus pares como seu principal articulador: Philippe Pinel⁽¹⁵⁾. Seu famoso gesto de quebrar os grilhões de Salpêtrière que acorrentavam os insanos ali trancafiados foi transformado em heróica façanha ao ser divulgado às gerações posteriores. Havia, no entanto, aspectos ocultos na suposta revolução institucional provada por Pinel que só seriam apreendidas bem mais tardiamente:

"O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim o ordenamento do espaço hospitalar. Através da 'exclusão', do 'isolamento' do 'afastamento' para prédios distintos, as cate-

(15) Castel adverte, entretanto, que "a originalidade de Pinel e de seu 'gesto' foi majorada pela hagiografia psiquiátrica. Médicos como Willis, Cullen (que Pinel traduziu em 1785) e Haslam na Inglaterra, Colombier e Tenon na França, Daquin na Sabóia, Chiarrugi na Itália, etc... participam de um mesmo contexto de 'reformas' e suas iniciativas, em certos domínios, chegam até a preceder as de Pinel (como as de Haslam e Daquin no que se refere ao tratamento moral)." (Castel, 1978:80).

gorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, solidão, abandono pelos parentes, doenças diversas." Castel, (1978:83).

A metodologia Pineliana reuniu três dimensões que iriam alicerçar o tratamento moral:

- "1. Primeira: imposição da ordem, isolar do mundo exterior... é a justificação do famoso 'isolamento terapêutico'...*
- 2. a constituição da ordem asilar, essa articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos do tempo, das hierarquias que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis...*
- 3. a relação de autoridade que une o médico e seus auxiliares ao doente, no exercício de um poder sem reciprocidade e constantemente aplicado." (Castel, op. cit.:85-7-8).*

Assim, articulando um discurso que é a um só tempo terapêutico e policial, o tratamento moral funda uma ética (ou pelo menos resgata para o domínio médico) que se baseia sobretudo no valor da disciplina e seu principal produto so-

cial: o trabalho alienado.

"Teremos a fórmula geral de uma política de assistência numa sociedade de classes... E também a chave da relação entre psiquiatria clássica e a problemática do trabalho." (Castel, op.cit.:141).

A adoção de atividades contínuas para os internos dos asilos, representa, num primeiro momento, o simples reconhecimento do valor "disciplinador" do trabalho, desconsiderando seus desdobramentos para a economia das instituições da época:

"Não se trata somente, como se supõe, de proporcionar trabalho ao indigente; trata-se, frequentemente, de lhe dar educação para o trabalho em qualquer idade; isto é, de lhe inspirar o gosto, de lhe fazer adquirir a capacidade e contrair o hábito do trabalho. Não se trata, como se supõe, de atingir apenas um objetivo econômico, trata-se, antes de mais nada, de atingir um objetivo moral..." (De Gerando, 1820, apud Castel:140).

Ao que Robert Castel acrescenta:

"não tanto (senão por acréscimo) a recuperação de uma mais-valia. Mas sim, a restauração de uma ordem cuja lei econômica pode ser a extração da mais-valia porque sua lei moral é a sujeição às disciplinas." (Castel, op. cit.:141).

A crescente superpopulação dos asilos e a consequente pressão da opinião pública vão, no entanto, alterar os benefícios exclusivamente terapêuticos que o tratamento moral oferecia. Pouco a pouco alguns médicos começarão a enfatizar os benefícios econômicos da proposta (sempre considerados adicionais):

"Curiosa reviravolta através da qual a tentativa mais deliberada de sujeição dos homens assume ares de modelo para as tentativas de redução libertária. Desenvolve-se, nessa base, uma abundante literatura psiquiátrica relativa ao trabalho... Via que conduz à moderna terapia ocupacional... O trabalho, na medida em que é aprendizagem da ordem, da regularidade, da disciplina (e logo se dirá que ele é "ressocializante"), irá constituir cada vez mais, o eixo do tratamento moral. Os 'benefícios secundários' de ordem econômica serão, evidentemente, bem-vindos." (Castel, op. cit.:238-9) (grifos nossos).

O tratamento moral evoluiu no seio do alienismo até que as contradições internas e a própria sofisticação do quadro social exigissem a reordenação dos mecanismos disciplinares. O alienismo parecerá derrotado pelo advento da Psicanálise (e seu cunho de atenção voltado à individualização dos desvios) e pelo surgimento das técnicas de psiquiatria de setor, bem como da psiquiatria preventiva, que implantará na comunidade a figura do profissional médico inscrustado na própria sociedade. Avaliando e avaliando seus componentes. O que Castel qualifica de tutelarização será colocado, com isso, em nova órbita. O próprio espaço social. Haverá, com o surgimento da Psicanálise e seus desdobramentos, uma transposição da medicina coletiva praticada nos asilos para uma medicina individual praticada nos consultórios e até nos núcleos familiares. As matrizes das novas intervenções poderão ser localizadas, se investigadas cuidadosamente.

O início do século XX será saudado com o fim do alienismo, que segundo a petição de um médico francês enviada ao Senado em 1864, "croniciza e mata". (Castel, op. cit.:256).

Inicia-se o que os críticos convencionaram chamar de

aggiornamento⁽¹⁶⁾.

Em 1911, nos E.E.U.U., aparece o primeiro curso para a formação de terapeutas ocupacionais.

O exercício organizado da Terapia Ocupacional

Quando o Dr. Frankwoord Williams solicitou que Washington liberasse "terapeutas ocupacionais" para a reabilitação dos feridos de guerra em território europeu encontrou grande desaprovação entre os militares. Através de um disfarce das categorias profissionais, o médico insistiu em seus propósitos e enviou "algumas amigas" inscritas na categoria varredoras. Mais tarde o Dr. Williams diria:

"Dentro de poucas semanas veio ordem do Coronel Salinan, chefe da divisão psiquiátrica na França,

(16) Castel utilizará essa expressão para tratar das mudanças ocorridas no século XX em relação às articulações dos Serviços de Saúde e a disciplinarização. Esta análise é encontrada sobretudo em sua obra O psicanalismo, Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

dizendo que essas mulheres valiam o seu peso em ouro... mande mais de mil dessas auxiliares tão logo possa prepará-las..." (cf. Margen, 1948 apud Woodside, 1979:39).

Em 1922, como resultado da 1ª. Guerra, o Veterans Bureau foi inaugurado, com 57 hospitais e capacidade para um milhão de leitos. O chamado período de Reconstrução, significou, nos E.U.A., a oportunidade de criação ou fortalecimento de várias modalidades de serviços sociais.

Há indicações de que entre 1911 e 1915 foram realizados programas de Terapia Ocupacional para inválidos, no Massachusetts General Hospital. Os programas eram realizados por enfermeiros e artesãos, sob a supervisão do Dr. William Rusch Dunton que teria publicado um livro denominado Occupational Therapy, A Manual for Nurses. As referências são confusas e contraditórias sobre esse período, mas é seguro que a 17 de outubro de 1917, foi fundada a National Society for the Promotion OF Occupational Therapy, com a participação de seis pessoas. Entre essas estavam a Sra Slagle e o Sr. George Barton, que seriam os primeiros presidentes da entidade. Seriam também os únicos não-médicos a presidir a entidade

num período de trinta anos. (17)

A necessidade do "prestígio da profissão médica" justificou a articulação estabelecida entre os terapeutas ocupacionais e seus "supervisores", os médicos: Em 1923 a entidade passaria a chamar-se The American Occupational Therapy Association (OTA), denominação mantida até os nossos dias.

Em 1918 o Milwaukee-Downer College iniciou a primeira escola de Terapia Ocupacional numa instituição acadêmica. Outras escolas logo seriam criadas na Filadélfia, St. Louis e Boston. Em 1923 foram publicados pela OTA os padrões mínimos para os cursos de Terapia Ocupacional, aprovados pelo Council of Medical Education.

A formação urgente de pessoal para atuação no chamado esforço de Reconstrução no após-guerra norte-americano serviu de justificativa ao recrutamento exclusivo de mulheres:

"A tradição fez da Terapia Ocupacional uma profissão de mulheres. As primeiras práticas eram enfer-

(17) Mr. Banton era um arquiteto que teria lido o livro do Dr. William e passaria a ser um entusiasta da Terapia Ocupacional. Mrs. Eleanor Clarke Slage era enfermeira.

meiras e suas tendências maternais eram consideradas benéficas para o trabalho com o doente mental... As primeiras escolas de Terapia Ocupacional eram abertas somente a jovens refinadas e inteligentes. Durante a Depressão, as mulheres que desejavam se casar, mas que tinham que trabalhar, aumentaram o número de terapeutas ocupacionais, pois esta era considerada uma profissão respeitável para senhoras e o curso era breve". (Woodside, 1979:44).

Ao comentar o que qualifica de áreas-problema do exercício da Terapia Ocupacional Karen Diasio observa que a associação entre submissão e qualificação precária influenciaram toda a constituição desse grupo enquanto categoria profissional:

"A conformidade era enfatizada, testemunhada pelo juramento de Terapia Ocupacional de 1922, ainda em vigor: 'Caminharei em honesta lealdade e obediência aqueles sob cuja orientação irei trabalhar...' O preço da aceitação de terapeutas ocupacionais como profissionais era a aceitação inquestionável do sistema." (Diasio, 1979:71).

Houve porém, um momento em que o comportamento individual tornou-se um procedimento coletivo. Parecem originar-se aí as associações entre os fenômenos causadores das doenças e de causas sobrenaturais.

"As doenças causadas por agentes externos, tais como as fraturas e ferimentos, para as quais era fácil estabelecer uma relação de causa e efeito, deram lugar ao nascimento da medicina empírica, ... as doenças internas, cujas origens não possibilitavam uma explicação acessível ao entendimento da época, eram atribuídas a causas sobrenaturais."
(Hello, apud Rezende:1986:15).

As práticas de Saúde evoluíram articuladas às práticas sociais mais amplas, uma vez que as condições materiais de existência determinam não só as concepções de saúde e doença, mas suas manifestações e formas de enfrentamento. É nesse ponto, no entanto, que vamos encontrar o aspecto mais delicado desse nosso estudo, dado que nossa escolha recaiu sobre uma investigação sobre aqueles que praticam a Saúde, e não sobre as práticas de Saúde e sua evolução. Apesar da grande quantidade de obras publicadas que versam sobre o tema das terapêuticas e suas implicações sociais,

A necessidade de padrões "femininos" de comportamento foi preconizada pelos criadores da Terapia Ocupacional enquanto um serviço organizado:

"Mrs. Slagle dedicó gran parte de su tiempo a describir la personalidad ideal del terapeuta ocupacional... bondad infinita, paciencia, imaginación, capacidad para deslizar al niño de un mundo de la fantasía a otro... a la realidad normal cuando lo crea necesario." (Gillette, 1973:54).

Não há dúvida de que pelo menos no que concerne à paciência, os terapeutas ocupacionais ainda hoje a utilizam bastante. Talvez por motivos distintos.

Há, no entanto, uma imagem que sintetiza as características de um terapeuta ideal, na visão de Mrs. Slagle:

"Su descripción es, en realidad, excelente para la personalidad ideal de la madre de un niño preescolar." (Gillette, op. cit:54).

A figura da mãe carinhosa e tolerante será vinculada desde o século XIX às profissões mais "adequadas" às mulheres. O mesmo fato acontecerá com a enfermagem e outras atividades, mas encontrará no magistério a sua principal ex-

pressão:

"Para legitimar esta imbricação entre os dois papéis (professora e mãe) se lança mão das construções ideológicas sobre a natureza feminina. Estas construções ideológicas tradicionais, ainda que não tenham se estruturado originalmente na escola são divulgadas por esta... Algumas teorias se apoiam em argumentos morais, outras lançam mão de explicações biológicas, científicas, históricas, etc..., para concluir, afinal, na manutenção da desigualdade (apresentada agora com novas roupagens". (Louro, 1986:31).

O excelente trabalho de Guacira Louro realiza uma cuidadosa investigação sobre as bases do trabalho feminino num cenário tradicionalmente reconhecido como machista e conservador como o estado do Rio Grande do Sul. Seus achados convergem com outros trabalhos correlatos, como o da francesa Elizabeth Badinter:

"É em função das necessidades e dos valores dominantes de uma dada sociedade que se determinam os papéis respectivos do pai, da mãe e do filho." (Badinter, 1985:26).

A construção social do mito do "instinto" materno parece ter obedecido a inconfessáveis razões econômicas e disciplinares. Em seu excelente trabalho sobre o tema, Badinter assinala o papel intermediador que a mãe devotada representa no espaço disciplinar:

"Deus, o rei, o pai e o pastor só dirigem suas criaturas, súditos, filhos e rebanhos por intermediários vigilantes: a Igreja, a polícia, a mãe e o cão de guarda. Não seria dizer, em virtude das relações analógicas, que a mãe é como a Igreja em relação às suas ovelhas, a polícia que vigia os súditos, o cão de guarda que roda em torno do rebanho? Ela tem poder e autoridade sobre eles. E mais familiaridade também, pois não lhes tira o olho. Mas esse poder lhe foi delegado e, por sua vez, ela está submetida ao esposo como a Igreja a Cristo, a polícia ao soberano e o cão ao pastor. Seu poder não lhe é exclusivo." (Badinter, op. cit.:41) (grifo nossa).

A análise das funções maternas e familiares enquanto constitutivas de processos disciplinares foi realizada, se bem que em termos distintos, por Louis Althusser. Ao designar por "Aparelhos Ideológicos do Estado" um certo con-

junto de instituições da sociedade⁽¹⁸⁾, Althusser enumera o AIE familiar, acrescentando que "a Família desempenha manifestamente outras funções para além das de um AIE. Intervém na reprodução da força de trabalho. E, segundo os modos de produção, unidade de proteção e (ou) unidade de consumo." (Althusser, 1980:44).

Assim, associando as análises sobre o papel das instituições de Saúde⁽¹⁹⁾ às investigações gramscianas sobre as relações entre estrutura e superestrutura, bem como o carácter ideológico das concepções de "instinto materno" e "natureza feminina" é possível esclarecer quais os interesses em jogo no estabelecimento das chamadas profissões "femininas".

(18) Ao utilizar a expressão sociedade civil Althusser nos remete a uma reflexão sobre a contribuição de Gramsci: "A concepção gramscista da sociedade civil é radicalmente diferente, [daquela proposta por Marx] pertence ao momento da superestrutura: "Pode-se distinguir dois grandes níveis superestruturais:

1) o que se pode chamar de sociedade civil (reúne) o conjunto dos organismos vulgarmente ditos "privados" e corresponde à função de hegemonia que o grupo dominante exerce em toda a sociedade". (Gramsci, apud Portelli, 1977:20).

2) "compreende a "sociedade política ou Estado, que corresponde à (função de) "dominação direta" ou de comando que se exprime no Estado ou governo jurídico." (idem, p. 30).

(19) Elaboradas por Foucault, Castel, Clarel, Goffmann e Guilhaon de Albuquerque, entre outros.

É, entretanto, perfeitamente possível lembrar aqui a avaliação de Guacira Louro em relação à escolarização da mulher e seus desdobramentos, já que o mercado de trabalho "feminino" constituir-se-á num privilegiado espaço para o acirramento das contradições:

"Uma escola destinada a desenvolver na mulher uma posição dominada e submissa na sociedade é ao mesmo tempo um novo espaço onde ela encontrou meios de lutar contra a dominação." (Louro, op. cit.:38).

A terapia ocupacional desenvolveu-se de modo surpreendente nos E.E.U.U., apesar dos acidentados anos da Depressão. Luis Cerqueira revela que em 1957 havia 5.500 terapeutas ocupacionais nos Estados Unidos, segundo a Action for Mental Health. (Cerqueira, 1984).

Esse contingente foi composto, na sua esmagadora maioria por mulheres. Em 1972 Diasio (1979) afirma que 96% dos terapeutas ocupacionais norte-americanos são mulheres. Em 1985 há um percentual de 96,38% de mulheres entre os terapeutas ocupacionais da 3a. região do CREFITO (que abrange estados do Sul e Centro Oeste do Brasil, além de São Paulo). (Pierry, 1985).

Essa característica, associada aos aspectos já apontados de submissão ao grupo médico além da subqualificação teórica e técnica, fez dos terapeutas ocupacionais um grupo peculiar dentre os profissionais de Saúde. Historicamente desconsiderados enquanto clínicos, os terapeutas ocupacionais ligaram-se com frequência aos reclames da própria clientela, tão espoliada e desconsiderada quanto os próprios profissionais. Dessa aliança surgem focos de resistência que iluminaram diversos movimentos dos profissionais, no Brasil e no exterior.

O episódio abaixo ilustra a silenciosa batalha cotidiana de terapeutas e pacientes nas instituições brasileiras:

Imediatamente após a nossa formatura fomos contratada por um hospital psiquiátrico de características asilares, no Rio de Janeiro.

Entre os internos havia um homem de cerca de 45 anos de idade, que possuía pelo menos 15 de internação em diversos hospitais.

Um certo dia, entre contrariado e afetuoso ele nos aconselhou:

= Vá embora daqui princesa, isto não é lugar prá uma moça como você!

= E prá quem é esse lugar? = perguntamos.

= Aqui só tem maluco!

Resmungamos qualquer coisa sobre as pessoas precisarem de ajuda especial em certos momentos de sua vida.

= Só que aqui todos são malucos! Eu me deito às nove horas = continuou ele = lá pelas onze vem um enfermeiro e grita: Néilson, Néilson, olha o seu remédio!

= Eu acordo assustado e pergunto: Prá quê é esse remédio?

= é prá insônia, bebe logo, não amola! (diz o auxiliar de enfermagem).

= Não adianta = concluía Néilson = Só tem maluco!

Meses depois deixávamos o hospital por discordarmos das posturas da administração. Néilson permaneceu lá, já que não possuía a mesma autonomia para sair.

Numa enésima reformulação dos convênios entre o INAMPS e as clínicas privadas Néilson foi transferido para uma "colônia agrícola" que recebia os pacientes considerados indigentes.

Em 1978 Néilson faleceu naquela instituição, vítima da ingestão de uma pilha para rádios.

O pessoal do hospital não percebeu seu gesto (tão pleno de significados simbólicos) e ele não recebeu qualquer socorro.

Nélson se foi sem compreender o sentido do trabalho que os profissionais de Saúde propõem para o enfermo mental. Por uma espécie de compromisso com os Nélsons (nesses treze anos já são inumeráveis os exemplos) temos tentado esclarecer esse papel. Pretendemos seguir nessa tentativa, ainda que até agora não tenhamos qualquer resposta tranquilizadora.

(Lilian Magalhães, anotações de campo, 1986).

CAPÍTULO IV

OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL: SOB O SIGNO DA CONTRADIÇÃO

A Terapia ocupacional no Brasil

O tratamento moral, originário da Europa do século XIX provocou respostas em todo o mundo ocidental. Em 1854 começaram a funcionar as oficinas de sapateiro, alfaiate e estopa no Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Esta parece ter sido a primeira tentativa de usar a ocupação como recurso terapêutico entre nós. É necessário assinalar, contudo, que a aurora do século XX seria palco de uma significativa transformação nas relações entre os segmentos sociais agora aglomerados nos centros urbanos nascentes. Influenciada por argumentos positivistas e revestida das técnicas pre-

conizadas pela sociologia americana, a medicina brasileira desenvolverá um movimento que fundamentará todas as realizações da primeira metade do século XX. Esse movimento ficará conhecido sob a denominação de Movimento Nacional de Higiene Mental.

"Autorizada por seu caráter científico, a medicina higiênica - como a medicina mental - vai constituir um discurso sobre todas as instâncias da vida, invadindo a esfera das relações pessoais para moldá-las segundo os propósitos da ordem e da disciplina urbanas." (Cunha, 1986:35).

O fabuloso crescimento do número de instituições penais e asilares, habitualmente associado ao desenvolvimento do país, guarda, de fato, estreita relação com a polícia médica recém-criada com a finalidade concreta de "esquadriñar, conhecer e organizar a população da cidade, definindo lugares e destinos para cada categoria, estabelecendo disciplinas e rotinas, criando regras capazes de transformar a multidão disforme e ameaçadora em um laborioso e pacificado formigueiro humano." (Cunha, op. cit.:40).

Dentro deste contexto serão criados os grandes hospícios brasileiros. No Rio e em São Paulo em 1852, em Recife, em 1861, Salvador em 1874 e Porto Alegre em 1884. (cf. Cunha, op. cit.:40). Há razões para acreditar que em todos

eles se planeja utilizar recursos laborterápicos para a "re-
educação" de seus internos.

Numa espécie de prévia da constrangedora contradição que irá acompanhar a trajetória dos terapeutas ocupacionais brasileiros (e, talvez também no exterior), a excelente investigação realizada por Maria Clementina Cunha nos arquivos do Hospital Juquery, em São Paulo, trará luzes sobre a incoerência de propósitos:

"Se a intenção explícita no discurso alienista era recuperar doentes em fase convalescente para sua reintegração à sociedade e ao mercado de trabalho... o trabalho era recomendado precisamente para aqueles doentes já sem qualquer possibilidade de reintegração social: os "incuráveis", os cronicizados, aqueles destinados a terminar seus dias no asilo." (Cunha, op. cit.:74).

Há, no Juquery do início do século, outras semelhanças com a Terapia Ocupacional ainda hoje realizada: não se "ignora as diferenças de classe e de condição social: para os ricos, um tratamento bem diferenciado daquele dispensado aos milhares de indigentes e trabalhadores braçais... para os ricos, o ócio permanece sendo a regra terapêutica adotada." (Cunha, op. cit.:87).

As poucas referências aos funcionários destas instituições dizem respeito ao caráter precário da população recrutada. Para o trabalho no Juquery há indicações de que eram contratados portugueses, recém-imigrados, além de analfabetos e pessoas sem qualquer preparação.

Os negros libertos eram preteridos por serem considerados inadequados e indisciplinados para a tarefa. Submetidos a uma rotina disciplinar tão severa quanto a imposta aos internos, os guardas e encarregados das rotinas hospitalares são presididos por regulamentos que exigem "grande império sobre si mesmo" ou "extraordinária paciência e caridade." (Cf. Cunha, op. cit.:95).

Até aqui, nenhuma originalidade.

O primeiro sinal de mudança na aplicação de recursos ocupacionais nos asilos brasileiros parece surgir com a Dra. Nise da Silveira, psiquiatra alagoana radicada no Rio de Janeiro, que desde a sua opção pela Medicina na conservadora Bahia do início do século conviveu sempre com a oposição de seus pares.

A Dra. Nise foi companheira de cela de Graciliano Ramos em 1936, quando ambos foram presos face ao agravamento das perseguições políticas no governo Vargas. Embora o fato não seja confirmado pela Dra. Nise, diz-se que ela foi presa no Hospital Pinel, no Rio de Janeiro, denunciada por uma enfermeira como comunista. Conta-se também que a sua prisão foi seguida de grande tumulto entre os doentes, que incon-

formados com o episódio teriam espancado a referida enfermeira. Após 16 meses de prisão e mais oito anos de desemprego, a psiquiatra obteve a sua reintegração ao serviço público e em 1946 fundou a Seção de Terapêutica Ocupacional no Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro. Os problemas com os outros médicos do hospital começaram logo, como constata-se em seus depoimentos:

"o monitor é o 'leader' natural do grupo em cada setor de atividade. Ele participa da atividade, trabalha também ao lado do doente, Não são admitidas atitudes de fiscal ou de capataz."

Du ainda, "Preferimos ajudar nossos doentes antes de pedir-lhes que ajudem ao hospital. Se tiverem sido arrastados pela condição patológica a níveis de regressão muito baixos somente lhe proporemos atividades lúdicas, a modelagem, a pintura, a música." (Silveira, 1966:26).

Enveredando pelo caminho de uma nova área, a Psicanálise, a Dra. Nise desenvolveu inúmeras pesquisas baseadas na corrente criada por C.G. Jung, psiquiatra húngaro, ex-colaborador de Freud. Suas investigações resultaram na criação do Museu de Imagens do Inconsciente em 20 de maio de 1952. O museu que logo transformou-se em centro de estudos, foi admitido, em 31 de julho de 1973, membro do ICOM - International Council of Museums.

Esta medida foi fundamental para que, com apoio internacional a entidade resistisse aos seguidos ataques da administração da Divisão Nacional de Saúde Mental - DINSAM.

Em 1974, alegando necessidade de reformas a "grande porta que dava acesso ao museu e a outros locais da Seção foi fechada com tijolos, isto é, engolida pela parede." (Silveira, 1980:26). Em 1975, foi determinada a aposentadoria compulsória da Dra. Nise. Além disso, os pacientes-alvo de inúmeras pesquisas por parte dos colaboradores da Dra. Nise, foram abruptamente transferidos para outros hospitais e impedidos de desenvolver as suas atividades artísticas anteriores.

A formação dos primeiros monitores

A necessidade de preparação de pessoal para atuar na recém-criada Seção de Terapêutica Ocupacional determinou a realização do primeiro Curso Elementar de Terapêutica Ocupacional, de maio a agosto de 1948.

A partir dessa iniciativa, o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Dr. Adauto Coelho, conseguiu a criação pelo DASP da carreira de auxiliar de praxiterapia. No dia 13 de agosto de 1952 o Diário Oficial publicou a nomeação dos primeiros auxiliares. Inicia-se aí a confusão de denominação que irá acompanhar o pessoal vinculado à Terapia Ocupacional no Brasil. Frequentaram um curso de Terapêutica Ocupacional. Foram nomeados auxiliares de praxiterapia. Um bom começo.

A Dra. Nise relata que outros cursos seriam ministrados até o ano de 1961. O programa constava de Noções de Psicopatologia, Noções de Psiquiatria e Noções de Terapêutica Ocupacional. Também eram realizados estágios práticos. Os cursos contavam com 16 semanas e parecem ter sido muito concorridos. Dos 100 alunos matriculados para o curso de 1953, foram habilitados 36. (Silveira, 1966:38)

Os trabalhos desenvolvidos pela Dra. Nise da Silveira e seus colaboradores no Centro Psiquiátrico Nacional desenvolviam-se sem a devida regulamentação até que em 11 de

maio de 1961 a própria Dra. Nise fosse surpreendida com a seguinte notícia divulgada pelos jornais: (tratava-se de um "bilhete")

"Ministro da Saúde:

Ajudar no que for possível o Serviço de Terapêutica Ocupacional da dra Nise da Silveira, bem como o Centro Psiquiátrico Nacional do Engenho de Dentro, a que pertence." (Jânio da Silva Quadros).

O mesmo bilhete convocava a Dra. Nise para comparecer ao gabinete presidencial levando projetos de exercício e ampliação dos trabalhos. A reunião foi realizada em 7 de julho. A 9 de agosto era assinado e publicado em Diário Oficial o decreto que instituía a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço Nacional de Doenças Mentais do Ministério da Saúde e dava outras providências (decreto nº 51.169/agosto de 1961).

Dezesseis dias depois o presidente Jânio Quadros deixava o governo alegando "forças terríveis". O quadro político brasileiro iria experimentar dias de chumbo. Estava sepultada, definitivamente, a única tentativa de regulamentar em termos nacionais a oferta de serviços dessa ordem à

população brasileira. (20)

A Terapia Ocupacional brasileira contou ainda com dois grandes incentivadores entre os médicos: os Drs. Elso Arruda e Luiz Cerqueira. O primeiro é autor de um texto clássico na Terapia Ocupacional, entre nós, publicado em 1962, no Rio de Janeiro. Sua obra contempla grandes transformações de temática e interesses pois iniciou sua vida acadêmica com uma tese de doutoramento sobre eletrochoques: "A convulsoterapia das doenças mentais" em 1941. Com o passar dos anos aproximou-se da filosofia fenomenológica e chegou a publicar um "Ensaio de Psicologia e Psicopatologia Husserlianas". Embora muito interessado em Terapia Ocupacional, não chegou a participar da formação de monitores. Foi colaborador da Dra. Nise da Silveira e realizou diversos trabalhos em cooperação com psiquiatras portugueses interessados no tema.

O Dr. Luiz Cerqueira, psiquiatra alagoano, desenvolveu uma sistemática luta pela transformação dos serviços de assistência na psiquiatria brasileira. Embora fosse discípulo de um dos maiores higienistas brasileiros, o Dr. Ulisses Pernambucano, foi incansável na denúncia do autoritarismo

(20) A Seção de Terapêutica Ocupacional continuou a ser coordenada pela Dra. Nise até seu afastamento em 1975. (cf. Silveira, 1966:23).

médico. Já no fim de sua vida (faleceu em 1986), publicou uma coletânea de artigos seus onde faz uma vigorosa defesa do que qualifica de "Psiquiatria Social" e não se furta a denunciar o avanço privatista dos serviços de saúde no Brasil. Os dois autores eram seguidores da Terapêutica Ocupacional proposta por Hermann Simon, psiquiatra alemão que propunha o uso não do trabalho, mas da atividade para os internos. Essa perspectiva introduzia os esportes, a recreação, a leitura e a dramatização entre os recursos utilizáveis para tratamento. O Dr. Cerqueira associava a utilização da ocupação com fins de produção à fase final do processo de tratamento. Essa fase final era denominada por ele de Reabilitação propriamente dita. Foi um vigoroso contestador da utilização excusa dos serviços do doente em ambiente hospitalar:

"Trabalhar não cansa, descansar cansa" disse uma paciente do Juqueri a Audálio Dantas, quando o repórter a observava remendando uma roupa com linha de estopa desfiada e agulha de espinho de laranja. Se esta doente se revelasse uma boa copeira com certeza teria sua alta postergada anos. E o hospital ainda a dava como prova de que ali havia Terapia Ocupacional." (Cerqueira, 1984:123).

O Dr. Cerqueira insistia sempre na contratação (e indispensável formação) de terapeutas ocupacionais. Chegou inclusive a propor que os poucos profissionais graduados fossem empregados na administração e supervisão dos serviços, delegando a auxiliares a tarefa de acompanhamento dos doentes. Vigoroso orador, chegou a ironizar a ausência de programas de ocupação no Brasil, traduzindo a sigla T.O. (costumeira abreviatura usada) por terapêutica oculta: "onde?... além dos letrados?" (Cerqueira, op. cit., p. 79).

O Dr. Luiz Cerqueira desenvolveu intensa atividade junto a ATOB - Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil - nos anos 70, tendo comparecido aos 1º e 2º Encontros Nacionais de Terapia Ocupacional. Assim como a Dra. Nise, jamais foi bem aceito pela comunidade médica em geral. Essa atitude, é preciso que se admita, também foi extensiva aos próprios terapeutas ocupacionais. O que demonstra a coerência dos senhores médicos. (21)

(21) Jamais ficou bem esclarecido o conflito entre a Dra. Nise da Silveira e os terapeutas ocupacionais formados a partir do modelo norte-americano. Embora admitindo a sua existência, esses profissionais jamais foram contratados para serviços sob a direção da Dra. Nise. Só após a sua aposentadoria compulsória iniciaram-se tímidos contatos entre os seus colaboradores e os terapeutas graduados. A turma de formandos de 1981 da PUCCAMP, SP, homenageou-a como paraninfa, ao que ela respondeu com uma carta comovida.

O Movimento Internacional de Reabilitação e os primeiros cursos

O crescimento das campanhas internacionais por direitos e seguros sociais deu origem, na década de 40, ao Movimento Internacional de Reabilitação, originário principalmente dos E.E.U.U. e da Inglaterra. A entidade então criada (hoje denominada Reabilitação Internacional), associou-se a outros organismos como a O.I.T. - Organização Internacional do Trabalho e a UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, e foram elaboradas diversas propostas sobre a recuperação dos acidentados de trabalho e de pessoas com diversos tipos de deficiência física, mental e sensorial (cf. Soares, 1987 e Tomazi, 1986).

Assim, através da mobilização de diversos órgãos governamentais ou não, iniciou-se um período de articulação de estratégias de preparação de pessoal especializado, conforme mostra Soares:

"No início da década de cinquenta a ONU (...) resolveu adotar uma estratégia mais efetiva para a implantação de projetos de Reabilitação nos quatro continentes: provocar a organização de Centros de Demonstração de Técnicas de Reabilitação, que acumulassem a responsabilidade de não só dar atendimento qualificado, mas também desen-

volver cursos para a formação de pessoal básico nessas mesmas técnicas." (Silva, 1986 apud Soares, 1987).

Os primeiros cursos de Terapia Ocupacional ministrados no Brasil, segundo os padrões norte-americanos, iniciaram-se em 1956, no Rio de Janeiro. A primeira turma formou-se a partir de dois anos de curso, da segunda turma em diante os estudantes frequentavam o curso durante 3 anos. Os cursos estenderam-se rapidamente para outros estados, e o início da década de 60 já contava com cursos em São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Bahia. (22)

Em 1963, ao que tudo indica com certa restrição por parte da comunidade médica, foi aprovado pelo Conselho Nacional de Educação⁽²³⁾, o currículo mínimo dos cursos de Terapia Ocupacional e Fisioterapia, por solicitação da Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro. A aprovação figurou no parecer nº 388 e foi efetuada em 10 de dezembro de 1963,

(22) A terapeuta ocupacional Léa Soares realizou uma extensa investigação sobre a abertura dos primeiros cursos de Terapia Ocupacional no Brasil. Essa pesquisa está relatada em "Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?" São Carlos, UFSCar, 1987. As idéias aqui contidas foram inteiramente baseadas em seu excelente trabalho.

(23) Após a reforma universitária em 1968, o conselho teve sua denominação alterada para Conselho Federal de Educação.

tendo como relator o conselheiro Clóvis Salgado. A homologação do referido parecer, no entanto, só se daria em 1964, sob a gestão do então Ministro da Educação e Cultura, Sr. Flávio Suplicy de Lacerda, de cara lembrança para os brasileiros (24).

Esse documento teve extrema importância para os terapeutas ocupacionais brasileiros pois foi o primeiro instrumento a legislar sobre assunto de nosso interesse. Sua análise detalhada (que procederemos mais adiante) nos permitirá observar que com o parecer 388/63 iniciam-se duas particularidades que acompanham os demais diplomas legais da categoria até nossos dias: a omissão e a ambigüidade.

(24) Tendo sido o 1º Ministro da Educação após o golpe militar em 1964, o sr. Flávio Suplicy de Lacerda notabilizou-se pelas medidas duras na repressão a estudantes e professores, entre as quais destacam-se a Lei nº 4.464 de nov./1964 que dispunha sobre os órgãos de representação estudantil e o Decreto-Lei nº 477 de fev./1969 que proibia a "atividade política" nas universidades.

O papel das organizações de defesa da categoria

As aspirações por reconhecimento e institucionalização da profissão levaram os terapeutas ocupacionais brasileiros a criar associações científicas em diversas regiões do país, além de fundar a ATOB, Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil em 13 de novembro de 1964.

Até 1978 com a instalação dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, aquela entidade centralizou a representação dos profissionais em todo o território nacional.

Sob a coordenação da terapeuta carioca Hilêde Cantanhede, reuniram-se naquela data cerca de 18 profissionais que representavam as associações regionais do Rio de Janeiro e São Paulo, também recém-criadas, para a aprovação dos Estatutos da entidade, bem como para eleger o seu primeiro Conselho Diretor. A referida eleição marca a débil coerência que irá caracterizar toda a organização posterior dos terapeutas ocupacionais brasileiros. Minutos após ter sido aprovado um estatuto que determina em seu artigo 8º, parágrafo único que

"A eleição do Conselho Diretor será feita em Assembleia Geral, por escrutínio secreto, direto e

universal." (cf. Livro de Atas da ATOB e Estatutos da ATOB).

foi eleita por aclamação a primeira diretoria da entidade, imediatamente empossada para

"art. 9º f - fazer cumprir os estatutos da entidade."

As estratégias adotadas pela primeira diretoria da ATOB e seus filiados caracterizar-se-iam pelo apreço aos detalhes e pelo distanciamento de movimentos ou interesses de caráter mais amplo ou social.

No período de 1965 a 1970, quando nova eleição foi realizada (com um atraso de 3 anos, pelos estatutos) foram realizadas 7 assembleias (todas extraordinárias) onde foram discutidos temas como a aprovação de um distintivo especialmente confeccionado para a utilização no braço esquerdo dos profissionais⁽²⁵⁾ e a publicação de um Boletim que divulgas-

(25) O distintivo deveria ser utilizado sobre uniforme branco, confeccionado em local a ser determinado e a partir de modelo aprovado na ocasião. Não conseguimos localizar o modelo entre as atas e o acervo da entidade.

se notícias e informações de interesse dos terapeutas. Ambos os assuntos, apesar de fartamente debatidos, jamais chegaram a tornar-se realidade.

Em outubro de 1972 os estatutos da entidade sofreriam a primeira alteração. Nessa ocasião, ao eleger a sua terceira diretoria a entidade passa a ter sede em São Paulo. A nova diretoria encabeçada por Viridiana Arb passará a fazer sucessivas gestões junto ao Ministério do Trabalho (juntamente com a entidade nacional dos fisioterapeutas) para esboçar o chamado projeto de regulamentação da profissão. Não há, nos documentos do período, maiores detalhes sobre o referido projeto. Essa será a fase áurea da entidade que iniciará um exaustivo trabalho em Brasília, junto ao governo federal, que culminará na aprovação da lei nº 6316 de 17 de dezembro de 1975, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. É necessário, entretanto, assinalar que esse período é cercado pela mais absoluta ausência de registro das atividades desenvolvidas. A gestão de Viridiana Arb, eleita para o período 70/72 e reeleita para o biênio 72/75, face às alterações estatutárias que ampliaram em doze meses os mandatos, só produziu duas sumárias atas de assembléias. Mesmo a realização do I Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais, promovido pela ATOB em dezembro de 1974 na cidade de São Paulo, não possui qualquer registro de sua preparação ou avaliação posterior.

A quarta diretoria da entidade é empossada em 25 de outubro de 1975, sob a presidência de Berenice Rosa Francisco. Esse período registra a realização do II Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais, em 1976, no Rio de Janeiro. Há a filiação de duas entidades regionais, a ACTO - Associação Cearense de Terapeutas Ocupacionais e a ATOPE - Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco. Quando nova eleição é realizada em 02 de dezembro de 1978, a categoria já terá instalados os Conselhos Regionais encarregados de fiscalizar o exercício profissional em todo o território nacional. É o momento de resgatar as funções "científicas" da entidade. Paradoxalmente, a quinta diretoria, presidida por Lillian Vieira Magalhães, não conseguirá realizar o almejado e prometido redirecionamento dos trabalhos da entidade. A próxima eleição em 29 de outubro de 1983 (com um atraso de dois anos pelos estatutos), não será consolidada de fato. A presidente Josefa Gomes dos Santos não chegará a assumir os trabalhos da associação. Os terapeutas ocupacionais reunidos no III ENTO, na cidade de Curitiba, em 1985, declaram desativada a sua entidade nacional.

Esses fatos que compõem a história dessa entidade, quando enumerados de maneira aleatória, sem uma análise mais cuidadosa, podem levar-nos a equívocos na apreciação da história da entidade. Se é fato que a atividade científico-cultural desses profissionais esteve sempre restrita a um pequeno número de pessoas, isolada de processos políticos mais abrangentes e prejudicada por um constante desinteresse pelo

registro das atividades realizadas (as atas e outros documentos são vagos ou omissos), também é fato que a entidade fez avançar o processo de institucionalização da profissão como atestam as leis aprovadas e os organismos de fiscalização instalados. A realidade é que o projeto de crescente institucionalização da profissão foi plenamente realizado(26). O que merece reflexão é a própria natureza desse projeto. Parece razoável questionar se uma categoria profissional, qualquer que seja, pode condicionar espaço de mercado, reconhecimento social e autoridade científica apenas à aprovação de um certo número de projetos de leis ou portarias ministeriais. O que parece oportuno argüir é o caráter puramente corporativista (na acepção exclusivista do termo) que a entidade dos terapeutas ocupacionais adotava. O crítico quadro político que o país atravessou durante o regime militar implantado no Brasil após 1964 não prejudicou ou redirecionou as aspirações dos terapeutas enquanto categoria. Ao contrário, a desordem institucional que assolou o país parece ter favorecido as reivindicações encaminhadas por intermédio do prestígio pessoal ou do expediente de exceção.

(26) É imperioso reconhecer que os terapeutas ocupacionais contam hoje com todas as prerrogativas legais concedidas aos demais profissionais de nível superior.

O reconhecimento da profissão pelo decreto-lei nº 938 de 13 de outubro de 1969 pela junta militar que governava o país é um bom exemplo. Não há qualquer registro sobre o processo de encaminhamento dessa reivindicação. Aliás, o período era avêso a registros. E a legitimidade.

É necessário ainda, ressaltar que os terapeutas ocupacionais estiveram ausentes enquanto grupo profissional representado durante as alterações e reformas dos modelos de Saúde nos anos recentes. O movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária (composto por setores progressistas das várias profissões da Saúde) teve impulso a partir de meados da década de 70 e resultou em diversos planos e documentos (VII e VIII Conferências Nacionais de Saúde, CONASP e AIS, I.D.A., entre outros)⁽²⁷⁾ que não chegaram a ser considerados pelo conjunto dos Terapeutas Ocupacionais.

A própria redação e discussão do novo currículo mínimo para os cursos de Terapia Ocupacional ocorridos de 1979 a 1983 transcorreu à margem dos movimentos por melhores condições de Educação entre os demais profissionais.

(27) O Plano CONASP (do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - 1982), o I.D.A. (Plano de Integração Docente - Assistencial - 1982) e as A.I.S. (Ações Integradas de Saúde - 1984) são iniciativas que compuseram as propostas alternativas ao Sistema de Saúde articuladas por setores do Governo e lideranças do Movimento Sanitário. Maiores detalhes sobre o período encontram-se em "Da Reforma ao Reformismo", GALLO, 1988.

Uma atitude de completo isolamento marcou a maior parte das propostas de institucionalização dos terapeutas ocupacionais(28).

Somente a partir da década de 80 (e mais precisamente no segundo quinquênio) haverá alguma aproximação entre terapeutas ocupacionais isolados e articulações partidárias, movimentos populares ou discussões multidisciplinares. A esta altura já haviam sido desativadas várias entidades de representação e a referida "politização" se reveste em iniciativas individuais. Não cremos que já seja possível estimar o impacto dessa "politização" de alguns setores no conjunto de profissionais ou na consolidação de novas bases para o exercício profissional.

(28) Salvo no que tange ao vínculo jurídico com os fisioterapeutas, face às exigências legais.

A criação do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - afinal a "acolhida" do Estado.

Retomando o conceito de "cidadania regulada" exposto no capítulo II, a necessidade de conquistar determinados privilégios de mercado e intervenção social através do reconhecimento do Estado encaminhou todas as ações dos terapeutas ocupacionais organizados para a regulamentação de sua atuação profissional⁽²⁹⁾.

Durante todo o seu período de atividade, a ATDB procurou articular mecanismos de fortalecimento da categoria através da ampliação de direitos e privilégios consolidados em matéria jurídica ou em organização burocrática.

Entretanto, a inexistência de um conhecimento e de uma prática adequadamente articuladas aos interesses de monopólio de áreas de atuação produziu um conjunto de documentos que longe de solucionar apenas atesta a precariedade do exercício profissional regulamentado.

(29) Nesse sentido, é importante considerar a observação de Gramsci no que concerne à função coercitiva das formas jurídicas: "O direito é o aspecto repressivo e negativo de qualquer atividade positiva de civilização realizada pelo Estado". (Gramsci, apud Portelli, 1977:31).

A mais breve análise dos documentos que definem as atribuições dos terapeutas ocupacionais já permite concluir que tratam-se de textos artificiais e circulares⁽³⁰⁾. As definições são vagas e excessivamente generalistas.

O processo de elaboração desses documentos parece ter tido a intenção preponderante de valorizar a Terapia Ocupacional ao invés de defini-la com critérios rigorosos. Do mesmo modo, o caráter estritamente normativo confiado aos organismos de fiscalização e credenciamento, identificável no peculiar burocratismo estatal manifesto nos Conselhos Regionais e no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional fazem rever o argumento de "defesa do interesse público" geralmente apresentado. Através de mecanismos de credenciamento e recolhimento de taxas o Estado julga defender os interesses da sociedade. Através da fixação de áreas restritas de domínio e competência as corporações defendem os seus componentes. A população "consumidora" dos serviços parece ausente das duas instâncias... Aliás, o que é habitual entre nós.

(30) Repetindo a expressão de Rebelatto na interessante análise que realiza sobre os documentos da profissão de Fisioterapeuta. (Rebelatto, 1986:45).

É interessante e oportuna a análise deste aspecto feita por Maria Cecília Donnangelo (1975) em relação aos Conselhos de Medicina e Sindicato de Médicos:

"Os Conselhos de Medicina instalaram-se como tribunais éticos, restringindo-se à aplicação do código ou à fiscalização ética do exercício profissional. Na medida em que representam a agência de sustentação do conjunto tradicional de valores, caracterizam-se mais como um sistema de referência para a legitimação ou não-legitimação das novas condições de trabalho médico. ...O Sindicato e os Conselhos, embora sejam por definição órgãos com funções distintas, poder-se-ia mesmo dizer, opostas, tem uma característica comum: são ambos legalmente representativos, envolvem obrigatoriedade de filiação e vinculam-se ao Estado." (Donnangelo, 1975:131). (Grifos da autora).

No nosso caso particular, os conselhos assumiram em acréscimo a tarefa de difundir nas hostes do Estado a idéia de uma autoridade técnica fundada em preceitos de forma e não de conteúdo. O melhor exemplo disso é a cuidadosa argumentação elaborada pela assessoria jurídica do CREFITO-3 (com sede em São Paulo) aconselhando a utilização do título de DOUTOR:

"Considerando: que o uso do título tem por fundamento procedimento isonômico, sendo, em realidade, a confirmação da autoridade científica profissional perante o paciente; - que deve ser mantida isonomia entre os componentes da Equipe de Saúde e que o título de Doutor é um complemento, um "plus" a mais, a afirmação de um legítimo direito conquistado a nível de aprofundamento em sua prática terapêutica, com a correspondente fundamentação científica. Decide - recomendar que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, na sua atuação profissional, usem o título de Doutor, por se tratar de um direito legítimo e incontestável destas categorias."

(Decisão 01/88, Dra. Clarice Salvador Abramant, presidente do CREFITO-3, Jornal do CREFITO-3, nº 31, Jan/fev. 1988, p. 4, grifos nossos).

Parece uma prova exemplar do caráter elitista da percepção das adequadas relações entre os profissionais e sua clientela. Além de uma discutível avaliação do que signifique "fundamentação científica". A bem da verdade é preciso acrescentar que essa orientação é geralmente recebida pelos terapeutas ocupacionais com reservas. Alguns por um inaceitável sentimento de inferioridade e submissão, outros, felizmente a maioria, por um adequado senso de distinção entre competência técnico-científica e um arremedo dos antigos escalões de nobreza, pateticamente reeditado.

Os terapeutas ocupacionais e o sindicalismo

A organização sindical dos terapeutas ocupacionais deu-se tardiamente no Brasil em comparação aos demais profissionais de Saúde. Em seu estudo sobre a regulamentação das profissões de Saúde, Mary Spink mostra que os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas são os últimos profissionais (excluindo os Fonoaudiólogos e os biólogos, ainda sem representação sindical atualmente) a conquistar a Carta Sindical que autoriza a criação do primeiro sindicato junto ao Ministério do Trabalho⁽³¹⁾.

Regulados pelo artigo nº 513 da C.L.T. (Consolidação das Leis do Trabalho) os sindicatos possuem a prerrogativa de representar oficialmente "os interesses gerais da respectiva categoria ou os interesses individuais dos associados relativos à atividade ou profissão exercida". (C.L.T. apud Spink: 1985:37). A legislação do trabalho, que permanece quase inalterada desde sua criação no Estado Novo, garante ao Estado plenos poderes de controle e demarcação da ati-

(31) A Carta Sindical só é concedida no Brasil após um parecer da Comissão de Enquadramento Sindical (Decreto nº 67.284/70). A referida comissão classifica a categoria a partir da "identidade ou afinidade das funções exercidas no processo de produção econômica". (Spink, op. cit.:37). Além dessas medidas são necessárias outras providências burocráticas (inúmeras) para a obtenção de concessão de Representação Sindical.

vidade sindical no Brasil, com óbvias consequências no processo mais amplo de organização dos trabalhadores face a cada conjuntura política.

No caso dos terapeutas ocupacionais a criação do primeiro sindicato brasileiro ocorreu em 12 de agosto de 1980 em São Paulo, capital, com base territorial em todo o estado⁽³²⁾, sob a denominação de Sindicato dos fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, auxiliares de fisioterapia e auxiliares de terapia ocupacional no Estado de São Paulo, SINFITO.

O primeiro sindicato da categoria já apresenta algumas contradições estruturais que confirmam a inadequação do modelo sindical brasileiro.

Por força das exigências legais do número de profissionais e afinidade das atividades ocupacionais o SINFITO foi criado para representar os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os auxiliares de fisioterapia e os auxiliares de terapia ocupacional. Esses dois últimos contingentes profissionais, na verdade, inexistem enquanto grupo a ser representado. Não havendo oficialmente a formação de

(32) Até dezembro de 1988 havia o registro de apenas dois SINFITO, em Pernambuco e no Paraná. Outras entidades estão em tramitação burocrática para obtenção da carta sindical no Rio de Janeiro, no Ceará, na Bahia e em Minas Gerais.

profissionais em nível médio ou elementar, os referidos auxiliares seriam os antigos profissionais "leigos" que exerciam a profissão sem habilitação legal para isso. Com a instalação dos Conselhos Regionais em 1975 houve a necessidade de regularizar a situação daqueles profissionais e foi acertado que aqueles profissionais receberiam o título de auxiliar de Fisioterapia ou Terapia Ocupacional desde que aprovados em exame de habilitação de responsabilidade dos Conselhos Regionais.

Ora, conforme o previsível, a competição por monopólios de atuação e benefícios jurídicos é evidente entre os mencionados grupos, condição que as medidas legais longe de solucionar, apenas "regulamentam". É, portanto, lícito indagar se estariam em condições de representar os direitos dos auxiliares, aqueles profissionais que por força da própria lei, estão em condições hierarquicamente superiores aos primeiros, exercendo, muitas vezes, o papel do patronato dos referidos auxiliares. Trata-se de uma questão, no mínimo, delicada. O problema só não assume proporções maiores porque, de fato, os auxiliares que hoje exercem suas atividades não o fazem de modo oficial. E, geralmente, vinculam-se aos sindicatos de hospitais e casas de saúde, órgão que congrega indistintamente os funcionários desses estabelecimentos. Além deste aspecto, há ainda a vinculação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, num único sindicato, que a exemplo das disposições legais anteriores, também é passível de várias críticas. Do mesmo modo que engenheiros e arquitetos,

os conselhos e demais entidades que representam duas ou mais categorias "afins" na verdade acabam mascarando uma rivalidade e mesmo circunstâncias de disputa declarada. No caso do SINFITO, toda a mobilização para a criação e manutenção da entidade partiu dos fisioterapeutas, fato que, por si só, já acarreta inúmeras acusações entre os dois grupos. Por outro lado, sem expressão política dentro do sindicato, os terapeutas ocupacionais sentem-se desprestigiados e desinteressam-se pela militância sindical, o que consolida o círculo vicioso.

Outro aspecto a ressaltar está relacionado à própria natureza da atividade sindical numa profissão cujo projeto inicial (articulado nos anos 70) era o de uma profissão liberal. Surpreendidos pelas drásticas condições do mercado de trabalho no período pós-milagre econômico, os profissionais de saúde enfrentaram contradições pungentes entre as suas possibilidades de absorção no mercado de trabalho e as expectativas anteriormente fomentadas. Os trabalhos de Donangelo (1975, 1976) acerca das relações de trabalho dos médicos puderam esclarecer exemplarmente essa problemática. No caso do SINFITO-SP as dificuldades mais agudas dizem respeito à adoção de medidas e prerrogativas típicas da legislação sindical autoritária do modelo brasileiro para obrigar à filiação os profissionais. Desde modo, através de uma manobra entre o SINFITO e o CREFITO da 3ª região (Sudeste e Centro-Oeste), os profissionais são impelidos a recolher anuidades em favor do SINFITO, sob pena de perderem o direito de exer-

cício profissional (cuja cassação é de competência estrita do CREFITO). A expressão "obrigatório" é fartamente utilizada nos comunicados do SINFITO, não sendo incomuns as ameaças com base na C.L.T. (conforme o boletim distribuído em abril de 1989 pelo SINFITO). Desse modo, as lideranças sindicais substituem a politização das dificuldades enfrentadas pelos profissionais pelo uso da "obrigatoriedade" de contribuição financeira dos sócios. A militância, ou, a cooperação do profissional, é por assim dizer, obtida através do pagamento de taxas. O resultado, em termos de consciência e avanço das reivindicações das categorias representadas, é presumível(33).

Um curioso exemplo da tendência autoritária manifesta pelas entidades profissionais é o artigo 18, Capítulo II do código de ética do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional, que refere-se às "Entidades das Classes":

"É dever do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional:

(33) Outro exemplo dos desvios "liberais" das lideranças do SINFITO-SP é a veiculação de "merchandising" de produtos fisioterápicos através das publicações do SINFITO. A óbvia necessidade de sustentação financeira da entidade confronta-se com a autonomia sindical. Nesse confronto entre autonomia e benefícios econômicos os maiores prejuízos recaem sobre os profissionais representados. Como sempre.

I - *pertencer, no mínimo, a uma entidade associativa da respectiva classe, de caráter cultural e/ou sindical, da jurisdição onde exerce sua atividade profissional;* (grifos nossos).

Há, pois, vários aspectos a superar na construção de um sindicalismo representativo entre os terapeutas ocupacionais, o que apenas confirma a débil configuração social e política desses profissionais no atual estágio do mercado de trabalho brasileiro.

A "fala" dos textos legais

A profissão de terapeuta ocupacional é regulamentada no Brasil por um pequeno número de dispositivos legais, à saber:

1º) Portaria ministerial nº 511/64

Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - baixada em 10 de dezembro de 1963 pelo Ministério de Educação - revogada em 23 de fevereiro de 1983, resolução nº 4.

2º) Decreto-Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969

Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências - assinado pelos ministros militares Augusto Hamann Rademaker Grunewald, Aurélio de Lyra Tavares e Márcio de Souza e Mello.

3º) Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975.

Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Sancionado pelo Presidente Ernesto Geisel e pelos ministros de Trabalho, Saúde e Educação, Srs. Arnaldo Prieto, Paulo de Almeida Machado e Ney Braga.

4º) Resolução nº 4 de 23 de fevereiro de 1983.

Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - assinada por Lafayette de Azevedo Pondé, presidente do Conselho Federal de Educação⁽³⁴⁾.

(34) Além desses dispositivos legais, há ainda outros atos normativos de menor importância. Cabe assinalar, outrossim, a aprovação do Código de ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - resolução COFFITO-10, de 22/09/1978 - DOU - Seção I - Parte II, págs. 5265/5268.

Da leitura desses documentos, a primeira constatação é que em nenhum deles se define quem é ou o que faz o Terapeuta Ocupacional. Mesmo a resolução nº 4, que trata da formação, limita-se a apresentar o elenco de matérias obrigatórias nos cursos de Graduação. Mas, nem tudo está perdido. O SINE, Sistema Nacional de Emprego, órgão do Ministério do Trabalho, possui um verbete definindo o que faz (ou deve fazer) o Terapeuta Ocupacional:

"Dedica-se ao tratamento, desenvolvimento e reabilitação de pacientes portadores de deficiências físicas e/ou psíquicas, promovendo atividades com fins específicos, para ajudá-los na sua recuperação e integração social.

Prepara os programas ocupacionais destinados a pacientes confinados em hospitais ou outras instituições, baseando-se nos casos a serem tratados, para propiciar a esses pacientes uma terapêutica que possa desenvolver e aproveitar seu interesse por determinados trabalhos; planeja trabalhos individuais ou em pequenos grupos, como trabalhos criativos, manuais, de mecanografia, horticultura e outros, estabelecendo as tarefas de acordo com as prescrições médicas, para possibilitar a redução ou cura das deficiências do paciente, desenvolver as capacidades remanescentes e melhorar seu estado psicológico; dirige os trabalhos, supervi-

sionando os pacientes na execução das tarefas descritas, para ajudar o desenvolvimento dos programas e apressar a reabilitação. Pode conduzir programas recreativos."

Nessa definição (que consta sem data ou autoria), observamos que é um profissional ligado à institucionalização de indivíduos doentes (exclui as categorias de indivíduos marginalizados por fatores como a idade ou o sistema penal, além de excluir a prevenção), trabalha com a manufatura e não possui autonomia de intervenção (trabalha sob prescrição médica).

A comparação dessa definição apresentada acima com os demais dispositivos regulamentadores do exercício profissional demonstra que não há relação de pertinência entre um e outros documentos, pois como veremos adiante, os três aspectos apontados (institucionalização, doença física e mental e dependência técnico-administrativa) não figuram nos demais textos de lei.

Ao qualificar a atividade privativa do terapeuta ocupacional declara-se:

"art. 4º - É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais com a finalidade de restaurar a capacidade mental do paciente." (Decreto-lei nº

938/69).

Aqui o primeiro exemplo de circularidade a que se referia Rebelatto (1986:45). Que compete a um terapeuta executar terapêuticas é o óbvio. Quais, ou de que tipo? Em que condições?

Além disso, nesse documento a atuação do profissional restringe-se a esfera mental do paciente. O texto é restritivo à área de Reabilitação e à Saúde Mental (ou doença).

A leitura da lei nº 6.316, que cria os Conselhos não oferece maiores esclarecimentos, salvo a normatização de anuidades, credenciamentos, etc. além da exigência do porte da Carteira Profissional quando em exercício da função do terapeuta. É ainda interessante ressaltar que para o Estado o conceito de legitimidade é bem peculiar:

"Art. 15. O pagamento da anuidade ao Conselho Regional da respectiva jurisdição constitui condição de legitimidade do exercício da profissão." (lei nº 6.316, 17/12/75 - grifo nosso).

Como vimos, a inespecificidade dos textos legais que disciplinam a matéria levou a diversos problemas como os que obrigaram os profissionais a responderem através do Conselho Federal à ação de representação ao Supremo Tribunal Federal.

Esta ação, movida por empresas médicas que argüiam a constitucionalidade das leis que regem as profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional, transcorreu em 1981 e foi concluída com o parecer favorável ao COFFITO, de parte do Procurador Geral da República.

Nos autos do processo, um documento de 109 páginas composto de Memorial e Anexos, vários pareceres "esclarecem" a especificidade do trabalho do Terapeuta Ocupacional:

"O terapeuta ocupacional, através de atividades e de situações de vida real e simulada propõe-se a prevenir ou tratar as disfunções físicas, intelectuais, emocionais, sociais e do desenvolvimento dos indivíduos de todas as idades e provenientes de diferentes estágios sócio-econômico-culturais. Sua atuação abrange o auxílio diagnóstico e culmina na interação social do homem em nível de trabalho e lazer." (STF - ação de representação nº 1056-2- DF p. IV).

A julgar pela abrangência da definição acima, é oportuno indagar qual o critério adotado para ratificar a privacidade a um grupo profissional que advoga tantos e tão amplos poderes.

Nem o argumento da Defesa, copiosamente fundamentado em várias fontes do Direito do Trabalho, ajuda a esclarecer a controvérsia:

"a profissionalidade pressupõe a privacidade ou a exclusividade do exercício da profissão. E nem poderia ser outro o objetivo da regulamentação das diversas profissões, mormente em se tratando de atividades profissionais-liberais ou técnicas, que exigem a indispensável obtenção de diploma ou certificado especializado próprio. Essas regulamentações são particulares e inconfundíveis entre si, como que prendendo parcelas da realidade social em compartimentos estanques, que não se comunicam. Como que cada uma, como acontece com os aviões de carreira, possui a sua rota própria, sob pena de colisão ou de confusão de destinos. (STF - peça citada, parecer do prof. Evaristo de Moraes Filho).

As imagens utilizadas pela Defesa, apesar de poéticas, pouco ou nada esclarecem acerca da questão crucial do trabalho na área de Saúde, que são a hierarquia e a delimitação de funções e papéis. Impregnado dos preceitos do Fun-

cionalismo⁽³⁵⁾, o trabalho na área de Saúde é, via de regra, visto como um sistema fechado em si mesmo, atuando numa sociedade estável e harmoniosa, onde sua contribuição realimenta o sistema central⁽³⁶⁾.

A realidade social entretanto, plena de desigualdades e historicamente configurada, exige uma avaliação que supere os esquemas simplistas que distribuem funções e papéis a cada grupo de indivíduos. É na articulação concreta dos diversos saberes técnico-científicos interpretados a partir de sua determinação histórica, cultural e econômica que serão encontrados os elementos necessários à transformação de cada saber específico e da totalidade das relações sociais através da plena participação de todos os envolvidos.

A evidente inconsistência dos dispositivos legais reguladores do exercício da Terapia Ocupacional levou os Conselhos Regionais e o Federal a baixarem Atos Complementares que buscam esclarecer as atribuições específicas dos profissionais sob sua responsabilidade.

(32) Trata-se de uma abordagem teórica dos fatos sociais oriunda do Positivismo de Comte e das análises de Durkheim sobre a divisão do trabalho.

(33) No campo da Saúde o autor identificado com a Teoria de Sistemas mais conhecido entre nós é o Dr. Mario Chaves que assim conceitua Sistema:

"um todo complexo e organizador; uma reunião de coisas ou partes formando um todo unitário e complexo. A idéia de sistema dá uma conotação de plano, método, ordem, arranjo. O antônimo de sistema é caos." (Chaves, 1980:5).

Utilizando os tradicionais recursos retóricos para a redação do documento, a publicação provocou o resultado inverso ao esperado. No II Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional realizado na Universidade de São Paulo, USP, em agosto de 1988 a plenária ali reunida, composta de mais de 80% dos docentes do país, declarou-se incapaz de traduzir as atribuições contidas na Resolução COFFITO-81, que prevê:

" - Considerando que Terapia Ocupacional é uma ciência aplicada que tem como objeto de estudos a cinética do homem e sua relação com as atividades ocupacionais em todas as suas formas de expressão, quer nos seus desvios patológicos, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, tendo como meta restaurar, desenvolver, adaptar ou conservar a capacidade físico-mental do indivíduo;

- Considerando que como processo terapêutico, lança mão de conhecimentos e recursos próprios, com os quais, em razão das condições psico-físico-social, busca promover ou adaptar, através de uma relação terapêutica-ocupacional, o indivíduo a uma melhor qualidade de vida;

- Considerando que métodos e técnicas terapêuticas ocupacionais são atos privativos do profissional TERAPEUTA OCUPACIONAL, e que métodos compreende um conjunto sistemático de procedimentos orientados

para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos, e que técnicas são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia, compreendendo ainda, a avaliação cinético-ocupacional, prescrição terapêutica ocupacional, tratamento, reavaliação e alta terapêutica ocupacional; ...

... Resolve:

Artigo 1º - É competência do TERAPEUTA OCUPACIONAL elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação cinética-ocupacional, sendo esta um processo pelo qual, através de metodologia e técnicas terapêuticas ocupacionais, são analisadas e estudadas as alterações psico-físico-ocupacionais, em todas as suas expressões e potencialidades, objetivando uma intervenção terapêutica específica; prescrever baseado no constatado na avaliação cinética-ocupacional, as condutas próprias da Terapia Ocupacional; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo, dar altas nos serviços de Terapia Ocupacional, utilizando o critério de reavaliações sucessivas que demonstrem não haver alterações que indiquem a necessidade da continuidade destas práticas terapêuticas..." (Resolução COFFITO-81, Diário Oficial da UNIÃO, 21 de maio de 1987).

A leitura da Resolução 81 permite observar que, apesar do reiterado esforço explicativo, o grupo incumbido de redigir o documento (do qual não se tem qualquer informação sobre os componentes), não consegue superar as armadilhas de um discurso redundante e ineficaz.

O que é estudar a "cinética do homem"? Que relação esse estudo guarda com a problemática do processo de trabalho e seus desdobramentos sócio-culturais? Quais são os "conhecimentos e recursos próprios"? O que é "adaptar a uma melhor qualidade de vida"? Quem será "adaptado", o indivíduo ou a sociedade? Como se formula o conceito de inadaptação? Qual a diferença entre "avaliar, prescrever, programar e usar recursos terapêuticos" e "tratar e reavaliar"? O que são "potencialidades e expressões" das "alterações psicofísicas"? Isso sem detalhar a discutível distinção sobre métodos e técnicas, esclarecendo, com grande malabarismo verbal que são... métodos e técnicas.

Concluindo, a desmesurada tentativa de conquistar e manter, a qualquer preço, um certo espaço de mercado numa sociedade segmentada e controlada através de uma ordenação burocrática e cartorial levou os terapeutas ocupacionais a construírem um referencial jurídico que apesar de "garantido" pelo Estado é vazio de sentido e legitimidade social. O reconhecimento social, aspecto verdadeiramente relevante de toda categorização profissional não se vincula apenas a um conjunto de leis, estéril e empolado. Embora a prática concreta dos terapeutas brasileiros careça de sistematização e

reflexão para que se alcance um nível mais rigoroso de interpretação de sua relevância social, seguramente ela já é bem mais densa do que sugerem os fraseados legais. E, sem dúvida, mais coerente.

As disputas por espaço de atuação

A mais perversa face da competição entre os profissionais de Saúde não é, entretanto, aquela que é travada nos tribunais. Impelidos por precárias condições de trabalho e manipulados por um discurso que privilegia a subordinação dos níveis de assistência a partir de privilégios conquistados de maneira discutível, é à clientela que se dirige a maior parte das escaramuças entre os profissionais. Alvo fácil das instituições burocratizadas e contraditórias, o cliente é manipulado ao bel prazer dos profissionais. Ou das conveniências destes profissionais. Exames são refeitos, consultas são desmarcadas, prescrições são questionadas sem que qualquer das partes se exponha ou responsabilize. É o cliente que recebe informações confusas e desencontradas. Por negligência, competição ou sonegação de informações. É a silenciosa batalha dos serviços de Saúde, onde os atingidos nem sempre são os combatentes. O depoimento abaixo, extraído da pesquisa realizada por Sandra Galheigo é um pequeno exem-

plo das múltiplas modalidades de disputa:

"Ao montar a árvore de Natal um paciente amassava uma bola e pendurava 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 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 dos 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!". Haviam tirado a suposta imagem de Jesus, Maria e José e colocado três imagens de gesso compradas. A dor que as pacientes sentiram foi muito grande..."

(Hospital Psiquiátrico I - entrevista, 1981 - extraído de Galheigo, 1988:50-1).

CAPÍTULO V

A PRODUÇÃO E A REPRODUÇÃO DO SABER EM TERAPIA OCUPACIONAL

A dimensão ideológica da reprodução da força de trabalho tem sido bastante acentuada. A escola, compreendida enquanto um dos aparelhos ideológicos do Estado, apresenta-se como espaço privilegiado do controle social. Se é evidente que o processo de escolarização que intensificou-se no Estado capitalista permitiu o avanço científico e o aprimoramento das formas de difusão dos diversos saberes também é fato que:

"ao mesmo tempo que ensina estas técnicas e estes conhecimentos, a Escola ensina também as "regras" dos bons costumes, isto é, o comportamento que to-

possível afirmar que os conteúdos costumam ser de caráter pragmático, de tipo normativo, destinados a resolver problemas imediatos, sem qualquer preocupação com uma vinculação entre a prática preconizada e uma elaboração teórica que fornecesse referências àquela prática.

Assim, os modelos curriculares caracterizam-se pela divisão dos assuntos por especialidade, adotando as concepções "modernas" da Medicina organicista de influência norte-americana. Além disso, o ensino é eminentemente técnico. Os alunos devem aprender a solucionar problemas partindo de esquemas previamente estabelecidos.

Um pequeno exemplo pode ser encontrado em Spackman:

Actividades sugeridas para proporcionar tratamiento		
región	objetivo	actividades y gradación
muñeca	aumento de la amplitud de movimiento	trenzado de tejidos
fracturas		estarcido, ebanisteria

(Spackman, 1973:179)

No caso assinalado, os autores propõem o uso de teares, desenho com carvão e marcenaria para a recuperação de uma fratura na mão, como se houvesse a ocorrência autônoma de uma fratura, desvinculada do "proprietário" da mão, da situação em que o episódio ocorreu e do impacto desse acidente na sua conjuntura específica.

Além disso, a enfermidade é tomada exclusivamente no âmbito individual. A terapia é um processo de duas pessoas. Terapeuta e paciente. Sem espaço e tempo. Sem classe social, cultura, influências religiosas, determinantes econômicos. Enfim, o que se admite é uma relação entre duas pessoas, num corte humanista e cristão, frequentemente denominado relação de ajuda. A "salvo" de quaisquer interesses.

A primeira contestação ao modelo de formação adotado para os terapeutas ocupacionais dirigiu-se ao caráter técnico de sua formação. Preocupados em ampliar seu espaço de atuação e conquistar maior reconhecimento social e "científico", os terapeutas questionaram, já na década de 60 (nos E.U.A.) a perspectiva superficial dos programas de ensino.

Anne Mosey, renomada terapeuta norte-americana, procura destacar o modelo de atuação corrente:

"Parece-me que, durante o período de 1942 a 1960, nós, como terapeutas ocupacionais, funcionamos como técnicos, não como profissionais." (Mosey, 1979:59).

Essa constatação, embora avançada para o conjunto dos profissionais da época manifestava um projeto político bastante discutível: garantir ou conferir cientificidade à intervenção do terapeuta partindo exclusivamente de uma absorção de teorias de status superior. Ou mais ainda, do direito de compartilhar com os outros "profissionais" da produção dessas teorias.

Ora, a problemática da intervenção do terapeuta não parece centrar-se em ser técnica ou não. Não se trata de hierarquizar intervenções. O cerne do problema parece ser, como aponta Gramsci, o critério utilizado para distinguir as diversas atividades intelectuais, ou seja: o "conjunto do sistema de relações no qual estas atividades (e, portanto, os grupos que as personificam) se encontram, no conjunto geral das relações sociais." (Gramsci, 1982:7).

Buscando caracterizar a formação das elites dirigentes Gramsci propõe a análise do conceito de "intelectual" segundo sua vinculação com a perpetuação dos interesses hegemônicos ou sua radical transformação.

Segundo Gramsci: "Todos os homens são intelectuais, poder-se-ia dizer então; mas nem todos os homens desempenham na sociedade a função de intelectuais." (Gramsci, op. cit.:7).

Deste modo, a discussão entre formação técnica e formação superior parece pretender mascarar, na verdade, uma disputa pela participação maior ou menor na "camada social

encarregada da função hegemônica". (Portelli, 1977:16).

No caso brasileiro, o projeto de formação de pessoal não diferiu dos demais países onde a profissão estabeleceu-se. Pelo contrário, premidos pelos critérios impostos pela World Federation of Occupational Therapy os terapeutas brasileiros buscaram importar, sem qualquer alteração, os programas de ensino implementados nos outros países. Pelo menos até a década de 80, quando um confronto entre dois grupos de docentes provocou uma certa reordenação na organização vigente, como veremos adiante.

O primeiro modelo curricular brasileiro para os cursos de Terapia Ocupacional vigorou de 1963 até 1982 e estava calcado na preparação de um profissional subordinado ao médico e voltado exclusivamente à área de Reabilitação. O parecer nº 388/63 não faz qualquer segredo sobre as intenções de formar pessoal subalterno e menos qualificado até que seus pares estrangeiros:

"Dentro desse espírito de bem localizar as atribuições e responsabilidades dos Técnicos em Fisioterapia e dos Técnicos em Terapia Ocupacional, a Comissão entendeu excessivo o currículo da Escola de Reabilitação de ABBR () - Preferindo esquema bem mais modesto e exigível, como convém ao meio brasileiro que só agora cuida de instalar a primeira escola do Gênero. A falta de experiência e*

de professores regularmente habilitados, bem como de instalações, laboratórios e equipamentos especializados aconselha a começar de modo menos ambicioso." (Parecer nº 388/63, relator: Conselheiro Clóvis Salgado, 10/12/63) (grifos nossos).

Poderíamos concluir que a pretensão era começar e continuar de modo modesto, pois apesar de admitida a precariedade, não foi providenciada qualquer medida que, a médio ou longo prazo resolvesse o problema.

Somente dezoito anos depois, após uma exaustiva maratona burocrática e jurídica os terapeutas ocupacionais conseguiram alterar o projeto "inicial" de um curso modesto. Pode-se dizer que foi um longo "começo". O parecer 388 tratou de determinar, com precisão, o objetivo restrito dos cursos:

"Entenda-se que as matérias básicas serão resumidas ao indispensável à compreensão e boa execução dos atos terapêuticos que os diplomados são chamados a praticar. ... a Comissão insiste na caracterização desses profissionais como auxiliares médicos... Cabe-lhes executar, com perfeição, aquelas técnicas, aprendizagens e exercícios recomendados pelos médicos... Daí haver a comissão preferido que os novos profissionais paramédicos se chama-

sem Técnico em Fisioterapia e Técnico em Terapia Ocupacional, para marcar-lhes bem a competência e as atribuições..." (Parecer nº 388/63).

Numa atitude invulgar no meio brasileiro a lei foi seguida à risca e os cursos implantados trataram de ser superficiais, resumidos e entregar ao mercado de trabalho pessoal submisso e sub-qualificado.

A portaria ministerial nº 511/64, consubstanciada no parecer 388/63 prevê que os cursos tenham a duração de 3 anos letivos e não contem mais que cinco matérias. Os cursos possuíam cerca de 2100 horas e os programas eram calcados sobretudo no trabalho prático, realizado sob a forma de estágios não remunerados pelos alunos, geralmente supervisionados por terapeutas também não remunerados que prestavam serviços voluntários às primeiras escolas. Geralmente vinculados a entidades beneficentes⁽³⁹⁾ os primeiros cursos pregavam o "sacerdócio" através do exemplo de seus próprios docentes. A bondade infinita⁽⁴⁰⁾ a que referia Mrs. Slagle no início do século era exercitada por professores e alunos.

(39) Uma extensa reconstituição dos primeiros cursos de Terapia Ocupacional pode ser encontrada em Soares, 1987.

(40) Vide Capítulo III.

O segundo modelo curricular adotado pelos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil foi implantado a partir de 23 de fevereiro de 1983, através da resolução nº 4 do Conselho Federal de Educação.

O novo currículo prevê um total de 3.240 horas ministradas num período mínimo de 4 anos letivos. A estrutura curricular exige ainda um equilíbrio entre os diferentes ciclos da graduação, a saber:

- ciclo de matérias biológicas (I)
- ciclo de matérias de formação geral (II)
- ciclo de matérias pré-profissionalizantes (III)
- ciclo de matérias profissionalizantes (IV)

Sendo que os ciclos I e II devem contar com 20% da carga total do curso. O ciclo III, 20% e o ciclo IV 40%. A prática supervisionada (estágios) deverá ser realizada em pelo menos 20% da carga horária mínima.

O "novo" currículo, que até hoje não foi inteiramente implantado em várias escolas avançava na direção de reduzir o absoluto domínio das matérias biológicas que chegavam a ocupar até 50% dos cursos. Essas matérias, ministradas geralmente por médicos e outros profissionais ligados à concepção organicista (biológica) de Saúde-doença, garantiam o controle da formação na perspectiva do modelo médico. Exatamente por isso o currículo "novo" encontrou tantas resistências. Dentro e fora da corporação profissional.

Além disso, à época da elaboração do Projeto de Reformulação Curricular, coordenado pela ATOB (Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil) na última fase da entidade (1979 a 1983), estava em curso uma controvérsia (sobretudo no meio acadêmico) sobre o perfil profissional ideal para os terapeutas brasileiros.

"De modo muito esquemático, pode-se afirmar que esse debate reuniu no Brasil, em fins da década passada e no início dos anos 80, duas principais correntes de pensamento:

1º) o grupo identificado com uma proposta modernizadora que se caracterizaria por um incentivo crescente ao chamado profissionalismo e pela supervalorização da especialização por áreas de atuação.

A partir dessa orientação foram organizados diversos programas de treinamento especializado (técnicas de grupo, integração sensorial, métodos neurofisiológicos, etc...). A proposta angariou diversos adeptos na categoria profissional por oferecer alternativas concretas de intervenção em situações-problema que cotidianamente afligem os profissionais.

2º) o conjunto de profissionais que defendia uma perspectiva "crítica", propondo uma análise do trabalho do terapeuta ocupacional enquanto uma

prática política de viés claramente ideológico. Segundo Bóris Lima (1986), a atividade deste grupo numa primeira etapa foi marcada pelo "voluntarismo e a identificação dos seus objetivos profissionais com aqueles das vanguardas políticas e das organizações populares... a produção teórica está vinculada pela denúncia e pela negação do passado." (Magalhães, 1988:2).

Essa controvérsia, deslocada para o processo de reformulação curricular gerou uma proposta descaracterizada face às diversas concepções adotadas, o que nos levou a sugerir a expressão ambigüidade negociada. (Cf. Magalhães, op. cit.:4)(41).

Merece uma análise especial, entretanto, a supervalorização atribuída, ao nosso ver, às reformulações curriculares enquanto estratégias de transformação dos perfis pro-

(41) Na década de 80 tornou-se habitual entre os terapeutas ocupacionais brasileiros uma acirrada discussão sobre a "verdadeira" definição de Terapia Ocupacional. Esses debates não chegaram a produzir uma substancial alteração das práticas vigentes mas encorajaram inúmeras tentativas de maior fundamentalização teórica, sobretudo entre os docentes. Os temas centrais dos encontros acadêmicos dos cursos da UFSCar em 1982 - Terapia Ocupacional? Que profissão é essa? e da PUCCAMP em 1983 - Falando de uma tal de Terapia Ocupacional... são bons exemplos da referida tendência.

fissionais. A estrutura curricular, embora represente o eixo sobre o qual se assenta a preparação do pessoal, é apenas um dos componentes da referida preparação. No caso de Terapia Ocupacional os profissionais estavam impedidos de intervir em outras instâncias que influenciam ou mesmo determinam a formação tanto ou mais que os próprios currículos. A privatização do ensino superior e seus desdobramentos, a ausência de programas de capacitação docente e de pesquisa, além das formas de recrutamento do pessoal docente e até dos próprios estudantes não pode merecer qualquer intervenção da ATOB no processo de revisão curricular face às limitações das entidades desse tipo e, ademais, o Estado, responsável pela autorização dos cursos de graduação, sempre eximiu-se de qualquer responsabilidade na execução de políticas de formação de pessoal de Saúde que pudessem implementar mudanças concretas na prestação de serviços à população. A articulação entre ensino e pesquisa, praticamente embrionária entre os terapeutas ocupacionais condicionou o caráter aparentemente voluntarista das conquistas legais relativas aos currículos. Pelo volume de problemas enfrentados, o "novo" currículo aprovado e tão duramente atacado por terapeutas e outros profissionais, até que superou suas escassas possibilidades.

O documento de Avaliação e Perspectivas, organizado pelo CNPq em 1982, a partir da contribuição dos profissio-

onais das diversas áreas⁽⁴²⁾, concluiu que o quadro de produção científica apresentava total precariedade e recomendou:

"priorização do incentivo à pesquisa, feita por Terapeutas Ocupacionais... pesquisas multidisciplinares... estímulos por parte das agências de fomento.. (CNPq, 1982:284).

Há seis anos os terapeutas ocupacionais lutam para incluir entre os membros do Conselho Consultivo do CNPq (e também da CAPES), profissionais indicados pela categoria. Ainda não passamos da reivindicação. Na classificação das Áreas do conhecimento proposta pelo CNPq a Terapia Ocupacional figura no mesmo código da Fisioterapia (4.08.00.00-8). São as únicas carreiras a receber um código comum. A Enfermagem possui 6 sub-divisões e a Medicina 10 sub-ítems. Na CAPES não há código para a Terapia Ocupacional (é a única carreira de Saúde sem código específico). Não tem sido simples conquistar mínimas condições de aprimoramento teórico e técnico. Aliás, nesse aspecto, nos acompanha a absoluta maioria da população brasileira.

(42) Os terapeutas ocupacionais foram representados por Maria José Bennetton, indicada pela ATOB.

CONCLUSÃO

A literatura sociológica que aborda o tema das profissões (marcadamente as de corte funcionalista como Etzioni, 1969) qualifica os terapeutas ocupacionais entre as profissões "novas ou não estabelecidas". De fato, a classificação parece conter um equívoco ao associar o nível de privilégios obtidos por um grupo profissional apenas ao grau de antigüidade de suas atividades. Um rápido exame sobre o panorama ocupacional atual permite inferir que há outros fatores intervenientes na consolidação de determinados contingentes profissionais. No caso brasileiro estes fatores estão relacionados a uma caótica política de profissionalização (de acentuada gravidade nos quadros de nível superior face à desordenada abertura de escolas privadas a partir dos anos 70).

Um dos traços peculiares da formação de pessoal em nosso país é a total ausência de articulação entre as necessidades do mercado e o número de vagas oferecidas. A distribuição dos cursos de Terapia Ocupacional no território nacional é heterogênea (vide ANEXO I) e não obedece a outra racionalidade senão a do lucro. Por outro lado, o mercado (amparado no perverso sistema de leis restritivas à organização sindical) manipula os salários e as condições de trabalho com base na possibilidade de rodízio da mão-de-obra. Em relação aos terapeutas ocupacionais parece ter havido um equívoco das lideranças ao avaliar que ao Estado competia garantir-lhes direitos e privilégios, sem considerar os compromissos políticos desse Estado e sem examinar articulações no âmbito da sociedade civil (chega a surpreender o sistemático isolamento dos terapeutas ocupacionais das várias instâncias da sociedade: partidos, centrais sindicais, movimentos populares, etc...)

A estrutura autoritária e conservadora das instituições de Saúde no Brasil (exemplarmente analisadas por Luz, 1986) impediu avanços significativos no encaminhamento das questões trabalhistas. Pode-se afirmar que o único espaço sistemático de mobilização e questionamento coletivo da prática profissional tem sido as instituições de ensino. São incontáveis os episódios de demissão maciça de terapeutas que exigem melhores condições de trabalho ou que divergem das estruturas institucionais. Esses conflitos geralmente ocorrem entre a administração das instituições e os funcio-

nários, mas ocorrem também os chamados conflitos horizontais, entre os próprios profissionais de cada equipe (vide Cap. IV).

Ademais, raramente encontramos mais de um (ou mesmo um) terapeuta ocupacional contratado em cada serviço. O isolamento dos profissionais inicia-se no próprio mercado. Geralmente a única experiência de ação coletiva que o terapeuta possui é o período de formação. Após a formatura o aguardam os baixos salários e o mercado quase inexistente apesar do reduzido número de profissionais⁽⁴³⁾. Só há um maior número de contratados nas escolas (embora os departamentos de Terapia Ocupacional estejam sempre entre os menores da IES). Isto explica porque nas escolas ainda prosperam os raros focos de mobilização. E porque é tão difícil a um profissional solitário de uma clínica distante aproximar-se dos demais colegas para quaisquer alianças⁽⁴⁴⁾.

(43) Em 1988 o COFFITO estimava em 2500 o número de Terapeutas Ocupacionais regularmente registrados em todo o Brasil. Destes, cerca de 98% são do sexo feminino.

(44) Com as alterações da atual proposta do sistema de Saúde (S.U.S.) observa-se uma revitalização dos esquemas calcados sobre os "atos médicos" de corte tradicional (queixa-conduta). Os terapeutas ocupacionais, que estiveram ausentes da elaboração do atual projeto, permanecem ausentes da implantação do mesmo. Assim como permanecem inconciliáveis os tradicionais procedimentos adotados pelos terapeutas ocupacionais (tratamento individual, de longa duração, baixa resolutividade, etc...) e a produção de serviços centrada na "extensão de cobertura" que privilegia a quantidade de atos médicos. Não há dúvida que o conjunto das práticas de Saúde exige urgente transformação. Que contemple quantidade e qualidade (e que inclua todos os profissionais de Saúde).

As escolas, por seu turno, nem sempre são sensíveis aos problemas do mercado de trabalho e insistem, muitas vezes, numa atitude arrogante e elitista que afasta definitivamente os que não atuam na docência. Além de preparar os estudantes para um mercado idealizado. Não há, no entanto, como negar que as escolas são responsáveis pela reduzidíssima movimentação que ainda temos. E o que parece significar o canal mais viável para a superação do crítico quadro atual.

No plano da produção do conhecimento, somente nos últimos 5 anos iniciaram-se as tentativas de maior sistematização teórica dos terapeutas no Brasil. Não chegam a dez os livros publicados por profissionais brasileiros ou mesmo traduzidos para o nosso idioma. Não temos um periódico que faça circular entre os profissionais as experiências clínicas e outros temas⁽⁴⁵⁾.

Na área de financiamento à pesquisa algum avanço foi obtido nos últimos 3 anos com a obtenção de verbas provenientes das principais agências para congressos e viagens, além de algumas bolsas para mestrado no país e no exterior. Os processos encaminhados pelos terapeutas ocupacionais muitas vezes ainda são julgados por outros profissionais e a incipiente produção teórica inibe os candidatos face à

(45) É interessante citar o caso da Enfermagem que desde 1932 possui uma revista de grande circulação. (cf. Germano, 1985:59)

inexperiência na redação de projetos de pesquisa (isto sem considerar o fato de que só há 4 escolas públicas no Brasil e que é quase impossível realizar pesquisas nas instituições privadas).

Há, no entanto, alguns sinais de luz. Após vários anos de isolamento os profissionais promoveram recentemente (e com regularidade) alguns eventos nacionais e até um encontro latino-americano⁽⁴⁶⁾. Além disso, já é possível observar uma tímida tentativa de reabrir ou revitalizar as entidades profissionais em bases mais críticas e portanto mais voltadas aos processos políticos e sociais que emergem dos vários setores da sociedade⁽⁴⁷⁾.

A principal conquista dos terapeutas ocupacionais, entretanto, é a crescente compreensão de que as práticas de Saúde que se processam no interior de uma dada sociedade tem um caráter essencialmente político e ideológico. Essa concepção torna semelhantes diversos setores de intervenção social, notadamente a Saúde e a Educação. Em ambos, a única alternativa plausível parece ser a promoção de práticas sociais que considerem o saber historicamente acumulado. Que

(46) I Encontro Latino-Americano de Terapeutas Ocupacionais, 1986, Porto Alegre - RS, com a participação de terapeutas do Brasil, Argentina, Colômbia e Cuba.

(47) Há, no momento, algumas negociações para reativar a associação paulista, inativa desde 1982, além de outras discussões no país para abertura de novos sindicatos e reativação da entidade nacional.

considerem esse saber enquanto um patrimônio que é coletivamente construído. Isto só será possível se forem abolidas as idéias preconceituosas que sustentam a tecnocracia (o que acabaria com a própria tecnocracia). Há vários motivos que justificam os preconceitos e o desprezo por certas profissões. São interdições de natureza ideológica, na sua grande maioria. Jacques Le Goff aponta, em sua brilhante investigação sobre a Idade Média, que após um longo período de humilhação, a renovação econômica dos séculos XI a XIII promoveu a ascensão de diversas profissões à condição de atividades dignas. "Valorização ambígua ainda, porque o trabalho é exaltado sobretudo para aumentar o rendimento e a docilidade dos trabalhadores". (Le Goff, 1980:115).

Houve, contudo, a reordenação dos tabus anteriores e logo se forjou uma muralha separando o trabalho manual e a atividade intelectual.

"Instala-se uma nova fronteira do desprezo, que passa por entre as novas classes, as novas profissões. Extremamente fortalecida pelo fracionamento das profissões - em 1912 há, em Paris, cento e trinta regulamentações... - fracionamento horizontal e mais ainda vertical, uma discriminação atira para o fim da escala os... sapateiros abaixo dos cordoeiros, cirurgiões e bombeiros - boticários abaixo dos médicos, médicos cada vez mais livrescos, deixando a desprezível prática aos práticos

Com efeito, os primeiros programas de treinamento para terapeutas ocupacionais contavam com quatro meses de duração, sendo 30 horas de conferências e algumas horas por semana para prática hospitalar. Segundo Woodside (1979:42), boa parte do tempo destinado às conferências era preenchido com etiqueta de hospitais civis e militares, ou seja, a aprendizagem da hierarquia.

Há um traço comum aos programas de ensino de terapeutas ocupacionais implementados nos E.E.U.U. desde a publicação do Essentials for Professional Education em 1923. A formação do terapeuta ocupacional deverá apoiar-se em dois alicerces: conhecimentos superficiais sobre Fisiologia, Patologia e Psicologia por um lado, atividades manuais e recreação por outro. A síntese constitui a "essência" da profissão: a ocupação aplicada a enfermos.

Os primeiros professores dos cursos de Terapia Ocupacional eram artesãos voluntários. Aos poucos os recém-formados foram assumindo as tarefas dos antigos mestres e por volta de 1930 o ensino já era ministrado por terapeutas graduados. Claro, nas matérias referentes à ocupação e à recreação. Os aspectos médicos sempre estiveram sob o controle dos especialistas e à medida que se iam expandindo os serviços de Terapia Ocupacional iam ampliando-se as disciplinas ministradas: Ortopedia, Psiquiatria, Reumatologia, Cardiologia.

Quando a ONU (Organização das Nações Unidas) implementou, na década de 50, os cursos de Terapia Ocupacional nos países "em desenvolvimento", o modelo curricular aplicado seguiu as mesmas normas aplicadas nos E.E.U.U., Canadá e Europa (37).

A criação da World Federation of Occupational Therapist em 1951 impulsionou a adoção de critérios únicos para a formação de pessoal. Essa perspectiva, também adotada para outras categorias profissionais da área de Saúde (38), alegava a necessidade de padrões unificados de desenvolvimento da profissão mas, na verdade, veiculava concepções de homem, doença, saúde e sociedade totalmente desvinculados de sua determinação histórica e social e favorecia a implantação de uma tecnologia "neutra" nas ações de Saúde. Desconsiderando a produção social das enfermidades e mascarando o caráter ideológico dos agentes de Saúde.

A análise detalhada das concepções teóricas que nortearam os modelos curriculares dos cursos de Terapia Ocupacional ainda não foi realizada pelo novíssimo contingente de pesquisadores da área, porém, numa abordagem preliminar é

(37) Nessa ocasião havia escolas de T.O. na Irlanda, França, Alemanha, Suíça, Áustria, Noruega, Portugal, Bélgica e Reino Unido, entre outros.

(38) Vários trabalhos vem procurando mostrar as concepções "ingênuas" da Ciência na difusão dos diversos saberes da área de Saúde. Um bom exemplo é o trabalho de Maria Lúcia Bosi (1988) que realiza uma extensa análise da relação entre ciência e ideologia na formação de nutricionistas.

servis" (Jacques Le Goff, op. cit., 98).

A evolução das idéias sobre o trabalho e os trabalhadores é um fato concreto. Ainda que a divisão social do trabalho haja fragmentado e hierarquizado progressiva e tragicamente as atividades (Cf. Friedmann, 1983). Vivemos hoje sob o domínio de novos conceitos sobre o tema trabalho e profissões. Duramente conquistados.

"Apesar da absolvição medieval, o trabalho permaneceu um valor frágil, ameaçado, continuamente posto em causa pela evolução econômica e social. Antes, como depois da Revolução Industrial, as classes sociais que subiram à força do trabalho apresentaram-se a renegar a sua origem laboriosa. O trabalho não deixou verdadeiramente de ser uma nódoa servil." (Le Goff: op. cit.: 167), grifos do autor).

Essa constatação é peculiarmente cara aos terapeutas ocupacionais. Terapeutas pelo Trabalho. Parece bem delineada a nossa responsabilidade. Tudo indica que devemos prosseguir.

Não estamos perdidos. Pelo contrário, venceremos se não tivermos desaprendido a aprender".

(Rosa Luxemburgo)

BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA, Maria Cecilia P. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo. Cortez. 1986.
- ALTHUSSER, Louis. Ideologia e aparelhos ideológicos do Estado. Lisboa. Ed. Presença. 1980.
- A ROUCA, Antonio Sergio da Silva. Tendências da Assistência Médica na América Latina. Revista de Adm. Pública. Rio de Janeiro, 17 (3): 3 jul/set. 1983. p.8-21.
- ARRUDA, Elso. Terapêutica Ocupacional Psiquiátrica. Rio de Janeiro. (s.ed.), 1962.
- BADINTER, Elizabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira. 1985.
- BEAUVOIR, Simone de. O segundo sexo. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 1980.

BOSI, Maria Lucia Magalhães. A face oculta da nutrição: ciência e ideologia. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, Ed. UFRJ, 1988.

BRASIL. Decreto-Lei 938, de 13 de outubro de 1969. Diário Oficial, 14 de outubro de 1969. p.8658.

_____. Lei nº 6.316 de 17 de dezembro de 1975. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, 18 de dezembro de 1975.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Parecer 388/63. Portaria Ministerial 511/64, de 23 de julho de 1964.

_____. Portaria Ministerial 159, de 14 de julho de 1965. Diário Oficial. 23 de junho de 1965.

_____. Refomulação do Currículo mínimo dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Parecer nº 622, de 3 de dezembro de 1982. Documenta. 265, dez. 1982. p.102-7

----- . Resolução nº 4, de 28 de fevereiro de 1983. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

----- . Resolução nº 81. Fixa competência do Terapeuta Ocupacional. Diário Oficial de 21 de maio de 1987. p. 7.609.

BRASIL. STF. AÇÃO DE REPRESENTAÇÃO Nº 1056-2-DF relator: Ministro Décio Miranda - Brasília, 1981

CANGUILHEM, Georges. O normal e o Patológico. Rio de Janeiro. Forense - Universtária, 2ª ed, 1982.

CARBO, Estela et alii. Serviço Social crítico/ Centro Latino Americano de Trabajo Social. São Paulo, Cortez: Lima, Peru, CELATS, 1986.

CARVALHEIRO, José da Rocha. Aprimoramento e Formação de recursos humanos para a Saúde. CADERNOS FUNDAP. Profissões de Saúde, São Paulo, 5 4 (10): 24-43 jul/1985.

CASTEL, Robert. O Psicanalismo - Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

----- . A ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.

CERQUEIRA, Luis. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. Rio de Janeiro. São Paulo. Livraria Atheneu. 1984.

CUNHA, Luiz Antonio. A universidade crítica: O ensino superior e a República Populista. Rio de Janeiro: F. Alves, 1983.

CUNHA, Maria Clementina P. O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro. Paz e Terra. 1986.

DIASIO, Karen. Era moderna - 1960 a 1970 in Terapia Ocupacional aplicada a Saúde Mental e Psiquiatria. Trabalho traduzido e compilado pelos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional da F.C.M. - Belo Horizonte e PUC-Campinas, 1979, mimeo.

Dicionário de Ciências Sociais. Rio de Janeiro. ed. da Fundação Getúlio Vargas, 1986. XX.

DONANGELO, M. C. F. Medicina e Sociedade. São Paulo. Ed. Pioneira. 1975.

_____ . Saúde e Sociedade. São Paulo. DUAS CIDADES. 1986.

DURAND, José Carlos. Profissões de Saúde em São Paulo: Expansão e Concorrência entre 1968 e 1983. CADERNOS FUNDAP 5(10): 4-23 jul/1985.

ETZIONE, Amitai. The semi-professions and their organization. London, The Free Press, 1969.

FRIENDMANN, Georges. O trabalho em migalhas. São Paulo, Ed. Perspectiva, 1983.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Rio de Janeiro. Forense - Universitária, 1980.

_____. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo. Ed. Perspectiva, 2ª ed., 1987.

GALHEIGO, Sandra Maria. Terapia Ocupacional: A produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar. dissert. de mestrado - Campinas - UNICAMP, 1988.

GALLO, Edmundo. Da Reforma ao Reformismo. in Revista Saúde em Debate (outubro) São Paulo, CEBES, 1988.

GERMANO, Raimundo M. Educação e Ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo. Cortez, 1985.

do o agente da divisão do trabalho deve observar, segundo o lugar que está destinado a ocupar: regras da moral, da consciência cívica e profissional, o que significa exatamente regras de respeito pela divisão social-técnica do trabalho, pelas regras da ordem estabelecida pela dominação de classe." (Althusser, 1980:21).

No caso dos terapeutas ocupacionais a formação de pessoal esteve sempre imbricada com aspectos comportamentais e morais.

Os autores clássicos da Terapia Ocupacional no modelo norte-americano (Spackman, 1973 e MacDonald, 1976) mais divulgados no Brasil sempre enfatizaram estes aspectos:

"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 e intenção. ...uma disposição alegre e senso de humor, ...Alguns firmeza pode ser necessária e alguma persuasão requerida..." (Mac Donald, 1976, p. 16-17, tradução de Sandra Galheigo).

- GRAMSCI, Antonio. Os intelectuais e a organização da cultura. Rio de Janeiro. Ed. Civilização Brasileira, 1982.
- GILLETTE, NEDRA P. in WILLARD & SPACKMAN. Terapêutica Ocupacional. Barcelona, Ed. Jims, 1973.
- GUERRA, A.J. et alii. Saúde para todos: compromisso nacional - implicações políticas - rev. de Adm. Publ. do Rio de Janeiro, 17 (3):3, jul/set. 1983.
- GUIMARÃES, Reinaldo (org.). Saúde e Medicina no Brasil: contribuição para um debate. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1978.
- JOHNSON et SCHULZ. Administração de Hospitais. São Paulo, Ed. Pioneira, 1979.
- LE GOFF, Jacques. Para um novo conceito de idade média - Lisboa, Editorial Estampa, 1980.
- LOURD, Guacira. Prendas e Antiprendas. dissert. de mestrado, Campinas, UNICAMP, 1986.
- LÜDKE et ANDRÉ. Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas. São Paulo. E.P.U., 1986.

- LUZ, Madel Therezinha. As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro. Ed. Graal, 3ª ed. 1986.
- MACDONALD, E.M. Occupational Therapy in Rehabilitation. London, Cassell and Collier Macmillan Publishers Ltd, fourth ed., 1976.
- MAGALHÃES, Lilian. O ensino da Terapia Ocupacional no Brasil, hoje. Belo Horizonte, IV Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais, 1988. mimeo.
- MARINHO, Marcelo J.M.C. Profissionalização e Credenciamento: a política das profissões. Rio de Janeiro: SENAI/DN/DPEA, 1986.
- MELO, Cristina Maria M. Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. São Paulo, Cortez, 1986.
- MEHRY, Emerson. O capitalismo e a Saúde Pública. Campinas, Papyrus, 1985.
- MOSEY, Anne C. Recapitulation on ontogenesis: a theory of practice of occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy. 22:426-8, 1986.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em Saúde. rev. de Adm. Pública, 17(3): 3 jul/set. Rio de Janeiro - 1983.

PIERRY, Cláudio O.M. Terapia Ocupacional: profissão de mulheres? monog. de conclusão de curso de Graduação, PUC-CAMP, CAPINAS, 1985.

PORTELLI, Hugues. Gramsci e o bloco histórico. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977.

PRADO, Niobe. Profissões de Saúde: profissões de mulher? CADERNOS FUNDAP. Profissões de Saúde, São Paulo 5(10): 44-56, jul/1985.

QUADRA, Antonio A.F. et AMANCIO, Alysio. O Planejamento e a formação de recursos humanos para a Saúde in Saúde e Medicina no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1978.

REBELATTO, José Rubens. O objetivo de trabalho em Fisioterapia e Perspectivas de atuação e de ensino nesse campo profissional. dissert. de mestrado. São Carlos, UFSC, 1986.

REZENDE, Ana Lucia M. Saúde: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986.

SANTANA, José Paranaguá. Os cursos de Medicina no Brasil.
Brasília, OPS - acordo MEC/MS/MPAS/MCT/OPS, 1986.

SANTOS, Wanderley Guilherme, Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira - Rio de Janeiro: Campus, 2ª ed. 1987.

SILVA, Graciette B. A enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo, Cortez, 1986.

SILVEIRA, Nise. Terapêutica Ocupacional: teoria e prática,
Rio de Janeiro, Casa das Palmeiras, 1966.

..... Museu de Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro.
Alhambra, 1981.

..... Imagens do Inconsciente. Rio de Janeiro, Alhambra, 3ª ed. 1981.

..... Casa da Palmeiras: A emoção de lidar: uma experiência em Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro.
Alhambra. 1986.

SINGER, Paul et alii. Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de Saúde. Rio de Janeiro. Forense -
Universitária, 1981.

- SPACKMAN, Clare et Williard, Helen. Terapeutica Ocupacional.
Barcelona, Jims, 1973.
- SPINK, Mary J.P. Regulamentação das Profissões de Saúde: o
espaço de cada um. CADERNOS FUNDAP. 5(10) 24-43,
jul/1985.
- SOARES, Léa Beatriz Teixeira. Terapia Ocupacional: lógica do
capital ou do trabalho. dissert. de mestrado, São Car-
los, UFCA, 1987.
- SZASZ, Thomas. A fabricação da loucura. Rio de Janeiro. Za-
har, 1976.
- TOMAZI, Zelma Torres. Saúde e Estado Brasileiro. CADERNOS de
Educ. Política nº15, São Paulo: Global Ed., 1986.
- VIOLANTE, Maria Lucia. O dilema do decente malandro, 4ª ed.
São Paulo Cortez, 1985.
- WOODSIDE, H.H. O desenvolvimnto da Terapia Ocupacional de
1910 a 1920, in Terapia Ocupacional aplicada à Saúde
Mental e Psiquiatria. Trabalho traduzido e compilado pe-
los Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional da F.C.M.
de Belo Horizonte e PUC-Campinas, 1979. mimeo.
- W.F.O.T. Standards for the Education of Occupational Thera-
pists, 1971.

ANEXOS

ANEXO I

Distribuição Regional dos Cursos de Terapia Ocupacional no território nacional - 1988

. Região Norte - 1 curso (6,25%)

. Faculdade de Medicina do Pará

. Região Nordeste - 2 cursos (12,5%)

* Universidade Federal de Pernambuco

. Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

. Região Sudeste - 10 cursos (62,5%)

* Universidade de São Paulo

* Universidade Federal de São Carlos - SP

* Universidade Federal de Minas Gerais

. Faculdade de Ciências Médicas - MG

. Pontifícia Universidade Católica de Campinas - SP

. Missão Salesiana - Lins - SP

- . Faculdades Integradas Castelo Branco - RJ
- . Sociedade Universitária Augusto Motta - RJ
- . Faculdade de Reabilitação da Assoc. Solidariedade à Criança Excepcional - RJ
- . Instituto Helena Antipoff - RJ

Região Sul - 3 cursos (18,75%)

- . Instituto Porto Alegre - RS
- . Faculdade de Ciências da Saúde de Joinville - SC
- . Faculdade de Reabilitação Tuiuti - PA

Obs.: Na Região Centro-Oeste não há cursos de T.O.

* Cursos estaduais.

ANEXO II

Distribuição das vagas anuais e dos docentes nos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil

I.E.S. PÚBLICAS (25%)

125 vagas anuais (14,45%)

60 docentes (terapeutas ocupacionais) (34,88%)

I.E.S. PRIVADAS (75%)

740 vagas anuais (85,54%)

112 docentes (terapeutas ocupacionais) (65%)

TOTAL: 865 vagas anuais

172 docentes

Fonte: Dados coletados pelo prof. Roberto Ciasca (PUCCAMP) durante o II Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional - USP - 1988.

ANEXO III

Síntese das conquistas legislativas e institucionais obtidas pelos Terapeutas Ocupacionais publicadas no Boletim Informativo do CREFITO -3 (até 1988)

- 1º - Criação do cargo de Terapeuta Ocupacional no serviço público.
cod. NS-906 publ. D.O.U. 27-6-1984 (Bol. Inf. 12).
- 2º - inclusão do Terapeuta Ocupacional no Grupo Outras Atividades de Nível Superior decreto 90.962/85 de 14/02/85 (Bol. Inf. 16).
- 3º - inclusão do Terapeuta Ocupacional na Equipe da Coordenadoria de Saúde Mental - SP (Bol. Inf. 17).
- 4º - lei 7.392 de 25-10-85 que fixa retribuições do Terapeuta Ocupacional no serviço público federal (Bol. Inf. 20).

5º - pagamento do adicional de insalubridade aos Terapeutas Ocupacionais funcionários estaduais de São Paulo - lei complementar 432 de 18/12/85 (Bol. Inf. 21).

6º - concessão de carta sindical aos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas do Estado de Pernambuco em 09-07-86 proc. Mtb 24.330.004.439/86 (Bol. Inf. 23).

7º - decreto nº 25.613 de 01/08/86 - inclui o Terapeuta Ocupacional entre as funções-atividades ou funções autárquicas no sub-grupo 363 no Estado de São Paulo (Bol. Inf. 24).

8º - criação do cargo de Terapeuta Ocupacional no quadro de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul - 1º/10/86 (Bol. Inf. 25).

9º - admissão do Terapeuta Ocupacional ao Estágio de Adaptação para o Quadro Feminino de Oficiais da Reserva da Aeronáutica - nov./86 (Bol. Inf. 25).

10º - inclusão da Terapia Ocupacional no Código de Ocupações da Receita Federal - 1987 (Bol. Inf. 25).

11º - Instrução Normativa 60/87 da Secretaria da Receita Federal - permite dedução dos gastos com Terapeutas Ocupacionais para fins de abatimento da renda bruta - D.O.U. 27/4/87 (Bol. Inf. 28).

12º - Reclassificação dos Terapeutas Ocupacionais no Quadro e na Tabela Permanente e Pessoal do INAMPS - portaria de 20/03/87 (Bol. Inf. 28).

13º - criação da Assoc. Cultural dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Paraná em 26/06/87 (Bol Inf. 29).

14º - Eleição de uma Terapeuta Ocupacional para a presidência do CREFITO - 5ª região, que abrange os estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A eleita foi Maria Tereza Baraúna da Costa e é a primeira vez que um Conselho é presidido por uma terapeuta ocupacional.

15º - resolução COFFITO de 8/12/86 que atribui ao Terapeuta Ocupacional competência para solucionar exames complementares. (Bol Inf. 25).

16º - concessão da Carta Sindical aos terapeutas ocupacionais do Estado do Paraná (em conjunto com os fisioterapeutas) - 1988 (Bol. Inf. 33).

ANEXO IV

Síntese das atividades da ATOB (Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil)

Fundação: 13-11-64, no Rio de Janeiro, sendo sócias as entidades do Rio de Janeiro e de São Paulo.

1ª presidente: Hilêde Cantanhede, Rio de Janeiro

gestão: de 13-11-64 a 01-08-70

reuniões: ordinárias - 00

extraordinárias - 07

principais realizações:

- criação da ATOB, discussão e registro dos primeiros estatutos da entidade.
- início de contatos com a WFOT e AOTA (World Federation of Occupational Therapy e American O.T. Association).
- inicia-se o debate sobre a regulamentação da profissão.
- discute e aprova uniforme e emblema para Terapeutas Ocupacionais legalmente habilitados.

2ª diretoria: presidente: Veridiana Arb, São Paulo (não há registros sobre as razões da transferência da entidade para São Paulo)

gestão: de 01-08-70 a 21-10-72

reuniões: ordinárias: 00

extraordinárias: 00

Obs.: Não há qualquer registro sobre as atividades dessa diretoria, salvo a ata de posse.

3ª diretoria: presidente: Veridiana Arb, São Paulo (reeleita)

reuniões: 02 reuniões de Conselho Permanente (previstas nos novos estatutos)

principais realizações:

- alterações nos estatutos da entidade
- gestão junto ao Ministério do Trabalho para projeto de regulamentação da profissão.
- encaminhamento do projeto de criação dos Conselhos (em conjunto com a Associação Brasileira de Fisioterapeutas) - projeto de lei nº 685 de 1975.
- realização do I Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais em São Paulo (ENTO).

4ª diretoria: presidente - Berenice Rosa Francisco, São Paulo

gestão: de 25-10-75 a 02-12-78

(a partir de 22-10-77 houve a substituição da presidência por Arlete Tumevas, São Paulo).

reuniões: 02 assembléias extraordinárias (já extintas pela alteração dos estatutos)

03 reuniões de Conselho Permanente.

principais realizações:

- nova alteração de estatutos
- realização do II ENTO
- filiação da ACTO (Associação Cearense de T.O.) e ATOPE (Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco).
- recebe a visita de Sue de Gilio, vice-presidente da WFOT. (A visita foi transferida para a ATDERJ, no Rio de Janeiro, em face das dificuldades que a ATOB e a APTO atravessavam. A representante da ATOB, durante a visita da vice-presidente foi Lilian Vieira Magalhães, então presidente da entidade carioca).

5ª diretoria: presidente) Lillian Vieira Magalhães, Rio de Janeiro (a sede da entidade retorna ao Rio de Janeiro).

gestão: de 02-12-78 a 29-10-83

reuniões: 03 Conselhos Permanentes

Obs.: A partir de 1980 a sede da entidade transfere-se para Campinas, SP, em face da mudança da Presidente e da vice-presidente para aquela cidade.

principais realizações:

- aprovação do novo currículo mínimo para os cursos de Terapia Ocupacional junto ao Ministério da Educação.
- intensificação dos contatos com a WFOT.
- iniciam-se contatos com entidades similares (Sindicato dos Médicos, RJ, Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental, entre outros).

6ª diretoria: presidente: Josefa Gomes dos Santos, Rio de Janeiro

gestão: 29-10-83

Obs.: Apesar de empossada a diretoria não chegou a assumir os trabalhos por dificuldades pessoais dos seus integrantes.

Em julho de 1988, por ocasião do IV Encontro Nacional de Terapeutas Ocupacionais em Belo Horizonte, o acervo da entidade foi assumido pela ACTOEP (Paraná) e iniciaram-se as discussões para a reativação da ÁTOB.