



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANDRE EDUARDO MEI

TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE COLETIVA: CONTEXTO, AFINIDADES
ELETIVAS E PISTAS PARA UMA TERAPIA OCUPACIONAL *EM* SAÚDE COLETIVA.

CAMPINAS
2024

ANDRE EDUARDO MEI

TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE COLETIVA: CONTEXTO, AFINIDADES
ELETIVAS E PISTAS PARA UMA TERAPIA OCUPACIONAL *EM* SAÚDE COLETIVA.

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a
obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva, área de
Concentração em Ciências Sociais em Saúde.

ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS
CO-ORIENTADORA: PROFA. DRA. REGINA YONEKO DAKUZAKU CARRETTA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO ALUNO
ANDRE EDUARDO MEI, ORIENTADO PELO
PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS,
E CO-ORIENTADO PELA PROFA.
DRA. REGINA YONEKO DAKUZAKU CARRETTA.

Campinas
2024

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

M475t Mei, Andre Eduardo, 1986-
Terapia ocupacional e saúde coletiva : contexto, afinidades eletivas e pistas para uma terapia ocupacional em saúde coletiva / Andre Eduardo Mei. – Campinas, SP : [s.n.], 2023.

Orientador: Nelson Filice de Barros.

Coorientador: Regina Yoneko Dakazaku Carretta.

Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Terapia ocupacional. 2. Saúde coletiva. 3. Epistemologia. 4. Narrativas. 5. Literatura de revisão. I. Barros, Nelson Filice de, 1968-. II. Carretta, Regina Yoneko Dakuzaku. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações Complementares

Título em outro idioma: Occupational therapy and collective health : context, elective affinities and tracks for an occupational therapy in collective health

Palavras-chave em inglês:

Occupational therapy

Public health

Epistemology

Narration

Review literature

Área de concentração: Ciências Sociais em Saúde

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Nelson Filice de Barros [Orientador]

Elisabete Matallo Marchesini de Padua

Virgínia Junqueira

Maria do Carmo Guimarães Gullaci Caccia-Bava

Cilene Despontin Malvezzi

Data de defesa: 24-11-2023

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-9711-9085>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/9987570685882557>

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO

NOME DO ALUNO – ANDRE EDUARDO MEI

ORIENTADOR: PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

COORIENTADOR: PROFA. DRA. REGINA YONEKO DAKUZAKU CARRETTA

MEMBROS TITULARES:

1. PROF. DR. NELSON FILICE DE BARROS

2. PROFA. DRA. VIRGÍNIA JUNQUEIRA

3. PROFA. DRA. MARIA DO CARMO GULLACI GUIMARÃES CACCIA-BAVA

4. PROFA. DRA. CILENE DESPONTIN MALVEZZI

5. PROFA. DRA. ELISABETE MATALLO MARCHESINI DE PADUA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 24/11/2023

AGRADECIMENTOS

Ao prof. Dr. Everardo Duarte Nunes, por ter me aceito para o doutorado, estendendo a mão para que eu pudesse acessar o sonho do doutorado em Saúde Coletiva.

Ao prof. Dr. Nelson Filice de Barros e a profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carreta, que diante da adversidade, me acolheram para que este sonho não morresse.

Às terapeutas ocupacionais Maria de Lourdes Feriotti e Selma Viana Lessa, que generosamente leram e fizeram valiosas contribuições ao material.

Aos familiares e amigos, que todo o tempo me apoiaram e compreenderam minhas ausências ao longo desta jornada.

RESUMO

Introdução: A Saúde Coletiva é um campo de conhecimentos que se destaca pela sua transformação através da inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos. Assim sendo, é irreduzível a um paradigma monodisciplinar, e convida outras disciplinas a se repensarem neste contexto. Objetivo: Este estudo buscou explorar possíveis afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva, e propor uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Método: Trata-se de um estudo qualitativo, transversal e exploratório, realizado em três etapas. Na etapa de reconhecimento, foram descritas aproximações preliminares entre as duas áreas. A segunda etapa consistiu na elaboração de uma narrativa biográfica, construída a partir dos diários de campo do pesquisador. Na terceira etapa, foi realizada uma revisão de escopo na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, com os termos “Terapia Ocupacional”, “Saúde Coletiva”, “Saúde Pública” e “Saúde Comunitária”. As três etapas foram em seguida analisadas à luz dos referenciais da Terapia Ocupacional, da Saúde Coletiva e das Ciências Sociais. Resultados: A etapa de reconhecimento evidenciou que as duas áreas apresentavam afinidades eletivas, contudo, há uma carência de registros que estabeleçam conexões diretas entre elas. A narrativa biográfica destacou os modos de constituição dos objetos de estudo e domínios da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva enquanto disciplinas, bem como a tensão entre uma interdisciplinaridade desconectada e uma interdisciplinaridade que busca a síntese enquanto arranjo último e mais valioso. Na terceira etapa, a revisão de escopo tematizou o universo da gestão, a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde, o contexto comunitário de práticas, saúde populacional e a dimensão ocupacional do cuidado. Discussão: As etapas ampliaram a compreensão da relação entre as áreas estudadas e auxiliaram a desemaranhar o domínio da Saúde Coletiva, enriquecendo este campo de saber. Dessa forma, emergiram novas afinidades eletivas entre as áreas estudadas. Conclusão: A partir da exploração realizada, uma matriz de inteligibilidade assentada no paradigma da complexidade foi proposta para constituir-se enquanto domínio da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

Palavras chave: Terapia Ocupacional; Saúde Coletiva; Epistemologia; Narrativa; Literatura de revisão.

ABSTRACT

Introduction: Collective Health is a field of knowledge that stands out for its transformation through the continuous inclusion of disciplines from different scientific fields. Therefore, it is irreducible to a monodisciplinary paradigm, and invites other disciplines to rethink themselves at this context. Objective: This study sought to explore possible elective affinities between Occupational Therapy and Collective Health, and propose an Occupational Therapy *in* Collective Health. Method: This is a qualitative, cross-sectional and exploratory study, carried out in three stages. In the recognition stage, preliminary approximations between the two areas were described. The second stage consisted in the elaboration of a biographical narrative, built from the researcher's field diaries. In the third step, a scope review was carried out in the Virtual Health Library database, with the terms "Occupational Therapy", "Collective Health", "Public Health" and "Community Health". The three stages were then analyzed according to the Occupational Therapy and Collective Health literature, as well as other authors in the field of Social Sciences. Results: The recognition stage showed that the two areas had had elective affinities for some time; however, there was a lack of records that established direct connections between them. The biographical narrative highlighted the constitution of the objects of study and domains of Occupational Therapy and Collective Health as disciplines, as well as the tension between a disconnected interdisciplinarity and an interdisciplinarity that seeks synthesis as the last and most valuable arrangement. In the third stage, the scoping review thematized the universe of management, the prevention of diseases and injuries, health promotion, the community context of practices, population health and the occupational dimension of care. Discussion: the exploration could broaden the understanding of the relationship between the areas studied and helped to untangle the field of Collective Health, enriching this field of knowledge. In this way, new elective affinities emerged between the areas studied. Final considerations: From the exploration carried out, an intelligibility matrix based on the paradigm of complexity was proposed to constitute itself as a domain of Occupational Therapy in Collective Health.

Keywords: Occupational Therapy; Public Health; Epistemology; Narration; Review literature.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Práticas de Terapia Ocupacional nos primórdios da profissão	29
Figura 2 - Ajudantes de reconstrução, na Primeira Guerra Mundial	30
Figura 3 - Práticas em serviço de reabilitação profissional, década de 1940.....	30
Figura 4 - Fundação da Sociedade Nacional para a Promoção da T. O.....	32
Figura 5 - Processo de levantamento da revisão narrativa	57
Figura 6 - Mapa de contextualização da trajetória do pesquisador	62
Figura 7 - Fluxograma do processo de seleção da revisão de escopo	66

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Distribuição de terapeutas ocupacionais conforme jurisdição.....	40
Quadro 1 - Registros encontrados na revisão narrativa.....	73
Quadro 2 - Registros selecionados na revisão de escopo	113

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRATO	Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais
AMA	American Medical Association
AMB	Associação Médica Brasileira
AOTA	Associação Americana de Terapia Ocupacional
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Banco de Dados em Enfermagem
BIREME	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRMS	Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde
COFFITO	Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREFITO	Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
CS	Centro de Saúde
CT	Conselho Tutelar
DeCS	Descritores em Saúde
DSL	Distrito de Saúde Leste
DTO-UFSCar	Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz
FCM-UNICAMP	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz

FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
GEITO	Grupo de Estudos Interdisciplinares em Terapia Ocupacional
IES	Instituição de Ensino Superior
ISCMS	Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde
PMAQ-AB	Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Residência em Área Profissional de Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCR	Trabalho de conclusão de Residência
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFAC	Universidade Federal do Acre
UFBA	Universidade Federal da Bahia

UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSCAR	Universidade Federal de São Carlos
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNESP	Universidade Estadual de São Paulo “Júlio de Mesquita Filho”
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UNICEF	Fundo Internacional de Emergência das Nações Unidas para a Infância
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNIFESP-BS	Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista
UNRRA	Associação das Nações Unidas para Socorros e Reabilitação
USP	Universidade de São Paulo

Sumário

APRESENTAÇÃO	14
INTRODUÇÃO	17
Subsidiando a conexão entre saberes: aportes da Complexidade de Edgar Morin.....	19
Situando a Terapia Ocupacional	26
Situando a Saúde Coletiva	41
OBJETIVO	53
PERCURSO METODOLÓGICO	54
Prolegômenos da exploração: a primeira expedição	55
Delineamento do Estudo:	57
Segunda expedição: investigação (auto)biográfica.....	59
Terceira expedição: pesquisa de revisão de escopo	63
RESULTADOS	68
Primeira expedição: aproximações preliminares.....	69
Segunda expedição: investigação (auto)biográfica.....	82
Terceira expedição: revisão de escopo.....	111
DISCUSSÃO: DIÁLOGOS ENTRE E A PARTIR DAS EXPEDIÇÕES	124
Balanço das Expedições	125
Um debate emerge: Uma lupa sobre as subáreas institucionalizadas da Saúde Coletiva	129
Atualizando as afinidades eletivas	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS: TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE COLETIVA	144
REFERÊNCIAS	158
ANEXO 1: Artigo Publicado na Revista Eletrônica Multidisciplinar em Investigação Científica (REMICI)	184
ANEXO 2: Artigo Publicado na Revista Saúde em Redes	199

APRESENTAÇÃO

Poder refletir sobre Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva é para mim uma questão cara, especialmente por permitir olhar de perto para os fenômenos dinâmicos do conhecimento. Sou formado em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP), campus Ribeirão Preto, em 2011. A Saúde Coletiva foi sendo para mim apresentada tímida e gradualmente durante o bacharelado por meio de disciplinas teóricas de Saúde Pública, e disciplinas teórico-práticas de Atenção Primária à Saúde (APS), bem como por meio da minha participação no projeto de extensão do Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET-Saúde), de 2010 a 2011.

Este último foi decisivo na escolha pela residência multiprofissional. Cursei o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, na área de concentração da Saúde Coletiva, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), campus Baixada Santista, entre 2012 e 2014. Na residência, algumas inquietações acerca da vivência de lugares pouco tradicionais para a minha profissão se intensificaram. Pouco era dito e publicado sobre Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva, ou mesmo sobre Terapia Ocupacional e Atenção Primária. Não era possível ir à biblioteca e alugar um livro “Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva”, pois tal livro nunca existiu.

Ademais, ficava com a sensação que esse fenômeno não se encerrava numa dimensão teórica, que era intimamente ligado à alguns entraves encontrados na prática. Para citar um fenômeno bastante recorrente, pude perceber a constante ausência ou equívoco nas solicitações à Terapia Ocupacional para participação de ações e projetos no campo da Saúde Coletiva. Também ficavam vazios de sentido alguns posicionamentos que encontrei, que afirmavam que minha atuação deveria se dar OU enquanto terapeuta ocupacional OU enquanto sanitaria, excluindo a possibilidade de união entre estes dois saberes.

Minha aproximação com o Grupo de Estudos Interdisciplinares em Terapia Ocupacional (GEITO), que se deu a partir de 2013, foi significativa para compreender um pouco melhor os fenômenos supracitados à luz de distintos paradigmas do conhecimento e do trabalho em saúde. Ainda, me despertou a curiosidade para os estudos do conhecimento.

Após a residência ingressei no mestrado, no Programa de Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP), que cursei de 2014 a 2016. Na minha pesquisa de mestrado pude perceber a transversalidade da Saúde Coletiva à distintos campos do conhecimento e níveis de atenção, não apenas à Atenção Primária à Saúde.

Pouco após meu ingresso no mestrado, ingressei na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), também em 2014, como terapeuta ocupacional. Sempre ligado à assistência na Atenção Primária à Saúde e utilizando ferramentas da Saúde Coletiva, desde 2015 atuo em um Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Na PMC, em especial após o ingresso no NASF, pude vivenciar entraves na prática parecidos com aqueles vividos na residência, e minhas inquietações sobre o lugar ocupado pela Terapia Ocupacional na Saúde Coletiva se mantiveram presentes.

De 2016 a 2017, tive a oportunidade de participar do curso de especialização em Gestão de Serviços de Saúde, por meio da parceria entre a PMC e a UNICAMP. No curso pude observar que o encontro entre saberes é também tema a ser melhor explorado na área da gestão e planejamento em saúde.

Em 2018, ao me aproximar de disciplinas do programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNICAMP, por meio da participação como aluno especial, pude entender que o tema do encontro entre saberes seria bem explorado no eixo das ciências sociais e saúde, dada a expertise dos pesquisadores da área e do conhecimento já acumulado nessa área sobre o assunto.

Em 2019 ingressei como aluno regular no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, orientado pelo prof. Dr. Everardo Duarte Nunes. Eu estava muito feliz com o aceite do orientador e com a aprovação no processo seletivo. Eu estava feliz também pelo fato de ser orientado por um docente/autor que eu muito admirava, desde que em 2011 li pela primeira vez seu capítulo no Tratado de Saúde Coletiva da Hucitec, “Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto”.

O ano de 2019 ainda seria marcado para mim pelas disciplinas comuns do programa, com toda a turma de alunos, e também pelas reuniões de orientação presenciais. Passei a conviver com o prof. Everardo e admirá-lo também como orientador e como pessoa, dado seu grande conhecimento, afetividade e horizontalidade. As

reuniões de orientação eram de muito aprendizado e descontração, muitas vezes realizadas no seu quintal, regadas a um bom café e permeadas por assuntos de interesses em comum, como história, arte, literatura, filmes e biografias.

Em 2020 realizei mais disciplinas, comuns ao programa e também específicas do eixo de ciências sociais em saúde. Contudo, o que marcou mais este ano foi o advento da pandemia de covid-19, pois colocou tudo em nova perspectiva – a vida, o cuidado, a Saúde Coletiva, a Terapia Ocupacional, o trabalho, a pós etc. A orientação acabou se dando pelos meios acessíveis, possíveis e manejáveis para ambos, que eram o e-mail e ocasionalmente, os telefonemas.

No ano de 2021 a vacinação inicia-se e com ela a esperança dos reencontros, com as devidas precauções. Infelizmente, entretanto, os encontros foram poucos, pois nesse ano a saúde do prof. Everardo encontrou-se mais debilitada. Por conta disso, o prof. Everardo foi levado a uma licença de trabalho por tempo indeterminado; eu fui levado aos sentimentos de preocupação, tristeza e desamparo.

Em fevereiro de 2022, diante do não restabelecimento total do prof. Everardo, este acorda sua saída do programa. Em março, o coordenador do mesmo, prof. Dr. Nelson Filice de Barros, se reúne com os orientandos do prof. Everardo para planejar a transição de orientação. O prof. Nelson, ele próprio ex-orientando do prof. Everardo, se coloca a disposição para nos orientar, movido por um sentimento fraterno de gratidão ao mestre e solidariedade com seus “irmãos de orientador”.

Em seguida, convido a profa. Dra. Regina Yoneko Dakuzaku Carretta, de quem já tinha tido o prazer de ser aluno na graduação e no projeto PET-Saúde, para realizar a co-orientação da tese. Neste contexto, este trio de pesquisa é formado para dar continuidade ao presente estudo. A tese a seguir é resultado desta trajetória, e tecida a muitas mãos. Boa leitura.

INTRODUÇÃO



(Calla Lilies, Irises and Mimosas – Henri Matisse)

“Eu nunca abandonei o objeto. O objeto não é interessante por si mesmo.
É o entorno, o que cria o objeto.”
(Henri Matisse)

A Saúde Coletiva é um campo de conhecimentos que se destaca pela sua transformação através da inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, tais como o campo biológico, o campo das ciências humanas e sociais e o campo das ciências aplicadas, como o planejamento. Ademais, a Saúde Coletiva também se destaca pela complexificação de suas práticas e formas de intervenção que se incorporaram ao campo ao longo das últimas décadas. Dessa forma, há uma complexidade irreversível, sendo a Saúde Coletiva irredutível a um paradigma monodisciplinar¹.

No bojo dos encontros entre saberes e da complexificação de práticas, emerge como um fenômeno a problematização dos saberes e das identidades construídas por distintas disciplinas e profissões. Um estudo sobre a identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil, de Silva e Pinto², identificou que a produção de artigos, dissertações e teses que envolvem a temática cresceu de 1990 para cá, com aumento significativo desta produção a partir dos anos 2000. Outrossim, este levantamento apontou a produção de distintos agentes, como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e profissionais ligados à vigilância sanitária, que a partir de sua trajetória e prática profissional na perspectiva da Saúde Coletiva, puderam discutir sobre a construção ou transformação de suas identidades neste âmbito.

Somam-se a este debate a contribuição de agentes historicamente menos tradicionais na Saúde Coletiva. Um estudo de Silva e Pinto³ com alunos e egressos do curso de bacharel em Saúde Coletiva apontou a construção da identidade do profissional ao longo da formação, mediante processos de socialização e construção de pertencimento. Faria e Silva⁴ discutem identidades possíveis do bacharel em Gestão de Serviços de Saúde, cuja formação é permeada tanto por conhecimentos mais ligados à Saúde Coletiva quanto por conhecimentos mais ligados ao campo da Administração.

A complexidade envolvida neste fenômeno de aproximação entre dois mundos é tão intensa quanto as possibilidades que este fenômeno tem de se materializar em diferentes dimensões, dentre elas a dimensão acadêmica, institucional, do cuidado, das relações de trabalho, sociais etc. Ademais, trata-se de fenômeno processual e com diversidade de desdobramentos envolvidos. Assim, é possível que a interação entre os saberes em um determinado momento seja pontual ou profunda, apresente influência

mútua ou apenas unilateral, e ainda que aponte para um novo campo híbrido de conhecimentos ou não.

Uma das formas de abordar este fenômeno no campo das ciências sociais é a partir do conceito de afinidades eletivas, cunhado por Max Weber e apresentado por Lowy⁵ na acepção abaixo:

(...) afinidade eletiva é o processo pelo qual duas formas culturais – religiosas, intelectuais, políticas ou econômicas – entram, a partir de determinadas analogias significativas, parentescos íntimos ou afinidades de sentidos, em uma relação de atração e influência recíprocas, escolha mútua, convergência ativa e reforço mútuo (Lowy⁵, p. 139).

De um processo de identificação e progressiva construção de afinidades eletivas entre dois saberes pode emergir a identificação e/ou criação de um novo campo do conhecimento. Nunes⁶ observa que um campo do conhecimento com suas próprias formas de expressão cognitiva é estruturado progressivamente, a partir de manifestações históricas, de processos de institucionalização e de um acúmulo de estudos e práticas nas quais se pode identificar as orientações de pesquisa, os paradigmas, os problemas e os instrumentos deste campo específico de conhecimento.

A partir deste panorama a presente tese busca explorar as afinidades eletivas entre a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional, e contribuir para a proposta de uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Para isso, será apresentada a seguir uma perspectiva de integração entre conhecimentos para subsidiar essa interlocução entre os distintos saberes, bem como serão contextualizadas brevemente a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva enquanto campos de conhecimento. Serão abordadas suas trajetórias pontuando influências históricas, sociais, epistemológicas e teóricas, bem como apresentados alguns marcos relativos ao ensino, às práticas e à institucionalização destas áreas.

Subsidiando a conexão entre saberes: aportes da Complexidade de Edgar Morin

Edgar Morin avoluma contribuições para os estudos do conhecimento especialmente a partir da sua obra “O Método”, escrita em seis volumes entre 1977 e 2004. O autor tem como um de seus pontos de partida a necessidade de reorganização

da própria estrutura do saber, evidenciada pela desarticulação das ciências da natureza com a sociedade antropossocial, que condena as ciências humanas à inconsistência extrafísica e as ciências naturais à inconsistência da realidade social⁷.

Constata portanto a disjunção do conhecimento e resolve enfrentar a tarefa de religá-lo. Reconhece nessa iniciativa alguns muros e obstáculos, como o muro enciclopédico, que consiste na impossibilidade humana de integrar e absorver individualmente todo o campo de conhecimento disponível; o muro lógico, que consiste na dependência dos saberes entre si, impossibilitando uma separação real, como já se supôs possível no paradigma cartesiano; e o muro epistemológico, que consiste na hegemonia do princípio da disjunção do conhecimento, em contraste com a ausência de um novo princípio de reorganização do saber⁷.

Outro obstáculo considerado foi a tentação de um enfrentamento mediante a proposição de um conhecimento geral. Para o autor, tal proposição se apresentaria demasiadamente simplificadora, redutora, irracional. Advoga pela necessidade de articular os saberes disjuntos e limitados, e sem recorrer a uma ideia geral abstrata. Defende que “O esforço recairá, então, não sobre a totalidade do saber de cada esfera, mas sobre os pontos cruciais, os pontos estratégicos, os nós de comunicação, as articulações organizacionais entre esferas separadas” (Morin⁷, p.33).

Assim, enseja uma reorganização teórica e conceitual que, em progressão espiral, atinja os níveis epistemológicos e paradigmáticos do conhecimento. Central nesta reorganização há o princípio da complexidade que, além de juntar o que estava separado, busca associar o que é percebido como antagônico – ordem/desordem, conhecido/desconhecido, sujeito/objeto, etc⁷.

A unidade ou organização complexa consiste na porção da realidade que se deseja conhecer, à luz do paradigma da complexidade. Em oposição à noção clássica de objeto nas ciências, simples, fechado e autossuficiente, a organização complexa é apresentada como uma inter-relação entre elementos, em uma entidade ou sistema no qual o todo é irreduzível às partes, e as partes são irreduzíveis ao todo⁷.

Ademais, a unidade complexa apresenta como característica que o todo é simultaneamente mais e menos que a soma das partes. O todo é mais do que a soma das partes na medida em que no todo há a emergência de qualidades, fenômenos e

propriedades novas das partes, a partir das inter-relações estabelecidas. Estas propriedades alimentam o todo enquanto todo e retroagem sobre as partes enquanto partes. O todo é também menos que a soma das partes, uma vez que podem existir qualidades das partes quando consideradas isoladamente que desaparecem no seio do sistema. Ainda, há imposições das partes entre si, das partes sobre o todo e do todo sobre as partes⁷.

A existência, a continuidade e a permanência de uma dada organização complexa ao longo do tempo dependem dos movimentos que a mesma é capaz de produzir no sentido da neguentropia, ou seja, de regeneração, reorganização, produção e reprodução da própria organização. O autor nomeia recursividade a condição na qual o fim de um processo alimenta o início de um novo processo, mantendo um circuito ininterrupto reorganizativo que se confunde com a própria existência da unidade complexa. O princípio derivado da recursividade, o princípio autogerativo/recursivo, é bastante caro ao paradigma da complexidade. Ainda, considera alguns elementos bastante favoráveis à organização neste sentido, como o equilíbrio entre abertura e fechamento, presença de diversidade, adaptação e adaptatividade⁷.

O equilíbrio entre abertura e fechamento de uma unidade complexa está diretamente ligado à manutenção desta. A abertura é o que permite trocas necessárias às produções e transformações, conecta a unidade ao seu ambiente, às exigências externas. Não obstante, o fechamento é igualmente necessário. A abertura eterna consiste na entropia, na dispersão não regenerativa. A fronteira favorece a distinção, a alteridade, o pertencimento, o processamento e a retroação das inter-relações na constante produção de si para si e para o mundo externo, para novas aberturas⁷. Aplicando sua teoria ao tema do conhecimento, o autor coloca que:

Em nível do objeto, somos postos incessantemente diante da alternativa entre, de um lado, o fechamento do objeto do conhecimento, que mutila a solidariedade com outros objetos bem como com o seu meio (e exclui, em consequência, os problemas globais e fundamentais) e, por outro lado, a dissolução dos contornos e das fronteiras que afoga todo objeto e condena-nos à superficialidade (Morin⁸, p.38).

A unidade complexa em movimento recursivo se defronta com o meio ao seu redor, com suas respectivas emergências, acontecimentos e imposições. Disto decorre

a importância da adaptação de um sistema complexo, sua aptidão para responder aos desafios, imposições, carências, perigos, acasos exteriores, bem como sua adaptatividade, sua aptidão para transformar a si e o ambiente a seu favor. Nesta perspectiva, um destaque é feito à diversidade, que tem potencial para ser organizadora dos sistemas, favorecendo a vitalidade e a resistência dos sistemas às perturbações externas. Corroborando as ressalvas dadas à abertura, não se trata de qualquer diversidade, realizada de qualquer modo. O autor traz, dentre outros exemplos, o do campo da biologia, onde a homogeneidade genética se constitui uma vulnerabilidade, na medida em que, quando um é atingido, todos são atingidos. A diversidade genética é, portanto, um fator de proteção à espécie⁹.

A diversidade também se conecta a um dos princípios fundamentais do paradigma da complexidade, que é o princípio dialógico. Este princípio é definido por Morin como “associação complexa (complementar/concorrente/antagônica) de instâncias *necessárias em conjunto* à existência, ao funcionamento e ao desenvolvimento de um fenômeno organizado” (Morin⁸, p.110). Isto desvela um posicionamento lógico do paradigma, ao afastar-se da lógica clássica aristotélica e apoderar-se do princípio do terceiro incluído, acolhendo a contradição⁹.

Consequentemente, o pensamento complexo não buscará a exclusão e nem a superação da contradição, e sim sua desocultação. A contradição para Morin não se constitui em um fracasso subjetivo, mas sim no engendramento de um irresoluto e de um insolúvel. A complexidade do real excede as possibilidades do nosso atual entendimento, estimulando o conhecimento a entrar em novas e múltiplas dimensões teóricas, com novas leis⁹. Ademais, o autor coloca que proposições percebidas como contrárias também podem, eventualmente, serem percebidas como complementares. Ainda, quando de fato antagônicas, podem ser equacionadas sob metapontos de vista complexos. A certeza absoluta, cara às ciências clássicas, dá lugar à plausibilidade, à probabilidade e à incerteza do conhecimento¹⁰.

Além dos princípios da recursividade e dialógico, também é central no pensamento complexo o princípio hologramático. O mesmo parte das observações de um holograma, quando no ato de projetar e reconstituir o objeto hologramado, a totalidade do holograma memoriza cada ponto que o constitui, e ao mesmo tempo está presente na

memória de cada ponto. Dessa forma, a unidade complexa hologramática é aquela na qual o todo está na parte que está no todo. Em uma dada organização hologramática as partes do todo podem preservar sua singularidade, sua autonomia relativa, sua originalidade, ao passo que realizam trocas entre si, contribuem para reorganizar o sistema e até são capazes de sozinhas, regenerar o todo⁸.

A partir do panorama supracitado, do paradigma da complexidade, das principais características e princípios que regem uma unidade/organização/sistema complexo, buscaremos o diálogo destes conceitos com o universo do conhecimento. As porções da realidade estudadas neste trabalho – o conhecimento da Terapia Ocupacional, o conhecimento da Saúde Coletiva e o conhecimento presente no campo indescrito onde as duas se encontram e interagem - serão tratadas a partir de agora como organizações complexas.

Motivado pela reestruturação do saber, Morin colocou também o próprio conhecimento sob análise, enquanto porção da realidade a se debruçar. Para o autor, o conhecimento é irreduzível a uma única noção, sendo um fenômeno simultaneamente físico, biológico, cerebral, mental, psicológico, social, filosófico e cultural. Uma epistemologia complexa, portanto, incluiria os instrumentos do conhecimento e as condições biopsicossocioculturais de produção dos instrumentos do conhecimento⁸.

Nesse âmbito, se destacam em suas obras a questão do determinismo e da efervescência que envolvem o conhecimento. Bastante palpável em nossa sociedade, o fenômeno do determinismo pesa sobre o conhecimento, indicando o que se pode, o que se deve e o que se precisa ou não conhecer, e como se deve conhecer. A matriz que agrega e marca nos indivíduos os signos e condutas da cultura, família e meio social é denominada *imprinting* cultural. O *Imprinting* determina a atenção e desatenção seletiva, desconsidera o discordante, recalca toda informação percebida como dissonante em si, ou que provém de fontes indesejadas. Adjacente ao *imprinting*, a normalização opera num nível ainda mais concreto do fenômeno do determinismo. Chega a ser opressora, repressiva e intimidatória, fazendo calar as vozes que questionam e/ou discordam, persegue e reduz os desviantes e os desvios ao silêncio, ao esquecimento ou ao ridículo¹⁰.

Conjugados dialogicamente com os fenômenos do determinismo, há também os fenômenos de efervescência do conhecimento, como o enfraquecimento do imprinting, as brechas na normalização, o acontecimento dos desvios, a transformação dos conhecimentos e suas formas de reprodução. Colabora para o aparecimento de desvios o exercício da dialógica intelectual, que se exprime principalmente na existência, na troca e na convivência entre múltiplos pontos de vista. Momentos intensos de devir sociocultural, um calor ou efervescência cultural, podem significar intensidade de trocas, confrontos e agitação de ideias. Aqui cabe a ressalva que até mesmo uma crise, como por exemplo a pandemia de covid-19, pode representar uma efervescência. Nas palavras de Morin: “Não apenas o pensamento crítico é fecundo, mas também o pensamento crítico, nascido da crise e que mergulha na crise” (Morin¹⁰, p.55).

Há de se considerar também que todo desvio eventualmente pode se transformar numa nova normalização, se para tal encontrar ambiente propício. Ademais, não olvida os indivíduos por trás da inovação e da reformulação das ideias. Os teóricos da descoberta e da criação, por sua vez, também estão enquanto indivíduos sujeitos ao acaso, à resistências de ordem individual ao imprinting, enfim, singularidades que os favorecem enquanto propositores do desvio¹⁰.

Colocando o conhecimento ou um dado conjunto de ideias enquanto organização complexa, Morin compreende que a existência deste enquanto tal estará sujeito ao princípio da auto-eco-organização. Isto implica uma alternativa a uma pura e simples independência/dependência ou mesmo soberania e hierarquia entre os conhecimentos. Nesta visão, o conhecimento dispõe de uma autonomia relativa dentro das sociedades, na qual se insere em uma dinâmica plural e dialógica. O ecossistema do conhecimento, por sua vez, é constituído pela cultura, pela sociedade e pelos indivíduos, e cada um dos quais o alimenta à sua maneira¹⁰.

O conhecimento enquanto organização complexa é aberto, para se regenerar e se manter ativo através das verificações e confirmações do mundo exterior, e simultaneamente fechado, para se proteger e se defender de agressões e degradações externas. Para o autor, um sistema de ideias pode ser considerado uma teoria, estando mais apto para uma abertura, ou uma doutrina, estando mais apto ao fechamento. Ademais, pode ter um ou mais núcleos de postulados e princípios, que juntos conferem

um centro, uma essência, uma identidade ao todo. Esta identidade, por sua vez, também estará diante da dinâmica abertura/fechamento¹⁰.

Por conta dos aportes supracitados, Morin e sua obra permanecem em constante e atual diálogo com outros pensadores do universo da racionalidade, do saber e do conhecimento. Na sociologia, por exemplo, a obra de Morin se aproxima da sociologia das ausências e sociologia das emergências de Boaventura de Sousa Santos¹¹, principalmente das críticas à racionalidade ocidental dominante realizadas pelo sociólogo. Para Santos, tal racionalidade confere primazia do todo sobre as partes, gerando, entre outros fenômenos, dicotomias, hierarquias e produção ativa de não existência do outro. Diferentemente de Morin, contudo, acredita que “[...] o todo é menos e não mais que o conjunto das partes. Na verdade, o todo é uma das partes transformada em referência para as demais.” (Santos¹¹, p.7).

Não obstante, a obra de Morin também dialoga diretamente com o debate acerca da inter e transdisciplinaridade. A interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade se apresentam como conceitos polissêmicos, e vêm ganhando crescente atenção especialmente a partir da década de 1970, com críticas à fragmentação, redução e hiperespecialização do conhecimento sob o paradigma positivista. Nesta época, não apenas a interdisciplinaridade ganha novas camadas e análises, como o termo transdisciplinaridade é cunhado por Jean Piaget, colocando-a como uma evolução da interdisciplinaridade, uma condição de superação das disciplinas¹².

Ferriotti¹³ atenta para o fato que este é justamente um ponto bastante significativo do debate sobre inter e transdisciplinaridade. A autora coloca que para alguns teóricos a transdisciplinaridade seria pensada como uma etapa mais evoluída do conhecimento, e haveria um imperativo de síntese dialética entre várias disciplinas, chegando a uma unidade, uma disciplina síntese. Entre os defensores deste posicionamento apresenta nomes como Jean Piaget, Hilton Japiassu e Erich Jantsch. Entre autores contrários à síntese como evolução, apresenta nomes como Edgar Morin, Antonio Joaquim Severino e Norberto Jacobs Etges.

Como apresentado, Morin de fato não advoga pela necessária síntese entre as disciplinas nem pela construção de um conhecimento totalizante, mas sim pela religação entre as distintas expressões do saber. É membro do Centro Internacional de

Pesquisas e Estudos Transdisciplinares (CIRET), que em parceria com a UNESCO, promovem a divulgação de pesquisas e congressos sobre transdisciplinaridade. Em 1994, durante o 1º Congresso Mundial da Transdisciplinaridade, foi redigida a *Carta da Transdisciplinaridade*, assinada por mais de 60 países e muito influenciada pelas obras de Morin¹². Segundo a carta:

A Transdisciplinaridade é complementar à abordagem disciplinar; ela faz emergir novos dados a partir da confrontação das disciplinas que os articulam entre si; ela nos oferece uma nova visão da Natureza e da Realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio de várias disciplinas, mas a abertura de todas as disciplinas ao que as une e as ultrapassa. [...] A pedra angular da transdisciplinaridade reside na unificação semântica e operativa das acepções através e além das disciplinas (CETRANS¹⁴, p.2).

Situando a Terapia Ocupacional

Para perseguirmos a aventura de conjugar a Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva, um primeiro desafio colocado é a própria definição e conceituação da Terapia Ocupacional. Caniglia¹⁵ reitera este como o principal desafio epistemológico da profissão, e relata que no esforço de lidar com este desafio diversos autores e profissionais lançaram mão de distintas formas de definição. Dentre elas, encontram-se principalmente definições *segundo o meio* de trabalho, ou seja, as atividades, e também definições *segundo o objeto*, finalidade, comumente descrito pelos termos atividade humana, ação humana, desempenho ocupacional, fenômeno ocupacional etc.

A autora advoga em favor das definições segundo o objeto profissional, argumentando que a definição pela ferramenta reduziria a profissão e a colocaria sob um aprisionamento instrumentalista. Ademais, refere ser a definição pelo objeto o que de fato legitima a profissão. Outrossim, apresentaremos algumas definições encontradas no âmbito institucional e acadêmico.

Dentre as definições atuais e institucionalizadas da profissão, temos a versão brasileira de Terapia Ocupacional elaborada pela Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e divulgada pela World Federation of Occupational Therapists (WFOT)¹⁶, que afirma que a Terapia Ocupacional:

É um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas à problemática específica (físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e ou sociais), apresentam temporária ou definitivamente dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimensionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico. (WFOT¹⁶, p. 11).

Para Medeiros¹⁷, a Terapia Ocupacional é marcada por distintas técnicas e modelos de intervenção, que por sua vez estão sujeitos a modificações ao longo da história, uma vez que outros constructos significativos para a profissão também são dinâmicos, tais como as concepções de homem, saúde, doença e atividade. Na visão da autora:

A Terapia Ocupacional, como área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades. Em outras palavras, considera as atividades humanas como o produto e o meio de construção do próprio homem e busca entender as relações que este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde (Medeiros¹⁷, p. 27).

Ferioti¹⁸ dialoga com o exposto, e compreende a Terapia Ocupacional enquanto campo de conhecimentos cujo objeto de estudos e intervenção é a ocupação humana de indivíduos e coletivos, tomada enquanto recurso e/ou finalidade terapêutica. A autora situa esta concepção como produto de um processo, onde a atividade ou ocupação já experimentou uma significativa valorização enquanto finalidade, enquanto meio/instrumento/recurso terapêutico, e, mais atualmente, como meio e também como fim, como veremos em maiores detalhes a seguir.

Historicamente, relatos sobre o uso da ocupação humana enquanto fator de promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde remetem à diversos momentos da história, inclusive à antiguidade. Contudo, é possível situar a criação e desenvolvimento da Terapia Ocupacional enquanto profissão e campo de conhecimento como são conhecidos hoje no bojo de alguns movimentos conceituais e acontecimentos históricos e sociais, entre eles o Tratamento Moral, o advento das Guerras Mundiais e o Movimento Internacional de Reabilitação, que serão aprofundados a seguir^{17, 19-22}.

O Tratamento Moral teve como um de seus precursores o médico Philippe Pinel, na França do início do século XIX. Apoiado na filosofia humanista e nas práticas asilares, pretendia substituir a crueldade e a expiação que marcaram os hospitais na idade média pela noção da obrigação moral da sociedade em corrigir hábitos errados e normalizar o comportamento desorganizado de pessoas com transtornos mentais. Preconizava o uso de atividades recreativas e de trabalho como meios de aprendizagem da ordem e da disciplina, bem como de manutenção financeira da instituição^{19,20,22}.

Na segunda metade do século XIX, apoiadas na filosofia positivista e no pensamento racionalista, correntes mais organicistas da psiquiatria passam a ocupar a centralidade nos debates e nas práticas, em detrimento do Tratamento Moral. O próprio termo cai em desuso, uma vez que era disputado por filósofos, juristas e religiosos, além de conotar também práticas não científicas, o que passou a ser desinteressante para o universo médico. Não obstante, o Tratamento Moral é importado ao Brasil pela família real, sendo uma influência significativa em diversos macro hospitais criados no Brasil a partir de 1854. Dedicados ao tratamento de pessoas com transtornos mentais, incapacidades físicas, sensoriais e mentais, constam entre eles o Hospício Dom Pedro II, criado no Rio de Janeiro em 1854, o Hospital Juliano Moreira, criado em Salvador em 1874, e o Hospital do Juqueri, criado em Franco da Rocha em 1898^{19,20,22}.

O início do século XX assiste a um novo fôlego de algumas premissas e idéias presentes no Tratamento Moral em diversos movimentos mundo afora. A Teoria da Psicobiologia de Adolf Meyer se baseava na relação entre padrões de hábitos e doença mental. O Tratamento Ativo, do psiquiatra alemão Hermann Simon, tinha a atividade como princípio regente da vida corporal e mental. No Brasil, se destacam as práticas desenvolvidas pelo Hospital do Juqueri, e no Engenho de Dentro, este último sob direção da psiquiatra Nise da Silveira. Tais práticas ora recebiam o nome de terapêutica ocupacional e ora de terapia ocupacional^{17, 20}.

Monzeli, Morrison e Lopes²³, por sua vez, apontam em outros pontos da América do Sul o uso de ocupações como forma de cuidado ou modificação de hábitos em situações de marginalização social e/ou sofrimento psíquico institucionalizado. Dessa forma, observaram registros em países como Argentina, Chile e Colômbia destas iniciativas, havendo claras alusões aos preceitos do Tratamento Moral.

Outrossim, o começo deste século também se deparou, em diversas regiões da Europa e das Américas, com o crescimento de incapacidades relacionadas à acidentes de trabalho nas fábricas, à surtos de tuberculose e à Primeira Guerra Mundial. Esta última impulsionou a aplicação das ocupações na reabilitação física e mental dos veteranos, e por consequência sendo tido como movimento significativo no desenvolvimento da Terapia Ocupacional. Inicialmente no Canadá, logo seguido pelos Estados Unidos e Inglaterra, suas praticantes eram também chamadas de “ajudantes de reconstrução”, cujas práticas preconizavam propiciar a execução de um antigo ofício ou atividades manuais à beira leito^{19,21,22}.

Nos Estados Unidos, as lutas trabalhistas da época, agregaram às reivindicações os seguros aos acidentados. Dessa forma, foi criado em 1917 o serviço de reabilitação profissional subsidiado pelo governo. Inicialmente exclusivo aos veteranos da guerra, foi expandido aos acidentados da indústria, a partir de 1918, e à população civil, a partir de 1920¹⁹.



Figura 1 - Práticas de Terapia Ocupacional nos primórdios da profissão

Fonte: Gordon²²



Figura 2 - Ajudantes de reconstrução, na Primeira Guerra Mundial

Fonte: Gordon²²



Figura 3 - Práticas em serviço de reabilitação profissional, década de 1940

Fonte: Gordon²²

Nesse contexto, surgem no início do século XX os primeiros cursos de formação em Terapia Ocupacional. As primeiras ofertas de formação datam de 1906, por

meio de cursos de curta duração ministrados pela enfermeira Susan Tracy, em Boston, nos Estados Unidos. Tracy ainda seria reconhecida como uma das primeiras autoras de livros dedicados à Terapia Ocupacional, com publicações a partir de 1910. A primeira escola de formação em Terapia Ocupacional foi fundada em 1908, em Chicago, tendo como sua primeira diretora a terapeuta ocupacional Eleanor Clarke Slagle. Em 1917, o arquiteto George Edward Barton, paciente e entusiasta da terapia ocupacional, lê o livro “*Occupational Therapy – a manual for nurses*”, do psiquiatra William Rush Dunton, e o convida para fundar uma associação profissional. Assim, em 17 de outubro de 1919, é fundada a Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional, por Barton, Dunton, e Slagle, bem como com a participação das terapeutas ocupacionais Isabelle Newton e Susan Cox Johnson, e o arquiteto Thomas Bessel Kidner^{20,22,24}.

Monzeli, Morrison e Lopes²³ complementam o exposto a partir de uma perspectiva histórica alinhada às construções sociais ligadas ao gênero. Para os autores, os papéis sociais de gênero, sobretudo na sociedade estadunidense, mas não somente, conformaram a primeira geração de terapeutas ocupacionais. Mais especificamente, acreditam que a Terapia Ocupacional foi construída inicialmente como uma profissão para mulheres, no contexto restrito à invisibilidade do ambiente doméstico, caridade e trabalhos de menor prestígio social, e articulada à medicina, campo mais visível e masculino, para fins de legitimação e reconhecimento social. Ainda, destacam na trajetória de Eleanor Slagle, pioneira da Terapia Ocupacional estadunidense, sua ligação à Hull House, abrigo social simbólico do município de Chicago, e sua atuação no Hospital Johns Hopkins, a convite de Adolf Meyer, anos antes de fundar a primeira escola de Terapia Ocupacional.

O processo de disciplinarização e profissionalização seguiu nos anos seguintes. Na década de 1920, diversas escolas de Terapia Ocupacional filiaram-se a universidades. Em 1923 a Sociedade Nacional para a Promoção da Terapia Ocupacional muda seu nome para Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA, da sigla em inglês). A AOTA, logo nos seus anos iniciais, promoveu a publicação do “*Essentials for Professional Education*”, que preconizava um padrão mínimo para a formação, e também iniciou processo de registro profissional através de exame administrado pela associação^{19,22,24}.



Figura 4 - Fundação da Sociedade Nacional para a Promoção da T. O.

(Sentados, da esquerda para direita: Susan Jhonson, George Barton e Eleanor Slagle. Em pé, da esquerda para direita: William Dunton, Isabelle Newton, Thomas Kidner.)

Fonte: Gordon²²

Na década de 1930 a crise econômica mundial, deflagrada pela quebra da Bolsa de Valores de Nova York em 1929, se traduziu na redução de empregos, de profissionais e de investimentos em serviços de saúde pelo mundo. No Brasil e na Europa, contudo, alguns serviços se destacaram pela resistência ao sucateamento e promoção do uso de ocupações como forma de terapia, sobretudo na área de saúde mental, como mencionado anteriormente¹⁹. Na realidade americana, Rerek²⁵ aponta que houve no período um estreitamento de relações entre a AOTA e a American Medical Association (AMA), que em conjunto estabeleciam padrões para instituições de treinamento e credenciavam novos cursos. A autora defende que este fenômeno contribuiu para a consolidação das práticas de Terapia Ocupacional em hospitais, asilos e sanatórios. No entanto, também contribuiu para a dependência e subordinação da Terapia Ocupacional à medicina. Ademais, acredita que isto também contribuiu para a

limitação das práticas, migrando de uma de orientação ampla de saúde ao modelo médico, bem como para a promoção das práticas enquanto bens de consumo.

Nas décadas de 1940 e 1950, o advento da Segunda Guerra Mundial e o fenômeno do Movimento Internacional de Reabilitação influenciaram o crescimento e também a ocorrência de mudanças nas práticas da Terapia Ocupacional. O número expressivo de soldados americanos lesionados em combate contribuiu para o aumento da legitimidade das necessidades das pessoas com deficiências, dado o status social do veterano de guerra naquele país, e para a criação de movimentos organizados da sociedade civil em prol destas necessidades. Com o tempo, o movimento foi agregando também pessoas que adquiriram suas deficiências por doença ou acidentes decorrentes do processo de industrialização. Na realidade do Brasil e parte da América Latina, embora o número de incapacitados devido à Segunda Guerra não fosse expressivo como nos EUA, o movimento pela reabilitação das pessoas com deficiência foi alimentado pelos movimentos sociais e trabalhistas da década de 1940, pela implantação de serviços de reabilitação ligados a entidades beneficentes, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), e pelos surtos de poliomielite e meningite na América Latina entre as décadas de 1930 e 1950^{19,23,26}.

Este movimento agregou contornos institucionais e científicos, ainda na década de 1940, se expandindo para outros países e constituindo o Movimento Internacional de Reabilitação. Segundo Rocha²⁶, instituições como a Rehabilitation International, a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, criada em 1951, e a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio de seus órgãos como a OIT, a OMS, a UNESCO e a UNICEF, apoiaram a implantação de centros de reabilitação e cursos de capacitação profissional na área de reabilitação. Monzeli, Morrison e Lopes²³ complementam o exposto apontando que no contexto pós Segunda Guerra Mundial emerge uma noção nos países capitalistas desenvolvidos de necessidade de “desenvolver” os países subdesenvolvidos (Terceiro Mundo), que implicava uma lógica de modernização e de reprodução de modelos sociais estabelecidos pelos países desenvolvidos (Primeiro Mundo). Dessa forma, iniciativas de interferência internacional foram realizadas e implicaram, no âmbito da reabilitação, ações de capacitação e apoio à países da América Latina. Por meio da ONU, foram implementados centros de

reabilitação e oferecidos cursos de formação de trabalhadores, incluindo a Terapia Ocupacional.

Rocha²⁶ aponta ainda que, na dimensão teórico-prática, a reabilitação da época possuía como racionalidade hegemônica uma lógica cientificista, de inspiração positivista, com tendências à especialização e superespecialização, e caráter reducionista e médico-centrado, de forma que o médico prescrevia inclusive os procedimentos das outras profissões, e a ênfase do tratamento era o restabelecimento de um padrão corporal mais próximo da normalidade.

Cavalcante, Tavares e Bezerra²⁷ chamam atenção para uma outra singularidade do Brasil neste período. No contexto político do Estado Novo, os programas de reabilitação profissional difundiram-se e foram institucionalizados como atividade da previdência social, incluindo entre os recursos humanos destas iniciativas os terapeutas ocupacionais. Entretanto, os autores denunciam uma lógica pautada na ideologia assistencialista burguesa, buscando transformar a luta de classes em colaboração de classes. Dessa forma o sistema econômico não era questionado e as questões de saúde de trabalhadores seriam apenas remediadas. As intervenções da Terapia Ocupacional, neste contexto, apresentavam o risco de apenas habilitar a classe trabalhadora para permanecer sendo dominada.

No âmbito do ensino da Terapia Ocupacional, os padrões curriculares foram reelaborados nas universidades americanas, incluindo disciplinas de ciências básicas, e em 1947 surge o primeiro mestrado em Terapia Ocupacional, na University of Southern California. No Brasil, por sua vez, os primeiros cursos de treinamento foram criados em 1948, com maior ênfase na saúde mental, ministrados no Rio de Janeiro pela médica psiquiatra Nise da Silveira. Na década de 1950 outras formações foram criadas, contemplando também a área de reabilitação física, como o curso de Terapia Ocupacional oferecido pelo Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, em meados da década^{20,22,28}.

É também a partir de meados dos anos 1950 que são criados os primeiros cursos de Terapia Ocupacional em outras localidades da América Latina²³. Assim como na origem das formações em Terapia Ocupacional nos EUA, o contexto destes primeiros cursos também é passível da crítica de reprodução aos papéis sociais de gênero na

América Latina na visão de Monzeli, Morrison e Lopes²³. Para os autores, o fato de serem cursos técnicos e não de formação universitária, bem como de serem subalternos à medicina (que por sinal, era majoritariamente masculina na época), denuncia a restrição das mulheres nos espaços sociais da época.

Não obstante, as práticas de Terapia Ocupacional nas décadas de 1940 e 1950 também passaram por transformações. Para Gordon²², o escopo da prática foi ampliado para abranger não apenas o desempenho de certos trabalhos manuais e ofícios enquanto objetivos terapêuticos, mas também as atividades de vida diária.

Feriotti¹⁸, contudo, apresenta o contraponto que a racionalidade hegemônica positivista, especializada e reducionista levou a uma reorientação e redução do próprio uso das ocupações, neste período mais enfaticamente utilizado como meio para restabelecer ou desenvolver funções e habilidades. Caniglia¹⁵ complementa, referindo que este período foi marcado pela desconstrução, fragmentação e obscurantismo do objeto e da identidade da Terapia Ocupacional. Ademais, a autora relata que a profissão se aprisionou ao uso das atividades como meio, e os profissionais buscavam o “potencial terapêutico” da atividade, como uma alusão ao uso de um medicamento. Mosey²⁸, por sua vez, denuncia uma prática predominantemente tecnicista, com incipiente base teórica, incorporação de técnicas de outras áreas do conhecimento e relação íntima e acrítica com a medicina. Segundo a autora: “(...) os terapeutas ocupacionais foram orientados para a reabilitação de doença específica ou categorias de desabilidade. Princípios subjacentes ou comuns não eram reconhecidos.” (Mosey²⁸, p.48).

Nas décadas de 1960 e 1970 novos debates surgem na Terapia Ocupacional, sobretudo nos Estados Unidos e alimentados por alguns fenômenos sociais, tais como questionamentos da centralidade do hospital nas práticas de saúde, a ascensão da prevalência de doenças crônicas, a falta de representatividade da população nas organizações e uma maior presença e difusão das pautas de direitos humanos. No centro deste debate havia o reconhecimento de uma racionalidade reducionista nos estudos e práticas da profissão, que ora se via sem identidade, ora se via com base teórica inadequada ou insuficiente, apoiada em quadros de referência médicos ou psicológicos, entre eles o Modelo Cinesiológico, o Modelo Psicanalítico e o Modelo Neurológico. Dessa forma, novos quadros de referência são adotados, agregando conhecimentos da biologia,

sociologia, economia e psicologia social. Mary Reilly se destaca nesta época com sua proposta de centralidade nos estudos da ocupação, a partir de sua teorização sobre *comportamento ocupacional*^{18,22, 29-32}.

A década de 1960 também representou na realidade americana um período de grande investimento no ensino, inclusive em cursos de pós-graduação e educação continuada. No Brasil, há em 1964 a homologação do primeiro Currículo Mínimo para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, pelo Ministério de Educação e Cultura (MEC). Em 1969, por meio do Decreto Lei 938, de 13 de outubro, a Terapia Ocupacional foi reconhecida como profissão de nível superior. No âmbito da pós-graduação, temos que os terapeutas ocupacionais ampliaram a busca pela formação pós-graduada na década de 1970, mediante aumento significativo dos cursos de graduação na época, e conseqüentemente da demanda pela formação de profissionais para a docência. Ainda, em 1964 é fundada a Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil, que funcionou até 1985, e homologado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por meio da Lei 6.316, de 1975^{19, 29, 32-35}.

Reis³⁶ complementa o exposto a partir da institucionalização dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional no Brasil. A autora apresenta o pano de fundo desta iniciativa, colocando que a passagem de curso técnico para curso de nível superior, em 1969, foi acompanhada não apenas de uma expansão de cursos e vagas, mas também de uma exigência institucional para aprimoramento da qualificação do corpo docente, reflexo da expansão do ensino superior em todo o país. Conseqüentemente e especialmente ao longo dos anos 1970, os profissionais foram acumulando experiência e aportes teóricos em diversas áreas, de forma que um novo currículo mínimo é construído e sancionado pelo Ministério da Educação em 1983, através da Resolução 4, de 28 de fevereiro do mesmo ano.

Ainda na década de 1980, a crítica ao reducionismo se avoluma e produz novos desdobramentos. Nos EUA, a ênfase nos estudos sobre a ocupação humana é mantida, e novos quadros de referência são publicados e difundidos, entre eles o Modelo da Ocupação Humana de Gary Kielhofner. Em 1989, June Yerxa, já defensora e teórica da ocupação consciente e orientada a um propósito nos anos 1960, lidera com outras profissionais a fundação da Ciência Ocupacional, na University of Southern California. A

Ciência Ocupacional se apresenta como uma nova ciência social, voltada ao estudo do engajamento em ocupações na vida humana. É concebida em parte enquanto ciência básica de sustentação à Terapia Ocupacional, e em parte para compreender outros fenômenos, além das aplicações das ocupações em âmbito terapêutico^{22, 32, 37}.

Na realidade brasileira, a crítica ao reducionismo e a problematização teórica e epistemológica da profissão se iniciam nos anos 1970 e ganham intensidade na década de 1980. Para Caniglia¹⁵, o período compreendido a partir desta época até os dias atuais se constitui na fase de reconstrução da identidade e do objeto da profissão, por meio do resgate da essência do objeto e sua elucidação.

Não obstante, houve também a problematização acerca da forte influência americana nas práticas nacionais, alimentadas por alguns fenômenos sociais como o fim da ditadura militar e os movimentos sociais em prol da redemocratização do país, incluindo a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária. Neste contexto, novos referenciais surgem para fundamentar a prática, como a práxis, apresentada por Berenice Rosa Francisco, conjugando a atividade humana com o materialismo histórico. Também nesta década, em 1980, é criado o primeiro sindicato da categoria^{18, 19, 32, 38}.

Nos anos 1990 e 2000, o foco dos estudos e da identidade da profissão permaneceu em debate. Nos Estados Unidos, duas publicações foram elaboradas e amplamente difundidas: a Terminologia Uniforme da Terapia Ocupacional, elaborada em 1994 e atualizada em 1998; e a Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, cuja primeira versão remete ao ano de 2002, e em 2020 tem sua quarta versão publicada^{32, 39}.

No Brasil, onde se observa fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e implantação dos serviços substitutivos em saúde mental, o quadro de referência fundamentado na práxis é aprofundado por novos autores, e outros conceitos vão sendo discutidos e ganhando centralidade no debate dos domínios da profissão, como território e cotidiano. Neste período também surgem os periódicos *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR*, desde 2017 denominado *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, em 1990, e a *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, no mesmo ano. Ocorre ainda a fundação da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais (ABRATO), em 1994, bem como a adesão do Brasil à Federação Mundial

de Terapia Ocupacional, no mesmo ano. Em 2001 o MEC publica as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Terapia Ocupacional^{18,19,32}.

Os anos 2010 também são bastante significativos na história da profissão no Brasil. O debate da identidade da profissão agrega novas perspectivas, como o Paradigma da Complexidade de Edgar Morin, conjugado com a Terapia Ocupacional por Maria de Lourdes Feriotti¹⁸. Nesta perspectiva, a autora defende para este campo do conhecimento uma identidade aberta, cuja essência é a ocupação compreendida como finalidade e meio de tratamento simultaneamente, podendo receber diferentes tratamentos em diferentes contextos. Surge um novo periódico acadêmico, a *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*, em 2017. Ainda, o primeiro programa no país de pós-graduação *strictu-sensu* em Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR), inicia suas atividades no ano de 2010, com o programa de mestrado, e no ano de 2015 se iniciou o programa de doutorado. Em 2018, encontravam-se em atividade três programas de pós-graduação em Terapia Ocupacional, sendo uma oferta de mestrado acadêmico, uma oferta de mestrado profissional e uma oferta de mestrado e doutorado acadêmico^{40,41}.

Em fevereiro de 2022, um levantamento dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional na base de dados do e-Mec, do Ministério da Educação, encontrou 93 registros, dentre os quais 71 representavam cursos em atividade. Destes 71 em atividade, 23 se remetem a instituições públicas, sendo 6 estaduais e 17 federais. Quanto à distribuição, os cursos se concentravam na maioria em instituições do Sudeste, com 28 ocorrências, sendo a maioria no Estado de São Paulo, constituindo 17 ocorrências. Ainda, é possível constatar que houve estados brasileiros sem nenhum curso público de Terapia Ocupacional, como Amazonas, Goiás, Maranhão, Mato Grosso do Sul, Piauí, Rondônia e Santa Catarina, ao passo que alguns estados não possuem nenhum curso de Terapia Ocupacional de qualquer natureza, como Tocantins, Mato Grosso, Amapá, Roraima, Rio Grande do Norte e Acre⁴².

Para Bianchi e Malfitano⁴³ a oferta de cursos de graduação em Terapia Ocupacional, embora tenha crescido significativamente na América Latina a partir dos anos 2000, ainda é pequena para a região. Ademais, apontam como desafio para a Terapia Ocupacional latino-americana a construção de novos cursos, o aumento do

número de profissionais para a consolidação de distintos campos de atuação, o desenvolvimento de pesquisas e a construção de conhecimentos próprios que contribuam com uma maior institucionalização da profissão na América Latina.

Outrossim, levantamentos realizados em fevereiro de 2022 e abril de 2023 junto aos sites do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO)⁴⁴ e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO)⁴⁵⁻⁵⁹ do Brasil apontaram o número total de terapeutas ocupacionais registrados no país e, em algumas jurisdições, o número de terapeutas ocupacionais com registro ativo junto a seu respectivo CREFITO. Na tabela 1 temos o número de profissionais registrados no COFFITO e por CREFITO.

As pesquisas e o conhecimento acumulado em Terapia Ocupacional encontram para sua veiculação alguns periódicos especializados nesse campo do conhecimento. No Brasil, como anteriormente mencionados, se encontram os *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, a *Revista de Terapia Ocupacional* da Universidade de São Paulo e a *Revista Interinstitucional de Terapia Ocupacional*.

Na América do Sul também constam a *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, a *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, a *Revista Colombiana de Terapia Ocupacional* e a *Revista de Estudiantes de Terapia Ocupacional*, do Chile. Ainda na América Latina, há a *Revista del Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional* de Puerto Rico.

Por sua vez, a América do Norte conta com o *American Journal of Occupational Therapy*, dos EUA, e o *Canadian Journal of Occupational Therapy*, do Canadá. Na Europa, representam os periódicos da área a *Revista de Terapia Ocupacional Galega*, da Espanha; o *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, da Suécia; e o *British Journal of Occupational Therapy*, do Reino Unido.

Ainda, outros periódicos da área são encontrados pelo mundo, como o *Australian Occupational Therapy Journal*, da Austrália. Cruz e Veiga⁶⁰ afirmam existir no mundo todo ao menos trinta títulos de periódicos de Terapia Ocupacional. No entanto, a inexistência de um catálogo eletrônico que organize as coleções existentes para esse campo do conhecimento dificulta conhecer o número exato de periódicos. Os autores

também colocam que existe um esforço de alguns países para avançar na organização da informação acadêmica da Terapia Ocupacional nas bases eletrônicas.

Órgão	Jurisdição	Número de terapeutas ocupacionais
COFFITO	Nacional	22.628 *
CREFITO 1	PE, PB, AL, RN	1.578 */**
CREFITO 2	RJ	1.525
CREFITO 3	SP	6.621
CREFITO 4	MG	2.128
CREFITO 5	RS	1.155
CREFITO 6	CE	878 *
CREFITO 7	BA	546
CREFITO 8	PR	991
CREFITO 9	MT	116 *
CREFITO 10	SC	755
CREFITO 11	GO, DF	426 (GO), 534 (DF)
CREFITO 12	PA, AM, TO, RR, AP	870 (PA), 31 (AM), 45 (TO), 16 (RR), 44 (AP)
CREFITO 13	MS	233 *
CREFITO 14	PI	Não informado
CREFITO 15	ES	686 *
CREFITO 16	MA	665 *
CREFITO 17	SE	Não informado
CREFITO 18	RO, AC	Não informado

* Dados de fevereiro de 2022 (não haviam dados disponíveis em abril de 2023).

** Não havia uma discriminação de profissionais por estado na ocasião do levantamento deste dado

Tabela 1 - Distribuição de terapeutas ocupacionais conforme jurisdição

Entre tais iniciativas, citam a *Occupational Therapy Critically Appraised Topic*, da Austrália, que reúne resumos de evidências a partir de questões clínicas levantadas;

a canadense OTDBASE, criada em 1970 e que oferece um serviço de busca em uma lista de periódicos de Terapia Ocupacional; o site britânico OT Direct, que trata de uma produção independente organizada por terapeutas ocupacionais e disponibiliza informações sobre bases de dados e outros sites; e a base de dados australiana OT Seeker, em funcionamento desde 2003, que reúne resumos de revisões sistemáticas e ensaios clínicos randomizados e controlados^{60,61}.

Também para a difusão do conhecimento, e encontro de diferentes acadêmicos e pesquisadores, a Terapia Ocupacional conta com uma variedade de congressos e eventos no mundo. A federação mundial de Terapia Ocupacional organiza os congressos mundiais de Terapia Ocupacional desde 1954. A sua 18ª edição, em 2022, ocorreu em Paris e teve como tema “R-Evolução Ocupacional”. No Brasil, se destacam o Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO) e o Congresso Norte Nordeste de Terapia Ocupacional (CONNTO). O CBTO teve sua primeira edição em 1989, em Recife, com o tema “Terapia Ocupacional da Prática à Fundamentação”. Em 2022, em Brasília, chegou à sua 17ª edição, com o tema “A Ocupação Humana no mundo globalizado: Ciência, Cultura e Política profissional”⁶²⁻⁶⁴.

Situando a Saúde Coletiva

Ao se aproximar do conceito de Saúde Coletiva, é possível perceber que o mesmo se apresenta rico de sentidos, sendo possível estudá-lo sob distintas abordagens. Nas palavras de Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵:

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado de agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas sobretudo, os grupos sociais, portanto a coletividade (Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵, p.3, grifos dos autores).

Nunes⁶, ao analisar o processo de institucionalização da Saúde Coletiva, aponta a diversidade de abordagens da mesma: como um campo; como um conjunto de práticas teóricas, ideológicas, sociais, políticas e técnicas; como um constructo produzido na interação entre um nível filosófico/ideológico, onde se situa um pensamento em saúde,

um nível cognitivo, onde se situam os conhecimentos de diversos campos disciplinares, e um nível sociopolítico, onde se situam os processos organizativos; e como um espaço social, produzido no encontro de um conjunto de distintos agentes.

Para Vieira da Silva⁶⁶, algumas condições históricas favoreceram a criação da Saúde Coletiva. Na primeira metade do século XX a burguesia industrial nos EUA encontrava-se em ascensão e em busca de maior legitimidade social, até então exclusivo das elites agrárias. Uma das estratégias para isso foi financiar universidades e fundações de interesse social, dentre as quais a Fundação Rockefeller, a Fundação Kellogg, a Fundação Milbank, a Fundação Ford e a Fundação Carnegie, para o desenvolvimento de pesquisas e projetos ligados à saúde, inclusive em países de interesse da política externa americana, caso do Brasil. A Fundação Rockefeller, por exemplo, fundada em 1913, foi responsável pela formação de sanitaristas no Brasil, bem como pela concessão de bolsas de estudo para formação de sanitaristas nos EUA e financiamento de diversas ações de saneamento, controle de endemias e educação em saúde em território nacional.

Outrossim, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de sua recente incorporação à Organização Mundial da Saúde (OMS), nos anos 50, discute e promove o *projeto preventivista*. Assume importante papel na difusão de formação de pessoal sob a perspectiva da Medicina Preventiva e da Medicina Social, especialmente durante o exercício de Juan César García no Programa de Recursos Humanos da OPAS, de 1966 a 1984. Em parceria com algumas das fundações supracitadas, a OPAS promoveu seminários e apoiou a implantação de departamentos e programas de pós-graduação, como por exemplo o programa de mestrado em Medicina Social da UERJ⁶⁵⁻⁶⁷.

No Brasil, as lutas pela democratização do país, durante a ditadura militar, e a ascensão de críticas às abordagens teóricas do funcionalismo e desenvolvimentismo na saúde, sobretudo a partir dos anos 70, favoreceram a união de intelectuais ligados à Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública em torno do movimento da Reforma Sanitária, no âmbito político, e da incorporação de perspectivas teóricas de inspiração marxista nos estudos e pesquisas desenvolvidos neste período^{66,68}.

Em sua dimensão conceitual, a Saúde Coletiva pode ser vista como parte de uma constelação de movimentos e saberes que assumiram o estudo da saúde em

populações como elemento significativo, entre eles a Aritmética Política, Polícia Médica, Higiene, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária, Nova Saúde Pública^{65,66}.

Emergente a partir do desenvolvimento do Estado Moderno, a Aritmética Política foi proposta por William Petty na Inglaterra, no século XVII. Preconizava a reunião e sistematização de informações populacionais sobre natalidade e mortalidade para subsidiar recomendações acerca de ações e instâncias organizativas na área da saúde, como a criação de conselhos de saúde e hospitais para isolamento de pacientes. Na Alemanha, a administração do Estado, denominada *Polícia* no século XVII, começava nesta época a formular programas de saúde populacionais. No século XVIII, o termo Polícia Médica é criado e desenvolvido, a partir de obras que abordavam recomendações de saúde, supervisão de farmácias e hospitais, regulamentação da educação médica, entre outros temas^{65,66}.

O termo Higiene, oriundo do grego para designar “são”, é retomado a partir do século XVIII enquanto corpo de conhecimentos da carreira médica, presente em manuais e disciplinas. O periódico francês *Annales d’hygiène publique et de médecine legale*, de 1829, colocava a higiene pública como a arte de conservar a saúde dos homens reunidos em sociedade, e dava à medicina a responsabilidade com a organização social, amparando a elaboração de leis que velassem pela manutenção da saúde do público. O movimento higienista, influenciado pelas ideias liberais da Revolução Francesa que remetiam à responsabilidade social com saúde para os indivíduos, se dedica à difusão de conhecimentos e inspira a estruturação de instituições de ensino, como a London School of Hygiene and Tropical Medicine, no final do século XIX, e o Laboratório de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia, fundado em São Paulo em 1918, posteriormente transformado em Instituto de Higiene de São Paulo em 1924 e incorporado à Universidade de São Paulo em 1938^{65,66}.

Herdeira do processo de industrialização e urbanização europeu, a denominação Saúde Pública surge na Inglaterra, em 1842, a partir do Relatório Chadwick. O documento, originalmente intitulado “Relatório ou uma investigação sobre as condições sanitárias da população trabalhadora da Grã-Bretanha”, versa sobre um diagnóstico da situação de saúde do país, bem como propostas de ações de saneamento

das cidades. Entre as definições consolidadas deste saber, encontra-se a de Charles Winslow, fundador do departamento de Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade de Yale:

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde. (Winslow, 1920, citado por Vieira-da-Silva; Paim; Schraiber⁶⁵, p.5).

A Saúde Pública também se dedicou à estruturação de associações e instituições de ensino desde o século XIX, dentre elas a Associação Americana de Saúde Pública, fundada no século XIX, a Johns Hopkins School of Public Health, de 1916, e a Harvard School of Public Health, de 1922. A Associação Mundial de Saúde Pública, fundada em 1967, possuía cerca de setenta associações nacionais de Saúde Pública filiadas no ano de 2018⁶⁶.

A Medicina Social, por sua vez, se desenvolve a partir de 1848, ano das Revoluções de 1848 na França e outras nações europeias, e da publicação do Manifesto do Partido Comunista de Marx e Engels. Um documento marcante deste movimento é o texto “Medicina Social”, publicado pelo médico Jules Guérin na *La Gazette Médicale de Paris*, em 11 de março de 1848. O texto se destaca pela interpelação à classe médica para um movimento de politização e responsabilidade social. Ademais, propõe a medicina como ferramenta de justiça social, recuperando a saúde da classe trabalhadora e contribuindo para a normatização das condições de trabalho. Ainda, propõe o uso do termo Medicina Social como um termo agregador para reunir movimentos, segundo Guérin, isolados e dispersos, como polícia médica, higiene pública e medicina legal⁶⁸.

Na Alemanha a Medicina Social também se desenvolve a partir da metade do século XIX, tendo como expoentes um grupo de médicos reformadores como Rudolf Virchow, Salomon Neumann e Rudolf Leubuscher, cujos interesses compartilhados incluíam a compreensão da medicina enquanto ciência social, e a determinação social de processos patológicos. Na América Latina, a Medicina Social ganha força sobretudo

a partir da segunda metade do século XX, a partir do projeto preventivista da OPAS, que difunde essa perspectiva em saúde nos programas de pesquisa e formação que apoia no Brasil e demais países do continente^{65,66,68}.

A Medicina Integral é criada nos Estados Unidos, em 1943, com a criação da UNRRA (Associação das Nações Unidas para Socorros e Reabilitação). A associação era voltada para a assistência social global dos países devastados pela guerra. O termo vem da crítica ao modelo especializado e segmentador hegemônico na educação médica do período, priorizando uma visão integrada e articulada do todo biopsicossocial dos pacientes. Com o tempo, inclusive com apoio da Associação Americana de Saúde Pública, engloba também o conceito de integração de serviços de saúde, para favorecer a coordenação e continuidade dos cuidados^{65,66,69}.

No bojo da reformulação do ensino médico americano a partir do pós-guerra, a Medicina Preventiva aparece como forma disciplinar e institucional da idéia de medicina integral. Ademais, agrega posicionamento ideológico de se distanciar da Higiene, da Saúde Pública e da Medicina Social. Ainda, apresenta ambição de criar uma nova atitude na medicina, cumprindo função normalizadora. Assim como a medicina social, é difundida significativamente no Brasil e na América Latina a partir do projeto preventivista da OPAS^{65,66}.

A Medicina Comunitária, por sua vez, influenciada diretamente pela Medicina Integral, é considerada um dos desdobramentos da Medicina Preventiva. Surge, na década de 1960, a partir da crítica ao ensino centrado no hospital, dos gastos crescentes de uma assistência predominantemente hospitalar, e de dificuldades na cobertura assistencial de agravos de parte da população, sobretudo idosos e pessoas em vulnerabilidade social. Assim, a Medicina Comunitária aparecia como proposta de educação médica centrada não apenas nos hospitais, que integrasse práticas preventivas e curativas, bem como agravos recorrentes e específicos. Ademais, contribuiria para a diminuição de gastos aliado à maior cobertura assistencial^{65,66}.

Mais recente, na década de 1990, o movimento denominado Nova Saúde Pública é fomentado pela OPAS, OMS e Instituto de Medicina Americano, que redefine as funções da Saúde Pública de modo a incluir nas clássicas funções de promoção de saúde e prevenção de agravos a assistência médica e a reabilitação⁶⁶.

No seio destes movimentos e saberes e suas interações, emerge a Saúde Coletiva. Em 1976, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) é criado por egressos da residência em Medicina Preventiva da UNICAMP e do curso de especialização em Saúde Pública da FSP/USP, com a proposta de organização e articulação do movimento sanitário e também de promover estudos e debates. Ademais, fundou no mesmo ano a revista *Saúde em Debate*, em atividade até o presente⁶⁶.

Outro marco na história da Saúde Coletiva foi o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, ocorrido em Salvador, em 1978, na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Sem ser inédito, uma vez que já era mencionado em alguns contextos desde a década anterior - para designar genericamente problemas de saúde em nível populacional e nomear uma disciplina do currículo mínimo de Medicina proposta pela Reforma Universitária de 1968, por exemplo – o termo Saúde Coletiva é utilizado formalmente pela primeira vez no evento⁶⁶.

O nome Saúde Coletiva não resultou de um processo de construção teórico, mas enquanto substantivo neutro em relação ao significado que Medicina Social, Saúde Pública, Higiene e Medicina Preventiva representavam na ocasião, e também pela abertura de um espaço social não exclusivamente médico. A Medicina Social era interpretada por agentes situados mais à direita do espectro político como “Medicina Socialista”; a Saúde Pública recebia a crítica que, dada sua institucionalização, atuava de forma predominantemente tecnocrática; a Higiene recebia a crítica de herdar viés liberal que remetia as responsabilidades com a saúde para os indivíduos; a Medicina Preventiva, também recebia a crítica de ser associada com a ideologia liberal, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e conseqüentemente omissa às contradições emergentes da medicina e economia^{66,68}.

No evento citado, uma primeira tentativa de definição da Saúde Coletiva consta em seu relatório final. Vieira da Silva, Paim e Schraiber⁶⁵, sintetizam esse entendimento ao postular que:

(...) essa área do saber busca entender a saúde/doença como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, o homem como ser social e histórico, e o exercício das ações de saúde como uma prática social permeada por uma prática técnica que é, simultaneamente, social, sofrendo influências econômicas, políticas e ideológicas (Vieira da Silva, Paim e Schraiber⁶⁵, p.7).

Ainda no I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva foi redigida a minuta preliminar da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, hoje Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A ABRASCO seria fundada apenas no ano seguinte, em 27 de setembro de 1979, em Brasília, na I Reunião sobre a Formação e Utilização de Pessoal de Nível Superior na Área de Saúde Coletiva, promovida através de parceria entre a OPAS e os Ministérios da Educação, Saúde, Previdência e Assistência Social. Dessa forma, o termo Saúde Coletiva foi se consolidando, sendo adotado com maior frequência em eventos e publicações⁶⁵⁻⁶⁷.

A institucionalização da Saúde Coletiva prosseguiu na década de 1980 a partir de publicações da ABRASCO como: o *Boletim da ABRASCO* e o *Ensino da Saúde Pública, medicina preventiva e social no Brasil*, em 1982; os *Cadernos de Saúde Pública* da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), em 1985; os *Estudos de Saúde Coletiva*, da ABRASCO, em 1986; os *Cadernos de Saúde Coletiva*, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em 1987. Nos anos 1990, surgem os periódicos *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em 1991; *Saúde e Sociedade*, da Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP), em 1992; *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), em 1994; *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, da Universidade Estadual de São Paulo Júlio de Mesquita Filho (UNESP), em 1997; *Revista Brasileira de Epidemiologia*, da ABRASCO, em 1998. Também nesta década, os primeiros programas de mestrado profissional em Saúde Pública são regulamentados, a partir de 1995⁶.

Nas décadas de 1980 e 1990, debates acerca do objeto de conhecimento e intervenção da Saúde Coletiva se desenvolveram nos encontros e publicações da área. Vieira-da-Silva⁶⁶ afirma que na década de 1980, três áreas de concentração se consolidaram a partir dos encontros promovidos pela ABRASCO, a área da epidemiologia, a área da política, planejamento e gestão, e a área das ciências sociais em saúde. Nunes⁷⁰ destaca também nesta época a produção teórica de Maria Cecília Ferro Donnangelo e Amélia Cohn, ao apontarem a centralidade e desenvolverem o conceito de *coletivo* neste campo de conhecimento. Resumindo o raciocínio de Cohn, o autor diz:

(...) três são as perspectivas centrais apontadas pela autora: 1) que o coletivo irá se impor para a medicina, tanto para a prática curativa como de prevenção - "as práticas de saúde se dão sobre e no coletivo ao mesmo tempo que passam a se configurar como práticas coletivas de saúde", 2) que a apreensão do coletivo apresenta especificidades próprias tanto para sua quantificação, como para a sua explicação; 3) que o coletivo é dinâmico, produto das relações sociais e que, ao se submeterem às suas regras, os indivíduos se submetem ativamente (Nunes⁷⁰, p.18).

Nos anos 1990, o debate acerca da Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimentos é continuado. Nunes^{70,71} participa da discussão evidenciando a diversidade interna de áreas e temas, que se traduzia em um objeto abrangente e polissêmico, portanto desafiador para o planejamento de seu ensino na pós-graduação. Para enfrentar a questão, o autor coloca ao centro a tarefa da Saúde Coletiva de compreender e interpretar os determinantes da produção social das doenças e da organização social dos serviços de saúde, tanto no plano diacrônico como sincrônico da história. Ainda, afirma que a área deve estar atenta para a formação de áreas de concentração, tendência observada também nos programas de pós-graduação. Paim e Almeida Filho⁷² rejeitam o entendimento da Saúde Coletiva enquanto disciplina científica, ciência, especialidade médica ou mesmo um novo paradigma em si, afirmando-a como campo interdisciplinar aberto a novos paradigmas, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, o planejamento/administração de saúde e as ciências sociais em saúde.

Nos anos 2000, outro marco da institucionalização da Saúde Coletiva se deu com os debates e a criação dos primeiros cursos de graduação em Saúde Coletiva e Saúde Pública, também conhecidos como Cursos de Graduação em Saúde Coletiva (CGSC). O primeiro bacharelado a iniciar suas atividades com a nomenclatura "Saúde Coletiva" se deu na Universidade Federal do ACRE (UFAC), em 2008. O curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, embora tenha ganhado esta denominação em 2009, já existia desde 2001 sob outra grade curricular e denominado "Administração de Sistemas e Serviços de Saúde"^{65,66}.

No campo teórico e conceitual, a década de 2000 ainda é lembrada pela publicação da primeira edição do Tratado de Saúde Coletiva, em 2006, e novas problematizações do conceito de Saúde Coletiva. Campos⁷³ afirma que a ambiguidade e ubiquidade do conceito contribuem para a fragmentação, diluição e enfraquecimento do

campo científico. O autor busca enfrentar a questão a partir dos conceitos de núcleo e campo. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber, enquanto o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca riam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Assim, defende que a Saúde Coletiva poderia se constituir enquanto núcleo de saberes, uma área especializada e com valor de uso próprio, bem como interagir com outras disciplinas no campo da saúde, co-produzido e co-produtor deste campo.

Na década de 2010, é criado o Fórum de Graduação em Saúde Coletiva, em 2010, e as diretrizes nacionais curriculares dos CGSC são regulamentadas pela Resolução nº 544, de 10 de março de 2017⁷⁴. Também é publicado um segundo tratado, intitulado Tratado de Saúde Coletiva – teoria e prática, em 2014⁶. Neste, Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵ apresentam uma definição atualizada e possível para a área, supracitada no início desta sessão.

Ainda na dimensão teórica e conceitual, Lígia Maria Veira-da-Silva, em seu livro “O campo da Saúde Coletiva”⁶⁶, reafirma a Saúde Coletiva como espaço social em consolidação, construído na interação de múltiplos atores e campos de conhecimento, alguns já consolidados como a epidemiologia, as ciências sociais e planejamento e gestão, e outros emergentes, como a avaliação em saúde e a saúde bucal coletiva. Por sua vez, Lorena e Akerman⁷⁵ reafirmam a problemática da indefinição da identidade da Saúde Coletiva, agora sentida também pelos bacharéis em Saúde Coletiva, e a proposição dos autores para o enfrentamento da questão se constitui em assumir identidades plurais.

A década de 2020 traz também um marco no processo de institucionalização da Saúde Coletiva, que é a Lei 14.725, de 16 de novembro de 2023⁷⁶, que regulamenta a atividade profissional de sanitaria e versa sobre os profissionais habilitados ao título de sanitaria, bem como as atribuições e deveres dos mesmos.

Não obstante, a presente década também demonstra que o debate da Saúde Coletiva também se mantém aquecido no plano conceitual, e um destaque neste sentido é o dossiê “Diálogo entre as áreas do campo da Saúde Coletiva”, publicado no periódico Interface – comunicação, saúde, educação – em 2023. Nesta edição, a grande maioria

dos autores que participaram do dossiê convergiram em apontar como crítica a falta de uma unidade conceitual para a Saúde Coletiva⁷⁷⁻⁸².

Entretanto, o esforço maior dos autores recaiu sobre o diálogo entre as três áreas institucionalizadas, em detrimento de uma proposição de objeto ou unidade da Saúde Coletiva. Entre os autores que tangenciaram o tema da unidade da Saúde Coletiva, Barata⁷⁷ coloca que a Saúde Coletiva teria uma episteme própria, que “(...) não é a mesma, nem se mantém inalterada ao longo do devir histórico, mas que delimita um conjunto de objetos e temas que se organizam em diferentes disciplinas, ciências, sistemas formalizados ou práticas discursivas menos estruturadas e mais flexíveis” (Barata⁷⁷, p. 9).

Ayres⁸¹, por sua vez, reconhece que a Saúde Coletiva não se resume a uma única ciência, e sugere como um elemento central da mesma a consciência social dos fenômenos da saúde. Já Vieira-da-Silva⁸² resgata a proposição de objeto dos primórdios da área, que remete à “investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços de saúde, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos” (Vieira-da-Silva⁸², p. 2). Ainda, a autora o sintetiza na atualidade como a saúde dos grupos sociais, dos coletivos.

Em fevereiro de 2022, um levantamento dos cursos de bacharelado em Saúde Coletiva e Saúde Pública, na base de dados do e-Mec, do Ministério da Educação, encontrou registros em 19 Instituições de Ensino Superior (IES). Destas, 17 se remetem a instituições públicas, sendo 3 estaduais e 14 federais. Ainda, as regiões com maior número de IES encontradas foram as regiões Norte e Nordeste, com respectivamente 6 e 5 IES cada. Nas regiões Sul e Sudeste foram encontradas 3 IES em cada. Houve uma IES na região Centro-Oeste, e uma no Distrito Federal⁸³.

Com relação à pós-graduação, o Documento de área da Saúde Coletiva elaborado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) apontou que, de 1999 a 2018, a oferta de programas de pós-graduação em Saúde Coletiva expandiu de 13 programas para 93, sendo que, a partir de 2009, existiam ofertas nas cinco regiões administrativas do país. A assimetria na distribuição das ofertas permanece um desafio, sendo os cursos concentrados na região Sudeste e também nas

capitais. Contudo, a concentração dos cursos na região Sudeste, que em 1999 era de 70%, já se encontra reduzida a 45% em 2018⁸⁴.

Os eventos e congressos acadêmicos na área de Saúde Coletiva acompanharam a trajetória da ABRASCO, que apoiou diretamente a realização de vários destes eventos. Em 1986, é realizado o 1º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, na cidade do Rio de Janeiro e com o tema “Reforma Sanitária: garantia do direito universal à Saúde”. Em 2022 este congresso chega em sua 13ª edição, em Salvador, com o tema “Saúde é democracia: diversidade, equidade e justiça social”. Embora não haja um cadastro nacional de sanitaristas, o 12º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva reuniu mais de 8.000 congressistas, e nele foram apresentados 4.491 trabalhos científicos⁸⁵.

Em 1990 é realizado o 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia, em Campinas, cujo tema foi “Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do século”. Em 2021, a 11ª edição do evento foi realizada virtualmente, devido à pandemia de COVID-19, e teve como tema “Epidemiologia, Democracia & Saúde: conhecimentos e ações para a equidade. Em 1995 é realizado o 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, em Curitiba, sob o tema “Cidade e Saúde”. Em 2019 foi realizada a 8ª edição do evento, em João Pessoa, com a temática “Igualdade nas diferenças: enfrentamentos na construção compartilhada do bem-viver e o SUS”⁸⁵.

No ano de 2002, é realizado o 1º Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, na cidade de São Paulo, com o tema “O saber e o fazer na proteção da vida”. Em 2019 este evento chega a sua 8ª edição, com o tema “Democracia e saúde: caminhos e descaminhos da vigilância sanitária”. Em 2010 e 2014 ocorrem o 1º e o 2º Simpósio Brasileiro em Saúde e Ambiente, respectivamente em Belém e Belo Horizonte, com os temas “Ciência e Saúde Ambiental – teorias, metodologias e práxis” e “Desenvolvimento, conflitos territoriais e saúde: ciência e movimentos sociais para a justiça ambiental nas políticas públicas”. Em 2010 é realizada a primeira edição do Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde, em Salvador, com o tema “Caminhos e descaminhos da política de saúde brasileira”. Em 2021, a 4ª edição do evento foi realizada virtualmente, devido à pandemia de COVID-19, e teve como tema “O SUS e o projeto civilizatório: cenário, alternativas e propostas”⁸⁵.

Embora a Saúde Coletiva tenha emergido no Brasil, é possível realizar alguns apontamentos sobre a internacionalização da área. Uma maior circulação de periódicos de áreas correlatas sediados no exterior é observada, facilitando uma interlocução internacional. Também emerge neste cenário a criação da revista argentina *Salud Colectiva*, em 2005, produzida pela Universidade de Lanús. Contudo, ainda há muitos avanços a serem alcançados no que se refere a dar visibilidade internacional ao conhecimento científico produzido no país. Alguns esforços possíveis nesta direção vêm sendo tomados por alguns periódicos, como a publicação de artigos em inglês e a indexação em bases de dados internacionais. Ao mesmo tempo, algumas barreiras para a internacionalização dos periódicos também foram encontradas, como a adoção de critérios de avaliação com base na contabilidade da participação de profissionais sediados no exterior como autores dos artigos publicados, revisores e editores das revistas. Outra barreira diz respeito a incipiência de incentivos para que pesquisadores e estudantes possam ir para o exterior, e para atrair colaboradores para as investigações locais, de modo a promover estudos colaborativos⁸⁶⁻⁸⁸.

OBJETIVO

Objetivo Geral

Identificar e analisar afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva, buscando subsídios para a proposição de uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

Objetivos Específicos

1. Identificar e analisar afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva
2. Elaborar uma proposição teórica de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva

PERCURSO METODOLÓGICO

-- Pronto.

-- Pronto o que?

-- Se eu der mais um passo, será o mais distante de casa que jamais vim.

-- Venha, Sam. Lembra o que o Bilbo dizia? “É perigoso, Frodo, sair porta afora. Você pisa na estrada e se não controlar seus pés, não há como saber até onde você pode ser levado”.

(O Senhor dos Anéis: a sociedade do anel)

Partindo do referencial da Complexidade de Edgar Morin, apresentaremos o percurso dos pesquisadores e os métodos de investigação que compuseram a presente pesquisa. Para a complexidade, é bem-vindo o exercício de enfrentamento do princípio disjuntivo que separa os sujeitos(s) pesquisador(es) do objeto da pesquisa, comum na construção clássica da ciência⁸.

O sujeito pesquisador reintegrado, portanto, visa representar um contraponto do sujeito supostamente externo, situado em um bom posto de observação e detentor da fórmula mestre do conhecimento, ou seja, irreal⁷. A aproximação do pesquisador com o objeto de pesquisa visa assumir a insuficiência do autor e introduzir a historicidade, a humanidade da consciência que produz o conhecimento⁸. Ademais, assume a cultura do autor e da obra como co-organizadora e, portanto, co-autora da obra⁹.

Prolegômenos da exploração: a primeira expedição

Após revisitar as trajetórias, influências e marcos da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva em separado, foi necessário explorar os registros existentes acerca das aproximações, das intersecções entre as duas áreas, o que se entendia por Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Dessa forma, foi decidido realizar um primeiro reconhecimento desta temática, afetivamente denominado de “primeira expedição”, a fim de nortear a metodologia do estudo.

A primeira expedição foi orientada pelas três dimensões da identidade de uma disciplina, propostas por Wolf Lepenies e apresentada por Nunes⁸⁹, a saber: a dimensão histórica, a dimensão social e a dimensão cognitiva. O autor expõe a dimensão social como aquela forjada nos processos de institucionalização, a partir da criação de organizações, eventos, grupos de pesquisa etc. Já a dimensão cognitiva é colocada como a que emerge quando é possível identificar claramente linhas de pesquisa, paradigmas, problemas e instrumentos de pesquisa de uma dada disciplina ou campo de conhecimentos. Para Nunes⁸⁹:

Entendemos que a construção de uma identidade não se encerra com as primeiras manifestações históricas, mas se consolida quando se institucionaliza e progressivamente se estrutura como

campo do conhecimento, criando suas formas próprias de expressão cognitiva (Nunes⁸⁹, p.1042).

Para contemplar a dimensão social da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, foram descritas algumas aproximações preliminares entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva encontradas institucionalmente, mais especificamente no âmbito da pós-graduação e no âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

Para contemplar a dimensão cognitiva da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva foi realizado em julho de 2018 uma revisão narrativa da literatura⁹⁰. Para tanto, foi usada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por integrar nas suas buscas diversas bases de dados simultaneamente, como a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), entre outras. Uma vez que nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o termo “Saúde Coletiva” aparece enquanto sinônimo do termo “Saúde Pública”, juntamente com “Saúde Comunitária”, os três termos foram usados no levantamento, cada um deles combinados com o termo “Terapia Ocupacional” pelo conector booleano “AND”.

Os critérios de inclusão definidos para o levantamento foram: possuir texto completo disponível on-line, e serem publicações nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram automaticamente excluídas as publicações fora destes critérios. Em seguida, foram excluídas as publicações que não estavam relacionadas ao tema da identidade da Terapia Ocupacional na Saúde Coletiva. Dentre as publicações selecionadas, foram excluídas as que não possuíam texto acessível gratuitamente. Por fim, os resultados de cada busca foram cruzados, para excluir duplicações.

Os resultados da busca apontaram para um total de: 430 registros com as palavras-chave “Terapia Ocupacional” e “Saúde Coletiva”, cuja seleção final aponta para 7 registros; 1.822 registros com as palavras-chave “Terapia Ocupacional” e “Saúde Pública”, cuja seleção final aponta para 11 registros; 2.406 registros com as palavras-chave “Terapia Ocupacional” e “Saúde Comunitária”, cuja seleção final aponta para 14 registros. Após a exclusão de registros duplicados, a seleção final contou com um universo de 21 registros, sendo 19 artigos, um editorial e um trabalho de conclusão de curso de um programa de residência multiprofissional. Abaixo consta um fluxograma que ilustra o levantamento realizado (figura 5).

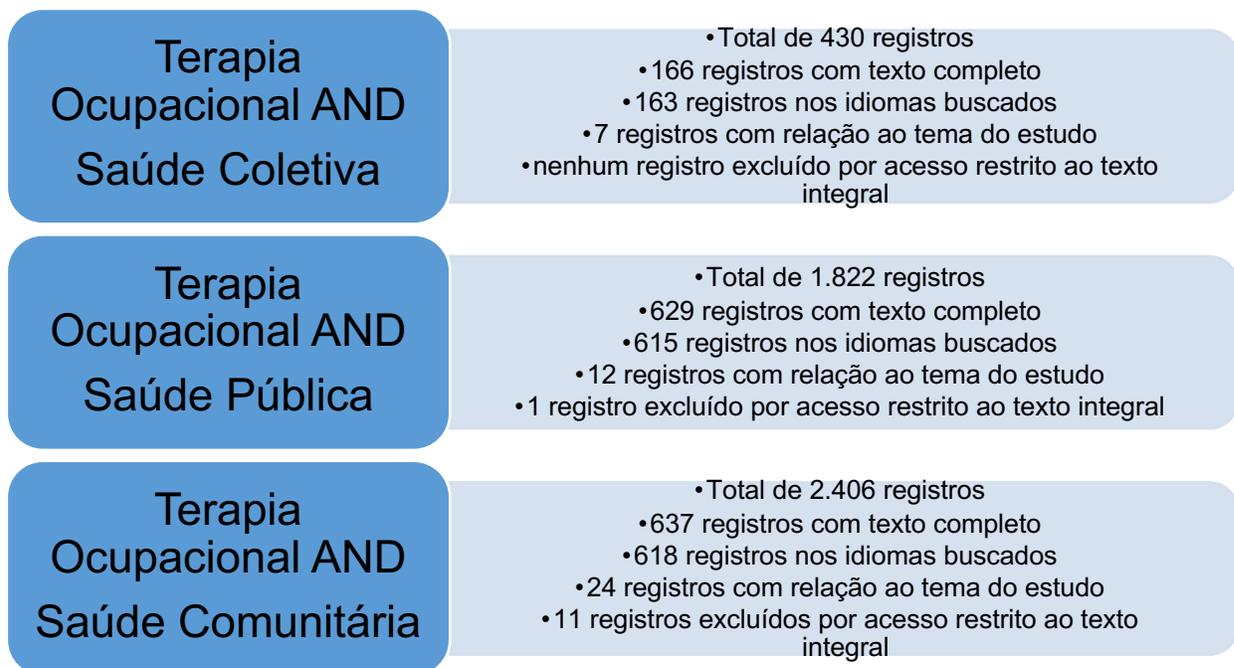


Figura 5 - Processo de levantamento da revisão narrativa

Fonte: elaborado pelo autor.

No caso da dimensão histórica da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, temos que esta não foi diretamente abordada nesta expedição. No entanto, ao longo da pesquisa das outras duas dimensões, o material encontrado que remetia ao percurso histórico da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva foi incorporado na contextualização apresentada no capítulo de introdução.

Não obstante, os achados acerca das dimensões social e cognitiva da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva foram organizados no primeiro capítulo de resultados, “Primeira Expedição: Aproximações Preliminares”.

Delineamento do Estudo:

Após a primeira expedição a dupla inicial de pesquisa debruçou-se sobre o delineamento metodológico. Foi observada na revisão narrativa de literatura uma ausência de trabalhos que colocassem a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva como objeto central, de forma que os trabalhos encontrados traziam conexões apenas indiretas entre as disciplinas. Estas primeiras aproximações levaram a algumas reflexões acerca

de metodologias possíveis para o desenvolvimento do tema. Como emprestamos a estas primeiras aproximações o símbolo de expedição, podemos emprestar à Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva o símbolo de um território ainda desconhecido. Este último, pode ser literariamente comparável às cidades invisíveis de Ítalo Calvino, ou à terceira margem do rio de João Guimarães Rosa – evocando a metáfora já usada por Schramm⁹¹, e recordada por uma colega da universidade durante as aulas de seminários de pesquisa.

Academicamente indescrito, e provavelmente na fronteira de outros dois territórios já um pouco mais explorados (Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva), a expedição inicial ao território da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva nos apresentou apenas indícios que este território existe e é habitado, como a constatação de aves em voos baixos. Muitas eram as possibilidades. Estávamos diante de uma terceira margem? As duas margens conhecidas se encontravam mais adiante? Haveriam ali palafitas? Um navio de passagem, ou ancorado? Ou se tratava de um estreito? De uma porção de terra aparente em marés baixas?

Dessa forma, optou-se por continuar dentro de um raciocínio de pesquisa exploratório, assumindo o delineamento metodológico de abordagem qualitativa, transversal e exploratória⁹². Minayo⁹³, se referindo ao método qualitativo de pesquisa, coloca que:

Esse tipo de método que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empiria e pela sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo ou do processo e estudo. Por isso, é também utilizado para a elaboração de novas hipóteses, construção de indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (Minayo⁹³, p.57).

Para Gil⁹², as pesquisas exploratórias possuem como objetivo se aproximar de um tema ainda pouco explorado e teorizado. Sua finalidade é tornar o debate acerca do tema mais explícito, e facilitar a construção de hipóteses.

Segunda expedição: investigação (auto)biográfica

Num exercício de pensar nas estratégias de exploração possíveis, a provocação do Prof. Everardo foi bastante acertada: “o sentimento da existência deste lugar [o território da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva] veio das suas vivências, e não da leitura de artigos”. Decidimos que outra etapa da pesquisa seria elaborar um relato desta trajetória de terapeuta ocupacional, buscando como, quando, onde e por quê encontrar uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva possível se tornou uma questão a ser levada à academia.

Não obstante os vários sentidos encontrados nesta decisão – de ser uma expedição possível à terceira margem, e ainda se atrevendo aos exercícios de complexidade de superar à formalização na construção do conhecimento, bem como de religar conhecimento prático e teórico – a mesma despertou em nós e em alguns pares, uma série de dúvidas e inquietações.

Trata-se de uma trajetória relevante o suficiente para contribuir com a construção do conhecimento? Como lidar com a possível exposição de questões particulares e institucionais? Como lidar ao mesmo tempo com a pressão de publicar e a dificuldade em publicar produções qualitativas? Por quê narrar a trajetória de um terapeuta ocupacional, e não de um coletivo de terapeutas ocupacionais? Essa empreitada seria uma expedição ou uma colonização? Novas reflexões em momentos de orientação, amparadas nos nossos referenciais teóricos, ajudaram a elaborar essas angústias.

Não se trata de uma bio/autobiografia literária, de modo que se ocupa em narrar apenas os eventos de uma trajetória de formação e assistência que contribuam para a construção do conhecimento. Ainda que sejam evidenciadas e até nomeadas instituições e pessoas, o que inclui os próprios autores, não é do interesse dos mesmos a emissão de juízos de valor.

A aposta de publicizar um conhecimento qualitativo e construído na imersão vivencial/intelectual de um único terapeuta ocupacional se fundamenta no diálogo com a Complexidade de Edgar Morin, que recusa a redução do todo às partes e também a redução das partes ao todo⁷. A escolha é reiterada pela proximidade com os movimentos de descentramento do pós-modernismo, cujos esforços de enxergar os objetos de

estudos são mais pluralistas, privilegiando vários pontos de vista em detrimento de uma grande, única e suprema narrativa⁹⁴. Nesta ótica, que dá lugar aos estudos qualitativos e bio/autobiográficos, outro autor que nos embasa é Boaventura de Sousa Santos¹¹. Ao defender a crítica da razão metonímica, na qual há obsessão pela totalidade sob a forma de ordem e o todo tem primazia sobre as partes, este autor apoia a divulgação da diversidade e multiplicidade das práticas sociais, legitimando a heterogeneidade das partes que compõem o todo e compreendendo que as partes, além do estatuto de partes, tem sempre, ao menos em latência, o estatuto da totalidade.

A angústia de podermos ser colonizadores ao invés de exploradores foi acolhida à Luz de Sandler⁹⁵, que, ao dialogar a clínica psicanalítica com a construção da própria Psicanálise, lembra que Freud sabia não poder se orientar através dos instrumentos e métodos oferecidos pela ciência positivista, a mais disponível em seu tempo, deixando clara sua analogia com o explorador Marco Pólo. Para Sandler, o psicanalista e o viajante promovem descobertas e não invenções naquilo que ainda não se conhece, mas que pode ser minimamente conhecido, sugerindo que as necessidades do psicanalista e de seu paciente foram geradas por curiosidade, e conseqüentemente agem como geradores de novas descobertas, desprovidos do instinto belicista do conquistador.

Para (re)visitar a trajetória do terapeuta ocupacional foram selecionados documentos pessoais por ele encontrados que remetessem às vivências de aprendizagem e assistência nas áreas de Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva ao longo do tempo, nas instituições em que viveu como estudante e trabalhador. A seleção dos documentos foi composta por históricos escolares, trabalhos finais de disciplinas, relatórios de estágio, anotações e diários de campo que se encontravam preservados nos arquivos pessoais do terapeuta ocupacional, detalhados a seguir de acordo com as distintas experiências vividas.

Entre as vivências que compuseram este universo, a graduação em Terapia Ocupacional foi realizada na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), entre março de 2007 e dezembro de 2011. Desta vivência, foi revisitado o histórico escolar; certificados de palestras, projetos de extensão e atividades extracurriculares; trabalho de conclusão de curso (TCC); relatórios e casos

clínicos apresentados em estágios (26 documentos no total); relatórios finais de estágios e disciplinas (3 documentos no total). A residência multiprofissional em Atenção à Saúde, área de concentração em Saúde Coletiva, foi realizada na Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista (UNIFESP-BS), entre fevereiro de 2012 e março de 2014. Foi revisitado o histórico escolar; certificados de palestras, projetos de extensão e atividades extracurriculares; trabalho de conclusão de curso (TCC); relatórios e casos clínicos apresentados em estágios (8 documentos no total); relatórios finais de estágios (3 documentos no total); apresentação sobre Terapia Ocupacional realizada à equipe da Unidade Básica de Saúde na qual parte dos estágios era realizada.

O mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação foi realizado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), entre março de 2014 e agosto de 2016. O doutorado em Saúde Coletiva está atualmente em andamento, de forma que o ingresso como aluno regular se deu no primeiro semestre de 2019, e algumas disciplinas foram cursadas como aluno especial no primeiro e no segundo semestre de 2018. De ambas vivências, foi estudado o histórico escolar, a bibliografia das disciplinas cursadas e dois cadernos de anotações, bem como a dissertação de mestrado. A especialização em Gestão de Serviços de saúde foi realizada entre março de 2016 e março de 2017, em parceria da FCM-UNICAMP e a Prefeitura Municipal de Campinas (PMC). Desta experiência, foi revisitado o caderno do aluno, documento com apresentação do curso, conteúdo programático e cronograma, bem como o caderno de anotações das aulas.

O Grupo de Estudos Interdisciplinar em Terapia Ocupacional (GEITO) foi vivenciado de fevereiro a dezembro de 2013, e a supervisão clínica em Terapia Ocupacional é realizada de novembro 2014 até o presente. Destas experiências, foram revisitados, respectivamente, a bibliografia utilizada e um caderno de anotações. A atuação como terapeuta ocupacional da PMC é realizada de junho de 2014 até o presente. Para visitar esta vivência, foram utilizadas apresentações realizadas às equipes de saúde sobre Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade (4 documentos no total) e os diários de campo produzidos entre 10/06/2014 e 21/02/2020, com conteúdo descritivo e reflexivo sobre sua atuação diária (1.001 documentos no total).

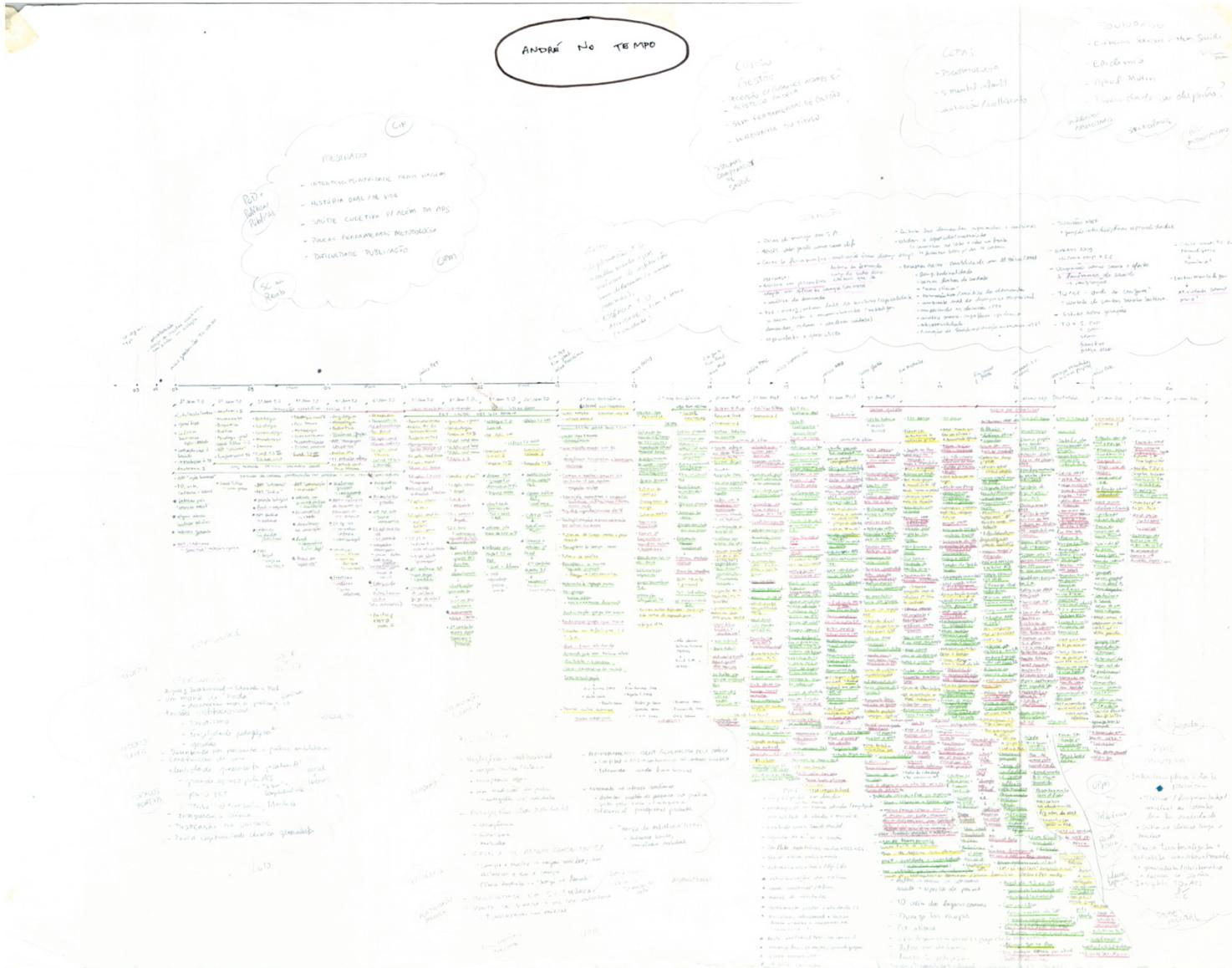


Figura 6 - Mapa de contextualização da trajetória do pesquisador

Fonte: elaborado pelo autor, a partir do conceito de Pádua⁹⁶.

A partir da leitura dos documentos supracitados, foi elaborado um mapa de contextualização⁹⁶ contendo as experiências vivenciadas em ordem cronológica e eventos e reflexões significativas relacionadas às mesmas (figura 6). Em seguida, em março de 2020, foi construída uma narrativa pautada em uma síntese dos diversos documentos estudados, de modo a compor uma estrutura organizativa que fosse representativa da trajetória do terapeuta ocupacional e evidenciasse pontos chave das possíveis conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva.

Para a análise desta etapa, os elementos chave da narrativa construída foram colocados em destaque e discutidos com o referencial teórico da complexidade, bem como com a literatura de Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional. Esta análise, em conjunto com a narrativa biográfica supracitada, encontra-se no segundo capítulo dos resultados, “Segunda expedição: investigação (auto)biográfica”.

Terceira expedição: pesquisa de revisão de escopo

Na realização da segunda expedição, algumas angústias despertadas desde a primeira expedição se repetem, como a indistinção da Saúde Coletiva com alguns de seus sinônimos e significados. Revisitando e aprofundando alguns pontos da trajetória social e histórica da Saúde Coletiva, contudo, alguns termos são desemaranhados, possibilitando uma visão mais nítida desta margem do rio. Este aprofundamento do universo temático da exploração levou a dupla inicial de pesquisadores a se engajarem em uma nova expedição.

Assim, a nova etapa da exploração pensada foi uma pesquisa bibliográfica. A incipiência do conhecimento de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva tornava a realização de uma investigação de campo bastante desafiadora ou mesmo impossível, uma vez que não havia registros de quais práticas de Terapia Ocupacional eram consideradas práticas de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Tampouco era possível saber quais profissionais se entendiam como terapeutas ocupacionais sanitaristas.

Ademais, uma nova pesquisa bibliográfica poderia trazer achados mais atuais, e seria realizada com mais apropriação e maturidade do universo temático pelos pesquisadores, dada a experiência das expedições anteriores. Ainda, seria escolhida

uma modalidade de revisão bibliográfica mais aprofundada e adequada para o momento da pesquisa. Dessa forma, optou-se por uma investigação através de uma revisão de escopo (scoping review), que foi realizada em dezembro de 2020, conforme metodologia proposta por Peters et al.⁹⁷. Para estes autores, a revisão de escopo é utilizada para mapear a literatura acerca de um determinado tópico, sua extensão e profundidade. Tal metodologia se preocupa em identificar conceitos e teorias chave, bem como lacunas no conhecimento, sendo útil especialmente diante de campos emergentes, heterogêneos e complexos.

Para a coleta de dados, foi usada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por integrar nas suas buscas dezenas de bases de dados desenvolvidas e atualizadas por uma rede de colaboração, com coordenação técnica e metodológica da Biblioteca Regional de Medicina (BIREME). Constam bases de dados internacionais, nacionais e temáticas, dentre elas a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os termos utilizados nas bases de dados foram escolhidos com base na listagem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Uma vez que nos Descritores em Ciências da Saúde, o termo “Saúde Coletiva” aparece enquanto sinônimo do termo “Saúde Pública”, juntamente com “Saúde Comunitária”, os três termos foram usados no levantamento, cada um deles combinados com o termo “Terapia Ocupacional” pelo conector booleano “AND”. Cada combinação foi pesquisada nos campos “título” e “descriptor de assunto”, em português, espanhol e inglês.

Os critérios de inclusão definidos para o levantamento foram: possuir texto completo disponível on-line, gratuitamente, e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram automaticamente excluídas as publicações fora destes critérios, bem como publicações que se distanciaram dos objetivos deste estudo e as publicações duplicadas.

Dessa forma, no processo de levantamento bibliográfico, apresentado pelo fluxograma na figura 7, foram encontrados 23 trabalhos no campo “título” e 35 trabalhos no campo “descriptor de assuntos”, num total de 58 trabalhos. Foram filtrados os trabalhos que não possuíam texto completo disponíveis gratuitamente, que representaram 36 trabalhos, remanescendo 22 trabalhos. Em seguida, foram excluídas as publicações

inelegíveis aos objetivos do estudo, que representaram oito trabalhos, restando 14 trabalhos. Após a exclusão das duplicatas, sete trabalhos remanesceram para a seleção final. Assim, a seleção final contou com sete publicações, sendo um editorial e seis artigos.

Os trabalhos que compuseram a seleção final foram organizados em um quadro contendo o nome de cada produção acadêmica inserida, nome dos autores, ano de publicação e país de publicação. Foi realizada a leitura na íntegra de todos os textos da seleção final. Posteriormente, os achados de maior relevância foram destacados e analisados de acordo com os referenciais teóricos da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva. O material resultante da revisão de escopo e sua respectiva análise, encontram-se no terceiro capítulo dos resultados, denominado “Terceira expedição: revisão de escopo”.

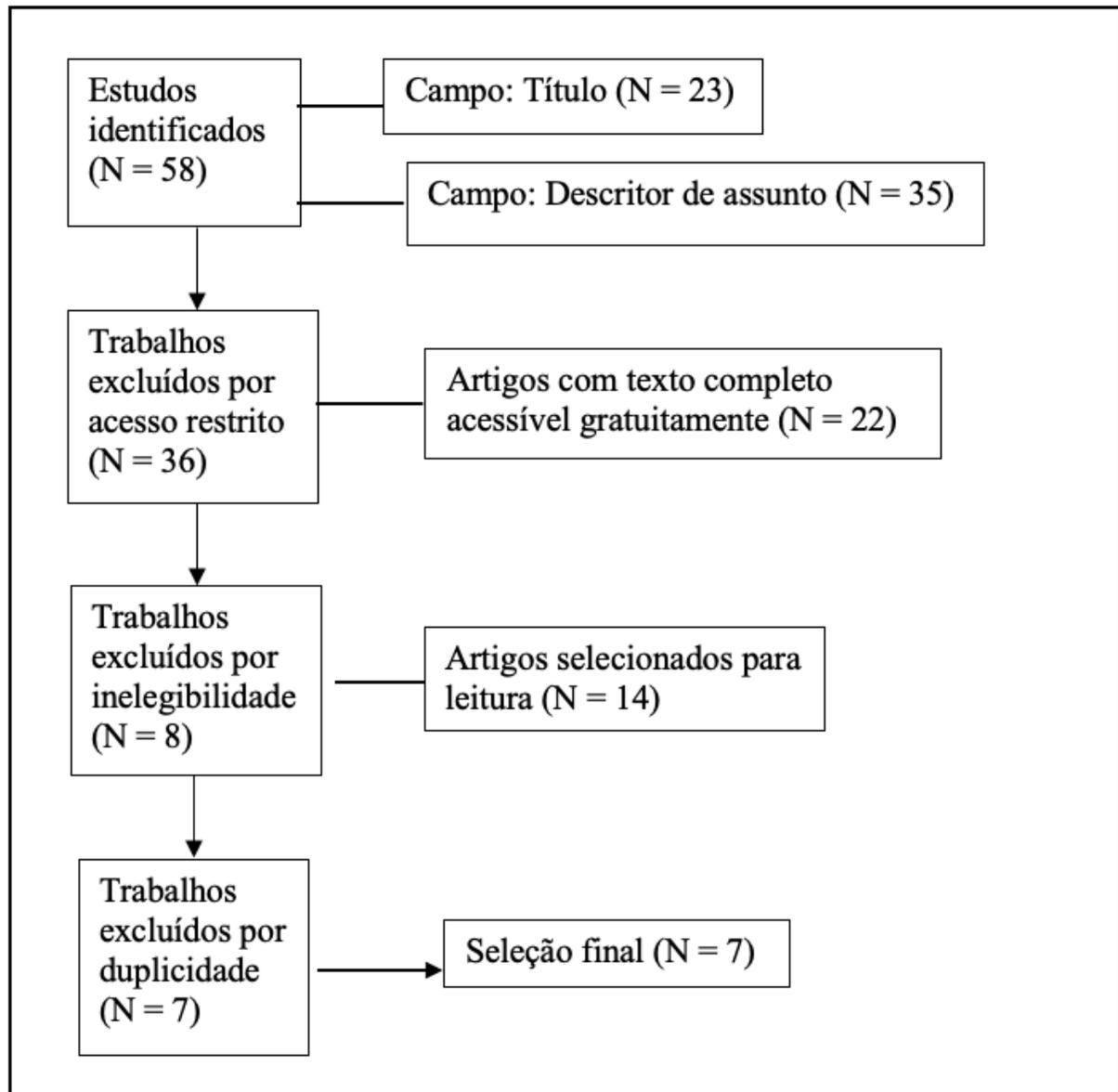


Figura 7 - Fluxograma do processo de seleção da revisão de escopo

Fonte: elaborado pelo autor.

Análise e discussão dos dados

Após a realização das três etapas da exploração, foi realizada uma análise e discussão da totalidade da pesquisa. Para tanto, foram utilizados aportes da metodologia de análise qualitativa proposta por Gibbs⁹⁸, sobretudo as técnicas de codificação aberta e triangulação das informações.

Na codificação aberta, o texto com as informações é examinado através de comparações e perguntas chave que possam alertar para questões teóricas que estão por trás do texto, oferecendo acesso a níveis teóricos mais profundos. Já a triangulação trata-se de uma metáfora inspirada na agrimensura, onde o cálculo trigonométrico permite a inferência da distância entre o observador e o objeto. Analogamente, nas pesquisas qualitativas a triangulação funciona como a construção de um ponto de vista que busca integrar as diferentes informações e fontes de evidência encontrados.

Assim, a análise e a discussão foram construídas a partir da triangulação das três etapas de exploração realizadas entre si, com os objetivos do presente estudo e com a literatura existente de Terapia Ocupacional, de Saúde Coletiva, bem como com a complexidade de Edgar Morin e outros autores. O material resultante desta análise encontra-se no capítulo de discussão, “Discussão: diálogos entre e a partir das expedições”.

RESULTADOS

Primeira expedição: aproximações preliminares



(Sebastião Salgado - Genesis)

Aproximações preliminares entre Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva

No presente capítulo serão apresentados e comentados os achados da primeira expedição rumo ao território comum entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva, em especial na dimensão social/institucional e na dimensão cognitiva/conceitual.

Aproximações sociais/institucionais

Ao longo da trajetória da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva, alguns pontos de convergência podem ser observados. A partir da década de 1970, no âmbito da pós-graduação *strictu sensu*, uma primeira aproximação ocorre devido ao fenômeno da procura de terapeutas ocupacionais por programas de pós-graduação, dada a demanda pela formação de profissionais para a docência⁹⁹. Na ausência de programas de pós-graduação específicos de Terapia Ocupacional na época, ou mesmo pelo desejo de se conectar com outras áreas do conhecimento, dentre outras motivações, vários profissionais buscaram continuar sua formação no exterior ou em outros campos afins do conhecimento, como na Educação e na Psicologia¹⁰⁰. Entre os campos afins do conhecimento que acolheram os terapeutas ocupacionais para os estudos de mestrado e doutorado, se encontra a Saúde Coletiva.

No que diz respeito à pós-graduação *latu sensu*, outra aproximação da Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva se deu por meio dos programas de residência em área profissional de saúde. A Residência em Área Profissional de Saúde (RAPS), instituída pela Lei n° 11.129 de 2005, configura-se como curso de pós-graduação *latu sensu* caracterizado por ensino em serviço para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS¹⁰¹.

Para serem colocados em operação os programas de RAPS devem ser construídos com áreas de concentração, entendidas como campos delimitados e específicos de conhecimento no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS, e em consonância com as áreas temáticas que compõe as diferentes Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS)¹⁰². Entre 2012

e 2021, as áreas temáticas da CNRMS se constituíram em: Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; Intensivismo, Urgência e Emergência; Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; Saúde Mental; Saúde Funcional; Saúde Animal e Ambiental¹⁰³. A partir de 2021, as câmaras técnicas da CNRMS são reorganizadas, e a Saúde Coletiva deixa de ser uma área temática¹⁰⁴.

Contudo, durante os anos que a Saúde Coletiva se constituiu como área temática, vários programas que ofereciam vaga para residentes de Terapia Ocupacional eram alocados nesta área de concentração. Como um dos exemplos da aproximação supracitada, temos o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que oferece anualmente uma vaga exclusiva para terapeutas ocupacionais¹⁰⁵.

No âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) é possível observar outra aproximação da Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva, por meio do reconhecimento das especialidades e áreas de atuação do terapeuta ocupacional. A especialidade de Saúde Coletiva é reconhecida pela Resolução COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009, com as seguintes áreas de atuação: Desempenho Ocupacional e Saúde do Escolar, Desempenho Ocupacional e Saúde do Idoso, Desempenho Ocupacional e Saúde da Mulher, Desempenho Ocupacional e Saúde do Trabalhador, Desempenho Ocupacional e Saúde do Indígena¹⁰⁶.

A mesma resolução aponta, em seu artigo 3º “Terá reconhecido o seu título de Especialista e respectivas Áreas de Atuação o profissional Terapeuta Ocupacional que cumprir os critérios a serem estabelecidos em Resolução própria em conformidade com a Resolução COFFITO nº 360, de 18 de dezembro de 2008”¹⁰⁶. Dessa forma, nos anos seguintes foram elaboradas resoluções específicas de distintas especialidades: Acupuntura, Contextos Sociais, Saúde da Família, Saúde Mental, Contextos Hospitalares, Gerontologia, Contexto Escolar¹⁰⁷⁻¹¹³. Contudo, as especialidades de Saúde Funcional e Saúde Coletiva, embora previstas desde 2009¹⁰⁶, permanecem sem resolução própria, e sem sua atividade disciplinada.

Mais recentemente, outras aproximações a partir do âmbito acadêmico podem ser observadas, referentes a criação de projetos de pesquisa e mostras de práticas que

buscam a intersecção da Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva. Como exemplos, podemos citar algumas iniciativas do Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). De 2015 a 2022, o DTO abrigou o projeto de pesquisa “Interfaces entre Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional”, coordenado pela profa. Dra. Sabrina Helena Ferigato. Não obstante, promoveu, de 2018 a 2020 a I, II e III Mostra de Experiências em Saúde Coletiva, Atenção Básica e Terapia Ocupacional; esta última sendo realizada em parceria com o Departamento Regional de Saúde III, divisão da Secretaria Estadual de Saúde que abrange o município de São Carlos/SP¹¹⁴.

Aproximações cognitivas/conceituais

A busca pelas expressões cognitivas encontradas na intersecção entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva foi feita através de uma revisão narrativa de literatura⁹⁰ realizada em julho de 2018 na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A seleção final, apresentada abaixo no quadro 1, contou com um universo de 22 registros, sendo 20 artigos, um editorial e um trabalho de conclusão de curso de um programa de residência multiprofissional (TCR).

Título	Autores	Ano	País
Occupational therapy in the community (editorial)	Brockett ¹¹⁵	1991	Canadá
La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo	Chaparro-Araya et al. ¹¹⁶	2005	Chile
Community based Occupational Therapy for patients with dementia	Graff et al. ¹¹⁷	2006	Holanda
Community Occupational Therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study	Graff et al. ¹¹⁸	2008	Holanda
Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios	Rocha; Souza ¹¹⁹	2011	Brasil
Saúde pública e Terapia Ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais	Malfitano; Ferreira ¹²⁰	2011	Brasil
Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática	Pimentel; Costa; Souza ¹²¹	2011	Brasil
Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE	Reis; Vieira ¹²²	2013	Brasil
Apoio matricial e Terapia Ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança	Gomes; Brito ¹²³	2013	Brasil

Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos	Manho; Soares; Nicolau ¹²⁴	2013	Brasil
Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde	Baissi; Maxta ¹²⁵	2013	Brasil
Occupational Therapy in Prevention and Wellness: Retaining Relevance in a New Health Care World	Hildebrand; Lamb ¹²⁶	2013	EUA
Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na atenção primária à saúde	Reis; Vieira ¹²⁷	2013	Brasil
Competencias y contenidos comunes de Salud Pública en los programas universitarios de grado: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Ciencias Ambientales, Odontología y Veterinaria	Davo-Blanes et al. ¹²⁸	2014	Espanha
La labor de la Terapia Ocupacional en el marco De los determinantes sociales de la salud en chile	Muñoz ¹²⁹	2014	Chile
OPTIMAL, an Occupational Therapy led selfmanagement support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial	Garvey et al. ¹³⁰	2015	Irlanda
Como os profissionais de saúde de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família percebem a atuação do terapeuta ocupacional? (TCR)	Cardoso ¹³¹	2016	Brasil
Population Health and Occupational Therapy	Braveman ¹³²	2016	EUA
A formação do terapeuta ocupacional para gestão de serviços de saúde: um estudo em bases curriculares	Santos; Menta ¹³³	2017	Brasil
Primary Care for Underserved Populations: Navigating Policy to Incorporate Occupational Therapy Into Federally Qualified Health Centers	Murphy et al. ¹³⁴	2017	EUA
Trajatória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde	Silva; Oliver ¹³⁵	2017	Brasil

Quadro 1 - Registros encontrados na revisão narrativa

Fonte: elaborado pelo autor

Um primeiro destaque desta revisão narrativa se apresenta já nas ocorrências do termo “Saúde Coletiva”. Logo na seleção dos termos da pesquisa, aparece como sinônimo do termo “Saúde Pública” na listagem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), juntamente com o termo “Saúde Comunitária”. Nos registros encontrados, o termo “Saúde Coletiva” propriamente dito não aparece em nenhum dos títulos e não aparece nas palavras-chave em nenhum dos trabalhos. Aparece no resumo em apenas quatro dos registros, e no corpo do artigo de nove dos trabalhos encontrados. Assim, emerge enquanto eixo de discussão a própria identidade e singularidade da Saúde Coletiva. Seria então equivalente à Saúde Pública? Trata-se de uma terminologia e de uma área de conhecimentos exclusivamente brasileira? Por que houve poucas

ocorrências, considerando aproximações preliminares entre as áreas há anos? Algumas observações são importantes.

A questão dos sinônimos da Saúde Coletiva também pode ser observada na esfera institucional-acadêmica, onde é possível verificar que nos relatórios de área da Saúde Coletiva junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o termo “Saúde Coletiva” foi utilizado como equivalente do termo “Saúde Pública” na definição da área em questão até sua penúltima edição¹³⁶. Apenas na última edição o termo “Saúde Coletiva” foi exclusivamente utilizado para a definição da área em questão⁸⁴. Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵ acrescentam que nas instituições de ensino nem sempre há uma preocupação em distinguir os termos, sendo que os nomes dos institutos e programas pertencentes à área de Saúde Coletiva recebem variados nomes, como: Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva.

Para buscar uma compreensão do conhecimento para além da semântica, recorreremos a alguns movimentos e acontecimentos anteriores e contemporâneos à criação e desenvolvimento da Saúde Coletiva. Como discorrido de forma mais aprofundada no capítulo de introdução, a Saúde Coletiva pode ser vista como parte de uma constelação de movimentos e saberes que assumiram o estudo da saúde em populações como elemento significativo, entre eles a Aritmética Política, Polícia Médica, Higiene, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Nova Saúde Pública^{65,66}.

Assim, é possível realizar uma leitura da Saúde Coletiva enquanto herdeira ou descendente dos demais movimentos supracitados. Embora não sejam idênticos e nem exatamente sinônimos, compartilham, contudo, vários elementos de estudo e interesse. Por este motivo, considera-se válido o diálogo da Saúde Coletiva com a Saúde Pública, assim como com a Saúde Comunitária.

Um segundo destaque da presente revisão diz respeito ao contexto de produção dos artigos selecionados. Todos os artigos nacionais e alguns dos artigos internacionais são da década de 2010 e apontam para uma relação próxima com a dimensão institucional e das políticas públicas deste período. Este achado por si só já

estabelece um diálogo com a complexidade de Edgar Morin, uma vez que ilustra a multidimensionalidade do conhecimento e seus modos de produção⁸.

Considerando o contexto brasileiro, temos que a década de 2010 traz como pano de fundo a trajetória de mais de duas décadas da implantação do SUS, bem como um destaque da Atenção Primária à Saúde (APS) na consolidação do mesmo. Como apontado por Malfitano e Ferreira¹²⁰, isto representa anos de acúmulo de políticas públicas que propiciaram terreno fértil para a implantação de novos serviços, para o desenvolvimento de novas práticas, e conseqüentemente, para a reflexão teórica e acadêmica sobre estes novos contextos e práticas.

Na trajetória do SUS, a APS vai ganhando relevância, investimentos e o lugar de nível de atenção estratégico para o bom funcionamento do SUS como um todo. Na década de 1990 recebe incentivos para ampliar sua cobertura em território nacional, contando inclusive com o reforço de alguns programas verticais, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família¹³⁷. Na década de 2000, é promulgada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹³⁸; no mesmo ano, o fortalecimento da APS surge como eixo do Pacto pela Vida, compromissos sanitários contemplados no Pacto pela Saúde¹³⁹. Em 2008, a portaria dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) regulamenta a inserção de equipes multiprofissionais não contempladas nas equipes mínimas de saúde da família, reforçando ainda mais a efetividade da APS¹⁴⁰. Na década de 2010, a PNAB ainda ganharia duas atualizações^{141,142}, dando destaque e visibilidade a este âmbito de práticas.

Este contexto, e muito especificamente a estratégia do NASF, se configurou como uma oportunidade para a Terapia Ocupacional aumentar exponencialmente sua inserção e suas vivências na APS. Carvalho et al.¹⁴³ apontam para um crescimento de 79% de terapeutas ocupacionais cadastradas(os) em Centros de Saúde e/ou Unidades Básicas de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), entre 2008 e 2013. Já em levantamento realizado por Seus et al.¹⁴⁴ durante o ano de 2013, observou-se que 882 equipes de Atenção Básica recebiam apoio de terapeutas ocupacionais inseridos em equipes NASF, ou seja, 5% das equipes participantes do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) daquele

ano. Desta forma, podemos inferir que a intensificação da vivência de terapeutas ocupacionais na APS deu condições para um aumento da produção acadêmica acerca deste tema, uma vez que os profissionais se viram com a necessidade de registrar e refletir sobre as novas experiências.

Não obstante, o contexto institucional e das políticas públicas também se apresentou relevante na produção de alguns artigos internacionais. Na presente revisão, temos que todos os artigos estadunidenses foram escritos após e dialogam diretamente com o *“The Patient Protection and Affordable Care Act”*. Conforme apontam Carrasco-Aguilar, Galán e Carrasco¹⁴⁵, a lei sancionada em março de 2010 e apelidada de *“Obamacare”* valoriza, entre outros elementos, o cuidado de base comunitária e a ampliação do acesso aos serviços a grupos populacionais em vulnerabilidade social. Ademais, os autores apontam que a lei ocasionou significativas repercussões bibliométricas, com tendência de crescimento das publicações durante todo o mandato de Barack Obama, bem como a incidência de publicações acadêmicas ao redor do mundo.

Ainda, foi possível observar no âmbito internacional ações de organismos e agências internacionais, como a OMS, despertando repercussões na esfera das produções acadêmicas. Na presente revisão, este fenômeno é observado no caso do artigo chileno *“La labor de la Terapia Ocupacional en el marco De los determinantes sociales de la salud en chile”*¹²⁹, que promove um diálogo direto com o relatório final da Comissão de Determinantes Sociais em Saúde da OMS, estabelecendo críticas e apontamentos ao mesmo.

Outro ponto significativo da revisão trata do conteúdo conceitual dos trabalhos. Na presente investigação, nenhum artigo encontrado abordou diretamente o tema da Terapia Ocupacional (TO) *em* Saúde Coletiva, nem houve proposições acerca de uma definição possível para o termo. Apesar disto, os artigos apresentaram alguma forma de aproximação entre as áreas, que exploraremos a seguir.

Alguns artigos estabeleceram diálogo direto com certos elementos centrais e constitutivos da Saúde Coletiva, caso da determinação social da saúde, bem como da promoção da saúde e prevenção de agravos e do cuidado às coletividades, que

aparecem inclusive na definição de Saúde Coletiva de Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵:

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado de agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas sobretudo, os grupos sociais, portanto a coletividade (Vieira-da-Silva, Paim e Schraiber⁶⁵, p.3, grifos dos autores).

Na presente revisão, Muñoz¹²⁹ dialoga com o conceito utilizado pela OMS dos determinantes sociais de saúde, e convida os terapeutas ocupacionais a olharem para tais determinantes a partir de uma perspectiva mais crítica e ampliada. Braveman¹³², por sua vez, discorre sobre saúde populacional. Para o autor, embora o termo saúde populacional seja abrangente o suficiente para falar sobre toda uma nação ou um determinado grupo social dentro de uma comunidade, a Terapia Ocupacional tem muito potencial para desenvolver-se na temática, uma vez que já possui acúmulo com a relação à saúde de grupos específicos. Hildebrand e Lamb¹²⁶ apresentam o “*The Patient Protection and Affordable Care Act*” como uma janela de oportunidades para a Terapia Ocupacional americana se desenvolver ainda mais no campo da prevenção e explorar o campo da promoção de saúde e bem-estar.

Houve também artigos que se aproximaram da Saúde Pública, tida como um movimento consolidado internacionalmente, que exerce grande influência na Saúde Coletiva brasileira e com a qual compartilha conceitos e ideais em comum. Nesta perspectiva, Malfitano e Ferreira¹²⁰ colocam a Terapia Ocupacional em diálogo com a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, apontando convergência de princípios e novas possibilidades de inserção da Terapia Ocupacional nos equipamentos públicos de saúde. Ademais, as autoras apontam que apesar dos desafios dados pela tendência neoliberal, a APS tem se fortalecido como espaço para assistir integralmente à população. Davó-Blanes et al.¹²⁸, por sua vez, analisaram conteúdos de Saúde Pública para cursos de graduação em TO, fisioterapia, ciências ambientais, odontologia e veterinária, de acordo com as prioridades apontadas pelos docentes de cada área, na Espanha.

Outro conjunto de artigos estabeleceu um diálogo com a temática da gestão. De acordo com Vieira-da-Silva⁶⁶, é possível identificar que a Saúde Coletiva abrange três subcampos ou áreas de concentração, a saber: epidemiologia; política, planejamento e gestão; ciências sociais em saúde. Este raciocínio é corroborado pela CAPES⁸⁴, que apresenta os subcampos acima como disciplinas básicas da Saúde Coletiva. Na presente revisão, Santos e Menta¹³³ analisam conteúdos ligados à gestão nos cursos brasileiros de graduação em TO, sobretudo aqueles mais ligados à gestão de serviços. Não obstante, Manho, Soares e Nicolau¹²⁴ apontam que, na vivência de uma terapeuta ocupacional residente, os conteúdos de gestão também se concentraram na gestão das UBS que estavam inseridas e não na gestão de redes; contudo, também puderam vivenciar na sua experiência aspectos de apoio institucional e de gestão da clínica. Ainda, Chaparro-Araya et al.¹¹⁶ apontam que conhecimentos e competências na área de gestão se mostraram bem-vindos a terapeutas ocupacionais que realizaram estágio em Saúde Comunitária.

Houve também um grande conjunto de trabalhos que se aproximaram da Saúde Coletiva de uma forma mais indireta. Foram sete artigos e um trabalho de conclusão de residência que mencionaram a apropriação de algumas ferramentas, estratégias e conceitos desenvolvidos pelo campo da Saúde Coletiva por terapeutas ocupacionais atuantes na APS^{119,121-125,127,131}.

Um fato interessante a ser mencionado é que este fenômeno possui relação direta com a política do NASF, supracitada. Segundo Almeida¹⁴⁶, a portaria do NASF sancionada em 2008 foi resultado de uma série de elaborações e reformulações no interior do Ministério da Saúde (MS), desde o ano de 2003. Segundo a autora, este projeto teve clara inspiração na obra de Gastão Wagner de Sousa Campos, sanitarista e docente da UNICAMP, que atuou como secretário executivo no MS de 2003 a 2005. Em 2010, a publicação do Caderno de Atenção Básica nº27, que visa instrumentalizar as equipes do NASF para sua atuação, intitulado “Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família”¹⁴⁷, apresenta conceitos criados e/ou trabalhados por Gastão Campos

e colegas da UNICAMP, tais como o conceito de *Clínica Ampliada*⁽¹⁾, *Apoio Matricial*⁽²⁾ e *Projeto Terapêutico Singular (PTS)*⁽³⁾.

Silva e Oliver¹³⁵, por sua vez, ao discutirem a trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para a APS, se aproximam da Saúde Coletiva ao desvelar que a formação de alguns destes docentes, no nível de doutorado, se deu em programas de Saúde Coletiva, como mencionado nas aproximações institucionais apresentadas. Ademais, os autores também apresentam que os docentes que participaram do estudo relataram que sua aproximação com conteúdos da APS se deu principalmente através de disciplinas da saúde.

Por fim, houve um conjunto de cinco artigos e um edital, de diferentes países, que trazem uma relação indireta com a Saúde Coletiva, ao aludirem ao contexto comunitário de práticas. Brockett¹¹⁵ aponta a Saúde Comunitária como um campo emergente de possibilidades para os terapeutas ocupacionais canadenses no início dos anos 1990. Graff et al.^{117,118} analisam a eficácia e a custo-efetividade de um programa de Terapia Ocupacional de base comunitária voltado à população com demência. Por sua vez, Garvey et al.¹³⁰ avaliam um programa de cuidado em TO para a população com múltiplas doenças crônicas de base comunitária. Murphy et al.¹³⁴ discutem a inserção de terapeutas ocupacionais em um programa de APS voltado à assistência de populações com baixo acesso aos serviços de saúde. Chaparro-Araya et al.¹¹⁶, analisam como competências desejáveis à prática de terapeutas ocupacionais no contexto comunitário a educação em saúde e a integração de diferentes atores sociais.

Este conjunto de trabalhos nos leva à reflexão que, embora haja um denominador comum entre estes trabalhos, que é o contexto comunitário de práticas, e muito provavelmente a influência, ainda que distante, do movimento da medicina

(1). Trata-se de conceito desenvolvido por Campos¹⁴⁸, onde a compreensão de saúde transcende os fatores biológicos e abrange também aspectos sociais, subjetivos e da produção singular de autonomia de sujeitos e coletivos.

(2). Trata-se de conceito desenvolvido por Campos^{148, 149}, e consiste numa rede interdisciplinar de especialistas com a missão de assegurar retaguarda nas dimensões técnico-pedagógica e assistencial do trabalho em saúde.

(3). Trata-se de conceito desenvolvido por Oliveira¹⁵⁰. Segundo o autor, o PTS é “um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade” (Oliveira¹⁵⁰, p.285).

comunitária, precursor da Saúde Coletiva, a expressão do termo comunitário assumiu diferentes conotações nos artigos.

A partir do panorama apresentado pelas aproximações preliminares no âmbito institucional e cognitivo, podemos tecer uma síntese e algumas reflexões acerca das afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva encontradas até aqui. Primeiramente, foi possível observar que estas afinidades eletivas em questão se encontram em processo ao menos há algumas décadas, quando os primeiros terapeutas ocupacionais foram realizar seus estudos de pós-graduação em programas de Saúde Coletiva.

Na década de 2010 este processo de aproximação toma corpo mais intensamente, diante de uma situação de calor cultural ¹⁰, onde há intensidade e multiplicidade de trocas. No Brasil, a consolidação do SUS e a sanção de algumas políticas públicas propiciam novas possibilidades de estudos e atuação dentro dos serviços públicos de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde. Internacionalmente, alguns fenômenos análogos também são observados. A ocupação de novos espaços leva os terapeutas ocupacionais a escreverem mais, e a APS torna-se uma espécie de ponte entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Através da APS terapeutas ocupacionais passam a conhecer, refletir sobre e aplicar conceitos originários da Saúde Coletiva, dado que estas duas áreas também apresentam afinidades eletivas entre si. Com o tempo, eventos e projetos de pesquisa colocam a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva lado a lado.

Portanto, neste calor cultural, uma série de relações dialógicas se estabelecem e desenvolvem¹⁰. Nesta expedição, evidenciaram-se a relação dialógica entre as políticas públicas, o sistema de saúde, as práticas e a produção de conhecimentos acadêmico; entre a Terapia Ocupacional, a APS e a Saúde Coletiva; entre a Saúde Coletiva, e seus movimentos ancestrais e correlatos. Apesar da efervescência supracitada, uma relação mais direta entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva na dimensão cognitiva não foi encontrada. A Saúde Coletiva não aparece enquanto objeto central de pesquisa e reflexão dos terapeutas ocupacionais, tampouco foi encontrada uma reflexão sobre a identidade e/ou domínio da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

Dito de outra forma, é possível considerar que existe um intercâmbio crescente entre as duas culturas, porém ainda incipiente e que aponta para apenas indícios da existência de uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Como lembra Nunes⁶, a institucionalização de um campo de conhecimento é deveras processual. Geralmente se inicia com o debate de experiências e práticas convergentes em pequenos grupos; em seguida é estabelecida a regularização dos discursos, práticas e formas de organização; são construídas uma identidade distinta e ações políticas que operam dentro e fora da academia; se consolida construindo sua cultura dentro da comunidade científica, dotada de redes sociais de comunicação, associações e publicações próprias.

Segunda expedição: investigação (auto)biográfica

Eu vou pra Maracangalha
Eu vou!
Eu vou de liforme branco
Eu vou!
Eu vou de chapéu de palha
Eu vou!
Eu vou convidar Anália
Eu vou!
Se Anália não quiser ir
Eu vou só!
Eu vou só!
Eu vou só!
Se Anália não quiser ir
Eu vou só!
Eu vou só!
Eu vou só sem Anália
Mas eu vou!

(Maracangalha - Dorival Caymmi)

No presente capítulo, será apresentado o resultado da segunda expedição, que é a narrativa biográfica produzida pelo pesquisador acerca de sua trajetória em busca de respostas para quando, como e porquê a Saúde Coletiva se tornou uma questão a ser levada à academia. Ademais, serão destacados alguns pontos-chaves da narrativa e discutidos à luz dos objetivos e referenciais teóricos da pesquisa.

Eu, terapeuta ocupacional, e a Saúde Coletiva

A decisão por cursar Terapia Ocupacional foi resultante de uma diversidade de motivos e caminhos por mim trilhados, entre eles o desejo de realizar um trabalho com pessoas e que contribuísse diretamente para a inclusão social, e o interesse pelas artes visuais e a utilização de suas variadas linguagens. Uma experiência de voluntariado numa brinquedoteca hospitalar me despertou interesse pela área da saúde. No entanto, o fato de nunca ter sido um aficionado por biologia na vida escolar me levou a pesquisar profissões que imaginava atuarem na saúde sem necessariamente exigir grande aprofundamento do conhecimento biológico, como Pedagogia, Serviço Social, Terapia Ocupacional.

Ingressei no curso de Terapia Ocupacional (TO) em 2007, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Os primeiros cinco semestres se encarregaram de disciplinas mais teóricas, ligadas aos conhecimentos biomédicos e à história, recursos e fundamentos da Terapia Ocupacional. Em sua maioria estas disciplinas, incluindo a disciplina de Saúde Pública, meu primeiro e mais direto contato com a Saúde Coletiva, me vêm em retrospecto como conteúdos que despertaram pouco ou nenhum interesse, ou mesmo desinteresse. E os motivos para tal eram diversos, incluindo, entre outros, didática pouco estimulante, métodos avaliativos que estimulavam a competição interna entre os alunos, dificuldade em compreender a ligação entre tais conteúdos e a realidade da prática, vivência de técnicas exclusivas de determinadas capacitações particulares e não oferecidas pela universidade, etc. Nesta época aproveitei mais a vida acadêmica em sua amplitude de ofertas e possibilidades, participando de palestras extracurriculares, iniciação científica na temática do ensino de cuidados paliativos na graduação e de uma oficina de memória para idosos.

Entre o sexto e o oitavo semestre, o curso se encaminhou para vivências mais práticas, com a oferta de disciplinas voltadas para clínicas médicas como ortopedia e psiquiatria, e disciplinas teórico-práticas de Terapia Ocupacional, como TO aplicada a condições clínicas da infância, TO aplicada a saúde mental, TO, Próteses e Órteses etc. O conteúdo voltado às clínicas médicas, com algumas exceções, também despertava desinteresse, sobretudo pela pouca exemplificação prática do conteúdo no cotidiano de um terapeuta ocupacional. Já as práticas de Terapia Ocupacional, com suas devidas exceções, apresentaram outros conflitos, como o desafio de construir raciocínios clínicos a partir de um repertório teórico e por vezes abstrato e desintegrado, somado à ausência de vivência de etapas prévias como estágios de observação – questionamento compartilhado por diversos colegas de diferentes turmas e levado ao colegiado do curso, porém deslegitimado pelos representantes docentes do colegiado com a justificativa que o curso oferecia oportunidades de inserção em atividades práticas extracurriculares. Outros desafios significativos se constituíram de métodos avaliativos que estimulavam a competição interna entre os alunos, bem como a pressão pelo acerto em práticas de laboratório pois “não havia material suficiente para errar”, e até mesmo provocações de docentes e preceptores (entre elas, ouvi que eu não conseguiria chegar ao final do curso). Em paralelo, o mundo da pesquisa que já não se apresentava para mim prazeroso, perdeu ainda mais o sentido quando éramos pressionados pelo andamento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). Isto seria até corriqueiro e aceitável, não fosse o fato de que eu havia sido desligado unilateralmente de uma orientação de TCC sem encaminhamento a outro docente, após alguns meses de dedicação com levantamento bibliográfico e elaboração de metodologia, com a mera justificativa que meu tema fugia do escopo de interesse da docente, e que a mesma já estava com muitos orientandos.

Neste período, meu prazer pelo curso e pela Terapia Ocupacional estava ligado a algumas disciplinas que, além de não remeterem aos conflitos supracitados, me proporcionaram uma experiência de integração entre vários saberes, como TO aplicada às condições comunitárias e TO aplicada aos contextos hospitalares. Ainda, pude vivenciar o projeto de extensão “Programa de Educação para o Trabalho – Saúde da Família” (PET-Saúde da Família). Este projeto, que compartilhava também de um ambiente de aprendizagem menos conflituoso, me estimulou a integrar diversos saberes

e a construir práticas transdisciplinares, me deu espaço para a criação de intervenções, e proporcionou minhas primeiras vivências da longitudinalidade do cuidado e da integração entre um serviço de saúde e a comunidade, espaço real da realização da vida ocupacional dos indivíduos. Ainda, o caráter de “novidade” de fazer Terapia Ocupacional na Saúde da Família, dado seu caráter menos tradicional em comparação a outros contextos de práticas, foi bastante empolgante, pelo anseio desbravador. Na minha trajetória de graduação, se constituiu como um ponto de virada positivo, se tornando assim a minha experiência mais significativa da graduação.

Não obstante, a publicação no ano de 2010 da tradução do texto “Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo”¹⁵¹ destacou-se pela clareza acerca do domínio e escopo da Terapia Ocupacional, sendo bem-vindo por mim e outros vários colegas que apresentavam dificuldade na compreensão da unidade da Terapia Ocupacional. Em 2011, o último ano da graduação foi pautado pelos estágios curriculares, e pela continuidade da minha participação no PET-Saúde da Família, envolvido inclusive na organização de eventos ligados ao projeto. Nesta época, sinto em mim o florescer de uma identidade de terapeuta ocupacional generalista, o que me impulsionou a lapidar esta identidade, a desbravar e descobrir práticas de TO na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo na Saúde da Família.

Assim sendo, comecei a me preparar para as opções de pós-graduação. Entre elas, a residência multiprofissional em Atenção à Saúde da UNIFESP-BS me cativou por sua proposta generalista, e por oferecer práticas em hospital e na APS. Ao me preparar para o processo seletivo, dou meu primeiro grande mergulho na Saúde Coletiva através dos textos da bibliografia do mesmo, e em 2012, com bastante euforia, ingresso no programa. Na terceira turma de um programa de residência multiprofissional, os quais na época eram de recente regulamentação¹⁰¹, e em um campus jovem, dado que as atividades da universidade ali haviam se iniciado em 2006¹⁵², fui recebido sob a atmosfera relatada por Burke¹⁵³ acerca das novas instituições, livres do peso das tradições e da inércia estrutural, marcadas frequentemente por sentimentos de liberdade e trabalho coletivo.

A operação do programa de residência contemplava a divisão dos residentes em miniequipes de oito participantes, um de cada profissão, que correspondia a Terapia

Ocupacional, Farmácia, Serviço Social, Educação Física, Nutrição, Enfermagem, Psicologia e Fisioterapia. Cada miniequipe realizava metade de suas práticas na atenção hospitalar, na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS), e a outra metade na APS, em uma unidade básica de saúde ou unidade de Saúde da Família do município de Santos. Eram previstos, em ambos cenários de práticas, momentos de preceptoria denominada de campo, para todos os residentes, e de núcleo, exclusiva de cada profissão; analogamente, na universidade, eram previstas aulas e tutorias de campo e de núcleo, sendo esta organização inspirada nos conceitos de campo e núcleo de Campos⁷³, a saber:

O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos⁷³, p.2).

A partir destas premissas conceituais, que se mantiveram constantes, os momentos de aulas, tutorias e preceptorias foram colocados em operação de diferentes formas ao longo do curso, e de acordo com o cenário de práticas em questão. Na universidade, as aulas teóricas de campo não contemplaram um nivelamento entre os residentes sobre a área de concentração de Saúde Coletiva, nem abordaram sua história, seu domínio e seus fundamentos. Ademais, não se utilizaram de cronogramas, e as aulas não foram repostas em sua totalidade após a greve docente em 2012. As aulas que foram ministradas, por docentes da instituição e convidados, abordaram temas de relevância para a Saúde Coletiva, como saúde do trabalhador, determinantes sociais da saúde e regulação de sistemas de saúde. Em 2013, a carga horária teórica da residência consistiu na participação dos residentes como ouvintes no curso de Especialização em Formação e Cuidado em Rede ministrado pelos docentes da UNIFESP-BS aos profissionais da rede municipal.

No caso da Terapia Ocupacional, a tutoria de núcleo da atenção hospitalar se fez mais presente. Inicialmente heterogênea, com encontros mais pontuais que buscavam discutir academicamente alguma situação encontrada na prática, com o tempo este espaço foi se enriquecendo e tecendo as vivências da residência com outros projetos da universidade, como o PET-Saúde da Pessoa com Deficiência. As tutorias de campo

eram realizadas nos cenários de práticas, tendo como objetivos promover a interdisciplinaridade e fortalecer os debates já iniciados pelos residentes e preceptores com elementos acadêmicos. Heterogênea na sua constituição, se fez mais presente em alguns estágios.

A preceptoria de campo se fez mais presente na atenção hospitalar, articulando algumas discussões de casos interdisciplinares e auxiliando os residentes a elaborarem planos interdisciplinares de ação nas enfermarias que atuavam; e em algumas unidades da APS, apoiando algumas ações de reconhecimento do território. A preceptoria de Terapia Ocupacional se fez bastante presente, sobretudo na atenção hospitalar, dado que havia uma terapeuta ocupacional da instituição. Na APS, a preceptoria de TO era realizada por profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) da região, o que distanciou residentes e preceptora em alguns casos. Ademais, os processos de trabalho também foram influenciados por normativas da UNIFESP e da ISCMS. Como exemplo, foi criada uma normativa que determinou que os residentes haveriam de realizar no período da manhã atendimentos específicos de sua categoria, e de tarde atendimentos multiprofissionais, preferencialmente sob prática colaborativa.

No cotidiano, a construção das práticas e da interdisciplinaridade, ainda que mediada ora mais e ora menos pela preceptoria e tutoria de campo e de núcleo, bem como pelas instituições envolvidas e suas normas, foi também condicionada significativamente pelos próprios residentes, uma vez que tinham bastante liberdade para gerirem os próprios processos de trabalho, e seus respectivos entendimentos sobre disciplinaridade e interdisciplinaridade.

Nesse sentido, uma conduta frequente dos residentes foi atribuir juízo de valor negativo às práticas, tutorias, preceptorias e aulas específicas de cada profissão, vistas como sendo a priori reducionistas. Quando eram solicitados a prestar assistência dentro de sua especificidade, enxergavam isto como algo penoso. Isso levou, inclusive da minha parte, uma negação da profissão, de forma que ao utilizar-me do envolvimento em ocupações como fim ou meio terapêutico, por vezes dizia estar praticando o campo, com receio de tolher alguma intervenção interdisciplinar que pudesse se desenvolver a partir daquela prática, ou de ser valorado negativamente. Em paralelo, o campo era uma entidade com muito valor atribuído, hierarquicamente acima das profissões.

Academicamente proposto como o lugar do olhar sistêmico e da interdisciplinaridade horizontal, no contexto da vivência foi dado pelos residentes também o lugar do engajamento político (que ocupava parte significativa das longas e enfadonhas reuniões diárias entre os residentes). Paradoxalmente, foi também percebido como o lugar da predileção pela atenção primária em detrimento da atenção hospitalar e da hierarquia entre conhecimentos, inclusive sendo observadas frequentes demonstrações de reducionismos biológicos e psicológicos.

Diante do exposto, nesta arena marcada pela falta ou excesso de normativas, pelo distanciamento da universidade, por diferentes entendimentos sobre interdisciplinaridade e por maior ou menor presença da Terapia Ocupacional nos cenários de prática, um conflito foi evidenciado no meu processo de trabalho: em mais de um estágio, em distintos cenários de práticas, eu fiquei ocioso, sem demanda de atuação. Motivo de grande desmotivação e quase desistência do programa, o ponto de virada se deu no segundo ano da residência, em 2013, a partir da aproximação, acolhimento e reflexões na preceptoria de Terapia Ocupacional e no Grupo de Estudos Interdisciplinar em Terapia Ocupacional (GEITO).

No GEITO, o acolhimento se deu pela legitimação da Terapia Ocupacional e o resgate conceitual de sua unidade, reconstruindo em mim seu sentido em diversos contextos e conjugações interdisciplinares. Na preceptoria de Terapia Ocupacional, pude encontrar respiro daquele campo árido, e pensar estratégias para buscar ativamente as demandas que faziam sentido serem assistidas, e construir práticas com significado¹⁵⁴. Explorei assim práticas que perpassaram várias demandas ocupacionais, em várias linhas de cuidado, na atenção hospitalar e atenção primária, contemplando meus anseios de participação no cuidado, de aprendizado, a partir dos casos atendidos, e de acumular repertório prático e diversificado que contribuiu para gerar em mim novas reflexões e lapidação da minha identidade enquanto terapeuta ocupacional generalista. Ao final da residência, também havia adquirido mais repertório teórico sobre Saúde Coletiva, devido a leituras realizadas a partir de indicações de textos e autores por outros residentes, preceptores e docentes, de modo que começava a emergir em mim uma identidade sanitaria. Ademais, era possível estar mais familiarizado com os discursos da Saúde Coletiva, suas palavras, conceitos chave, e seus jargões repetidos.

Reaproximando do universo da pesquisa, em março de 2014 ingressei no programa de mestrado em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP), buscando um diálogo que eu presenciara pouco até então, entre a reabilitação e a Saúde Coletiva. A escolha por este programa e não o programa de Saúde Coletiva se deu pela forma de ingresso, uma vez que o programa de Saúde Coletiva exigia uma carta de aceite de um orientador para poder realizar o processo seletivo, a qual seria inviável para mim, que não conhecia ninguém nesta faculdade. Ademais, se deu e pela vontade de abordar a Saúde Coletiva sob uma via menos imersiva, e possivelmente mais agradável, visto minha vivência negativa de interdisciplinaridade na residência.

Voltado ao conteúdo da pessoa com deficiência e sem focar especificamente na Saúde Coletiva, as disciplinas obrigatórias do mestrado foram mais aproveitadas por mim no sentido de me reaproximar com a academia e distintas metodologias utilizadas na pesquisa científica. Também pude perceber uma relação entre meus pares menos permeada pelo binômio campo-núcleo e seus derivados juízos de valor. Já as disciplinas eletivas foram por mim escolhidas pela curiosidade despertada pelo tema, e também pelo horário de oferecimento, uma vez que três meses após o ingresso no mestrado, iniciei minhas atividades como servidor na Prefeitura Municipal de Campinas (PMC), realizando o mestrado concomitantemente ao trabalho.

Em 10 de junho de 2014 comecei minha atuação na PMC. Neste dia me apresentei no Distrito de Saúde Leste (DSL) e fui recebido por um apoiador institucional que me apresentou os serviços e o que seria esperado do meu trabalho. Apesar de ter escolhido um Centro de Saúde (CS) para trabalhar, fui comunicado neste dia que atuaria em três CS, sob a perspectiva do matriciamento^{148,149}, e que se esperava uma atuação minha mais ligada a linha de cuidados em saúde mental, de forma que eu haveria de participar de um fórum quinzenal com outros trabalhadores de saúde mental do distrito. Em certa medida familiarizado com o conceito de matriciamento, já tendo contato com o mesmo na rede de saúde de Santos e na residência multiprofissional, saio frustrado desse dia, dado meu imaginário que esta atribuição me faria ser muito mais dedicado à ações pedagógicas do que propriamente à clínica, meu foco maior de interesse e aprendizado. De qualquer forma, estava feliz por estar trabalhando naquilo que havia me

formado para fazer, pelo novo papel de servidor e não mais de estudante ou residente, que me remetia a novos desafios e à possibilidade de viver experiências ainda mais intensas de vínculo e longitudinalidade, e pela possibilidade de perseverar na minha busca pela lapidação de minha identidade enquanto terapeuta ocupacional, generalista e sanitaria.

A recepção nos três CS foi marcada por uma gama de reações dos colegas e coordenadoras. Houve felicidade com a minha chegada, houve estranhamento da minha profissão, dado que as unidades que eu trabalho nunca tiveram terapeuta ocupacional, ou haviam tido e estavam sem há muitos anos, e estranhamento/recusa da minha atribuição de matriciamento, pelo fato que o conceito de matriciamento era plural e difuso. Também houve rejeição explícita da minha profissão e/ou do matriciamento, como evidenciada na minha primeira reunião de equipe em uma dada unidade. Ao ser apresentado formalmente à equipe pela coordenadora, esta diz que “Queríamos um psicólogo para atender, e não um terapeuta ocupacional matriciador”.

Não obstante, a recepção pelo coletivo de trabalhadores de saúde mental transitou entre posturas acolhedoras e inclusivas, e posturas mais distantes, que não me faziam sentir pertencente. De fato, estranhava ser considerado um trabalhador de saúde mental apenas por ser terapeuta ocupacional, e o sentimento de não pertencimento reiterou minha identidade generalista e sanitaria. Anos depois tomei contato com uma possível explicação deste fenômeno: por cerca de duas décadas, os concursos para terapeutas ocupacionais em Campinas cujas vagas eram destinadas à APS, tinham claro direcionamento para a saúde mental no seu edital e nas questões elaboradas. O meu concurso, realizado em 2012, foi o primeiro em décadas destinado a vários setores da PMC, o que incluía a APS, e com conteúdo generalista em suas questões.

Tateando as unidades para iniciar a construção de minhas práticas, e abraçando a dimensão pedagógica das minhas atribuições, comecei a conhecer o território das unidades, participar de diferentes setores e de reuniões de equipe para me apropriar dos processos de trabalho e oferecer minha ajuda na construção da interdisciplinaridade. As três coordenadoras também se viam em dúvida sobre como me integrar aos cuidados prestados em sua unidade. Neste período tomei contato com a

realidade dos CS que atuava, bem como da rede de saúde de Campinas de uma forma geral e de suas dificuldades.

A estrutura dos prédios era por vezes desgastada e insuficiente, e frequentemente faltavam recursos humanos, insumos e medicamentos. Havia a responsabilidade de territórios de significativa extensão geográfica e complexidade social. Apesar disto, os CS contavam com restrições de agenda e transporte para realizarem atendimentos, visitas e ações nos domicílios e na comunidade. Ademais, se misturavam os modelos de equipes e processos de trabalho, com equipes ditas de saúde da família sem nenhum especialista em saúde da família, seja médico, enfermeiro ou outro profissional.

Nas discussões de casos em reuniões de equipe, a dimensão psicossocial do processo de saúde-adoecimento-cuidados era frequentemente ou negligenciada, ou vista como algo alheio à equipe, devendo ser encaminhada à saúde mental ou assistência social, ou distorcida e reconhecida como fator culpabilizante do paciente, passível de algum tipo de sanção ou julgamento moral. As tentativas de introduzir temas para trocas de conhecimento eram em geral percebidas como perda de tempo, salvo exceções de algumas equipes e indivíduos. Quanto à dimensão assistencial das minhas atribuições, ainda que preconizadas pelo meu acordo de trabalho com o DSL como sendo de caráter esporádico, preferencialmente compartilhada e mediante processo de discussão em equipe do caso, ocorria frequentemente uma pressão para a abertura de agenda sem discussão prévia do caso e desigual abertura dos profissionais para a prática compartilhada. Se somam como desafios neste período a inexistência de materiais de Terapia Ocupacional, falta de sala para atender e a minha própria falta de experiência com algumas demandas.

Apesar do conflito entre o que havia sido preconizado pelo DSL e a pressão exercida dentro das unidades, a ausência de profissionais do DSL no cotidiano dos serviços levou a uma tendência maior de construir um cotidiano mais inclinado às demandas internas. Em paralelo, as brechas e oportunidades também foram sendo observadas e na medida do possível aproveitadas para a construção de um cotidiano significativo. Uma aproximação dos demais equipamentos da rede intersetorial da região como escolas, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Conselho Tutelar

(CT) etc, por meio das reuniões intersetoriais para discussão de casos, marcou minha atuação devido a entrada em diversos casos a partir de uma discussão mais rica, bem como a possibilidade de conduzir casos em parceria e até de forma compartilhada com profissionais disponíveis. Por auxiliar a aproximação entre a rede intersetorial e as equipes dos CS, minha entrada nos CS também foi respondendo a este fenômeno, sendo legitimada minha contribuição na articulação da rede e no olhar dos fenômenos que transcendem o aspecto biológico dos pacientes atendidos no CS.

O processo de ir aos poucos compreendendo melhor as encomendas e expectativas acerca dos meus atendimentos junto às equipes, a percepção de demandas reprimidas e invisíveis, e o exercício de pensar a relação da Terapia Ocupacional com o processo de saúde-adoecimento-cuidados, também foram norteadores de construções vividas neste período. Cuidar daquilo que me instigava e ao mesmo tempo que a equipe precisava e aceitava ajuda, foi quebrando a relação de desconfiança inicial de muitos profissionais e equipes. Em novembro de 2014 retorno ao GEITO, para a realização de supervisões clínicas individuais, estratégia que faço uso até o momento presente e fortaleceu minha clínica, sobretudo na linha de cuidados da saúde mental. Do final de 2014 em diante, me dediquei e experimentei diversas possibilidades assistenciais em diversas linhas de cuidado, como atendimentos individuais nos CS, atendimentos de TO em grupos, grupo interdisciplinar de saúde mental, atendimentos compartilhados com profissionais dos CS e da rede intersetorial, plantão de atendimentos na linha de cuidados em saúde mental, visitas domiciliares, discussões de casos e temas em saúde com equipes dos CS e da rede intersetorial, e um projeto de promoção em saúde com base no encontro de pessoas querendo ensinar e aprender atividades variadas, chamado “A gente quer saber”, entre outras atividades.

No ano de 2015, dou continuidade a essa efervescência de oportunidades e continuo meu mergulho na prática, aberto a novas vivências, e acumulando reflexões sobre a clínica da TO generalista, na APS e na saúde da família. Através da consolidação de algumas estratégias como grupos de TO e a diversidade de demandas e casos atendidos, e em processo contínuo de supervisão, construo instrumentos para a minha prática e começo a ter insights sobre temas não ditos na minha formação, porém recentemente vividos, como a especificidade da TO na promoção de saúde e prevenção

de agravos, assim como a reelaborar conceitos já vistos na formação, como a potência das atividades coletivas e do envolvimento coletivo em atividades. Ademais, vou ressignificando a prática do matriciamento, que pensara ser mais pedagógica que assistencial, e vou cuidando das duas dimensões de forma mais integrada, e respeitando o que era possível no contexto.

Em agosto de 2015 recebo um convite para participar de um grupo de profissionais que estaria tentando desenvolver uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da família (NASF) contemplando os três CS que eu atuava. Aceito, com a esperança de continuar realizando aquilo que eu já realizava, e ainda ter a companhia de uma equipe, ser liberado e incentivado a estudar e participar de capacitações, e pela possibilidade de um bônus financeiro, dado que essa possibilidade existiu em alguns municípios, e começo a participar de reuniões semanais no DSL para essa elaboração. Concomitantemente, há um movimento do nível central da gestão, por meio de um grupo condutor municipal, do investimento nos NASFs, e são promovidas diversas oficinas com o tema a partir do segundo semestre de 2015.

Neste período de participação em reuniões semanais para planejamento do NASF, me encontro com outros profissionais convidados para compor a equipe do NASF, um sanitarista do DSL autointitulado supervisor do NASF, e ocasionalmente um apoiador institucional. Me deparei com distintos entendimentos sobre o que era NASF, o que era matriciamento, com incertezas de meus colegas acerca da identidade de suas próprias profissões e seu papel na APS, e novamente a discussão sobre interdisciplinaridade a partir do binômio campo e núcleo. O grupo em sua maioria, tendo o supervisor como porta-voz, se posicionava a partir de uma visão onde as prioridades de atuação eram as ações pedagógicas, o campo (que por vezes não diferenciava Saúde Coletiva e saúde da família), os atendimentos grupais e práticas de promoção de saúde, em detrimento da dimensão assistencial, dos atendimentos individuais, nucleares e voltados à agravos já instalados. Havia inclusive uma perspectiva que o NASF pudesse ser itinerante, deixando um território após as equipes de saúde da família terem se capacitado com ele. Em nível municipal, através das reuniões do grupo condutor que pudemos enviar representantes, e das oficinas, pude perceber que municipalmente não havia uma unidade sobre NASF

e matriciamento, e pairavam muitas incertezas sobre as práticas e papéis de seus integrantes.

Sob este pano de fundo, a equipe de NASF que participei foi colocada em operação nos CS em janeiro de 2016. Assisti com a chegada do NASF movimentos semelhantes de estranhamento e rejeição que vivi na minha chegada. Particularmente não revivi essas sensações, pois as equipes já eram mais familiarizadas com meu trabalho. Os profissionais dos CS rejeitavam o NASF e o matriciamento, entre outros argumentos, pela percepção de matriciamento existente que consistia em um profissional transferir conhecimentos e responsabilidades à equipe de saúde da família, sobrecarregando-a ao invés de ajudá-la. Esse encontro de diferenças resultou em uma inserção do NASF bastante conflituosa, uma vez que alguns embates acalorados foram travados entre membros do NASF e/ou seu supervisor e as equipes dos CS.

Por parte das coordenadoras dos CS na época o NASF encontrou bastante acolhimento, de forma que elas mediarão dentro do possível a inserção desta equipe, inclusive trazendo demandas e encomendas de suas unidades. Assumindo-se como equipe autogerida, as reuniões semanais do NASF no DSL foram mantidas, com o intuito de se constituir como reunião de equipe para discutir a inserção e as práticas. Contudo, com o passar dos meses a vivência do NASF para mim foi mais e mais desgastante. Entre outras motivações, foram significativos o fato de presenciar demandas das equipes não sendo atendidas por serem percebidas como contrastantes com a visão de trabalho hegemônica no grupo, as reuniões da equipe NASF, que eram dispersas e pouco discutiam o cuidado e a interdisciplinaridade, a presença julgamentos de valor sobre o meu trabalho, dizendo que o mesmo “não era NASF” por ter com frequência um foco no núcleo e não no campo, bem como tentativas de intromissões no meu trabalho, insistindo que grupos de TO deixassem de sê-lo, e que seus respectivos métodos fossem alterados.

Este cenário levantou novamente minhas incertezas sobre Terapia Ocupacional e interdisciplinaridade, que foram processadas em supervisão. À luz do paradigma da complexidade, as limitações do binômio campo e núcleo ficaram pra mim resolvidas ao abandonar de vez o conceito, enxergando minha profissão como um conhecimento possível de ser colocado em diferentes perspectivas. Assim, não precisaria escolher entre fazer TO e Saúde da Família ou entre TO e Saúde Coletiva, pois estaria o

tempo todo pensando e fazendo TO *em* Saúde da Família, *em* Saúde Coletiva. Assim sendo, lapidei minha identidade generalista e sanitaria, e permaneci no NASF pelo vínculo com o território e promessa de bônus financeiro, assumindo sem sofrimento meu lugar contra hegemônico dentro da minha equipe.

Por se debruçar no tema TO em APS e saúde da família, recebi uma encomenda do GEITO de compartilhar minhas reflexões acerca da TO em APS e saúde da família que eu havia conseguido construir e atribuir significado. Em fevereiro de 2017 dei uma conferência em evento do GEITO, defendendo a ecologia entre TO e APS e saúde da família. Ali apresentei minha visão de TO em Saúde da Família, que consistia na utilização do envolvimento humano em ocupações enquanto meio e/ou fim terapêutico num contexto generalista, ou seja, lidando com diversas linhas de cuidado. Ademais, formulo como características da TO em Saúde da Família: a ênfase nos pacientes com condições crônicas ou condições agudas estabilizadas, a tradução inicial das necessidades humanas em demandas, e destas numa lógica ordenadora, e o desempenho ocupacional em seu ambiente real, a casa e a comunidade imediata, e seus respectivos recursos e barreiras. Este raciocínio, esta unidade possível para a TO em APS e saúde da família é o que contempla minha prática até o presente. A partir desta elaboração construída que pratico, estudo e construo constantemente novas ferramentas e aportes para minha clínica.

Em agosto de 2016, a conclusão do meu mestrado reforçou em mim uma construção sobre a unidade da Saúde Coletiva enquanto conhecimento transversal, possível de ser aplicado em qualquer unidade do sistema de saúde, e que a ecologia entre a Saúde Coletiva e a reabilitação era possível e relevante.

De março de 2016 a abril de 2017, realizei o curso de especialização em gestão de serviços de saúde oferecido aos servidores municipais ligados à gestão e/ou à Saúde Coletiva, por meio de uma parceria entre a FCM-UNICAMP e a PMC. Tendo seu referencial teórico e metodológico na teoria de Saúde Paidéia¹⁴⁸, e com apenas um de seus três módulos voltado diretamente à gestão, a maioria dos conteúdos foi voltado para o que poderia ser chamado de um curso básico em Saúde Coletiva (mesmo no módulo de gestão), tratando de temas como políticas de saúde, transição demográfica e epidemiológica, promoção de saúde, territorialização, acolhimento, etc. Nas conferências

expositivas do curso, ministradas por docentes do departamento ou convidados conceituados da Saúde Coletiva em Campinas e no Brasil, foi observado falta de didática e aprofundamento dos conteúdos por alguns conferencistas. Em sala de aula, as rodas de discussões não se utilizavam das leituras requeridas, e o entendimento de interdisciplinaridade através do conceito de campo similar ao que tinha encontrado na residência e no NASF era reiterado pelos docentes e facilitadores do curso. Ter vivenciado este processo de formação fundamentado em uma visão de Saúde Coletiva e interdisciplinaridade que não contemplava plenamente meus anseios teóricos e minha prática me levou a uma crise e a um novo processo reflexivo.

Essa crise com a especialização recém-concluída me levou a me questionar minha identidade sanitaria. Depois de ter investido por anos em formações na área de Saúde Coletiva, através da residência e de uma especialização, tinha eu aprofundamento sobre esta área do conhecimento? Eu realmente conhecia a unidade da Saúde Coletiva? Sabia diferenciá-la de outros conhecimentos amalgamados no denominado campo? Sabia conjugá-la com a TO? Sabia aplicar isso?

Diante desta situação e destes questionamentos, novamente me coloquei em processo de reflexão. Em paralelo, vivi a continuidade do NASF no meu serviço e no município. Na minha realidade, presenciei algumas mudanças na gestão do NASF, como entradas e saídas de membros, saída do supervisor, mudança de autogestão para gestão colegiada com as três coordenadoras, bem como mudanças na gestão em nível distrital, com a mudança na coordenação do DSL e de alguns apoiadores institucionais.

Em abril de 2019, na 11ª Conferência Municipal de Saúde, foi aprovada pelos delegados a continuidade da implantação do NASF no município como complemento e não substituto das chamadas equipes ampliadas, com a presença de profissionais para além do mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde¹⁴², bem como o caráter não compulsório para a composição das equipes. Para mim e muitos dos *nasfianos* isso foi considerado uma vitória, para qualificar o cuidado, e também dada a expectativa idealizada sobre o NASF que sentíamos da gestão local, distrital e municipal. Porém, a decisão da gestão foi manter o NASF como substituto e não complemento das equipes ampliadas, o que foi confirmado oficialmente em oficina municipal sobre o NASF em 11/12/2019. Não obstante, presenciei embates pouco empáticos da gestão distrital com

trabalhadores de saúde mental que deixariam de atuar como equipe ampliada para tornar-se NASF.

Sendo este episódio acima relatado representativo da história institucional do NASF em Campinas, vivi o NASF sendo colocado em discussão muito mais no que tange sua forma e suas portarias que em sua dimensão interdisciplinar. No meu serviço e nas oficinas que participo, incertezas sobre as diversas áreas de conhecimento, seu papel e sua forma de relacionar com as outras são uma constante, e geram grande sofrimento em muitos.

Diante desse panorama, de me debruçar sobre a unidade da Terapia Ocupacional, da Saúde Coletiva e pensar sobre possíveis modos de ser/fazer TO *em* Saúde Coletiva, somado ao desejo de retornar à academia, e assistindo a incipiência da interdisciplinaridade no serviço gerar estagnação no cuidado e sofrimento aos trabalhadores, início em meados de 2017 minha aproximação com o programa de doutorado, me aproximando de possíveis orientadores, cursando disciplinas como aluno especial e elaborando meu objeto e projeto de pesquisa.

A definição do orientador e novos insights emergidos nas aulas reiteraram a escolha pelo objeto atual, a TO *em* Saúde Coletiva. Percebo que toda minha trajetória formativa e prática me deu elementos para elaborar uma unidade possível para a TO *em* Saúde Coletiva, a qual já tenho incorporado na prática e a partir de agora busco dialogar com a academia, que consiste na compreensão e uso do envolvimento humano em ocupações em ecologia com a gestão, as ciências sociais em saúde e a epidemiologia. Na dimensão da gestão, para enriquecer o processo saúde-adoecimento-cuidados com a dimensão ocupacional da vida; na dimensão das ciências sociais em saúde, enquanto matriz de inteligibilidade e intervenção entre questões sociais de indivíduos e coletivos e sua saúde; na dimensão da epidemiologia, enquanto fenômeno populacional, equacionando a distribuição de ocupações e eventos em saúde.

Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e seus respectivos domínios

A análise da trajetória profissional do pesquisador terapeuta ocupacional evidenciou uma questão sobre o conhecimento da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva relativa à constituição de seus respectivos objetos e domínios, compreendidos

aqui enquanto unidade socialmente construída, com base ontológica, fundamentação teórica e potencial de aplicação¹⁵⁵. Na narrativa apresentada, um obstáculo para a elaboração de uma possível Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva se deu pelo fato que os próprios domínios de cada área não eram tão nítidos e consolidados quanto se havia imaginado.

No caso da Terapia Ocupacional, foi relatado na vivência da graduação um sentimento frequente de não integração entre as disciplinas da grade curricular, o que inclui as disciplinas específicas da área. Nestas disciplinas, os próprios recursos e práticas da profissão pareceram dispersos, desconectados de uma unidade, sugerindo a existência de um domínio fragilizado, instável e não integrado deste campo do conhecimento. Ainda, chama a atenção a relevância que um artigo que discutia o domínio da profissão teve no processo de religar o aluno a um percurso significativo de formação.

Cabe também a observação que o fortalecimento da identidade e o resgate da potência e da motivação do terapeuta ocupacional diante de novas demandas e desafios foi mediada não apenas pelo acesso a artigos, mas principalmente na preceptoria, no grupo de estudos e na supervisão clínica. Isto pode ser lido enquanto um fenômeno de descentramento no mundo do conhecimento em Terapia Ocupacional, onde a academia começa a deixar de ocupar o lugar do único ator com legitimidade para a produção de conhecimentos⁹⁴.

Outrossim, alguns autores chamam a atenção para a construção social do domínio da Terapia Ocupacional ao longo de sua história. Cardinali¹⁵⁶ lembra que a partir da década de 1970 os terapeutas ocupacionais já começaram a questionar o papel da profissão, a capitalização do setor da saúde e o caráter assistencialista do Estado que se efetivava no tecnicismo da prática profissional. Na década de 1980 a problematização da profissão agregou com mais intensidade a pauta de seus fundamentos e sua epistemologia, dada a diversidade das práticas que já se acumulavam na época. Na atualidade, a autora pondera sobre uma trajetória com ganhos e desafios, onde um movimento de abertura para novos campos de atuação, ensino e pesquisa abriu caminho para as discussões sobre composições interdisciplinares. Ao mesmo tempo, há o desafio para conectar esses diferentes conhecimentos e encontrar raízes comuns ou conexões que expressem pontos de identificação. Dessa forma, aponta que o debate continua ativo

na profissão, com autores questionando se deveria ser buscada uma unificação ou assumir a pluralidade produzida.

Feriotti¹⁸ complementa que a discussão sobre a identidade da Terapia Ocupacional também ocorreu fora do Brasil. A autora aponta que entre as décadas de 1960 e 1980 nos Estados Unidos, o debate partiu de críticas às abordagens biomédicas e reducionistas e favoreceu a construção de novos modelos de intervenção e reflexões do objeto central da profissão, com tendência de centralização dos estudos na área de ocupação humana. A autora aponta uma possibilidade de se pensar Terapia Ocupacional com respeito a suas identidades individuais e plurais, e apresenta a atividade humana, ou ocupação, como objeto da profissão. Sugere como seu domínio, a partir de um resgate histórico e identificação de novos contextos, a compreensão da ocupação como finalidade em si, como meio para tratar doenças e disfunções ou como meio e fim simultaneamente. Ainda, pontua que o domínio sugerido não pretende uniformizar as práticas, mas sim buscar uma identidade aberta, flexível aos distintos contextos sociais, históricos, culturais.

No caso da Saúde Coletiva, foi observado que o seu domínio não foi diretamente abordado e nem colocado em pauta nas formações vividas. Não obstante, foi observado que no discurso de colegas de residência e de trabalho, a Saúde Coletiva foi frequentemente fusionada a outros conceitos, sugerindo a existência de um objeto e um domínio em penumbra. Utilizando como metáfora o conceito astronômico de nebulosa, nuvem interestelar de gás e poeira que posteriormente se diferencia e forma as estrelas, as vivências relatadas nos fazem imaginar a Saúde Coletiva dentro de uma nebulosa, indissociada de certos termos como *campo*, *movimento político*, *promoção de saúde e prevenção de agravos*, *Atenção Primária à Saúde (APS)*, *subjetividade*, *medicina social e comunitária*, dentre outros.

Cabe neste ponto da pesquisa a observação que a indistinção da Saúde Coletiva com outros termos, como a Saúde Comunitária, já havia se apresentado na primeira expedição. Aqui, adquire novos e mais angustiantes contornos, uma vez que esta indistinção se relacionou com vivências de desamparo e exclusão.

Como visto no capítulo anterior, a Saúde Coletiva se apresenta como um entre distintos espaços sociais construídos ao redor do estudo da saúde em populações como

objeto, entre eles: Aritmética Política, Polícia Médica, Higiene, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Nova Saúde Pública^{65,66}.

Assim, a Saúde Coletiva e a Nova Saúde Pública, sendo mais recentes, partilhando de objetos semelhantes e herdando alguns elementos dos demais espaços sociais citados, possuem certa relação de ancestralidade/descendência com tais espaços, o que pode explicar a fusão de conceitos em alguns casos. Pode-se inferir que há fusões da Saúde Coletiva com outros espaços sociais ancestrais em si, como a Medicina Social e a Medicina Comunitária, e também fusões com princípios partilhados, caso da promoção de saúde e prevenção de agravos, herdados da saúde pública e a medicina preventiva, bem como do engajamento político e social, herdado da medicina social.

Outro aspecto que se destaca na segunda expedição neste âmbito são as relações de proximidade entre a Saúde Coletiva e a Atenção Primária à Saúde (APS). A relação aqui vivida e relatada até como uma fusão entre as áreas, nos leva a algumas reflexões. Por um lado, indo ao encontro dos achados da primeira expedição, onde a Saúde Coletiva se utilizava deste nível de atenção em especial para aplicar alguns de seus conceitos e ferramentas, aqui foi possível observar uma complementariedade entre ambas. A APS foi simultaneamente uma ponte e um convite para adentrar mais aquele mato e conhecer a totalidade daquela outra cultura que estava apenas parcialmente expressa ali. Na narrativa, a busca se deu pela identidade generalista em primeiro lugar, e depois pela identidade sanitarista.

Por outro lado, em alguns momentos a Saúde Coletiva se confunde com a própria APS, gerando indistinção, confusão e dispersão. Para tentar explicar essa fusão, recorreremos a Nunes⁶⁸, que aponta que o período de criação da Saúde Coletiva, ao final da década de 1970, coincide com o discurso internacional que assume a centralidade da APS nos sistemas de saúde, coroado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978. Este contexto, associado à descendência da Medicina Comunitária, que preconizava a realização de práticas de saúde em equipamentos extra hospitalares e inseridos na comunidade, pode explicar a fusão da saúde coletiva com a APS.

Não obstante, outras afinidades eletivas entre a Saúde Coletiva a APS nos são apresentadas. Entre elas, temos que alguns dos movimentos precursores da Saúde Coletiva, como a Medicina Comunitária, também exerceram influência no campo de conhecimentos da APS. Para ilustrar este ponto, temos por exemplo a obra de Bárbara Starfield, autora bastante reconhecida no universo temático e acadêmico da APS, que apresenta como atributos essenciais da APS, dentre outros, a promoção de saúde, a prevenção de agravos e a assistência orientada para a comunidade¹⁵⁷.

Apesar das fusões e indistinções entre a Saúde Coletiva e alguns de seus movimentos correlatos e precursores, sua criação é colocada justamente no bojo de algumas rupturas entre estes espaços sociais, sobretudo na década de 1970. Campos⁷³ relata a produção da Saúde Coletiva a partir do rompimento com a Saúde Pública tradicional. Nunes⁶⁸ retoma alguns questionamentos e confrontos emergidos na década de 1970, período de crise e recessão da economia em vários países latino-americanos, bem como da repressão exercida pela ditadura militar e sentida nas universidades.

Para Nunes⁶⁸, havia de um lado o questionamento das ciências sociais em saúde acerca dos referenciais de orientação funcional-estrutural que marcaram a sua produção acadêmica progressa, sobretudo na década de 1960, pelo não aprofundamento da determinação social do adoecimento e da estrutura social que permeia a organização das práticas de saúde, buscando assim referenciais da vertente do materialismo histórico. Na mesma época, a Medicina Social neste período se colocava como projeto político e teórico em confronto com a Medicina Preventiva, vista como norma frustrada na prática pelas contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico. A Medicina Social buscava, assim, delimitar um novo objeto de estudo a partir do qual contribuíssem para uma prática transformadora. Ademais, como anteriormente mencionado, Vieira-da-Silva⁶⁶ aponta que o termo *Saúde Coletiva* é eventualmente proposto e acolhido pela sua neutralidade, buscando agregar diferentes espaços sociais em disputa, além de ter potencial de agregar novos atores, além da área da medicina.

Não obstante, diversos autores se dedicaram ao questionamento do objeto e da construção da identidade da Saúde Coletiva. Como apontado na introdução, existe atualmente uma convergência significativa em torno da crítica à falta de uma unidade clara para este campo⁷⁷⁻⁸², e também em torno da recusa de considerar a Saúde Coletiva

como uma disciplina, compreendendo que a vastidão deste campo extrapola o que poderia ser considerado circunscrito a um objeto disciplinar^{77, 79-82}.

Dessa forma, é possível encontrar na literatura posicionamentos que assumem para a Saúde Coletiva uma identidade plural e sem proposições de uma concentração de objeto^{66,75}; e também posicionamentos que tentam propor/resgatar um esboço de domínio, que seria algo em torno da noção de uma “consciência social dos fenômenos de saúde” (Ayres⁸¹, p.6), ou dos “saúde de grupos sociais – de coletivos” (Vieira-da-Silva⁸², p.2), que, todavia, não parece abarcar o todo da saúde coletiva, abrindo margem às fusões encontradas na trajetória do pesquisador.

Por sua vez, o mais recente relatório de área da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) coloca a Saúde Coletiva como campo científico de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde, não mais apresentando-a como sinônimo de Saúde Pública⁸⁴.

Dialogando com Edgar Morin, retomemos a proposição inicial, que o conhecimento da Terapia Ocupacional, o conhecimento da Saúde Coletiva e o conhecimento da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva podem ser compreendidos enquanto organizações complexas⁷. A continuidade, a neguentropia de cada organização, dependem de sua capacidade de (re)produção de si. Cada parte do todo, embora tenha sua originalidade, deve ser capaz de regenerar o todo. No caso de nossa proposição, por exemplo, temos que cada prática da Terapia Ocupacional teria a capacidade de regenerar o todo da Terapia Ocupacional. O mesmo raciocínio valeria para a Saúde Coletiva e para a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

A maneira pela qual uma parte do todo poderia regenerar o todo seria pela consciência daquilo que forma a essência do todo. No caso do conhecimento da Terapia Ocupacional, por exemplo, seria seu domínio, seus movimentos precursores, seus principais quadros de referência teóricos. Qualquer atividade, ação ou produto da Terapia Ocupacional que podemos chamar de parte, uma vez consciente deste todo, conseguiria regenerar este todo se necessário, realimentá-lo, e por conseguinte, realimentar-se. Por

isso a questão do domínio de cada conhecimento, ou organização complexa, é significativa.

No caso do conhecimento da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, há uma particularidade a ser refletida. Esta porção de conhecimento, ou organização complexa, ainda que possa produzir conteúdos inéditos, permanece sendo a intersecção de outras duas culturas, de outros dois conhecimentos, de outras duas organizações complexas. Assim, a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva que desejamos propor deve ser capacidade de reprodução de si e também de reprodução da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva. A Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva que buscamos deve, em cada manifestação que podemos chamar de parte, realimentar o todo da Terapia Ocupacional, o todo da Saúde Coletiva e o todo da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva; conseqüentemente, deve ser por estes realimentada.

Isto posto, voltemos à problemática desta seção, que é uma percepção desvelada pela narrativa de domínios frágeis e entrópicos da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva, comprometendo uma proposição de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Entretanto, como discutido aqui, a Terapia Ocupacional apresenta um percurso de indagação de si e também novas proposições de domínios, como realizado por Feriotti¹⁸.

A Saúde Coletiva, por sua vez, se apresenta enquanto movimento de ruptura, ou enquanto “substantivo neutro” em relação a outros movimentos. Esta iniciativa acaba por enfatizar mais as divergências acerca do uso de referenciais teórico-metodológicos entre a Saúde Coletiva e outras áreas do conhecimento, em detrimento da construção de sua identidade cognitiva, do que diferencia o domínio de cada uma. Ou seja, a Saúde Coletiva se preocupou mais em dizer o que não era do que dizer o que era, o que a distinguiu. De acordo com Morin⁸, a não construção de uma identidade para o todo da Saúde Coletiva pode comprometer a recursividade do sistema, uma vez que as partes, sem a virtualidade do todo, encontram dificuldade para retroalimentá-lo. O autor ainda afirma que parte da experiência do conhecimento passa por um processo dialógico entre operações associativas e dissociativas do pensar. Trocando em miúdos, o conhecimento se movimenta separando o ligado e ligando o separado.

Por este motivo que a narrativa se conclui com uma proposição provisória de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva que busca colocar em ecologia os domínios possíveis e conhecidos da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva. Com relação à última, a ausência de um domínio definido levou o pesquisador a se utilizar dos subcampos ou áreas de concentração institucionalmente estabelecidos^{66,84}.

Interdisciplinaridades

De forma complementar ao debate acerca dos domínios das distintas áreas do conhecimento, outro grande foco de análise diz respeito às distintas compreensões da interdisciplinaridade. A trajetória do terapeuta ocupacional percorreu situações onde as distintas disciplinas, representadas pelos profissionais, se apresentaram distantes, autossuficientes e pouco abertas à troca. Na narrativa, pôde ser observado nas vivências das aulas de clínicas médicas na graduação e nas interações com colegas de residência e dos Centros de Saúde (CS) que atua, levando-o a desafios como a dificuldade para a integração de distintos conhecimentos, exclusão da participação no cuidado, participação em um processo de cuidados fragmentado.

Em paralelo, houve situações onde havia uma visão de interdisciplinaridade pautada no conceito de núcleo e campo desenvolvido por Campos⁷³, que permeou boa parte da vivência na residência multiprofissional e no NASF e se configura enquanto tendência de borrarmento das fronteiras e conseqüente fusão ou tentativa de síntese entre conhecimentos. Esta visão também se constituiu numa barreira para os processos de aprendizagem, trabalho e construção das identidades profissionais do terapeuta ocupacional. Na narrativa, houve uma imposição da participação no “campo”, em detrimento de práticas que evidenciavam mais a Terapia Ocupacional, o que foi julgado reducionista. Isso significou abandono ou diluição de sua identidade, vivências de hierarquia e exclusão entre diferentes conhecimentos e a produção de um saber genérico e superficial que pouco respondia às demandas enfrentadas.

Antes mesmo de avançar na discussão acerca desta segunda visão de interdisciplinaridade e seus desdobramentos para uma proposta de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, cabe situá-la em relação a sua origem e institucionalização. Os conceitos de núcleo e campo foram publicados pela primeira vez na década de 1990,

como parte de uma argumentação frente à proposta da Associação Médica Brasileira (AMB) de regulamentação para a criação de novas especialidades em medicina. Esta foi avaliada na ocasião como medida que favorecia os especialistas e enfraquecia e limitava os médicos generalistas ou formados em “especialidades gerais” (pediatras, ginecologistas, obstetras, cirurgiões gerais e internistas), numa lógica liberal e corporativista¹⁵⁸.

Posteriormente, Campos¹⁵⁹ os retoma em sua proposta de arranjo multiprofissional conhecido como apoio matricial, e na discussão de uma possível identidade para a Saúde Coletiva, apresentando esta como núcleo e campo de conhecimentos⁷³. Em 2001, o autor torna-se secretário municipal de saúde em Campinas, institucionalizando a estratégia do apoio matricial (pautado pelos conceitos de núcleo e campo) enquanto componente do seu modelo de gestão, intitulado “Modelo Paidéia de Atenção à Saúde”¹⁶⁰.

Entre 2003 e 2005, Gastão Campos ocupa o cargo de secretário executivo no Ministério da Saúde. Ainda na década de 2000, o conceito de núcleo e campo é incorporado e difundido por outros autores que discutem a inter e transdisciplinaridade no âmbito da Saúde Coletiva¹⁶¹. Ademais, influencia ações e programas do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Humanização, as diretrizes nacionais para inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica¹⁶², e, como discutido no capítulo anterior, influencia a própria política do NASF, instituindo-se hegemonicamente na Saúde Coletiva¹⁴⁶.

Estes conceitos, instituídos e institucionalizados, foram desvelados na narrativa biográfica no que tange ao seu alcance e também sua limitação. Ainda que a institucionalização de um conceito, embasando um arranjo em uma política pública ou o projeto pedagógico de um curso de especialização, seja uma estratégia válida de difusão de conhecimentos, há de ficar vigilante com alguns efeitos colaterais que permeiam a institucionalização. Burke¹⁶³ chama a atenção para o fenômeno da rotinização do conhecimento, onde grupos criativos e contra hegemônicos de um período frequentemente se tornam as organizações formais, dominantes e conservadoras da geração seguinte.

Bauman¹⁶⁴ atenta para uma herança moderna, que é o sonho da racionalidade, que para ser colocado em operação elimina seus contrários, suas

ambivalências, nega a autodeterminação dos agentes em nome de um projeto administrado por agentes capazes e soberanos, que reivindicam para si o direito de definir a ordem e colocar de lado o caos daquilo que escapa às definições. No extremo, apega-se mais às formas instituídas do que nos conteúdos, como aparece no relato, na maneira da PMC (não) enxergar a interdisciplinaridade, enfatizando aspectos formais e administrativos do NASF.

É possível também complementar o exposto a partir do conceito de *ecologia da ação*, de Morin⁹. O autor aponta a necessidade de compreender os fenômenos na sua relação complexa com o ambiente. Logo, significa compreender enquanto ecologia da ação que toda ação, dada a complexidade do ambiente onde ocorre, está sujeita a entrar em processos que escapam à vontade, intenção, entendimento e até mesmo consciência do autor.

No campo das políticas públicas podemos fazer a leitura que, toda e qualquer política pública, ainda que bem-intencionada, bem escrita e bem fundamentada, será implementada num ambiente real e complexo. Este ambiente já possui uma cultura pré-existente, o que já indicaria possibilidades de resistência, embates e incompreensão. De acordo com a ecologia da ação, sua implementação precisa compreender e levar a sério os riscos de desviar-se da sua finalidade.

Isto posto, voltemos a uma leitura das distintas interdisciplinaridades evidenciadas na narrativa. Enquanto no primeiro conjunto de situações descritas a fragmentação e distanciamento entre os conhecimentos ficou evidente, no segundo conjunto de situações houve uma tendência de borramento das fronteiras e consequente fusão ou tentativa de síntese entre conhecimentos. Feriotti¹³, ao apresentar um resgate histórico dos conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade aponta que, embora exista o consenso sobre a necessidade de interação entre diferentes disciplinas, é possível encontrar distintas visões sobre interdisciplinaridade, com divergências bem marcadas sob alguns aspectos.

A autora pontua, dentre tais aspectos, posicionamentos que divergem sobre a necessidade de superação das fronteiras e especificidades das disciplinas enquanto requisito para a evolução do conhecimento. Entre os defensores deste posicionamento, apresenta nomes como Jean Piaget, Hilton Japiassu e Erich Jantsch. Para os dois

últimos, a transdisciplinaridade seria uma etapa mais evoluída do conhecimento, atingida por meio da síntese dialética entre várias disciplinas, chegando a uma unidade, uma disciplina síntese¹³.

Esta síntese guarda relação com o conceito de *campo* apresentado por Campos⁷³. Isto explicaria, por exemplo, porque na narrativa apresentada o campo teria um juízo de valor maior que os núcleos, e porque as práticas que evidenciaram, mais o núcleo, acabaram sendo desprezadas e/ou acusadas de serem reducionistas. Sobre o reducionismo, Rozemberg e Minayo¹⁶⁵ acreditam que é um risco de toda e qualquer profissão. No entanto, apontam que a prática disciplinar não é reducionista em si, se caracterizando enquanto tal apenas na medida em que apresenta pretensões de totalidade e desqualifica outros olhares.

Entre autores contrários à síntese como evolução, Feriotti¹³ apresenta nomes como Edgar Morin, Antonio Joaquim Severino e Norberto Jacobs Etges. Este último inclusive dialoga diretamente com algumas situações de hierarquia entre conhecimentos narradas nesta expedição, pois reitera o risco de dominação e reducionismo, ao apontar que a ciência-síntese, universal e todo-poderosa, teria um método que, inevitavelmente, seria o método de uma das ciências em detrimento dos métodos das outras ciências, e portanto, estaria operando a partir da lógica do domínio e da exclusão.

Santos¹¹ atenta também para os movimentos de dominação, exclusão e reducionismos, próprios do que chama de razão metonímica. Tal razão, adepta da monocultura do saber, ativamente produz a não existência de saberes que escapam à monocultura credível, dominante. O autor propõe como enfrentamento desta questão a identificação e evidência da heterogeneidade de outros saberes e práticas que operam credivelmente em distintos contextos sociais e são declarados não existentes.

Morin⁷ dá lugar à dialógica em sua proposição da complexidade ao afirmar que os equilíbrios organizacionais no interior dos sistemas são equilíbrios de forças complementares, antagônicas e concorrentes. Ao fazer isso, o autor abre espaço para dar visibilidade inclusive aos movimentos de dominação que coexistem com a complementariedade nas práticas interdisciplinares. Ao invés de negar tais fenômenos, destaca-os, pois assim podem ser trabalhados a favor do melhor desenvolvimento do conhecimento, das práticas e dos profissionais envolvidos.

Enquanto Campos⁷³ elabora sua noção de campo enquanto espaço da complementaridade, outros autores dão ao mesmo termo a noção de espaço de disputas. Burke¹⁶³ resgata a utilização histórica do termo, entre elas a metáfora medieval do estudioso-camponês, que deveria proteger seu terreno de conhecimentos de invasões de seus vizinhos disciplinares. Já Bourdieu¹⁶⁶ relata o campo científico como um campo social, lugar de lutas concorrenciais onde o que está em jogo é o monopólio de autoridade, e a hierarquia entre campos científicos se faz presente e orienta as práticas.

Neste terreno de disputas, a tentativa de síntese sentida como fator de proibição ou diluição das identidades singulares é também descrita por Maffesoli¹⁶⁷ enquanto herança do racionalismo:

Designa assim a atitude intelectual que depura, reduz, analisa, e seria possível encontrar infundáveis expressões para designar um pensamento procústeo que, à imagem do célebre leito, corta, fraciona, segundo um modelo estabelecido a priori. Trata-se aí da consequência do processo racionalista que, segundo o adágio bem conhecido, pretende passar do concreto ao abstrato, do singular ao geral, sem que seja levada em conta a vida em sua complexidade, a vida polissêmica e plural, que não se acomoda, ou bem pouco, às idéias gerais e outras abstrações de contornos assaz mal definidos. (Maffesoli¹⁶⁷, p. 35).

Morin⁸ critica simultaneamente a fragmentação do conhecimento e a síntese, com sua consequente diluição das identidades. O autor reconhece como tragédia atual do conhecimento o mesmo estar frequentemente diante da alternativa de fechamento do objeto do conhecimento que mutila a solidariedade com outros objetos, bem como com o seu meio (excluindo problemas globais), e a dissolução dos contornos e fronteiras que afoga todo objeto e nos condena à superficialidade.

Pela compreensão moriniana, a interação entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva não exige a supressão de nenhum dos dois saberes, pois Morin¹⁶⁸ compreende que as disciplinas não precisam ser superadas. Ao contrário, elas continuam existindo com suas especificidades, ao mesmo tempo em que modificam outras disciplinas, o todo e o contexto, em seus processos de múltiplas interações. O esforço mais significativo não recairá sobre a totalidade do saber de cada esfera, mas o de superar um pensamento simplificador, idealizado, redutor e normativo através dos estudos dos encontros, dos nós de comunicação, das articulações organizacionais entre

as esferas. As disciplinas devem manter suas fronteiras abertas e fechadas, sendo, portanto, ao mesmo tempo abertas e fechadas:

[...]a história das ciências não é somente a da constituição e proliferação de disciplinas, mas também a das rupturas de fronteiras disciplinares, de sobreposições de um problema de uma disciplina sobre outra, de circulação de conceitos, de formação de disciplinas híbridas que terminaram por se autonomizar. É, igualmente, a história da formação de complexos nos quais diferentes disciplinas se agregam e se aglutinam. Dito de outra forma, se a história oficial da ciência é a da disciplinaridade, uma outra história, que lhe é ligada e inseparável, é a das “inter-trans-poli-disciplinaridades (Morin¹⁶⁸, p.29).

O pensamento Moriniano não exige, portanto, que se seja terapeuta ocupacional OU sanitaria. Permite através da lógica do terceiro incluído¹⁰ ser terapeuta ocupacional E sanitaria, e que ambos os domínios estejam presentes nas mais diversas práticas a serem produzidas, contribuindo simultaneamente para a regeneração e desenvolvimento de cada saber individualmente e o saber interseccional, da Terapia Ocupacional *em Saúde Coletiva*.

Dessa forma, a Terapia Ocupacional *em Saúde Coletiva* aqui sonhada nega a fragmentação e a síntese, e aproxima-se da acepção de disciplina de Morin¹⁶⁸ e da noção de transdisciplinaridade promovida pela UNESCO, difundida pela carta da transdisciplinaridade¹⁴:

A Transdisciplinaridade é complementar à abordagem disciplinar; ela faz emergir novos dados a partir da confrontação das disciplinas que os articulam entre si; ela nos oferece uma nova visão da Natureza e da Realidade. A transdisciplinaridade não procura o domínio de várias disciplinas, mas a abertura de todas as disciplinas ao que as une e as ultrapassa. (CETRANS¹⁴, p.2)

À guisa de encerramento da segunda expedição

Embora a aproximação entre diferentes saberes seja celebrada e desejada, esta se apresenta como processo rico em nuances, incertezas e desafios. No caso das aproximações entre a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional, à escassa literatura dedicada a debate-la somam-se outros desafios, descortinados pela análise de uma narrativa biográfica, apresentada neste capítulo. A constituição dos objetos e domínios de cada área, bem como a pluralidade do próprio conceito de interdisciplinaridade,

emergiram como elementos a serem considerados na compreensão e teorização acerca desta aproximação de saberes.

Entre os desafios encontrados, destaca-se a nebulosidade do domínio da Saúde Coletiva, bem como a existência de visões de interdisciplinaridade que buscam a síntese dialética entre os saberes, negando a expressão dos diferentes domínios de conhecimento e a desocultação de fenômenos de concorrência, antagonismo, dominação e reducionismo entre saberes presentes nas arenas interdisciplinares. Tais questões alimentaram processos de reflexão em espaços dentro e fora da academia e que, nunca desconectados das práticas, puderam eventualmente estabelecer reconexões que trouxeram resgate de identidades, novos sentidos à prática e novas formulações teóricas.

Nesta jornada, o paradigma da complexidade proposto por Edgar Morin⁷ se apresenta como matriz de inteligibilidade possível para operar a aproximação entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva, uma vez que proporciona espaço para a integração de conhecimentos respeitando a expressão de diferentes domínios, e reconhece a possibilidade de fenômenos de concorrência e antagonismo, proporcionando espaço para o desenvolvimento do conhecimento e do cuidado apesar de tais fenômenos.

Não obstante, a construção de uma narrativa autobiográfica se mostrou uma ferramenta valiosa para a pesquisa interdisciplinar, podendo reconectar a figura do pesquisador, por vezes distante e descontextualizada, com seu objeto de pesquisa. Corroborando Raimondi et al.¹⁶⁹, a própria experiência do pesquisador, ainda que singular, pode dar nome para experiências de muitos(as) e, revelar o conhecimento de dentro de certos fenômenos, menos acessíveis aos métodos convencionais de pesquisa.

Ainda, a narrativa pôde estabelecer uma dialógica entre sujeito, objeto e ambiente, cara ao paradigma da complexidade e à escolha metodológica desta pesquisa.

Para Morin:

[...] temos de reconhecer o campo real do conhecimento. Ele não é o objeto puro, mas o objeto visto, percebido e co-produzido por nós. O objeto do conhecimento não é o mundo, mas a comunidade nós-mundo, porque o nosso mundo faz parte da nossa visão de mundo, que faz parte do nosso mundo (Morin¹⁷⁰, p.205).

Terceira expedição: revisão de escopo

“É de Logunedé a doçura
Filho de Oxum, Logunedé
Mimo de Oxum, Logunedé, edé, edé
Tanta ternura
É de Logunedé a riqueza
Filho de Oxum, Logunedé
Mimo de Oxum, Logunedé, edé, edé
Tanta beleza
Logunedé é demais
Sabido, puxou aos pais
Astúcia de caçador
Paciência de pescador
Logunedé é demais
Logunedé é depois
Que Oxossi encontra a mulher
Que a mulher decide ser
A mãe de todo prazer
Logunedé é depois
É pra Logunedé a carícia
Filho de Oxum, Logunedé
Mimo de Oxum, Logunedé, edé, edé
É delícia”

(Logunedé - Gilberto Gil)

No presente capítulo serão apresentados os resultados da terceira expedição, que consiste na revisão de escopo realizada em dezembro de 2020. Conforme apontado no quadro 2 a seguir, as produções foram publicadas todas na década de 2011-2020, com exceção de um artigo, publicado em 2005. Duas publicações são escritas em português, duas em inglês e três em espanhol. Cinco publicações foram feitas em revistas especializadas em Terapia Ocupacional. Dois artigos foram publicados no Brasil, na Revista de Terapia Ocupacional da USP; um artigo foi publicado no Chile, na Revista Chilena de Terapia Ocupacional; um artigo e um editorial foram publicados nos Estados Unidos, respectivamente nos periódicos American Journal of Occupational Therapy e OTJR: Occupation, Participation, and Health. Um artigo foi publicado em revista especializada em Saúde Pública: na Espanha, no periódico Gaceta Sanitaria. Um artigo foi publicado em periódico de ciências da saúde: na Colômbia, na Revista de la Facultad de Medicina.

Título	Autores	Ano	País
La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo	Rosa Chaparro Araya Johana Fuentes Capetillo, Diana Morán González, Nataly Mujica Díaz-Valdés ¹¹⁶	2005	Chile
Saúde pública e Terapia Ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais	Ana Paula Serrata Malfitano, Ana Paula Ferreira ¹²⁰	2011	Brasil
Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos	Flávia Manho, Léa Beatriz Teixeira Soares, Stella Maris Nicolau ¹²⁴	2013	Brasil
Competencias y contenidos comunes de Salud Pública en los programas universitarios de grado: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Ciencias Ambientales, Odontología y Veterinaria	M Carmen Davó-Blanes, Carmen Vives-Cases, Carlos Alvarez-Dardet, Andreu Segura-Benedicto A, Fèlix Bosch Llonch, Fernando G Benavides ¹²⁸	2014	Espanha
Building Capacity of Occupational Therapy Practitioners to Address the Mental Health Needs of Children and Youth: A Mixed-Methods Study of Knowledge Translation.	Susan Bazyk, Louise Demirjian, Teri LaGuardia, Karen Thompson-Repas, Carol Conway, Paula Michaud ¹⁷¹	2015	Estados Unidos

Occupational Therapy and Public Health: Advancing Research to Improve Population Health and Health Equity.	Julie D. Bass, Nancy A. Baker ¹⁷²	2017	Estados Unidos
Retos de la Terapia Ocupacional en Salud Pública	Juan Manuel Arango-Soler, Yerson Alí Correa-Moreno, Jaime Alberto Méndez-Castillo ¹⁷³	2018	Colômbia

Figura 1 - Práticas de Terapia Ocupacional nos primórdios da profissão	29
Figura 2 - Ajudantes de reconstrução, na Primeira Guerra Mundial.....	30
Figura 3 - Práticas em serviço de reabilitação profissional, década de 1940	30
Figura 4 - Fundação da Sociedade Nacional para a Promoção da T. O.	32
Figura 5 - Processo de levantamento da revisão narrativa	57
Figura 6 - Mapa de contextualização da trajetória do pesquisador	62
Figura 7 - Fluxograma do processo de seleção da revisão de escopo	66
Quadro 2 - Registros selecionados na revisão de escopo	

Fonte: elaborado pelo autor.

O artigo “La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo”¹¹⁶ versa sobre a ampliação da concepção de saúde de forma a abranger a promoção da saúde e a prevenção de agravos. Ademais, discorre sobre alguns conhecimentos e competências desejáveis ao terapeuta ocupacional que realiza práticas comunitárias: gestão, educação em saúde e articulação de atores sociais.

O artigo “Saúde pública e Terapia Ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais”¹²⁰ apresenta algumas transformações no sistema de saúde brasileiro, bem como a constituição, as potências e desafios do SUS e as consequentes implicações deste cenário para a Terapia Ocupacional. É destacado a potência das políticas públicas para legitimar novas concepções de saúde, ampliar o acesso do direito à saúde às populações-alvo da Terapia Ocupacional, e ampliar, diversificar e desenvolver a atuação de terapeutas ocupacionais em serviços públicos de saúde. Destacam também a importância da Atenção Primária à Saúde e do encontro entre o princípio doutrinário do SUS da integralidade e os princípios da Terapia Ocupacional.

O artigo “Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos”¹²⁴ aponta práticas e percepções de terapeutas ocupacionais egressos de um programa de residência multiprofissional em Saúde da Família. As autoras discorrem, entre outros pontos, sobre interdisciplinaridade

e a indissociabilidade entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Ademais, destacam no âmbito da Saúde Coletiva as práticas de cuidado coletivo, comunicação intra e intersetorial e a vivência da gestão nas suas expressões de gestão do cuidado e gestão de processos de trabalho.

Davó-Blanes et al.¹²⁸ analisaram em seu artigo competências profissionais e conteúdos de Saúde Pública desejáveis e comuns às graduações de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Ciências Ambientais, Odontologia e Veterinária, na Espanha. Destacam como competências desejáveis a avaliação de necessidades em saúde e a gestão de serviços, enquanto os conteúdos mais frequentemente lembrados foram de introdução e conceitos básicos de saúde, epidemiologia, intervenção em Saúde Pública, promoção e prevenção, educação em saúde.

O artigo “Building Capacity of Occupational Therapy Practitioners to Address the Mental Health Needs of Children and Youth: A Mixed-Methods Study of Knowledge Translation”¹⁷¹ discorre sobre a busca por um novo modelo de cuidados, que amplie a saúde mental do cuidado à promoção de saúde e prevenção de transtornos, bem como do individual ao populacional. Ademais, destaca o papel ativo da Terapia Ocupacional na promoção de saúde, promovendo saúde mental em diversos ambientes da comunidade e através do envolvimento em atividades significativas.

O editorial “Occupational Therapy and Public Health: Advancing Research to Improve Population Health and Health Equity”¹⁷² apresenta conexões entre a Saúde Pública e a Terapia Ocupacional, a partir de inquietações como “qual é a função promotora de saúde e preventiva de agravos das atividades?”. Para as autoras, há conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Pública no que diz respeito à intersecção de práticas: de monitoramento de condições de saúde, de informação, educação e empoderamento, de mobilização de parcerias comunitárias, e de facilitação ao acesso à serviços e cuidados necessários. Outra conexão apontara para a preocupação com os determinantes sociais de saúde e populações em risco de sofrerem iniquidades. Por fim, assinalam como conexão a existência de determinados “nichos” de prática – doenças crônicas, transição para a vida adulta, obesidade, envelhecimento, bullying, entre outros. As autoras apontam também uma ampliação de perspectiva na Terapia Ocupacional, de intervenções curativas e centradas em indivíduos, para a

inclusão no escopo da profissão da promoção de saúde e prevenção de agravos, bem como de abordagens em nível de comunidades, sistemas e populações.

O artigo “Retos de la Terapia Ocupacional en Salud Pública”¹⁷³ destaca a Saúde Pública enquanto catalizadora de uma mudança de perspectiva na Terapia Ocupacional. Os autores discorrem sobre a necessidade de ampliar o enfoque da reabilitação e do cuidado individual, posicionando a ocupação como determinante de promoção e prevenção, e no centro da elaboração de políticas públicas. Destacam a Atenção Primária à Saúde como lugar privilegiado para a realização de abordagens comunitárias e populacionais, porém não o único. Ainda, afirmam que a interação entre Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva não é unilateral, e que a Saúde Coletiva deveria receber mais ênfase nos currículos de graduação em Terapia Ocupacional na Colômbia.

Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional – afinidades eletivas

A revisão de escopo trouxe também entre seus achados a ocorrência de poucos trabalhos colocando as conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva (ou mesmo a Saúde Pública e a Saúde Comunitária) em primeiro plano, ainda que existam manifestações preliminares há décadas. Este fato pode ser pensado a partir de alguns prismas. No Brasil, como visto nos capítulos anteriores, isto pode ser um fenômeno decorrente da própria constelação de terminologias e conceitos que envolve a identidade da Saúde Coletiva, dificultando um olhar para suas bases e fundamentos, e conseqüentemente, para as conexões possíveis. Outra perspectiva trata dos próprios processos de estruturação e institucionalização do conhecimento, como aponta Nunes⁶. Para o autor, a história de um campo de conhecimentos precede a sua institucionalização, uma vez que estes campos comumente possuem um passado rico em ensaios, pesquisas e manifestações intelectuais já alinhadas ao conhecimento que é construído a partir da sua institucionalização.

É possível observar um distanciamento entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Pública também no cenário internacional. Lewis, Lehman e Cockburn¹⁷⁴ reconhecem o distanciamento entre as áreas no Canadá, apontando entre os possíveis motivos para tal: o foco adotado durante décadas pela Terapia Ocupacional na reabilitação; a crença que a Terapia Ocupacional se dedicava ao cuidado individual e a Saúde Pública ao

cuidado populacional; os processos de construção das identidades de ambas as áreas, deixando as conexões e as práticas colaborativas em segundo plano; a falta de conteúdos voltados à Saúde Pública na formação dos terapeutas ocupacionais; insuficiente abertura e acolhimento de outras áreas pela Saúde Pública.

As autoras defendem uma aproximação entre as duas áreas, pois acreditam que ambas já compartilham de objetivos em comum, e discutem que uma perspectiva ocupacional na Saúde Pública poderia ajudar a reduzir iniquidades e aumentar a eficácia de programas. Corroboram também a adoção de perspectiva interprofissional no âmbito das práticas, do ensino e dos programas governamentais¹⁷⁴.

No Brasil, a perspectiva interprofissional vem ganhando força e pode estar entre as principais estratégias de aproximação entre as áreas. Azevedo et al.¹⁷⁵ reconhecem que o país possui uma base fértil para expansão e aprimoramento destas experiências. Afirmam que as práticas interprofissionais vão ao encontro dos princípios do SUS, como o da equidade, tão importante atualmente dado o fardo das iniquidades novas e persistentes.

Ainda que estas afinidades eletivas se encontrem incipientemente descritas e exploradas, foram encontrados na presente revisão indícios sobre o conhecimento compartilhado e construído entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Destacamos algumas emergências em especial, como: a Terapia Ocupacional agregando a dimensão da gestão, o potencial encontrado para ambas as áreas ampliarem mutuamente seus escopos assistenciais a partir do encontro, e o reforço do contexto comunitário de práticas em ambas as áreas do conhecimento.

A partir dos artigos levantados, uma das emergências identificadas diz respeito à Terapia Ocupacional consolidando seu interesse no campo das políticas públicas de saúde e agregando a dimensão da gestão dos processos de saúde-adoecimento-cuidados, que é mais tradicionalmente explorada pela Saúde Coletiva. Isto pôde ser observado no destaque dado pelos artigos do presente levantamento às questões de avaliação e monitoramento de condições de saúde, à gestão clínica e à gestão de serviços. Na literatura, essa apropriação é mais facilmente encontrada em trabalhos nacionais, o que pode ter relação com a consolidação do SUS há mais de três décadas,

uma vez que o mesmo supõe o envolvimento da comunidade na sua gestão, aproximando usuários e trabalhadores da esfera das decisões¹⁷⁶.

Santos e Menta¹³³ afirmam em estudo que apesar de os sistemas de saúde necessitarem de profissionais capacitados para sua sustentabilidade, e que as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Terapia Ocupacional preveem dotar o profissional de competências e habilidades para o exercício da gestão, estes conteúdos tiveram pouca expressão nos cursos de graduação estudados, representando menos de 2% da carga horária total dos mesmos. Furlan e Oliveira¹⁷⁷ apresentam o contraponto que o terapeuta ocupacional, ainda que saia da graduação sem significativos aportes em administração e recursos humanos, geralmente possui habilidades e visões de saúde cada vez mais valorizadas na gestão do SUS e da Atenção Primária, entre elas a escuta empática e horizontal, valorização da co-gestão do cuidado e da integralidade da atenção.

Ainda, é possível observar trabalhos publicados em periódicos de Terapia Ocupacional sobre gestão e suas variadas dimensões, ainda que sem relacioná-las diretamente com a Terapia Ocupacional. Dentre alguns exemplos, Bianchi e Nicolau¹⁷⁸ analisam trajetórias de conselheiros municipais de saúde ligados ao segmento dos usuários, e Costa e Rocha¹⁷⁹ exploram a composição e a formação do quadro administrativo do Ministério da Saúde.

Outra emergência encontrada na interação entre a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional remete ao potencial encontrado para ambas as áreas ampliarem mutuamente seus escopos assistenciais a partir do encontro. No caso da ampliação observada pela Terapia Ocupacional, temos esta, a partir de uma concepção ampliada de saúde proposta pela Saúde Coletiva, buscando transcender a ênfase dos cuidados individuais e de reabilitação às práticas de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e de cuidados voltados às populações.

A abordagem dada à Promoção da Saúde na literatura de Terapia Ocupacional perpassa uma diversidade de sentidos e perspectivas. Como encontrada no estudo de Leles et al.¹⁸⁰, que investiga os benefícios da promoção de saúde em uma população idosa, uma das leituras da promoção de saúde se apresenta mais próxima de

intervenções que promovem o bem-estar e se dirigem à pessoas que não se encontram doentes, aludindo à história natural das doenças proposta por Leavell e Clarke¹⁸¹.

Também é possível encontrar leituras nas quais a promoção da saúde alude ao cuidado para além da dimensão biológica, preocupando-se também com bem-estar, autonomia e participação, e assim podendo ser dirigidas a pessoas adoecidas ou não, como observado no trabalho de Santos et al.¹⁸², que discutiram sobre a promoção de saúde presente em práticas de Terapia Ocupacional hospitalar. Esta leitura se aproxima do conceito de saúde abordado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na sua Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que coloca a saúde enquanto produto da relação entre funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e é mediada por fatores pessoais e ambientais¹⁸³.

Ainda, há trabalhos que defendem que a promoção de saúde deve também ser emancipadora, e promover compreensão e ferramentas para ação sobre os determinantes sociais da saúde¹⁸⁴. Talavera-Valverde¹⁸⁵, por sua vez, relaciona a Terapia Ocupacional com a promoção de saúde implicando os profissionais na construção de ambientes sustentáveis e que preservem sua essência cultural.

Embora tradicional e cara à Saúde Coletiva, a promoção da saúde acumula também algumas críticas que devem ser levadas a sério pela Terapia Ocupacional. Entre tais críticas, Vasconcelos e Schmaller¹⁸⁶ destacam: a medicalização da existência; a saúde compreendida como obsessão e mandamento, aumentando a culpabilização dos “desobedientes” e alimentando o mercado do “corpo-objeto”; a ênfase excessiva nos estilos de vida; a confusão de equidade com investimento seletivo nos mais pobres; a confusão de intersectorialidade com desinvestimento governamental na pasta da saúde; a confusão de empoderamento com incorporação de hábitos; a confusão de participação social com ações de voluntariado.

O caso da prevenção de doenças e agravos se apresenta menos polissêmico na literatura da Terapia Ocupacional, aludindo geralmente à história natural das doenças de Leavell e Clark¹⁸¹. Também é possível observar que a prevenção aparece mais frequentemente em áreas já mais exploradas pela Terapia Ocupacional no âmbito da reabilitação, tendo como exemplo o artigo de Vilela e Hurtado¹⁸⁷, que abordam a prevenção na área de Saúde do Trabalhador. Pode-se inferir que, havendo um corpo de

conhecimentos de cuidado mais estruturado numa determinada linha de cuidado, torna-se mais fácil expandi-la para que contemple a prevenção, ao invés de pensa-la em outras áreas onde o conhecimento da Terapia Ocupacional é menos consolidado.

No que diz respeito aos cuidados voltados a populações, observa-se que o tema continua menos evidente na literatura de Terapia Ocupacional¹⁷⁴. Malfitano et al.¹⁸⁸ acrescentam que as práticas no nível de comunidades e populações devem transcender o individual e também o individualismo, tendência imposta à saúde pelo neoliberalismo. A Associação Americana de Terapia Ocupacional¹⁸⁹, por sua vez, aponta alguns exemplos de intervenções em nível populacional, como: a promoção de ações de urbanismo e transporte público para implementação de normas de acessibilidade e desenho universal, capacitações de creches com relação ao desenvolvimento infantil, treinamento de voluntários de desabrigados por desastres naturais, dentre outros.

Na outra face da moeda, destacamos a Terapia Ocupacional oferecendo novas possibilidades de práticas de cuidado à Saúde Coletiva, *a partir das ocupações*. Dessa forma, a Terapia Ocupacional oferece uma ampliação da Saúde Coletiva apresentando a dimensão ocupacional do cuidado. Para Wilcock¹⁹⁰, o envolvimento em ocupações se constitui como elemento central para pensar os processos de saúde-adoecimento-cuidados, pois podem afastar ou aproximar as pessoas do seu bem-estar. Pizzi e Richards¹⁹¹, por sua vez, apontam que prover oportunidades de envolvimento em ocupações significativas é elemento chave para promover saúde e bem-estar, e apresentam o instrumento *Pizzi Health and Wellness Assessment*, que avalia a interação de elementos ligados às ocupações e à saúde/bem-estar.

Ainda, outra emergência observada foi a confirmação da relevância do contexto comunitário de práticas para a Terapia Ocupacional e para a Saúde Coletiva. Elemento significativo e rico de sentidos, nos artigos da presente revisão denotou o local das práticas, onde a expressão “settings baseados na comunidade” foi utilizada em oposição aos settings situados dentro de instituições de saúde, bem como a idéia de uma dimensão supra-individual das práticas, e até a compreensão de comunidade enquanto espaço social de dinâmicas próprias, onde a cotidianidade dos sujeitos acontece, e diferentes atores sociais constroem redes de apoio e interagem em busca de soluções para problemas de saúde comuns. Alinhada a esta última perspectiva, a Atenção Primária

à Saúde (APS) despontou como nível de atenção privilegiado para agir no contexto comunitário de práticas, especialmente quando pautada na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que esta preconiza o trabalho em um território definido, para que sejam melhor apreendidos pelos profissionais suas particularidades históricas, culturais, fatores determinantes da saúde.

No cenário nacional da Terapia Ocupacional, é possível observar que o contexto comunitário de práticas não é um advento recente, nem circunscrito necessariamente ao campo da saúde, ou da Saúde Coletiva. Barros, Lopes e Galheigo¹⁹² apontam que a orientação territorial e comunitária emerge no país no final dos anos 1970, e é explorada também na educação e na esfera social. Ademais, destacam entre os princípios da participação comunitária a proximidade do cotidiano concretamente vivido, o envolvimento da população na resolução de seus problemas e a conquista da emancipação social e política desta população.

Para Silva e Oliver¹⁹³, a orientação comunitária foi significativamente relacionada à prática de terapeutas ocupacionais na APS. Os autores destacam que a orientação comunitária favorece a compreensão dos determinantes sociais de saúde e das incapacidades, assim como o enfrentamento da vulnerabilidade social e suas repercussões no que concerne às desigualdades em saúde.

No cenário internacional da Terapia Ocupacional, Hyett et al.¹⁹⁴ apontam que comunidades são espaços sócio-culturais-políticos únicos que compreendem novas opções para abordar questões de saúde, geralmente não tão acessíveis em ambientes clínicos tradicionais. Corroboram o papel de articulador social, preconizando para tal habilidades de educação, colaboração e advocacy para atingir os objetivos de saúde da comunidade. Ademais, colocam que serviços e abordagens comunitárias reduzem barreiras de acesso de grupos vulneráveis às práticas de saúde, e numa dinâmica mais horizontal entre sujeito e profissional.

Não obstante, Vinzón, Alegretti e Magalhães¹⁹⁵ relatam que as práticas comunitárias desenvolvidas por terapeutas ocupacionais se encontram mais frequentes na América Latina. Contudo, recomendam maior sistematização e aprofundamento teórico e metodológico dos modelos identificados para a consolidação do campo.

No caso da Saúde Coletiva, o contexto comunitário de práticas remonta à sua herança da Medicina Comunitária e da Medicina Social. Não obstante, se mantém significativo para organizar respostas às necessidades de saúde em nível populacional, inclusive em momentos de crises sanitárias. Para Scally¹⁹⁶, a ênfase comunitária se constitui um imperativo para um enfrentamento efetivo da pandemia de covid-19 no âmbito do sistema de saúde inglês. No Brasil, Souza et al.¹⁹⁷ apontam que municípios com a APS fortalecida qualificaram os sistemas de saúde locais e apresentaram menores taxas de mortalidade e letalidade por covid-19.

Sobre ancestralidade e institucionalidade

Além das afinidades eletivas encontradas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva, outro destaque que acrescentaremos neste capítulo se refere à repetição do contexto comunitário de práticas emergindo como algo significativo para a Saúde Coletiva. Já lembramos em algumas ocasiões nesta pesquisa que a noção de cuidado extra-hospitalar, é especialmente conectada ao movimento da Medicina Comunitária⁶⁵, assim como que a ideia de compreensão da determinação social das enfermidades remonta ao movimento da medicina social⁶⁸. Ambos movimentos são anteriores à Saúde Coletiva, guardando com esta uma relação muito próxima.

Como vimos no capítulo anterior, a Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento apresenta um domínio nebuloso, que ora é indistinto de alguns de seus movimentos precursores e correlatos, ora é metonimicamente indistinto de alguns de seus conceitos chave, como a promoção de saúde, por exemplo. Sua criação destaca mais a crítica e o rompimento com/entre outros movimentos^{68,73}, ou, ao menos, uma posição neutra quanto a estes⁶⁶. Apesar disto, segue sua institucionalização, e no início da década de 1980, vai institucionalizando também subáreas, ou áreas de concentração, a saber: epidemiologia; política, planejamento e gestão; ciências sociais em saúde⁶⁶.

Da crítica ou da neutralidade, pela raiva ou pela trégua, emerge a Saúde Coletiva. Contudo, há de se questionar o que havia de efetivamente novo neste novo campo de saberes e o que havia de continuidade. Certamente haviam divergências, antagonismos que não se suportaram e culminaram numa cisão. E houveram também

continuidades, elementos convergentes que continuam a se expressar, pela força da ancestralidade e apesar das cisões, apesar de não estarem formalmente institucionalizados enquanto disciplinas, caso do contexto comunitário de práticas.

Colocando o desenvolvimento da Saúde Coletiva sob o prisma do paradigma da complexidade, podemos apreendê-la em sua relação dialógica com seus movimentos precursores e correlatos⁷. Podemos compreender a Saúde Coletiva enquanto resultante de ideais e conceitos simultaneamente concorrentes, antagônicos e complementares. Assim, tornamos a nebulosa mais complexa para melhor vê-la. Nesta ótica, podemos enriquecer a visão provisória do domínio nebuloso da Saúde Coletiva e dar um passo a mais no sentido da construção da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Podemos compreender o todo da Saúde Coletiva para além do somatório de suas subáreas institucionalizadas, mas enquanto organização complexa em relação dialógica com seus movimentos precursores e correlatos.

À guisa de conclusão da terceira expedição

A terceira expedição dialoga com, atualiza e aprofunda alguns aspectos das expedições anteriores, e apresenta uma riqueza de afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. As principais conexões encontradas remeteram à Terapia Ocupacional afinada com a Saúde Coletiva em relação à dimensão da gestão; a Terapia Ocupacional ampliando seu escopo assistencial para a promoção de saúde, a prevenção de doenças e agravos e o cuidado a populações; o potencial da dimensão ocupacional dos processos de saúde-adoecimento-cuidados para a ampliação do escopo de interesse da Saúde Coletiva; e o reforço da importância do contexto comunitário de práticas em ambas as áreas do conhecimento.

Com relação à revisão bibliográfica realizada na primeira expedição, aprofunda aspectos da conexão da Terapia Ocupacional com a gestão, bem como com os conceitos de promoção de saúde, prevenção de agravos e com o contexto comunitário de práticas. Também adiciona uma contribuição da Terapia Ocupacional para a Saúde Coletiva, que é a dimensão ocupacional do cuidado. Este intercâmbio cultural, por sua vez, apresenta potencial para ambas as áreas ampliarem o escopo e o alcance de suas

práticas, como mencionam Lewis, Lehman e Cockburn¹⁷⁴, e assim ajudar a reduzir iniquidades e qualificar o cuidado prestado à população.

Não obstante, provoca novas reflexões acerca da Saúde Coletiva com sua ancestralidade, seus movimentos precursores e correlatos, e seu domínio, enriquecendo uma compreensão da mesma e trazendo novos elementos para que uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva possa ser proposta.

DISCUSSÃO: DIÁLOGOS ENTRE E A PARTIR DAS EXPEDIÇÕES

(Gabrielle e Jean - Renoir)

Neste capítulo será apresentada uma discussão do conjunto das expedições de pesquisa realizadas. Será discutido o processo de descoberta, aprendizagem e produção de conhecimentos, bem como os principais achados da exploração e os respectivos insights que os mesmos proporcionaram aos pesquisadores. Divide-se em duas seções, *‘Balanço das expedições’* e *‘Atualizando as afinidades eletivas’*.

Balanço das Expedições

Iniciamos a análise acerca da pesquisa enquanto processo vivenciado pelos pesquisadores de investigação, descoberta, reflexões e produção de conhecimentos. Considera-se que o desenvolvimento da pesquisa foi coerente com as escolhas metodológicas, em especial com o alinhamento ao paradigma da complexidade, com o delineamento exploratório e na reaproximação dos sujeitos pesquisadores com o objeto de pesquisa.

As conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva de fato se apresentaram exploradas de maneira incipiente, indireta, não nomeadas enquanto tal, o que tornou a escolha pela exploração muito acertada. Ademais, cada expedição assumiu uma relação complexa com a anterior, uma vez que a segunda e a terceira expedições não se comportaram como um complemento “jogral” das anteriores, e sim dialogavam com estas, as atualizavam e se atualizavam a partir destas. Na perspectiva de Morin, o todo das expedições superou a mera soma das partes⁷.

Outro ponto de convergência com a complexidade foi a construção do conhecimento em rota circular e espiral, entre aberturas e fechamentos⁷. Entre as ocorrências deste fenômeno, a mais concreta se deu na análise de pontos emergentes na terceira expedição que já haviam emergido na primeira expedição. Pela construção em espiral, os pontos foram retomados, mas já sob outro ângulo e outro olhar dos pesquisadores, olhar este mais experiente e apurado pelo andamento da investigação. Outro exemplo é o presente capítulo, escrito após abertura do material aos ritos acadêmicos de qualificação, no qual novos olhares e insights sobre as expedições se juntaram às reflexões iniciais dos pesquisadores.

Também transpareceu no desenvolvimento da pesquisa o prazer na/da exploração, apesar dos inevitáveis percalços. No raciocínio moriniano, pode-se inferir que

o prazer da exploração contribuiu para a recursividade do projeto de pesquisa⁷. Dialogando com a psicanálise, Sang¹⁹⁸ coloca a exploração como ponto em comum da criança que brinca e do cientista que pesquisa, uma vez que ambos, através desta, observam, analisam, constroem e abandonam teorias sobre o desconhecido.

Para Winnicott¹⁹⁹, no brincar a criança e o adulto fruem sua liberdade de criação e podem utilizar sua personalidade integral, e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu. Dessa forma, cabe também a leitura que a exploração realizada, além de conferir prazer e continuidade ao projeto de pesquisa, possibilitou a elaboração de identidades: terapeuta ocupacional, doutorando, sanitarista, pesquisador, cientista social em saúde.

Ademais, o conhecimento construído a partir desta pesquisa também se mostrou um conhecimento que carrega uma potência, um “ainda não”, tal como postulado na sociologia das emergências proposta por Santos¹¹, uma vez que expande o universo temático sem a pretensão de esgotá-lo, e deixa em aberto um convite para que outros trabalhos e pesquisadores venham a compor essa construção. A intenção de não esgotar o universo temático é consciente da realidade e alinhada a autores que criticam a herança moderna na sociedade, como Bauman¹⁶⁴. Para o sociólogo:

Um axioma dessa mentalidade era que, se houvesse mil itens potenciais de conhecimento ainda não revelados, com a descoberta de um deles só restariam 999. O abandono desse axioma marca a passagem da modernidade para seu estágio pós-moderno. A modernidade atinge esse novo estágio quando é capaz de enfrentar o fato de que o aumento do conhecimento expande o campo da ignorância, que a cada passo rumo ao horizonte novas terras desconhecidas aparecem e que, para colocar a coisa de maneira mais genérica, a aquisição do conhecimento não pode se exprimir de nenhuma outra forma que não a da consciência de mais ignorância. “Enfrentar” esse fato significa saber que a jornada não tem um destino claro e, ainda assim, persistir na viagem (Bauman¹⁶⁴, p.258).

Debruçar-se sobre a presente pesquisa também desvelou algumas de suas limitações. Dentre elas, destacamos aqui uma limitação referente à coleta de dados em ambas as revisões de literatura. A escolha da busca ser realizada, nas duas ocasiões, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), impôs uma limitação com relação a dois dos maiores periódicos em Terapia Ocupacional no Brasil. Embora lançadas no ano de 1990, a Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo e os Cadernos

Brasileiros de Terapia Ocupacional (lançado como Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar) somente foram indexados às bases de dados que compõem a BVS respectivamente no final da década de 1990 e no ano de 2012²⁰⁰, afunilando involuntariamente o universo amostral das revisões. Cabe também lembrar que outro periódico de Terapia Ocupacional nacional, a Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO), atualmente indexado à BVS, teve seu primeiro número publicado em 2017²⁰¹.

Contudo, o período contemplado pelo presente estudo foi um período significativamente produtivo na literatura de Terapia Ocupacional. Folha et al.²⁰² afirmam que o período referente às décadas de 2000 e 2010 apresentaram aumento do volume de artigos publicados sobre Terapia Ocupacional em bases de dados, com tendência de aumento em periódicos específicos e também em periódicos não específicos da profissão. Em outro estudo, Folha, Cruz e Emmel²⁰³ apontam tendência de aumento do volume de artigos publicados por terapeutas ocupacionais brasileiros em periódicos indexados em bases de dados, no mesmo período.

Considera-se também que o presente estudo foi muito frutífero em seus achados e respectivas reflexões. Foi coerente com seus objetivos, identificando diversas afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Na dimensão institucional, apresentou aproximações entre as áreas através dos programas de pós-graduação *stricto sensu*, bem como dos programas *lato sensu*, caso da residência multiprofissional. Identificou eventos e uma linha de pesquisa que colocou lado a lado a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Mostrou também no âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) aproximações ao postular a Saúde Coletiva como uma das especialidades para o terapeuta ocupacional.

Na dimensão cognitiva, não foi encontrado nas revisões realizadas um trabalho que definisse ou propusesse o que é Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, ou mesmo nomeasse um determinado estudo ou prática como sendo de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Apesar disso, reuniu e apresentou trabalhos que conjugaram a Terapia Ocupacional com elementos e conceitos caros ao universo da Saúde Coletiva. Dessa forma, foram identificados estudos que buscaram dialogar com: a Saúde Pública, entendida como campo ancestral e correlato da Saúde Coletiva; com a

promoção de saúde, prevenção de agravos, determinação social da saúde e contexto comunitário de práticas, elementos herdados dos saberes ancestrais e valorizados pela Saúde Coletiva; com o universo da gestão, subárea institucionalizada da Saúde Coletiva; com as ferramentas desenvolvidas pela Saúde Coletiva, tais como a *Clínica Ampliada*, *Apoio Matricial* e *Projeto Terapêutico Singular*. Nessa empreitada, foi percebido principalmente a Terapia Ocupacional ampliando seu escopo de saber e práticas ao aproximar-se e apoderar-se destes elementos do universo da Saúde Coletiva. Contudo, nesta aproximação a Terapia Ocupacional também demonstrou potencial para ampliar o escopo da Saúde Coletiva, apresentando-a a dimensão ocupacional dos processos de saúde-adoecimento-provisão de cuidados.

A presente pesquisa também foi feliz em identificar possíveis desafios à construção de uma teoria acerca de uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Um deles foi a identificação de distintas formas de interdisciplinaridade, uma vez que desvelou dinâmicas de desconexão entre diferentes áreas e também dinâmicas que buscaram fundir diferentes disciplinas e profissões, contribuindo para situações de disputa, hierarquia e exclusão entre saberes, bem como situações de diluição e apagamento de identidades. Dessa forma, a teorização desejada para a formulação de uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva terá como matriz de inteligibilidade interdisciplinar o paradigma da complexidade.

Outro desafio encontrado se deu através da constatação da incerteza acerca dos domínios de ambas as áreas, de forma particularmente mais crítica em relação à Saúde Coletiva. Sua frequente indistinção de outros movimentos, conceitos e campos de saber ancestrais e correlatos colocou seu domínio em penumbra e, portanto, inacessível em sua plenitude. Também foi possível entender que em um determinado momento houve uma institucionalização de subáreas da Saúde Coletiva que não contemplou a totalidade dos saberes ancestrais ali vivos e frequentemente expressos. Ou seja, ao mesmo tempo que é indesejável a fusão da Saúde Coletiva com outros termos, percebe-se que a mesma é muito maior que suas definições, contornos e subáreas institucionalizadas.

A reflexão supracitada, útil e interessante na construção do conhecimento, dialoga diretamente com o paradigma da complexidade. A construção do conhecimento

passa por um processo complexo de pensamento e linguagem/discurso, e lida necessariamente com situações de separar o que estava ligado, e ligar e o que estava separado⁸. No caso do presente estudo, foi preciso recorrer à história para separar a Saúde Coletiva de outros conceitos com os quais estava fusionada; também foram reconhecidos elementos que fazem parte da Saúde Coletiva e não possuem lugar nas definições e áreas institucionalizadas, interpelando-nos a uma integração (obviamente sem recaídas em novas fusões). Dessa forma, a proposição de Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva que trataremos nas considerações finais buscará partir de uma compreensão de Saúde Coletiva que leve este apontamento em conta.

Um debate emerge: Uma lupa sobre as subáreas institucionalizadas da Saúde Coletiva

Acerca da institucionalização da Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimento e de suas subáreas acrescentaremos aqui oportunamente uma breve discussão. Vieira-da-Silva⁶⁶ nos lembra que a instituição das subáreas ou áreas de concentração da Saúde Coletiva – Epidemiologia, Política, Planejamento e Gestão e Ciências Sociais em Saúde – foram se consolidando na década de 1980, durante os congressos da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). A autora complementa que outra área do saber pleiteou nessa década um espaço como área de concentração da Saúde Coletiva, a Saúde Ocupacional; contudo, a mesma acabou por não se consolidar enquanto tal.

Ayres⁸¹ atualiza a historicidade da institucionalização das subáreas assinalando que a partir dos anos 1990 houve um movimento centrífugo na Saúde Coletiva. Para o autor, houve uma inflexão no campo, onde uma discursividade coesa, embora plural, sobre o espaço público da saúde, foi dando lugar a uma divisão territorial interna à sua comunidade de pesquisadores, de forma que a identidade das subáreas institucionalizadas ficou mais em evidência que a identidade do próprio campo da Saúde Coletiva.

Ainda que o estabelecimento de alguns contornos seja bem-vindo para a organização de um campo de saberes vasto como a Saúde Coletiva, alguns conflitos podem eclodir neste contexto. No dossiê “Diálogo entre as áreas do campo da Saúde

Coletiva”, publicado no periódico Interface – comunicação, saúde, educação – em 2023, houve unanimidade dos autores que participaram ao assinalarem conflitos entre as três subáreas institucionalizadas e também necessidade de maior diálogo entre as mesmas^{77-82, 204}.

Para Werneck²⁰⁴, a eclosão da pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos reforçou algumas tensões teóricas e políticas já colocadas entre as subáreas, uma vez que os epidemiologistas acabaram tendo um peso muito maior na tomada de decisão sobre as políticas públicas neste âmbito, mesmo considerando a complexidade da pandemia. Inclusive, para o autor, o termo melhor empregado seria o de sindemia, uma vez que a COVID-19 interage com distintas formas de vulnerabilidade (sanitárias, sociais, ambientais etc), potencializando os efeitos adversos de todos os fatores sobre a saúde da população.

A título de apresentação de outros conflitos possíveis entre as subáreas, um frequentemente encontrado na literatura diz respeito à produção do conhecimento e os modos de avaliação de pesquisadores e programas de pós-graduação. Vieira-da-Silva⁸² assinala que a Epidemiologia, devido suas características estruturais de produção científica, acabaria por exercer dentro da Saúde Coletiva uma hegemonia sobre as demais áreas. Castiel²⁰⁵, em sua crítica à preocupação bibliométrica dominante no meio acadêmico, pondera que o processo avaliativo quantitativo não respeita as diferenças entre distintas áreas em termos de sua organização do trabalho de pesquisa; por conseguinte, o estresse em alcançar metas poderia fomentar atritos entre pesquisadores mais ligados à subárea da epidemiologia (que possuem desenhos de pesquisa mais frequentemente quantitativos) e seus colegas ligados à subárea das ciências sociais em saúde (que possuem desenhos de pesquisa mais frequentemente qualitativos), por exemplo.

Outro ponto de conflito evidenciado por Martin e Pereira⁷⁸ diz respeito a um desdobramento das trocas entre as subáreas que se configura numa apropriação rasa de conceitos de outrem, resultando, por exemplo, em análises e narrativas rasas sobre o social feita por pesquisadores de gestão e epidemiologia. Os autores ainda complexificam o debate e problematizam inclusive uma suposta homogeneidade no interior das subáreas institucionalizadas. Revelam que há grandes diferenças internas

entre as disciplinas de ciências humanas que ocupam o grande guarda-chuva das ciências sociais e humanas em saúde, uma vez que cada uma delas se organiza metodologicamente e percebe seus objetos de forma distinta das demais. Contudo, apontam riquezas que acompanham as questões da diversidade e da marginalidade das ciências humanas dentro de Saúde Coletiva, tais como o imperativo de se estar sempre em processo de tradução, e a condição de menor limitação à imaginação, tributo mais frequente na condição de maior poder e hegemonia.

Werneck²⁰⁵, sob o prisma da epidemiologia, complementa o exposto acima apontando que mesmo considerando uma subárea institucionalizada e com menos heterogeneidade interna, como a epidemiologia, ainda se trata de uma forma de conhecimento dinâmico, constantemente convocado a se repensar e se reinventar a partir da contingência do mundo, como ocorreu durante a pandemia.

Dessa forma, podemos olhar a institucionalização das subáreas como é, ou seja, como construção social de determinados atores em determinado tempo e lugar, e abrir espaço para evidenciar tensões e produzir alguns questionamentos, como o que fazer com a herança cognitiva dos saberes precursores que não se encaixam exatamente nos contornos das subáreas, ou questionar até que ponto é de fato interessante haver subáreas e se as existentes são a melhor opção para representar e organizar institucionalmente este vasto universo chamado Saúde Coletiva.

Este derradeiro ponto supracitado é corroborado por Barata⁷⁷. Na contramão da maioria dos autores, que pontuam a existência de conflitos entre as subáreas institucionalizadas e a necessidade de maior diálogo entre as mesmas sem, contudo, questionar o *status quo* da existência destas subáreas, a autora nos coloca que:

Pensando no campo da Saúde Coletiva, talvez seja o caso de abandonar as disciplinas e seus derivativos inter, multi e transdisciplinaridade; e pensar em organização de fluxos de saberes e enunciados mais flexíveis e multivariados em torno de temáticas e problemas, não mais dirigidos por objetos perfeitamente delimitados (Barata⁷⁷, p.11).

Bauman¹⁶⁴, por sua vez, nos lembra que o ato classificatório, presente nos processos de institucionalização como os supracitados, é uma estratégia da modernidade para – em vão – tentar expurgar a ambivalência. Para uma mente moderna, classificar é prevenir o caos. À crítica da modernidade, portanto, cabe a convivência com a

ambivalência. A complexidade preconiza essa convivência, uma vez que seu princípio dialógico se constitui justamente na associação de instâncias complementares, concorrentes e antagônicas⁸.

Sobre as questões levantadas acerca da institucionalização da Saúde Coletiva e suas áreas de concentração, temos que algumas tensões e conflitos poderiam ser equacionados no bojo do princípio dialógico, levando a sério não apenas a complementaridade das subáreas da Saúde Coletiva, mas também a concorrência e o antagonismo dentre elas.

Outra contribuição pertinente da complexidade neste contexto é a noção do todo enquanto simultaneamente mais e menos que a soma das partes⁷. Em outras palavras, sob uma leitura Moriniana da Saúde Coletiva, podemos compreender a mesma enquanto um sistema, uma totalidade composta por diversos saberes e subáreas institucionalizadas. Assim, a interação destes elementos pode produzir efeitos, qualidades e propriedades que superam aquelas das partes isoladamente, de forma que o todo é mais que a soma das partes; e simultaneamente, haverá qualidades ligadas às partes, quando consideradas isoladamente, que desaparecem no seio do sistema, de forma que o todo é menos que a soma das partes.

Ademais, o risco de fragmentação do todo da Saúde Coletiva pode ser adereçado através do princípio hologramático da complexidade, ou seja, através de um investimento maior na clareza da estrutura de seu todo (seu domínio, seu objeto, seus movimentos ancestrais e correlatos e sua relação com cada um deles), portanto, no que une seus atores mesmo diante da expressão de suas particularidades, em detrimento da criação, institucionalização e adensamento das subáreas.

Esta crítica sobre a institucionalização da Saúde Coletiva e de suas subáreas pode, dentro de uma ótica pós-moderna através dos fenômenos de desestabilização e descentramento descritos por Burke⁹⁴, avolumar-se ao questionamento da universidade e outras organizações de cunho acadêmico/científico como únicos espaços válidos para adquirir conhecimento e formação. Para Burke¹⁵³, este questionamento não é tão recente, uma vez que no período de tecnologização do conhecimento, que corresponde às décadas de 1940 a 1990, já há um declínio na importância das universidades como centros de produção do conhecimento. Nessa linha, abre-se espaço para trabalhos como

os de Cardinalli e Castro²⁰⁶ e Cardinalli, Feriotti e Silva²⁰⁷, que trazem investigações acerca da trajetória de terapeutas ocupacionais docentes, explorando espaços significativos na formação destes fora das universidades.

Entretanto, sendo esta tese escrita na década de 2020, é de suma importância situar que ao valorizar o descentramento das universidades como centros de produção de conhecimento não estamos compactuando com o descrédito na ciência, muito menos com o negacionismo científico e suas respectivas *fake news*, ou inverdades. Fenômeno emergido nos últimos anos e de alta magnitude, a ponto de marcar o período como *era da pós verdade*²⁰⁸, infelizmente afeta significativamente o setor da saúde, trazendo prejuízos para a efetivação de políticas públicas de enfrentamento à pandemia de COVID-19 e suas consequências²⁰⁹.

Atualizando as afinidades eletivas

A exploração realizada encontrou e apresentou algumas afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Recapitulando brevemente, as principais afinidades eletivas se deram no âmbito institucional e cognitivo. Neste, através da participação de terapeutas ocupacionais em programas de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu* em Saúde Coletiva, assim como da existência de linhas de pesquisa em Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva, e da previsão da Saúde Coletiva como uma especialidade da Terapia Ocupacional reconhecida em seu conselho federal. Naquele, através de trabalhos que colocaram em diálogo a Terapia Ocupacional com campos ancestrais e correlatos da Saúde Coletiva e seus respectivos elementos, bem como com a subárea institucionalizada da Gestão e algumas de suas ferramentas.

Contudo, temos que a compreensão da Saúde Coletiva neste trabalho se transforma e se complexifica ao longo do seu desenvolvimento. Através de um aprofundamento de sua dimensão histórica, a reconhecemos não como sinônimo, mas sim como descendente de outras manifestações intelectuais como a Higiene, Saúde Pública, Medicina Preventiva, Medicina Integral, Medicina Social e Medicina Comunitária. Esta mudança de perspectiva abre caminho para ampliarmos as afinidades eletivas da Saúde Coletiva com a Terapia Ocupacional, pois consideramos que a Terapia Ocupacional compartilha valores, práticas, contextos e questionamentos com estes

movimentos. Dessa forma, agregam-se, em uma via mais indireta, outras afinidades eletivas entre as áreas do conhecimento em questão. Para citar algumas delas, temos a retomada de referenciais teóricos para além da visão biológica do ser humano, aliada a busca de maior consciência social e política, bem como a construção conjunta de práticas no bojo do SUS.

Como apresentado no percurso da Terapia Ocupacional descrito no capítulo introdutório, houve um momento de inflexão na profissão em meados da segunda metade do século XX, em âmbito nacional e internacional. Avolumaram-se críticas às práticas percebidas como reducionistas, bem como à hegemonia biomédica da saúde e à dependência da Terapia Ocupacional dos saberes médicos. Uma das consequências imediatas desta situação foi a busca dos terapeutas ocupacionais por formação e diálogo com outras áreas do saber, ligadas ao campo das humanidades e não só na esfera biológica. Analogamente, na Saúde Coletiva houve uma retomada de ideias da Medicina Integral, que visava uma compreensão holística, biopsicossocial de ser⁶⁵, bem como o desenvolvimento das ciências sociais em saúde, que a partir das décadas de 1960 e 1970, adotam referenciais teóricos de orientação mais marxista⁶⁸.

Esta iniciativa de agregar referenciais críticos e ligados ao materialismo histórico também fez parte do desenvolvimento da Terapia Ocupacional. Esta iniciativa, que coloca a profissão como ferramenta de justiça social³⁸, pode ser lida como afinidade eletiva com a medicina social e as tendências da sociologia da saúde na América Latina e no Brasil no mesmo período⁶⁸. Francisco³⁸ identificou na década de 1980 três grandes influências filosóficas nos estudos e práticas de Terapia Ocupacional e apresentou-as como os modelos de processos em Terapia Ocupacional.

Segundo a autora, os três modelos emergentes na ocasião eram o modelo positivista, assentado numa concepção de saúde enquanto ausência de doença; o modelo humanista, cuja concepção de saúde se pautava num equilíbrio do homem com seu ambiente e em estado de completo bem-estar físico, mental e social; e o modelo materialista histórico, onde a saúde é sobretudo um processo determinado histórica e socialmente. Sobre a Terapia Ocupacional pensada neste modelo, destaca:

Como a Terapia Ocupacional é uma prática de saúde que propõe o uso da atividade como recurso terapêutico, uma das possibilidades de ela vir

a ser um espaço para transformar a si mesma e assim contribuir para a transformação social mais significativa é através desse fazer. Um fazer que busca conscientizar os homens da opressão a que estão submetidos enquanto membros de uma sociedade classista. Um fazer que desvela as determinações sociais vividas, busca descobrir formas revolucionárias, mostra a contradição e o conflito da saúde numa sociedade de classes (Francisco³⁸, p.77-8).

A interpelação dos profissionais à responsabilização e busca de um papel social e político no bojo das transformações sociais da sociedade brasileira nos anos 70 e 80, associada a crítica à hegemonia e ao reducionismo médico e psicológico dos fenômenos de saúde e adoecimento²¹⁰, e a adoção de referenciais teóricos mais críticos²¹¹, constituem algumas das afinidades eletivas da Saúde Coletiva com a Terapia Ocupacional. Ademais, também se constituem como bases de um movimento desenvolvido no interior da Terapia Ocupacional denominado Terapia Ocupacional Social.

Na década de 1970, os terapeutas ocupacionais, que até então estavam inseridos quase exclusivamente em serviços de reabilitação para pessoas com transtornos mentais, deficiência física e deficiência mental, passam a inserirem-se em outros contextos de práticas, como presídios, programas comunitários, FEBEM (Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor)²¹², creches comunitárias e asilos²¹¹. Dessa forma, foram diversificando seu público e novas questões foram sendo observadas.

O termo *Terapia Ocupacional Social* foi cunhado em 1979, por Jussara de Mesquita Pinto, na ocasião da apresentação de seu trabalho realizado com jovens internos em uma FEBEM e intitulado “Relato de uma experiência em Terapia Ocupacional no campo social”, no V Encontro Científico Paulista de Terapeutas Ocupacionais. Na década de 1980 houve a criação de disciplinas específicas de TO Social em cursos de graduação, bem como uma movimentação por meio da Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOBR) ao Ministério da Educação e Cultura de reformulação no currículo mínimo do curso para que fosse contemplada a temática de Terapia Ocupacional Social. Ademais, logo no início da década eventos acadêmicos já começam a ser organizados em torno do tema²¹¹.

Para Galheigo²¹¹, a Terapia Ocupacional Social se constituiu a partir da reflexão crítica sobre o lugar social do terapeuta ocupacional, com vistas à *autonomia*,

cidadania, garantia de direitos e emancipação pessoal e social, termos caros e ligados à formação da área. A Terapia Ocupacional Social se desenvolve dentro de algumas perspectivas que emergem na época: os processos sociais de mudança, tais como a redemocratização do Estado brasileiro, a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária; o questionamento do saber médico e psicológico quanto a suas explicações reducionistas acerca dos processos de saúde-doença, bem como sua disciplinarização e institucionalização de problemas sociais, reproduzindo valores dominantes; e as contradições advindas da produção de desigualdades e consequente crescimento de contingentes populacionais vivendo situações de pobreza, dissolução de vínculos, vulnerabilização das redes sociais e precarização do trabalho²¹⁰⁻²¹².

Entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990 o debate sobre o lugar social e político do terapeuta ocupacional havia se difundido e se desenvolvido, trazendo novos pontos de debates e desdobramentos. Entre os emergentes tópicos de discussão estava a questão se o contexto social de práticas haveria de ser compreendido como uma questão intrínseca à toda a Terapia Ocupacional ou se seria importante o desenvolvimento de uma área específica dentro do âmbito da Terapia Ocupacional, a Terapia Ocupacional Social, enquanto um campo particular de estudo e intervenção²¹²⁻²¹³.

Os desdobramentos deste debate são evidentemente plurais e entre eles consta o avanço da institucionalização da Terapia Ocupacional Social enquanto espaço particular dentro do universo da Terapia Ocupacional. Por sua vez, a Terapia Ocupacional Social acaba por abrigar perspectivas e compreensões também plurais. Para Malfitano²¹³, há uma questão intrínseca a toda a Terapia Ocupacional, em suas múltiplas vertentes e possibilidades, que se refere a importância de se compreender o contexto cultural, histórico e social do público alvo da profissão.

Não obstante, a autora advoga pela defesa da Terapia Ocupacional Social enquanto campo particular de intervenção, com próprio recorte teórico e metodológico e população alvo específica. Assinala que “a Terapia Ocupacional Social está voltada ao desenvolvimento de ações pela busca de emancipação e autonomia dos sujeitos que têm impedimentos e/ou dificuldades socioeconômicas para o acesso aos seus direitos sociais” (Malfitano²¹³, p. 123). Ainda, afirma que:

(...) para que a população em situação de rua, adolescentes em conflito com a lei, a infância e a juventude pobres, a velhice pobre e o asilamento, as formas alternativas de geração de renda, as ações comunitárias em periferias urbanas, os migrantes e os imigrantes, entre outros, sejam considerados como grupos populacionais para o trabalho do terapeuta ocupacional é preciso o reconhecimento da subárea social (Malfitano²¹³, p.124).

Na visão de Barros²¹⁴, a Terapia Ocupacional Social considera duas perspectivas. A primeira aproxima-se da compreensão do adoecimento enquanto fenômeno social, e propõe uma Terapia Ocupacional Social que busca desenvolver uma mediação saúde-doença por meio da dimensão social destes processos. A segunda propõe um extravasamento do campo da saúde, onde a ação do terapeuta ocupacional atua como estratégia de mediação de conflitos e negociações culturais entre grupos, indivíduos, coletividades e classes.

Barros, Lopes e Galheigo²¹² complementam esta segunda perspectiva, afirmando que a Terapia Ocupacional Social representa um desenlace da Terapia Ocupacional da área da saúde. As autoras ainda apontam que a transdisciplinaridade e a busca por agregar referenciais socioantropológicos aos referenciais da profissão permitiram que terapeutas ocupacionais contribuíssem para o entendimento e o desenvolvimento de abordagens individuais e coletivas em campos distintos da saúde, como assistência social, os trabalhos comunitários, o meio ambiente, as relações interculturais, entre outros.

Em algumas ocasiões é possível ainda observar uma radicalidade desta segunda visão, onde a Terapia Ocupacional Social não apenas extravasa o campo da saúde, mas aponta este como um campo inadequado para se adereçar as questões sociais. Um exemplo deste posicionamento é visto em Munguba, Malfitano e Lopes²¹⁵, que afirmam:

We assume here a stance on the failure and, in many cases, inefficiency of health interventions to deal with the social question. In the social field, occupational therapists have found that their work is more successful when they take a different approach and move outside of the healthcare system to work with other sectors, including social work, education, justice, and culture (Munguba, Malfitano e Lopes²¹⁵, p.901-2).

Na primeira perspectiva apresentada por Barros²¹⁴, vemos mais do que uma simples afinidade eletiva entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva; vemos uma afinidade eletiva muito significativa e concreta, uma intersecção explícita entre as áreas, uma vez que a determinação social do processo saúde-adoecimento é um elemento central na Saúde Coletiva, presente inclusive em definições acadêmicas sobre a área⁶⁵.

Outra conexão que emerge ao revisitar a Terapia Ocupacional Social é o fato de haver por parte de alguns de seus autores um público alvo específico desta subárea, alguns grupos e coletivos considerados prioritários para esta abordagem²¹³. Compreendendo a Saúde Coletiva como um campo de conhecimento que estuda e intervém na saúde de todos os indivíduos, grupos, coletivos e populações, eventualmente a Terapia Ocupacional Social e a Saúde Coletiva partilharão dos mesmos coletivos numa dada intervenção. Podem até mesmo partilhar das mesmas ferramentas e de alguns objetivos, uma vez que a Saúde Coletiva almeja também apreender e intervir nos determinantes sociais da saúde. Com efeito, é possível inferir que em alguns casos uma mesma intervenção realizada por um terapeuta ocupacional possa ser teorizada e apresentar um enquadramento conceitual através da Terapia Ocupacional Social ou da Saúde Coletiva.

Vieira²¹⁶ corrobora a potência do diálogo entre a Terapia Ocupacional Social e a Saúde Coletiva. Segundo a autora:

(...) observa-se que há um diálogo importante entre as propostas da Terapia Ocupacional Social, que ampliam radicalmente o objeto da profissão, e aquelas da Saúde Coletiva latino-americana, que se baseiam no materialismo histórico-dialético. Esse diálogo pode proporcionar o desenvolvimento de bases teórico-metodológicas para a análise de práticas emancipatórias em Terapia Ocupacional, nos diversos campos de atuação, que se queiram críticos e reconheçam que lidam diretamente com as manifestações do campo social. (Vieira²¹⁶, p. 26).

Outra afinidade eletiva entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva que esteve latente durante as expedições e aqui abordaremos brevemente diz respeito ao Sistema único de Saúde (SUS) e suas respectivas políticas, redes, serviços e práticas. Como já mencionado, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), em construção e desenvolvimento ininterruptamente no Brasil desde a década de 1970²¹⁷, além de contemporâneo, influenciou em diversos momentos de sua existência a Saúde

Coletiva⁶⁸ e a Terapia Ocupacional ²¹¹. Ademais, um dos desdobramentos mais expressivos da RSB foi o apoio a criação do SUS.

Para Teixeira, Souza e Paim²¹⁸ o SUS é a expressão de uma política de Estado que se fundamenta em uma concepção própria e ampliada de saúde e em uma perspectiva universalista de saúde enquanto direito, traduzida em valores, diretrizes organizativas e políticas e dispositivos jurídicos que orientam o curso das ações governamentais para sua operação. Esta concepção ampliada de saúde e os valores e diretrizes éticas e políticas do SUS, nos dão pistas, por si só, de mais uma afinidade eletiva entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva.

A defesa por uma vida saudável e com autonomia, a capacidade desses campos compreenderem e reagirem ao que adocece indivíduos e coletivos, a busca por transformar o isolamento em solidariedade, a dor e a doença em saúde e realizações, a desigualdade, discriminação em inclusão e pertencimento; a alienação em consciência do corpo, do território e da vida, são constructos valorizados e materializados nos estudos e práticas de ambas as áreas.

Sendo o SUS e seu universo acadêmico, político, assistencial, um espaço social que agrega terapeutas ocupacionais e sanitaristas, bem como conhecimentos e estudos acerca do universo das políticas públicas, planejamento e gestão, conhecimentos estes caros à subárea homônima da Saúde Coletiva e sua ancestral e correlata, a Saúde Pública, temos este em um plano mais indireto se apresentando como uma afinidade eletiva entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva.

Como já mencionado na primeira expedição e aprofundado na terceira expedição, Malfitano e Ferreira¹²⁰ abordam diretamente as conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Pública, em especial no que tange à dimensão do SUS. Com efeito, terapeutas ocupacionais estiveram presentes no SUS desde seus primórdios, executando-o e produzindo conhecimento convergente com a Saúde Coletiva, conforme alguns exemplos a seguir.

Dentre as terapeutas ocupacionais que acompanharam e escreveram sobre a aurora do SUS destacamos primeiramente Fátima Correia Oliver e parte de sua obra. Mestre e doutora em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo (FSP-USP), defendeu a dissertação e a tese intituladas, respectivamente: “Atenção

à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania”²¹⁹ e “Saúde Mental e Saúde da Pessoa com Deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do município de São Paulo”²²⁰.

Estes trabalhos, ainda que não versem especificamente sobre o papel ou as especificidades da Terapia Ocupacional no SUS de forma direta, são marcos significativos dos caminhos da Terapia Ocupacional no SUS, uma vez que abordam a perspectiva de uma profissional que viveu a assistência nos equipamentos do SUS, se apoderou de seus princípios, diretrizes, modelos e políticas públicas, assim como de autores do campo da Saúde Coletiva, para defender serviços de qualidade para grupos populacionais historicamente assistidos pela Terapia Ocupacional. Em sua dissertação, pontua: “O entendimento deste tema como pertinente à Saúde Coletiva, se dá pelo fato de que os dados epidemiológicos, mesmo que insuficientes, revelam um contingente populacional que, entre outros aspectos, não tem acesso à atenção à saúde e dela necessita (Oliver²¹⁹, p.128)”.

Outros destaques, dentre muitos, remetem à obra de Eucenir Fredini Rocha e Maria Heloísa da Rocha Medeiros. A primeira constrói sua trajetória na assistência, ensino e gestão no âmbito do SUS, e apresenta suas narrativas enquanto docente, assessora da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Campos (SP) e consultora do Ministério da Saúde na área de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Rocha foi integrante do Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Curso de Terapia Ocupacional da USP (REATA), que tem entre seus objetivos desenvolver pesquisas na área de Reabilitação em Saúde Pública, e que colaborou ativa e diretamente, na década de 1980, com a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, participando em discussões sobre as políticas públicas na área e capacitando profissionais da rede para atuação em diversos projetos²⁶. Ademais, esteve na vanguarda brasileira em relação a perspectiva de adotar um cuidado de reabilitação de base comunitária. Segundo Rocha²⁶, “(...) a reabilitação deve, necessariamente, compor as ações de Saúde Coletiva como um todo, inserida na atenção básica à saúde, como forma de prevenir, detectar e intervir precocemente nas deficiências” (Rocha²⁶, p. 26).

Por sua vez, Maria Heloisa da Rocha Medeiros²²¹ narra e reflete sobre a chegada de terapeutas ocupacionais para implantar a rede substitutiva de serviços de saúde mental no âmbito do SUS no município de Campinas (SP), na aurora de concretização da Reforma Psiquiátrica e do SUS. A autora já levanta reflexões atemporais para a Terapia Ocupacional no SUS, como o papel desta como um dispositivo analisador das políticas públicas, bem como a existência de disputas de modelos assistenciais no âmbito do SUS²²¹.

Não obstante, a Terapia Ocupacional continuou a desenvolver-se no SUS ao longo dos anos e décadas e multiplicou suas experiências e reflexões neste contexto até os dias atuais, sendo inúmeros os trabalhos que abordam esta temática. Neste bojo, destacamos algumas temáticas e produções. Realizado desde as origens do SUS, um tema sempre relevante para terapeutas ocupacionais se constitui nas reflexões acerca dos serviços implantados no âmbito do SUS para o atendimento de pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência, suas potências e desafios. Como exemplos, temos a publicação de Juns e Lancman²²², que refletem sobre o desenvolvimento do CAPS enquanto equipamento que defende e executa uma política pública e um modelo assistencial caro à Terapia Ocupacional, e debatem sobre a especificidade da profissão neste espaço. Mângia, Muramoto e Marques²²³ apresentam a realidade e os desafios dos serviços de saúde mental e seus processos de trabalho que se colocam aos terapeutas ocupacionais no município de São Paulo. Mais recentemente, Oliver et al.²²⁴ avaliam barreiras e facilitadores de serviços públicos de saúde em municípios do Vale do Paraíba e litoral norte de São Paulo, pensando no acesso de pessoas com deficiência.

Em outra frente temática temos a questão da inserção de terapeutas ocupacionais no SUS – formação e preparo para tal, distribuição em distintos serviços e municípios. Neste âmbito, Mângia²²⁵ afirma que a consolidação do SUS representou mais empregos na área da saúde, sobretudo no setor público, inclusive para terapeutas ocupacionais. Contudo, a autora advoga pela necessidade de prover uma formação voltada para as especificidades do SUS e aponta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) um norte significativo neste processo. Carvalho et al.²²⁶ atestam que no estado do Rio de Janeiro efetivamente houve uma ampliação de

terapeutas ocupacionais atuantes nos serviços públicos de saúde. Ainda, referem que por mais que a formação nem sempre se relacionou às demandas do SUS, há características da profissão que favorecem a inserção de trabalhadores neste contexto. Camargos et al.²²⁷, por sua vez, apresentam a distribuição de terapeutas ocupacionais no estado de Minas Gerais, argumentando que com a consolidação do SUS e suas plurais políticas públicas estes profissionais enveredaram-se por novos contextos de práticas, como a urgência e emergência, a vigilância em saúde e a gestão. Alonso et al.²²⁸ apresentam uma experiência a respeito de como um curso de graduação em Terapia Ocupacional se lançou ao desafio de rever sua matriz curricular para alinhar-se às demandas e perspectivas do SUS, por meio da participação em políticas de indução de formação.

Outra temática que merece destaque no bojo do SUS é a análise crítica de políticas públicas. Entre os muitos trabalhos significativos da temática, destacamos o trabalho de Farias e Bezerra²²⁹, que discutem as condições e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos, num contexto de “contrarreformas” da Saúde Pública. Para os autores:

A partir da realidade estudada, reafirma-se a importância da reflexão sobre as implicações políticas da ação técnica da Terapia Ocupacional, principalmente quando o profissional está inserido em serviços e políticas públicas que exigem uma visão crítica para serem operacionalizados, tal como a área da Saúde Pública (Farias e Bezerra²²⁹, p.244).

Outro artigo que destacamos na mesma temática é o de Lussi et al.²³⁰, que se posiciona contra notas técnicas do Ministério da Saúde que propiciaram desvios aos princípios da rede de atenção psicossocial construída desde a origem do SUS. Conforme reiteram as autoras: “A Terapia Ocupacional é uma profissão historicamente comprometida com a Reforma Psiquiátrica e com o Movimento da Luta Antimanicomial, formando profissionais implicados com a inclusão social e com a emancipação de sujeitos individuais e coletivos” (Lussi et al.²³⁰, p. 2).

Diante do exposto, do enriquecimento do conceito de Saúde Coletiva na presente tese, temos a possibilidade de refletir sobre outras afinidades eletivas, menos superficiais aos olhos de uma expedição de reconhecimento. Dessa forma, pudemos verificar que a Terapia Ocupacional traz inquietações e críticas convergentes com as da

Saúde Coletiva a partir das décadas de 1970 e 1980, preocupando-se com seu papel social e político, assim como debruçando-se sobre as questões sociais, inclusive no âmbito da saúde, e, em sintonia com a RSB, participa ativamente em seu maior desdobramento, o SUS. Neste âmbito, apropria-se das políticas públicas, sobretudo as que remetem a grupos populacionais historicamente assistidos pela profissão, vivencia-o e reflete sobre suas fragilidades e potências, bem como os modos de formar profissionais eticamente compromissados aos seus princípios e demandas.

Assim, as afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva não apenas se ampliam, mas ganham outra intensidade e outra magnitude. Estas afinidades eletivas encontradas no presente estudo provavelmente propiciaram que terapeutas ocupacionais se sentissem familiarizados à Saúde Coletiva mesmo sem um enquadramento teórico que colocasse a Saúde Coletiva como objeto direto de reflexão da Terapia Ocupacional, ou que propusesse uma Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: TERAPIA OCUPACIONAL *EM* SAÚDE COLETIVA

“Fiquei impressionado com um trabalho de Holton, que designou com o nome de *thémata* as idéias obsessivas que estimulam a pesquisa e o pensamento dos cientistas. Todo ser humano tem as suas *thémata*. De onde elas veem? Por que são tão poderosas em nós? Que fazem elas de nós e que fazemos nós delas? Podem ser modificadas e até transformadas pela experiência da vida? Dediquei-me, então, a descobrir as grandes *thémata* que ocuparam e estimularam meu espírito e me particularizaram, sem que eu tenha procurado me particularizar. (...), mas, durante a reflexão, a palavra *thémata* me pareceu insuficiente: obedecemos a forças poderosas sem saber; demônios que, como o *dâimon* de Sócrates, são entidades espirituais ao mesmo tempo interiores e superiores a nós”.

Edgar Morin – Meus demônios (1997)

A partir da exploração realizada e discutida sobre as conexões e afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva apresentamos a proposição sobre uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. A intenção é proporcionar a terapeutas ocupacionais um enquadramento teórico possível de ser utilizado ao navegar pela Saúde Coletiva, em contextos variados como da assistência, pesquisa ou da gestão. O ponto fundamental da proposta consiste na elaboração de uma matriz conceitual que possa conectar ecologicamente o domínio da Terapia Ocupacional com o domínio da Saúde Coletiva e ser estruturante para diversas situações e práticas. Orientados por este ponto, apresentaremos distintas possibilidades e exemplos da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

É preciso dizer que a proposta desenvolvida na presente tese acredita que o conhecimento é sempre dinâmico e passível de ser reformulado, complementado, revisto, de acordo com as demandas e construções sociais que o realimentam¹⁰. Ainda, que não há a pretensão de que tal teorização seja a única ou mesmo definitiva sobre esta unidade de conhecimento em questão.

Com efeito, após a conclusão das expedições exploratórias da presente pesquisa, foi defendida em agosto de 2021, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a tese de doutorado da terapeuta ocupacional Aline Godoy Vieira, intitulada “Fundamentação do processo de trabalho da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva: uma abordagem materialista histórico-dialética”²¹⁶.

Esta tese traz sua proposição de uma Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva pelo referencial do materialismo histórico-dialético. Para a autora, todos os processos de trabalho em saúde partilham do mesmo objeto, os perfis epidemiológicos dos grupos sociais, e a mesma finalidade, aperfeiçoar as condições de saúde do coletivo. Neste contexto, o objeto da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva são as atividades humanas enquanto mediadoras dos processos de reprodução social que definem os perfis epidemiológicos dos grupos sociais que compõem a população²¹⁶.

Para o enquadre proposto, a tese supracitada realiza um diálogo e proposições interessantes. Entretanto, a Saúde Coletiva ali é tratada em um recorte de seu todo. Mais especificamente, o recorte da Saúde Coletiva em diálogo com a Terapia

Ocupacional é restrito a algumas obras deste campo de conhecimento com base explícita no Materialismo Histórico Dialético.

Assim, se faz necessário perseverar na busca e proposição de um diálogo da Terapia Ocupacional com uma Saúde Coletiva compreendida o mais ampla e complexamente possível, para contemplar uma maior diversidade de vivências possíveis de terapeutas ocupacionais no âmbito da Saúde Coletiva.

Tratando-se de uma proposta de integração entre duas culturas, de uma ecologia entre saberes, assume-se aqui uma proposição assentada no paradigma da complexidade de Morin. Como discutido na segunda expedição, este paradigma apresenta-se adequado para adereçar questões interdisciplinares pois permite a integração de conhecimentos respeitando a expressão de diferentes domínios, não se ocupando em ocultar fenômenos de concorrência e antagonismo, e sim abrindo espaço para o desenvolvimento do conhecimento apesar de tais fenômenos.

Partimos também da constatação da fragilidade do domínio da Saúde Coletiva, pois esta apresentou-se fusionada a outros conceitos e saberes ancestrais. Esta penumbra conceitual dificulta o exercício do princípio hologramático do conhecimento⁸, aquele onde cada parte do todo possui a virtualidade do todo, tem consciência e consegue reproduzir o todo. Dessa forma, buscaremos uma Saúde Coletiva integrada com seu universo ancestral, conceitual e disciplinar sem fusionamentos, enquanto estrutura integrada que possa hologramar, na acepção moriniana. Ou, adotando o referencial de Goldman²³¹, uma Saúde Coletiva que sirva como uma matriz de inteligibilidade, um modelo de compreensão que seja capaz de ser entendido além do próprio contexto que foi produzido.

Definiremos a partir de agora a Saúde Coletiva enquanto um campo de conhecimento descendente da Aritmética Política, da Polícia Médica, da Higiene, da Saúde Pública, da Medicina Social, da Medicina Integral, da Medicina Preventiva; institucionalizado sobre as subáreas disciplinares de Política, Planejamento e Gestão, Ciências Sociais e Humanas em Saúde e Epidemiologia; e que articula conhecimentos transdisciplinarmente no campo da saúde para apreender e intervir no *continuum* saúde-adoecimento-provisão de cuidados, compreendido em sua integralidade de etapas (promoção de saúde, prevenção de agravos, cuidados curativos, de reabilitação e

paliativos) e em sua multidimensionalidade de fatores (ambientais/urbanísticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, antropológicos, políticos, ocupacionais, filosóficos, organizacionais, geográficos, demográficos, jurídicos, econômicos, ideológicos, religiosos-espirituais) de indivíduos, coletivos e populações. É, portanto, um campo de conhecimentos matriz, integrador e articulador de elementos e dimensões de um mesmo processo e de vários processos individuais, coletivos e populacionais que coexistem na sociedade.

A partir dessa definição de Saúde Coletiva propomos uma Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva enquanto campo de conhecimentos que busca apreender e intervir, por meio do envolvimento humano em ocupações, no *continuum* saúde-adoecimento-provisão de cuidados, compreendido em sua integralidade de etapas (promoção de saúde, prevenção de agravos, cuidados curativos, de reabilitação e paliativos) e em sua multidimensionalidade de fatores (ambientais/urbanísticos, biológicos, psicológicos, sociais, culturais, antropológicos, políticos, históricos, ocupacionais, filosóficos, organizacionais, geográficos, demográficos, jurídicos, econômicos, ideológicos, religiosos-espirituais) de indivíduos, coletivos e populações. Se a Saúde Coletiva é aqui entendida como campo de conhecimentos matriz, integrador e articulador, a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva se propõe a enriquecer essa matriz. Fará isso principalmente a partir do envolvimento humano em ocupações, fio condutor, integrador, analisador e interventor na articulação dos processos de saúde em suas múltiplas etapas e dimensões, bem como dos múltiplos e interligados processos vividos por indivíduos, coletivos e populações na sociedade.

Compreendendo a Terapia Ocupacional, a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva como unidades complexas dotadas de recursividade⁷ e do princípio hologramático⁸, compreendemos como cada um destes elementos integra, tem consciência do todo e consegue, na sua particularidade, realimentar o todo e evitar dispersão. Um estudo e/ou uma prática que se relacione com algum destes elementos pode, por conseguinte, se relacionar com o todo. Portanto, estamos aptos a realizar uma ecologia consciente e neguentrópica para a Terapia Ocupacional, para a Saúde Coletiva e agora, para a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

Para expandir a compreensão das possibilidades de estudos e práticas que podem se utilizar deste enquadramento teórico, apresentaremos a seguir um panorama de exemplos de ecologia entre a Terapia Ocupacional e diferentes pontos da Saúde Coletiva. Para cada um destes pontos de encontro, mencionaremos trabalhos que, mesmo não se identificando explicitamente como trabalhos de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, poderiam fazê-lo, sob a teorização aqui oferecida.

Iniciaremos conjugando a Terapia Ocupacional com um dos pilares disciplinares e institucionalizados da Saúde Coletiva, a área de Política, Planejamento e Gestão. Pilar disciplinar clássico e em grande medida herdeiro direto da Polícia Médica, da Higiene e da Saúde Pública, despontou de forma significativa nas revisões realizadas na primeira e terceira expedição. Nas expedições realizadas e em suas respectivas discussões, emergiu o quanto é importante para a Terapia Ocupacional apropriar-se do universo da gestão de serviços^{116,124}; o ensino de conteúdos relativos à área de gestão na graduação de terapeutas ocupacionais^{128,133}; a importância da gestão da clínica e suas ferramentas no cotidiano de terapeutas ocupacionais, como o Projeto Terapêutico Singular^{119,122,124,125,127}; habilidades de terapeutas ocupacionais para ocupar cargos de gestão¹⁷⁶; a vivência de espaços de vigilância²²⁷; controle social¹⁷⁸; avaliação de programas de cuidado^{117,118}; a importância de se apropriar das políticas públicas de uma forma ampla, analisando-as e vivendo-as como executores¹²⁰, bem como a análise de políticas públicas específicas, que dizem respeito à populações historicamente assistidas pela Terapia Ocupacional^{219,220,230}.

Não obstante, ainda há muitos elementos a serem explorados pela Terapia Ocupacional apenas dentro do universo disciplinar da Política, Planejamento e Gestão. Mei e Nunes²³², em um trabalho de revisão narrativa, encontraram outras conexões entre Terapia Ocupacional e a Área de Política, Planejamento e Gestão para além das supracitadas. Foram identificados trabalhos que versaram sobre a prática da Terapia Ocupacional enquanto ação política; a expertise da profissão com programas e políticas públicas de distintos setores; o planejamento de ações terapêutico-ocupacionais qualificando o planejamento geral de unidades de saúde; a Terapia Ocupacional se apropriando de ferramentas e estratégias do planejamento para qualificar as ofertas e

ordenamento do cuidado; a gestão enquanto barreira ou facilitador para o desenvolvimento do processo de trabalho de terapeutas ocupacionais.

Dentre algumas pesquisas que poderiam ser alocadas dentro do espectro da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, temos a investigação de Eliana Ferretti, terapeuta ocupacional e docente da Universidade Federal de São Paulo. Esta pesquisadora, a partir dos sentidos dos dispositivos de cadeira de rodas para a funcionalidade, participação social e qualidade de vida do coletivo de pessoas com incapacidades físicas²³³, explora avaliações econômicas que envolvem a dispensação destes dispositivos, incluindo análises de custo-efetividade, custo-benefício e custo-utilidade²³⁴.

Pela vastidão da subárea de Política, Planejamento e Gestão, inúmeros outros trabalhos já desenvolvidos no âmbito da Terapia Ocupacional poderiam perfeitamente figurar entre os exemplos. Ainda, considera-se que há elementos desta subárea disciplinar incipientemente explorados por terapeutas ocupacionais, e que aqui sugerimos como temas a serem pesquisados para expandir esse espaço cognitivo que estamos aqui propondo, da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Dentre tais elementos podemos citar a análise comparada de sistemas de saúde, os sistemas de informação em saúde, o financiamento e alocação de recursos em programas e serviços que contemplam a força de trabalho de terapeutas ocupacionais.

Outra área disciplinar institucionalizada na Saúde Coletiva é a área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Ainda que popularmente seja lembrada como “ciências sociais em saúde”, esta subárea agrega frequentemente além da sociologia outras ciências humanas, como nos lembra Canesqui²³⁵, tais como a Antropologia Social, a Ciência Política e a História. Com efeito, tem o potencial de agregar toda a gama de conhecimentos produzidos no bojo das humanidades, em sua interface com a saúde. Desenvolveu-se principalmente a partir das contribuições da sociologia da/na saúde, bem como da medicina social⁶⁸. Dentre algumas de suas questões significativas, esta subárea se debruça sobre temas como os condicionantes sociais do processo saúde-adoecimento, as políticas e instituições de saúde, os movimentos sociais e saúde, gênero e saúde, violência e saúde²³⁶.

Na presente pesquisa o artigo de Muñoz¹²⁹, encontrado na revisão narrativa, refletiu sobre os condicionantes sociais da saúde e seus diálogos com a Terapia Ocupacional, e propôs ampliação do debate proposto pela Comissão de Determinantes Sociais de Saúde da OMS através de um aprofundamento do tema do poder econômico. Outro exemplo de trabalho que caberia ser lido como um trabalho de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva por meio das Ciências Sociais e Humanas em saúde é o de França, Queiroz e Bezerra²³⁷, uma vez que buscam, sob a perspectiva da Terapia Ocupacional, colocar em diálogo as percepções de frequentadores de um terreiro acerca da saúde e as visões de trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde acerca da Política de Saúde Integral da População Negra, com ênfase nos povos de terreiros. Correia et al.²³⁸, por sua vez, investigam sobre a presença de questões relativas ao gênero na formação graduada de terapeutas ocupacionais, sob a forma de disciplinas obrigatórias e optativas, bem como projetos de extensão e outras atividades presentes nos projetos pedagógicos e matrizes curriculares dos cursos de Graduação em Terapia Ocupacional. Não obstante, reconhecemos o espaço de inúmeros outros trabalhos que eventualmente possam agregar ao campo da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva por meio do diálogo das ciências sociais e humanas em suas plurais possibilidades.

Caminhando ainda pelas subáreas disciplinares institucionalizadas da Saúde Coletiva, percorreremos o âmbito da Epidemiologia. Outro pilar clássico disciplinar da Saúde Coletiva, podemos compreender a Epidemiologia como herdeira especialmente da Aritmética Política, da Polícia Médica, da Higiene e da Saúde Pública. Enquanto área de conhecimentos é bastante transversal e utilizada por todo o segmento da saúde, por suas leituras e análises macroscópicas de populações e segmentos populacionais. Apesar da epidemiologia não ter emergido na presente pesquisa como um dos elementos explorados pela Terapia Ocupacional, vemos em diversas ocasiões terapeutas ocupacionais fazerem uso desta área e suas ferramentas para analisar indicadores de saúde de grupos populacionais assistidos pela Terapia Ocupacional.

Um trabalho que se assume pertencente ao universo da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva e parte de uma perspectiva integrada entre a Terapia Ocupacional e a Epidemiologia é o trabalho de Mei, Ferrett e Mei²³⁹. Neste estudo, os autores propõem uma integração entre as áreas não apenas pela apropriação de eventos ligados à

doenças em grupos populacionais por terapeutas ocupacionais; investiga a ocorrência e distribuição de eventos ocupacionais na população brasileira, como equilíbrio e estabilidade ocupacional, e sua associação com episódios de ansiedade, disfunção do sono e depressão na primeira onda da pandemia de Covid-19. Ademais, investigam no mesmo contexto indícios de injustiça ocupacional ligados a gênero, cor e condição socioeconômica.

Consideramos esta subárea riquíssima para ser explorada por terapeutas ocupacionais que queiram ampliar o universo da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Esta conjunção com a Epidemiologia, especialmente se associada a outras ciências que exploram as populações, como a demografia, a geopolítica e a própria ciência ocupacional, abre caminhos para serem desenvolvidos estudos que busquem explicações para diversos indicadores e tendências de eventos de saúde, de adoecimento e ocupacionais em distintos grupos e populações. Cabe ressaltar que o estudo de populações se apresenta como uma janela de oportunidades para a Terapia Ocupacional desenvolver-se num âmbito mais macroscópico, ou seja, desenvolvendo um olhar não apenas para os grupos populacionais que tradicionalmente assiste, mas sim para toda a população. No presente estudo, a área da epidemiologia é apontada como incipiente na Terapia Ocupacional¹⁷⁴. Contudo, sua importância foi reconhecida em múltiplas ocasiões^{132,173,188,189}, e algumas propostas nesta área puderam ser identificadas¹⁸⁹.

Um caminho que pode ser estratégico para desenvolver a Terapia Ocupacional no cuidado em nível populacional e, portanto, para desenvolver a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, é através da Ciência Ocupacional. Como mencionado no capítulo introdutório, a Ciência Ocupacional foi elaborada como um campo de saberes interdisciplinares para atuar como base da Terapia Ocupacional e também buscar compreender fenômenos ocupacionais para além do efeito terapêutico das ocupações numa situação de cuidados individuais. Ademais, desenvolveu-se dialogando com vários saberes, entre eles a Saúde Pública³⁷.

Magalhães et al.²⁴⁰ ponderam que a Ciência Ocupacional, dada sua origem e modo de expansão, teve um desenvolvimento inicial pautado em valores e orientação próprias de culturas ocidentais, capitalistas e anglófonas, fato que motivou terapeutas

ocupacionais de outras culturas a ampliarem este diálogo em busca de trocas efetivamente globais. Morrison et al.²⁴¹ contribuem para o debate recusando uma suposta dependência que a Terapia Ocupacional teria da Ciência da Ocupação (os autores aqui utilizam este termo como o mais utilizado na América Latina para se referir à Ciência Ocupacional) para ter uma base sólida e válida cientificamente para atuação. Defendem que ambas são complementares e, juntas ou separadas, devem direcionar-se para as transformações sociais. Ademais, corroboram a visão supracitada da Ciência da Ocupação na América Latina, afirmando que comumente ela ainda carece de consciência crítica acerca da constituição e os efeitos da ocupação por forças políticas, econômicas, culturais e sociais, em particular os valores coloniais e imperialistas do Norte Global.

Dentre os trabalhos que porventura poderiam também ser compreendidos enquanto estudos de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva num viés da epidemiologia e por meio dos conceitos e ferramentas da Ciência Ocupacional aplicada à populações mencionamos o artigo de Pereira et al.²⁴², que apresenta uma caracterização das ocupações de moradores de uma comunidade ribeirinha na Amazônia e discute esta compreensão enquanto modo de produzir um cuidado em saúde por parte de terapeutas ocupacionais culturalmente engajados, equacionando ocupação, cultura e saúde num nível populacional.

Cabe aqui a consideração que nesta exploração das áreas institucionalizadas da Saúde Coletiva e suas possíveis trocas com a Terapia Ocupacional não estamos inferindo que tais subáreas devam ser estanques, fechadas, “gavetas de conhecimento”. Corroborando o debate já apresentado em capítulos anteriores acerca da necessidade de abertura e trocas entre as subáreas consideramos que, ainda que estejam institucionalizadas, como diversos outros exemplos de unidades complexas, se beneficiam também de aberturas⁷ e desenvolvem práticas e saberes que perpassam também outras subáreas. Aqui assumimos uma compreensão de Saúde Coletiva enquanto campo transdisciplinar¹⁴, que lida com questões que unem e ultrapassam as disciplinas. Dessa forma, caminharemos na empreitada da ecologia de saberes conjugando a Terapia Ocupacional com conceitos centrais à Saúde Coletiva, e que, no entanto, não exclusivos de nenhuma de suas áreas disciplinares. São, por princípio, fruto da herança de vários saberes, não necessariamente circunscritos dentro das subáreas

disciplinares institucionalizadas e que trazem questões que unem e ultrapassam as disciplinas.

Uma destas questões consiste no *continuum* saúde-adoecimento-provisão de cuidados. É uma preocupação, desde os saberes ancestrais da Saúde Coletiva como a Higiene, a Saúde Pública e a Medicina Preventiva, por exemplo, a compreensão e a intervenção em fatores preventivos de doenças⁶⁵. A partir de segunda metade do século XX, esse *continuum* vai se enriquecendo com o conceito de promoção de saúde, adereçado principalmente no âmbito da Saúde Pública, em especial a partir do conceito de história natural das doenças de Leavell & Clarke nos anos 1960, e difundido pelo projeto preventivista da OMS⁶⁵⁻⁶⁷.

Desde que a Saúde Coletiva institucionaliza-se, não apenas herda e abraça esta questão, como já mencionado por Nunes⁷⁰, mas desenvolve-a, a partir de novas perspectivas e da complexificação deste *continuum* com o passar do tempo, preocupando-se principalmente em integrar e traduzir da melhor forma o *continuum* enquanto resposta social frente às demandas de saúde de um povo, enquanto solução político-organizacional da provisão de cuidados²⁴². Dois conceitos que fortaleceram significativamente este processo foram: a complexificação do conceito de prevenção incorporando o nível de prevenção quaternária, que remete à identificação de pessoas em risco de medicalização excessiva e sua proteção contra novas intervenções desnecessárias, evitando danos iatrogênicos²⁴⁴; e os cuidados paliativos, que remete a abordagens para melhorar a qualidade de vida de pacientes e familiares enfrentando problemas associados a adoecimentos que ameaçam a vida²⁴⁵.

No presente estudo, foram identificados alguns trabalhos que valorizaram especialmente a promoção de saúde enquanto campo rico de possibilidades para a Terapia Ocupacional. Foram observados trabalhos que se posicionaram a favor da importância da promoção da saúde, bem como da prevenção de agravos para a Terapia Ocupacional, de forma ampla^{116,126,171-173}; um trabalho que coloca como prioridade enquanto conteúdo de Saúde Pública a ser ministrado em cursos de graduação em Terapia Ocupacional a promoção de saúde e prevenção de agravos¹²⁸; um trabalho que defende a promoção de saúde em sua dimensão emancipadora da população¹⁸⁴; um trabalho que amplia a promoção de saúde enquanto âmbito da construção de ambientes

sustentáveis¹⁸⁵. Não obstante, a promoção de saúde foi enxergada por terapeutas ocupacionais, sob distintas concepções da mesma, em suas práticas cotidianas^{180,182}, assim como a prevenção de agravos¹⁸⁷.

Há muitos trabalhos na esfera da Terapia Ocupacional que discutem o *continuum* saúde-adoecimento-provisão de cuidados, enfatizando mais exclusivamente a reabilitação, âmbito tradicionalmente mais vivenciado e descrito pela Terapia Ocupacional. Dentre outros trabalhos que poderiam ser lidos enquanto trabalhos de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, ampliando o universo de conhecimento aqui explorado, temos a tese da terapeuta ocupacional Gabriela Rezende, docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que se situa no âmbito dos cuidados paliativos. A tese contribui para a Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva apresentando e aprofundando o conceito de reabilitação paliativa, através de uma atualização e aproximação entre os conceitos de reabilitação e cuidados paliativos. Ademais, situa a reabilitação paliativa no cotidiano de terapeutas ocupacionais e no bojo do *continuum* supracitado. Ainda, investiga, inclusive a partir da visão de terapeutas ocupacionais, a questão da reabilitação paliativa de forma comparada no SUS e no National Health Service, na Inglaterra²⁴⁶.

Outro conceito central em Saúde Coletiva e, portanto, central à Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, trata da integração da multidimensionalidade do *continuum* supracitado, ou seja, na exploração e integração dos distintos fatores que o condicionam. Já foi mencionado anteriormente acerca da determinação social do processo, mas efetivamente vários outros condicionantes existem. Nesta pesquisa, também foi identificado, na terceira expedição, acerca da dimensão ocupacional deste *continuum*, ou seja, o quanto o envolvimento humano em ocupações é também valorizado enquanto um condicionante no processo saúde-adoecimento-provisão de cuidados^{172,173,190}.

Ademais, outras dimensões dos processos de saúde-adoecimento-provisão de cuidados são comumente exploradas por terapeutas ocupacionais e poderiam assim ser lidas sob a perspectiva aqui apresentada de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva. Correia e Gonçalves²⁴⁷, por exemplo, propõem a inserção da Terapia Ocupacional no âmbito ambiental/urbanístico, dando destaque às ocupações coletivas enquanto

construção do espaço social das cidades, bem como as assimetrias de poder e desigualdades socioterritoriais implicando em privações e injustiças ocupacionais. Não obstante, Correia²⁴⁸ discorre sobre o uso da ferramenta do ecomapa por terapeutas ocupacionais enquanto estratégia para o desenvolvimento de redes sociais de suporte e construção coletiva de projetos de vida, a partir de uma perspectiva territorial e comunitária na área da saúde e em outros setores. Proporciona, com isto, uma margem para a integração da Terapia Ocupacional com o campo da Saúde Coletiva, por meio da dimensão ambiental/urbana/territorial do bem-estar de indivíduos e coletivos, podendo o seu trabalho fundamentar estudos e intervenções no que aqui denominamos de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

A valorização de uma perspectiva comunitária de práticas emergiu neste estudo enquanto ponte entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Comunitária, termo institucionalizado enquanto sinônimo da Saúde Coletiva e que remete ao seu ancestral, a Medicina Comunitária. Conforme aprofundado nas revisões e debatido na terceira expedição, este elemento sobressaiu-se nos trabalhos de Brockett¹¹⁵, Chaparro-Araya et al.¹¹⁶, Graff et al.^{117,118}, Garvey et al.¹³⁰, Murphy et al.¹³⁴.

Ainda caminhando pela multidimensionalidade do *continuum* saúde-adoecimento-provisão de cuidados, outra possibilidade a ser explorada pela Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva é a dimensão histórica destes processos. Para Burke²⁴⁹, a chamada Grande História, ou a história dos eventos, viu seu posto de hegemonia dar espaços a noções plurais de História, sobretudo no século XX, o que abriu caminho inclusive para a consideração das histórias orais e/ou individuais. Alguns trabalhos desenvolvidos por terapeutas ocupacionais já caminham nesta direção, uma vez que se utilizam de narrativas e histórias de vida para compreender aquela individualidade humana vivenciando este processo²⁵⁰.

Para apresentar o último ponto da proposta teórica cabe lembrar que as unidades complexas estudadas, ao seja, os conhecimentos da Terapia Ocupacional, da Saúde Coletiva e da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, se beneficiam de aberturas e fechamentos. Aqui pontuaremos que as aberturas bem-vindas não se limitam à dialógica cultural prevista por Morin¹⁰, ou seja, às aberturas e trocas do conhecimento com outras disciplinas, ideias, culturas e o próprio passado. Incluímos também a abertura

ao calor e às efervescências culturais¹⁰, que inclui momentos ímpares de intensidade de trocas, confrontos, polêmicas, devires e contingências diversas do mundo.

Para ilustrar o exposto, uma efervescência que atravessou o conhecimento, a humanidade e até o desenvolvimento da presente pesquisa, a pandemia de Covid-19 foi um acontecimento ímpar e também é lembrada como algo que movimentou temas e fez áreas de conhecimento repensarem-se e reinventarem-se^{78,204}. Santos²⁵¹ coloca que a pandemia pôs novamente em destaque grandes desafios globais que convidam todas as áreas do conhecimento a saírem de seu hermetismo e contribuírem, tais como a fome, a crise climática, as desigualdades econômicas e sociais, dentre outros.

Nesta linha de raciocínio, outras efervescências culturais são os grandes projetos de cooperação elaborados e pactuados entre diferentes entidades, que podem estar no radar de pesquisadores e terapeutas ocupacionais sanitaristas. Um destes projetos se constitui nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), adotados pelos países membros das Nações Unidas em 2015, que contempla uma agenda mundial para a construção e implementação de políticas públicas que visam guiar o desenvolvimento humano e ambiental até 2030. Os objetivos, que são integrados e pressupuseram distintas metas, são: erradicação da pobreza; fome zero; saúde e bem estar; educação de qualidade; igualdade de gênero; água potável e saneamento; energia limpa e acessível; trabalho decente e crescimento econômico; indústria, inovação e infraestrutura; redução das desigualdades; cidades e comunidades sustentáveis; consumo e produção responsáveis; ação climática; vida na água; vida²⁵².

Compreendendo que a missão desta tese não é esgotar as possibilidades de estudos e práticas de Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, tampouco de colonizar intelectualmente tais estudos e práticas, finalizaremos este ponto de discussão por ora, com o desejo que a Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva seja vastamente explorada em pesquisas futuras.

Considera-se que os objetivos propostos na tese foram alcançados, pois diversas afinidades eletivas entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva puderam ser identificadas e discutidas. A Saúde Coletiva pôde ser conhecida e integrada em sua complexidade, nas suas subáreas disciplinares institucionalizadas e também nos seus conceitos centrais e heranças ancestrais. Dessa forma, houve espaço para uma ecologia

entre os saberes da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva que pôde subsidiar a elaboração de uma matriz de inteligibilidade proposta para constituir-se enquanto domínio da Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva.

A teorização proposta é propositalmente aberta, com a esperança que permita embasar a diversidade, sem abrir mão de fechar o suficiente para não se afogar na superficialidade. É formulada a partir de uma trajetória estudantil e clínica, na qual uma série de inquietações emergiram e foram levadas à academia com a finalidade de elaborar um norte para o pesquisador, suas vivências, seus desafios, e se possível, facilitar o caminho dos seus predecessores na terceira margem. A Terapia Ocupacional *em* Saúde Coletiva, já sentida e vivida, passou a ser elaborada e imaginada complexamente.

A presente pesquisa foi coerente com o paradigma teórico-metodológico da complexidade de Edgar Morin. integrando distintos temas e discussões, bem como as distintas etapas de pesquisa e, sobretudo, integrando pesquisador e objeto. Acreditamos que a mesma, portanto, pode ser lida inclusive como um exemplo de pesquisa baseada no paradigma da complexidade.

Consideramos ainda que o grande campo que nos abriga, dos estudos do conhecimento, deve ser valorizado e desenvolvido em sua pluralidade de possibilidades, dentro e fora do espectro da saúde. À guisa de conclusão, atentamos inclusive para a própria complexidade dos estudos do conhecimento, uma vez que reúne paradigmas concorrentes, antagônicos e complementares. De acordo com Morin²⁵³:

Creio que estamos numa época da qual emerge uma nova cientificidade. Estamos numa época onde uma nova cientificidade permite considerar coisas que a antiga não considerava, mas as velhas concepções persistem em enormes setores do pensamento e da consciência de muitos cientistas. Devemos lutar contra a disjunção e a favor da conjunção, ou seja, estabelecer ligações entre coisas que estão separadas (Morin²⁵³, p.57).

REFERÊNCIAS

1. Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. 2009; 18(2): 304-11.
2. Silva VO, Pinto ICM. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2013; 17(46): 549-60.
3. Silva VO, Pinto ICM. Identidade do sanitarista no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2018; 22(65): 539-50.
4. Faria MA, Silva AJ. Gestão de serviços de saúde: analisando a identidade na graduação. *Saúde em Debate*. 2016; 40(108): 95-105.
5. Lowy M. Sobre o conceito de “afinidade eletiva” em Max Weber. Traduzido por Lucas Amaral de Oliveira e Mariana Toledo Ferreira. *Plural, Revista do Programa de Pós-graduação em Sociologia da USP*. 2011; 17(2): 129-142.
6. Nunes ED. La salud colectiva em Brasil: analizando el proceso del institucionalización. *Salud Colectiva*. 2016;12(3): 347-360.
7. Morin E. O Método 1: a natureza da natureza. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2005.
8. Morin E. O Método 3: o conhecimento do conhecimento. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2005.
9. Morin E. O Método 2: a vida da vida. 5ª ed. Porto Alegre: Sulina; 2011.
10. Morin E. O Método 4: As idéias – habitat, vida, costumes, organização. 4ª edição. Porto Alegre: Sulina; 2008.
11. Santos BS. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 2002; (63):237-280.
12. Alvarenga AT, Sommerman A, Alvarez AMS. Congressos Internacionais sobre Transdisciplinaridade: reflexões sobre emergências e convergências de idéias e ideais na direção de uma nova ciência moderna. *Saúde e Sociedade*. 2005; 14(3):9-29.

13. Feriotti ML. Universidade, formação de professores e movimentos sociais: a colcha de retalhos como metáfora das relações interdisciplinares e transdisciplinares [Dissertação]. Campinas (SP): Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2007.
14. Centro de Educação Transdisciplinar (CETRANS). Carta de Transdisciplinaridade. [citada em 06 de setembro de 2022]. Disponível em: <http://cetrans.com.br/assets/docs/CARTA-DA-TRANSDISCIPLINARIDADE1.pdf>.
15. Caniglia M. Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa; 2005.
16. World Federation of Occupational Therapists [internet]. Definitions of Occupational Therapy. [citado em 17 de julho de 2023]. Disponível em: <https://wfot.org/resources/definitions-of-occupational-therapy-from-member-organisations>.
17. Medeiros, MHR. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Carlos: EdUFSCAR; 2010.
18. Feriotti ML. Construção de identidade(s) em Terapia Ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: Feriotti ML, Padua EMM, organizadoras. Terapia Ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais. Curitiba: CRV; 2013. p. 43-72.
19. Soares LBT. História da Terapia Ocupacional. In: Cavacanti A, Galvão C, autoras. Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 3-9.
20. De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001. Capítulo 1, Caminhos da Terapia Ocupacional; p.19-40.
21. Macdonald, EM. Terapia Ocupacional em Reabilitação. 2ª versão em português. São Paulo: Livraria Editora Santos; 1998. Capítulo 1, Terapia Ocupacional em Reabilitação, sua história e papel nos serviços sociais e de saúde atuais; p.1-11.
22. Gordon DM. The History of Occupational Therapy. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell AB, autoras. Willard and Spackman's occupational therapy. 11a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 202-215.

23. Monzeli AG, Morrison R, Lopes RE. Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019; 27(2):235-250.
24. Woodside HH. O desenvolvimento da Terapia Ocupacional de 1910 a 1929. In: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, editor. *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria [textos traduzidos]*. Campinas; 1979. p.30-40.
25. Rerek MD. Terapia Ocupacional: uma perspectiva histórica. Os anos da depressão 1929-1941. In: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, editor. *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria [textos traduzidos]*. Campinas; 1979. p. 41-46.
26. Rocha EF. *Reabilitação de pessoas com deficiência*. São Paulo: Roca; 2006.
27. Cavalcante GMM, Tavares MMF, Bezerra WC. Terapia Ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2008;19(1):29-33.
28. Mosey AC. Envolvimento no movimento de reabilitação – 1942-1960. In: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, editor. *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria [textos traduzidos]*. Campinas; 1979. p.47-52.
29. Diasio K. A era moderna: 1960-1970. In: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, editor. *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria [textos traduzidos]*. Campinas; 1979. p.53-64.
30. Reilly M. A modernização da Terapia Ocupacional. In: Pontifícia Universidade Católica de Campinas, editor. *Terapia Ocupacional aplicada à saúde mental e psiquiatria [textos traduzidos]*. Campinas; 1979. p.65-72.
31. Keilhofner G, Burke JP. A Terapia Ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento. *American Journal of Occupational Therapy*. 1977; 31(10): 675-89.
32. Drummond AF. Fundamentos de Terapia Ocupacional. In: Cavacanti A, Galvão C, autoras. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 10-17.

33. Emmel MLG. Caminhos trilhados e contribuições para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2017; 25(1): 235-242.
34. Brasil. Presidência da República. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Lei 938, de 13 de outubro de 1969. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1969, 16 out; seção1:3.658.
35. Brasil. Presidência da República. Ministério da Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei 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 da União, Brasília (DF). 1975, 18 dez; seção 1: 16.805.
36. Reis SCCAG. Histórias e memórias da institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no brasil: de meados da década de 1950 a 1983. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2017.
37. Clark F, Lawlor MC. The making and mattering of occupational science. In: Crepeau EB, Cohn ES, Schell AB, autoras. Willard and Spackman's occupational therapy. 11a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p. 2-14.
38. Francisco BR. Terapia Ocupacional. Campinas: Papyrus; 1988.
39. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). The American Journal of Occupational Therapy. 2020; 74(Suppl. 2): 1-87.
40. Malfitano APS. Programa de pós-graduação stricto sensu em Terapia Ocupacional: fortalecimento e expansão da produção de conhecimento na área. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde. 2013; 18(1): 105-111.
41. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Documento de área: Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Brasília: Ministério da Educação; 2019.
42. Brasil. Ministério da Educação. Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior. [citado em 11 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.

43. Bianchi PC, Malfitano APS. Formação graduada em Terapia Ocupacional na América Latina: mapeando quem somos e onde estamos. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2017;28(2):135-46.
44. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Governança, estratégia e desempenho – 1º semestre 2021. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://www.coffito.gov.br/nsite/wp-content/uploads/2021/08/GOVERNANÇ-A-ESTRATÉGIA-E-DESEMPENHO_1º-SEMESTRE-2021_Final-.pdf.
45. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO 1). Consulta de cadastro. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://app3-2020.incorp.tech/appincorpnet2_crefito/incorpnet.dll/controller?Pagina=pub_MvcLocalizarCadastroResultado.htm.
46. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região (CREFITO 2). Nossos números 2022. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: [https://crefito2.go2webdbm.com.br/fotos//Nossos%20Numeros%202022\(1\).pdf](https://crefito2.go2webdbm.com.br/fotos//Nossos%20Numeros%202022(1).pdf).
47. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO 3). Pesquisa de inscritos. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <http://www.crefito3.org.br/dsn/inscritos/estpf.asp>.
48. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região (CREFITO 4). Exercício 2022. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://crefito-mg.implanta.net.br/portaltransparencia/#publico/Conteudos?id=f581697f-9512-43c4-9e98-fa99091625f0>.
49. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região (CREFITO 5). Estatística de registrados. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.crefito5.org.br/servicos-online-estatistica-registrados>.
50. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região (CREFITO 6). Consulta de cadastro. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://app3-2020.incorp.tech/appincorpnet2_crefito/incorpnet.dll/controller?pagina=pub_mvcLocalizarCadastro.htm.

51. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região (CREFITO 7). Análise quantitativa. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://portal.crefito7.gov.br/#/servicos-externos>.
52. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região (CREFITO 8). Dados estatísticos. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://www.crefito8.gov.br/portal/index.php/menu-o-crefito8/terapeutas-ocupacionais-7>.
53. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região (CREFITO 9). Consulta de cadastro. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://app3-2020.incorp.tech/appincorpnet2_crefito/incorpnet.dll/controller?Pagina=pub MvcLocalizarCadastroResultado.htm.
54. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região (CREFITO 10). Estatísticas. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://crefito10.org.br/portal/index.php/estatisticas/>.
55. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 11ª Região (CREFITO 11). Estatísticas dos Profissionais e Empresas Atuantes. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: https://crefito11.gov.br/transparencia/public/profissionais_empresa.php.
56. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região (CREFITO 12). O CREFITO-12. [citado em 22 de abril de 2023]. Disponível em: <https://crefito12.org.br/crefito-12/>.
57. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região (CREFITO 13). Estatísticas. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.crefito13online.org.br/estatistica/estatisticaNucleo.php>.
58. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região (CREFITO 15). Consulta de cadastro. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: https://app3-2020.incorp.tech/appincorpnet2_crefito/incorpnet.dll/controller?pagina=pub MvcLocalizarCadastro.htm.

59. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região (CREFITO 16). Relatório integrado - gestão 2020. [citado em 05 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://crefito16.incorp.tech/wp-content/uploads/RELATO-OFICIAL-2020.pdf>.
60. Cruz DM, Veiga J. Editorial: Periódicos de Terapia Ocupacional e o desafio da inserção nas bases de dados internacionais. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2014; 22(2):229-230.
61. OTSEEKER. Base de dados em Terapia Ocupacional. [citado em 11 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://www.otseeker.com>.
62. World Federation of Occupational Therapists (WFOT). List of Council Meetings and Congresses. [citado em 11 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://wfot.org/resources/wfot-council-meetings-and-congresses-list>.
63. Falcão IV. A Terapia Ocupacional refletida nos congressos brasileiros em 30 anos de organização. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional. 2019;3(3): 292-306.
64. Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO). XVII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. [citado em 11 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://app.virtualieventos.com.br/17cbto/programação>.
65. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N, autores. Saúde Coletiva: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbrook; 2014. p.3-12.
66. Vieira-da-Silva LM. O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador/Rio de Janeiro: EDUFBA/Ed. Fiocruz; 2018.
67. Nunes ED. Saúde Coletiva: Uma História Recente de um Passado Remoto. In: Campos et. al, autores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec; 2012. p.17-38.
68. Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. 2ª edição. São Paulo: Hucitec; 2007.

69. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na Saúde Pública: Integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *História, Ciências, Saúde*. 2012;19(4):1219-39.
70. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*. 1994;3(2):5-21.
71. Nunes ED. Saúde Coletiva: revisitando a sua história e os cursos de pós-graduação. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1996;1(1):55-69.
72. Paim JS, Almeida Filho N. Saúde Coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública*. 1998;32(4):299-316.
73. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2000;5(2):219-230.
74. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 544, de 10 de março de 2017. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2018, 14 fev; seção1:25-31.
75. Lorena AG, Akerman M. Uma ou várias? Identidades para o sanitarista! São Paulo: Hucitec; 2016.
76. Brasil. Lei 14.725, de 16 de novembro de 2023. Regula a profissão de sanitarista. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2023, 17 nov; seção 1:1.
77. Barata RB. As dinâmicas dos campos de saberes e práticas e seus objetos indisciplinados. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220362.
78. Martin D, Pereira PPG. Repensar a Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais e Humanas em Saúde. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220395.
79. Cyrino AP, Schraiber LB, Onocko-Campos RT. Apresentação – entre o especializado e o comum: um diálogo possível? *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e230063.
80. Campos GWS. Semblantes da Saúde Coletiva: tendências e perspectivas. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220465.
81. Ayres JRMC. A Saúde Coletiva e suas áreas: territórios ou aldeamentos? *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220520.
82. Vieira-da-Silva LM. Subcampos e espaços na Saúde Coletiva: fronteiras e integração. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220380.

83. Brasil. Ministério da Educação. Cadastro e-MEC de Instituições e Cursos de Educação Superior. [citado em 14 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
84. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Documento de área: Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Educação; 2019.
85. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Linha do tempo. [citado em 14 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/linha-do-tempo>.
86. Antunes JLF, Barros AJD, Minayo MCS. Caminhos da internacionalização dos periódicos de saúde coletiva. *Saúde Debate*. 2019;43(122):875-882.
87. *Salud Colectiva*. Universidad Nacional de Lanús, 2005-. ISSN 1669-2381.
88. Minayo MCS, Gomes R. Ciência & Saúde coletiva no contexto nacional e internacional da divulgação científica. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015;20(7):2013-22.
89. Nunes ED. A sociologia da saúde no Brasil: a construção de uma identidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014;19(4):1041-1052.
90. Systematic Reviews & Other Review Types [Internet]. Philadelphia: Temple University Libraries; [atualizada em 24 de fevereiro de 2022; citada em 25 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://guides.temple.edu/c.php?g=78618&p=3879604>.
91. Schramm FR. A terceira margem da saúde: a ética natural. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 1995; 1(2): 54-68.
92. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Ed. São Paulo: Atlas; 2002.
93. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12ª ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
94. Burke P. Pós-modernidade e Pós-modernismo. In: Burke P, autor. *História e Teoria Social*. 2ª edição ampliada. São Paulo: UNESP; 2012. p. 255-280.
95. Sandler PC. Uma bússola e um sextante analíticos. In: Rezze CJ, Marra ES, Petriccioni M, organizadores. *Psicanálise: Bion. Clínica Teoria*. São Paulo: Vetor; 2017.

96. Pádua EMM. Pesquisa e Complexidade: estratégias metodológicas multidimensionais. 1ª edição. Curitiba: CRV; 2014.
97. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, Khalil H, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*. 2020; 18(10): 2119–2126.
98. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Tradução: Roberto Cataldo Costa; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Lorí Vialli. Porto Alegre: Artmed; 2009.
99. Malfitano APS, Matsukura TS, Martinez CMS, Emmel MLG, Lopes RE. Programa de pós-graduação stricto sensu em Terapia Ocupacional: fortalecimento e expansão da produção de conhecimento na área. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*. 2013; 18(1): 105-111.
100. Emmel MLG. Caminhos trilhados e contribuições para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017;25(1): 235-242.
101. Brasil. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2007, 01 jul; seção1:1-2.
102. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2012a, 30 jan; seção 1: 29-30.
103. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 2012b, 16 abril; seção 1: 24-5.
104. Brasil. Portaria Interministerial 7, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência

- Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o artigo 14 da lei 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2021, 17 setembro; seção 1:50-52.
105. Universidade de São Paulo. Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST). Informe nº 1/2018, de 04 de julho de 2017. Processo Seletivo para preenchimento das vagas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Uni e Multiprofissional para o período letivo 2018-2020. [citado em 18 de julho de 2018]. Disponível em: http://www.fuvest.br/wp-content/uploads/Informe-Resid%C3%Aancias-01_2018.pdf.
 106. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução no 366, de 20 de maio de 2009. Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3129>.
 107. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução no 405, de 03 de agosto de 2011. Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3168>.
 108. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução 406, de 07 de novembro de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3169>.
 109. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução 407, de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3170>.
 110. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução 408, de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia

- Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3171>.
111. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução no 429, de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3191>.
 112. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução 477, de 20 de dezembro de 2016. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências. [citado em 19 de julho de 2018]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6306>.
 113. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução 500, de 26 de dezembro de 2018. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional no Contexto Escolar e dá outras providências. [citado em 18 de fevereiro de 2022]. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=10488>.
 114. I Mostra de Experiências em Saúde Coletiva, Atenção Básica e Terapia Ocupacional [internet]. São Carlos: Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos; [citada em 04 de setembro de 2022]. Disponível em: <https://www.dto.ufscar.br/extensao/eventos-anteriores/i-mostra-de-experiencias-em-saude-coletiva-atencao-basica-e-terapia-ocupacional-2018-1>.
 115. Brockett M. Occupational therapy in the community. *Canadian Medical Association Journal*. 1991;145(8):929-30.
 116. Chaparro-Araya R, Fuentes-Capetillo J, Morán-González D, Díaz-Valdés N. La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2005; (5): 69-79.
 117. Graff MJL, Vernooij-Dassen MJM, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WHL, Rikkert MGMO. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. *The BMJ*. 2006;333(1196):1196-9.

118. Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jönsson L, Thijssen M et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *The BMJ*. 2008;336(7636):134-8.
119. Rocha EF, Souza CCBX. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011; 22(1):36-44.
120. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde Pública e Terapia Ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011;22(2):102-109.
121. Pimentel AM, Costa MTB, Souza FR. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011;22(2):110-6.
122. Reis F, Vieira ACVC. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2013;21(2):351-60.
123. Gomes JA, Brito CMD. Apoio matricial e Terapia Ocupacional: uma experiência de abordagem na saúde da criança. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2013;24(1):81-6.
124. Manho F, Soares LBT, Nicolau SM. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2013;24(3):233-241.
125. Baissi G, Maxta BSB. Experiência da Terapia Ocupacional no cuidado familiar em um serviço de Atenção Primária em Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2013;21(2):413-22.
126. Hildenbrand WC, Lamb AJ. Occupational Therapy in Prevention and Wellness: Retaining Relevance in a New Health Care World. *American Journal of Occupational Therapy*. 2013;67(3):266-71.
127. Reis F, Vieira ACVC. Demandas, construções e desafios vivenciados por terapeutas ocupacionais na Atenção Primária à Saúde. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*. 2013;26(3):356-64.

128. Davó-Blanes MC, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Segura-Benedicto A, Llonch FB, Benavides FG. Competencias y contenidos comunes de Salud Pública en los programas universitarios de grado: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Ciencias Ambientales, Odontología y Veterinaria. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(2):123-8.
129. Muñoz CGM. LA labor de la Terapia Ocupacional en el marco de los determinantes sociales de la salud en Chile. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*. 2014;14(1):73-80.
130. Garvey J, Connolly D, Boland F, Smith SM. OPTIMAL, an occupational therapy led selfmanagement support programme for people with multimorbidity in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Family Practice*. 2015;16(59):1-11.
131. Cardoso RO. Como os profissionais de saúde de um Núcleo de Apoio à Saúde da Família percebem a atuação do terapeuta ocupacional? [Trabalho de Conclusão de Residência]. Belém: Universidade do Estado do Pará; 2016.
132. Braveman B. Health Policy Perspectives - Population health and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 2016;70(1):1-6.
133. Santos RS, Menta SA. A formação do terapeuta ocupacional para gestão de serviços de saúde: um estudo em bases curriculares. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017;2(1):43-51.
134. Murphy AD, Griffith VM, Berkeridge T, Mroz TM, Jirikowic TL. Primary Care for Underserved Populations: Navigating Policy to Incorporate Occupational Therapy Into Federally Qualified Health Centers. *American Journal of Occupational Therapy*. 2017;71(2):1-5.
135. Silva RAS, Oliver FC. Trajetória docente e a formação de terapeutas ocupacionais para atenção primária à saúde. *Interface- Comunicação, Saúde, Educação*. 2017;21(62):661-73.
136. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Documento de área: Saúde Coletiva. Brasília: Ministério da Educação; 2016.
137. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa

- de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 1997, 22 dez; seção1:11-13.
138. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006, 29 mar; seção1:71-76.
139. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006, 23 fev; seção1:43-51.
140. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2006, 04 mar; seção1:38-42.
141. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2011, 24 out; seção1:48-55.
142. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2017, 22 set; seção1:68-76.
143. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2018; 23(1): 295-302.
144. Seus TL, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saude*. 2019; 28(3):1-11.
145. Carrasco-Aguilar A, Galán JJ, Carrasco RA. Obamacare: a bibliometric perspective. *Frontiers in Public Health*. 2022;10:979064.

146. Almeida ER. A gênese dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. [Tese de Doutorado]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2016.
147. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
148. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2005.
149. Campos GWS. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Campos GWS, et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 39-78.
150. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico Singular. In: Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada. 2ª ed. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2010. p.283-97.
151. Carleto DGS, et al. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo – 2.ª edição. Revista Triângulo. 2011; 3(2): 57-147.
152. Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Projeto Político-Pedagógico. Santos; 2010.
153. Burke P. Sociologias do conhecimento. In: Burke P, autor. Uma história social do conhecimento II: da enciclopédia à wikipedia. Rio de Janeiro: Zahar; 2012. p.273-308.
154. Mei AE, Uchôa-Figueiredo LR, Junqueira V, Correia GP. No microcosmo de um grande hospital, entre normas e brechas: Os caminhos trilhados por um terapeuta ocupacional residente. Tempus, actas de Saúde Coletiva. 2018; 12(1): 09-23.
155. Smiraglia R. The Epistemological Dimension of Knowledge Organization. Iris. 2013; 2(1):2-11.
156. Cardinalli I. Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil: um estudo sobre trajetórias e produções [Dissertação]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2017.
157. Starfield B. Atenção Primária e Saúde. In: Starfield B, autora. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

158. Campos GWS, Chakour M, Santos RC. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*. 1997; 13(1): 141-4.
159. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 1999; 4(2): 393-403.
160. Farias RMS. Construção e consolidação de uma política de saúde – o SUS em Campinas [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2015.
161. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2007; 11(22): 239-55.
162. Castro CP, Oliveira MM, Campos GWS. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2016; 21(5): 1625-36.
163. Burke P. Uma história social do conhecimento: de Gutemberg a Diderot. Rio de Janeiro: Zahar; 2003.
164. Bauman Z. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1999.
165. Rozemberg B, Minayo MCS. A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001; 6(21): 115-23.
166. Bourdieu P. O campo científico. In: Ortiz R, organizador. *Pierre Bourdieu: Sociologia*. Trad. de Paula Montero e Alcía Auzmendi. São Paulo: Ática; 1983.
167. Maffesoli M. Elogio da razão sensível. Petrópolis: Vozes; 1998.
168. Morin E. Complexidade e Transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal: EDUFRN; 2000.
169. Raimondi GA, Moreira C, Brilhante AV, Barros NF. A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. *Cad. Saúde Pública*. 2020; 36(12):e00095320.
170. Morin E. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2014.
171. Bazik S, Demirjian L, Laguardia T, Thompson-Repas K, Conway C, Michaud P. Building Capacity of Occupational Therapy Practitioners to Address the Mental Health

- Needs of Children and Youth: A Mixed-Methods Study of Knowledge Translation. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2015; 69 (6): 1-10.
172. Bass JD, Baker NA. Occupational Therapy and Public Health: Advancing Research to Improve Population Health and Health Equity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2017; 37 (4): 175–177.
173. Arango-Soler JM, Correa-Moreno YA, Méndez-Castillo JA. Retos de la Terapia Ocupacional en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina*. 2018; 66 (3): 375-83.
174. Lewis KE, Lehman MJ, Cockburn L. Looking Back to Move Forward: Canadian Occupational Therapy in Public Health, 1914–2019. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2021; 88(1): 48-58.
175. Azevedo GD, Batista NA, Batista SHSS, Bellini MIB, Câmara AMCS, Da Costa MV, Cyrino AY et al. Interprofessional education in Brazil: Building synergic networks of educational and healthcare processes. *Journal of Interprofessional Care*. 2016; 30(2):135-137.
176. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*. 1990, 31 dez; seção1:4-5.
177. Furlan PG, Oliveira MS. Terapeutas ocupacionais na gestão da atenção básica à saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017; 25(1): 21-31.
178. Bianchi PC, Nicolau SM. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017; 25(1): 53-66.
179. Costa LA, Rocha DF. Burocracia e gestão pública: uma análise do Ministério da Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2018; 26(3): 632-645.
180. Leles TS, Carlos MM, Paulin GST. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 2(2): 305-318.
181. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Campos GWS et al. (Editores). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 635-668.

182. Santos LP, Pedro TNF, Almeida MHM, Toldrá RC. Terapia Ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento. *Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.* 2018; 2(3): 607-620.
183. Buchalla CM, Farias NA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia.* 2005; 8(2): 187-93.
184. Muñoz CGM. La Terapia Ocupacional y la promoción de la salud emancipadora para personas mayores. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional.* 2017; 17(2): 111-117.
185. Talavera-Valverde MA. Doing, being and becoming, el legado de la Terapia Ocupacional para la promoción de la salud: Doing, being and becoming, the legacy of occupational therapy for health promotion. *Revista Terapia Ocupacional Galicia.* 2019; 16(30): 129-131. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy in the promotion of health and well-being. *The American Journal of Occupational Therapy.* 2013; 67 (6_suppl.): S47-S59.
186. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH (Editoras). *Por uma crítica da promoção de saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS.* São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
187. Vilela RAG, Hurtado SLB. Uma leitura da crise da atividade de prevenção: paradoxos atuais e desafios futuros. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.* 2017; 25(4): 917-926. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Novos espaços, novos sujeitos: a Terapia Ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: Cavalcanti A, Galvão C, editoras. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática.* Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p.354-364.
188. Malfitano APS, Whiteford G, Molineux M. Transcending the individual: The promise and potential of collectivist approaches in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2019;28(3): 188-200.
189. American Occupational Therapy Association. Occupational Therapy in the promotion of health and well-being. *The American Journal of Occupational Therapy.* 2013; 67(6_suppl.): S47-S59.
190. Wilcock AA. *An Occupational perspective of health.* Thorofare: Slack Books; 2015.

191. Pizzi MA, Richards LG. Promoting health, well-being, and quality of life in occupational therapy: A commitment to a paradigm shift for the next 100 years. *American Journal of Occupational Therapy*. 2017; 71(4): 1-5.
192. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Novos espaços, novos sujeitos: a Terapia Ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: A. Cavalcanti A, Galvão C (Editoras). *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. pp.354-364.
193. Silva RAS, Oliver FC. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2020; 28(3): 784-808.
194. Hyett N, McKinstry E, Kenny A, Dickson-Swift V. Community-centred practice: Occupational therapists improving the health and wellbeing of populations. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2016; 63(1): 5–8.
195. Vinzón V, Allegretti M, Magalhães L. Um panorama das práticas comunitárias da Terapia Ocupacional na América Latina. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2020; 28(2): 600-620.
196. Scally, G. A new public health body for the UK. *BMJ*. 2021; 373(875): 1-2.
197. Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamprogna KM, Laurindo DLP. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. *Journal Health NPEPS*. 2021; 6(1): 1-21.
198. Sang PES. *Fantasiar, simbolizar e brincar: um estudo psicanalítico sobre a relação entre mundo interno e mundo externo na teoria kleiniana*. [Trabalho de Conclusão de Curso]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde; 2011.
199. Winnicott D. O brincar: a atividade criativa e a busca do eu. In: Winnicott D. (Autor). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda; 1975. p.79-93.
200. Lopes RE, Duarte MLMC, Pereira BP, Oliver FC, Malfitano APS. A divulgação do conhecimento em Terapia Ocupacional no Brasil: um retrato nos seus periódicos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2016; 24(4):777-89.
201. Oliveira FNG. Editorial. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2017; 1(1):2-5.

202. Folha OAAC, Folha DRSC, Cruz DM, Barba PCSD, Emmel MLG. Caracterização de publicações científicas sobre Terapia Ocupacional em periódicos não específicos da profissão no período de 2004 a 2015. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019; 27(3):650-62.
203. Folha OAAC, Cruz DM, Emmel MLG. Mapeamento de artigos publicados por terapeutas ocupacionais brasileiros em periódicos indexados em bases de dados. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2017; 28(3):358-67
204. Werneck GL. Epidemiologia e pandemia de Covid-19: oportunidades para rever trajetórias e planejar o futuro. *Interface – comunicação, saúde, educação*. 2023;27:e220340.
205. Castiel LD. O Cinismo Publicacionista no Contexto Acadêmico Sanitário: ensaio sintomático na forma de recorte e cola. In: Castiel LD, Xavier C, Moraes DR (Autores). *À Procura de um Mundo Melhor: apontamentos sobre o cinismo em saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2016. pp. 181-196.
206. Cardinalli I, Castro ED. Trajetórias inventivas e produção de conhecimento: terapeutas ocupacionais e suas relações com arte, corpo e cultura. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2019; 3(4):584-601.
207. Cardinalli I, Feriotti ML, Silva CR. Intencionalidade, método e aventura: uma trajetória a caminho da complexidade e transdisciplinaridade na Terapia Ocupacional. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2020; v.4(1): 255-267.
208. Mendonça RF, Freitas VG, Aggio CO, Santos NF. Fake News e o Repertório Contemporâneo de Ação Política. *Dados Revista de Ciências Sociais*. 2023; 66(2): e20200213.
209. Duarte DE, Benetti PR. Pela Ciência, contra os cientistas? Negacionismo e as disputas em torno das políticas de saúde durante a pandemia. *Sociologias*. 2022; 24(60):98-138.
210. Lopes RE, Malfitano APS. Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos. In: Lopes RE, Malfitano APS (organizadoras). *Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EDUFSCAR; 2016. pp. 17-28.

211. Galheigo SM. Terapia Ocupacional Social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. In: Lopes RE, Malfitano APS (organizadoras). Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos. São Carlos: EDUFSCAR; 2016. pp. 49-68.
212. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Terapia Ocupacional Social: concepções e perspectivas. In: A. Cavalcanti A, Galvão C (Editoras). Terapia Ocupacional: fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. pp.347-353.
213. Malfitano APS. Contexto social e atuação social: generalizações e especificidades na Terapia Ocupacional. In: Lopes RE, Malfitano APS (organizadoras). Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos. São Carlos: EDUFSCAR; 2016. pp. 117-134.
214. Barros DD. Terapia Ocupacional Social: o caminho se faz ao caminhar. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. 2004; 15(3):90-97.
215. Munguba MC, Malfitano APS, Lopes RE. Debate over the “social question” in occupational therapy: an integrative review. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 2018; 26(4): 892-903.
216. Vieira AG. Fundamentação do processo de trabalho da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva: uma abordagem materialista histórico-dialética. [Tese]. São Paulo: Universidade da São Paulo, Escola de Enfermagem; 2021.
217. Paim JS, Almeida-Filho N. Reforma Sanitária Brasileira em perspectiva e o SUS. In: Paim JS, Almeida-Filho N (autores). Saúde Coletiva: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbrook; 2014. p.203-10.
218. Teixeira CF, Souza LEPF, Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: Paim JS, Almeida-Filho N (autores). Saúde Coletiva: teoria e prática. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbrook; 2014. p.121-137.
219. Oliver FC. A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1990.
220. Oliver FC. Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do

- município de São Paulo (1989-1995). [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 1998.
221. Medeiros MHR. Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. 1ª reimpressão. São Carlos: EdUFSCAR; 2010.
222. Juns AG, Lancman S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011; 22(1): 27-35.
223. Mângia EF, Muramoto MT, Marques ALM. Formação profissional e serviços de saúde mental no SUS: estudo sobre a inserção de egressos do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2010; 21(2): 148-57.
224. Oliver FC, Castiglioni MC, Sartorelli ME, Lopes RE, Rocha EF. Acesso de pessoas com deficiência a serviços públicos de saúde: contribuições de um estudo na região do Vale do Paraíba e Litoral Norte do Estado de São Paulo. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2022; 32(1-3):e205129.
225. Mângia EF. Educação Interprofissional e a participação da Terapia Ocupacional nos Projetos de Educação Permanente em Saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. 2011; 22(1):i.
226. Carvalho CRA, Moreira COF, Takeiti BA, Oliveira N. A atuação dos terapeutas ocupacionais: desafios enfrentados no cotidiano do trabalho em unidades públicas de saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017; 25(4):723-33.
227. Camargos MA, Ferreira MVB, Maxta BSB, Tomasi ARP. A inserção dos terapeutas ocupacionais na rede de atenção à saúde do SUS em Minas Gerais entre os anos de 2005 e 2015. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2017; 25(2):363-72.
228. Alonso CMC, Cazeiro APM, Costa MC, Mecca RC. Formação para o SUS: a trajetória de adesão de um curso de Terapia Ocupacional às políticas indutoras de mudança curricular Pró e PET-Saúde. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2021; 29:e2771.
229. Farias KKR, Bezerra WC. Condições institucionais e estratégias de enfrentamento da precarização do trabalho por terapeutas ocupacionais em hospitais públicos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2016; 24(2): 235-46.

230. Lussi IAO, Ferigato SH, Gozzi APNF, Fernandes ADSA, Morato GG, Cid MFB, Furlan PG, Marcolino TQ, Matsukura TS. Saúde mental em pauta: afirmação do cuidado em liberdade e resistência aos retrocessos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2019; 27(1):1-3.
231. Goldman M. Os tambores dos mortos e os tambores dos vivos. *Etnografia, antropologia e política em Ilhéus, Bahia*. *Revista de Antropologia*. 2003; 46(2):445-76.
232. Mei AE, Nunes ED. Terapia Ocupacional, Política, Planejamento e Gestão: aproximando saberes no contexto da Saúde Coletiva. *Anais do 4º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão da Saúde*. 2021 Mar 23-26.
233. Ferretti EC, Curi HT, Andrade LF, Cooper RA, Soárez PC. Conceptual mapping proposed to comprehend the effect of wheelchair mobility on social participation and quality of life: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2022; DOI: 10.1080/17483107.2022.2126904.
234. Ferretti EC, Suzumura E, Rozman LM, Cooper RA, Soárez PC. Economic evaluation of wheelchairs interventions: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2021; DOI: 10.1080/17483107.2021.1993360.
235. Canesqui AM. Apresentação. In: Canesqui AM (organizadora). *Dilemas e desafios das ciências sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec; 1995. pp.11-18.
236. Nunes ED. Sociologia da Saúde: histórias e temas. In: Campos GWS, et al. (organizadores). *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª edição revista e aumentada. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 283-318.
237. França MML, Queiroz SM, Bezerra WC. Saúde dos povos de terreiro, práticas de cuidado e Terapia Ocupacional: um diálogo possível? *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2016; 24(1):105-16.
238. Correia RL, Nascimento IR, Proença ROS, Andrade FL, Santos RF. Questões de gênero na formação graduada em Terapia Ocupacional no Brasil. *Revista Científica da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia*. 2022; 4(1):171-81.

239. Mei AE, Ferretti EC, MEI PA. Injustiça ocupacional, gênero e saúde mental na pandemia do covid-19. Anais do 11o Congresso Brasileiro de Epidemiologia. 2021 Nov 22-26.
240. Magalhães L, Farias L, Rivas-Quarneti N, Alvarez L, Malfitano APS. The development of occupational science outside the anglophone sphere: enacting global collaboration. *Journal of Occupational Science*. 2019; 26(2):iii-xv.
241. Morrison R, Silva CR, Correia RL, Wertheimer L. Por que uma Ciência Ocupacional na América Latina? Possíveis relações com a Terapia Ocupacional com base em uma perspectiva pragmatista. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2021; 29:e2081.
242. Pereira LT, Siqueira LS, Correa VAC, Araújo LS, Folha OAAC. Caracterização das ocupações de moradores de uma comunidade ribeirinha na Amazônia brasileira. *Revista Ocupación Humana*. 2018; 18(2):5-19.
243. Almeida-Filho N, Paim JS. Conceitos de Saúde: atualização do debate teórico-metodológico. In: Paim JS, Almeida-Filho N (autores). *Saúde Coletiva: teoria e prática*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbrook; 2014. pp. 13-27.
244. Tesser CD. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? *Revista de Saúde Pública*. 2017; 51. DOI10.11606/S1518-8787.2017051000041.
245. Organização Mundial da Saúde (OMS). Palliative Care. [citado em 05 de agosto de 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
246. Rezende G. Cuidados paliativos e reabilitação para a população oncológica adulta: um estudo qualitativo multicêntrico com enfermeiros e terapeutas ocupacionais do Brasil e da Inglaterra. [Tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2022.
247. Correia RL, Gonçalves MV. Terapia Ocupacional e o direito à cidade. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. 2021; 29:e2757.
248. Correia RL, O ecomapa na prática terapêutica ocupacional: uma ferramenta para o mapeamento das percepções sobre a participação nas redes sociais de suporte. *Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional*. 2017; 1(1): 67-87.
249. Burke P. O que é história do conhecimento? São Paulo: Editora UNESP; 2016.

250. Liberman F, Junqueira V, Milek G. A menina e a mulher: literatura e narrativas de vida. *Revista Polis e Psique*. 2017; 7(1):181-201.
251. Santos BS. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Edições Almedina S.A.; 2020.
252. Organização das Nações Unidas (ONU). Os objetivos de desenvolvimento sustentável: dos ODM aos ODS. Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento (PNUD). [citado em 17 de julho de 2023]. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODS.aspx>>.
253. Morin E. A noção de sujeito. In: Schnitman DF (organizadora). *Novos paradigmas, cultura e subjetividade*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996, pp. 45-58.

ANEXO 1: Artigo Publicado na Revista Eletrônica Multidisciplinar em Investigação Científica (REMICI)



Revista Eletrônica Multidisciplinar de Investigação Científica
ISSN: 2764-4987
DOI: <https://doi.org/10.56166/remici.2023.7.v2n5.5.46>

TERAPIA OCUPACIONAL E SAÚDE COLETIVA: APONTAMENTOS SOBRE INTERDISCIPLINARIDADE A PARTIR DE UMA NARRATIVA AUTOBIOGRÁFICA

Occupational Therapy and Collective Health: Notes on interdisciplinarity from an
autobiographical narrative

André Eduardo Mei¹
Regina Yoneko Dakuzaku Carretta²
Nelson Filice de Barros³

RESUMO

O objetivo deste artigo foi explorar o conhecimento situado na interface entre a Saúde Coletiva e a Terapia Ocupacional, a partir da análise de uma narrativa autobiográfica. A metodologia utilizada foi a investigação bio-autobiográfica, utilizando como fontes documentos pessoais do pesquisador, sistematizados através de um mapa de contextualização e em seguida estruturados em uma narrativa. A análise dos dados foi realizada por meio do agrupamento de campos temáticos de sentidos que emergiram da narrativa e discussão dos mesmos com os referenciais da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva. Como resultados, tornaram-se centrais neste processo os modos de constituição dos objetos de estudo e domínios da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva enquanto disciplinas, bem como a tensão entre uma interdisciplinidade desconectada e uma interdisciplinidade que busca a síntese enquanto arranjo último e mais valioso. Considera-se que a construção das disciplinas e as distintas compreensões acerca da interdisciplinidade são elementos significativos para a construção de práticas interdisciplinares no campo da saúde coletiva. Ainda, a construção de uma narrativa biográfica favoreceu a aproximação entre pesquisador e objeto de pesquisa e, carrega a potência de, a partir de experiências singulares, dar nome para a experiência de muitos(as) e revelar o conhecimento de dentro de certos fenômenos, menos acessíveis aos métodos convencionais de pesquisa.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva, Estudos interdisciplinares, Narrativa Pessoal, Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The objective of this article was to explore the knowledge located at the interface between Collective Health and Occupational Therapy, based on the analysis of an autobiographical narrative. The methodology used was the bio-autobiographical investigation, using the researcher's personal documents as sources, systematized through a contextualization map and then structured in a narrative. Data analysis was carried out by grouping the thematic fields of meanings that emerged from the narrative and discussing them with the references of Occupational Therapy and Collective Health. As a result, the modes of constituting the objects of study and domains of Occupational Therapy and Collective Health as disciplines became central to this process, as well as the tension between a disconnected interdisciplinarity and an interdisciplinarity that seeks synthesis as the last and most valuable arrangement. It is considered that the construction of disciplines and the different understandings about interdisciplinarity are significant elements for the construction of interdisciplinary practices in the field of collective health. Still, the construction of a biographical narrative favored the approximation between researcher and research object and, carries the power of, from singular experiences, to name the experience of many and reveal the knowledge from within certain phenomena, less accessible to conventional research methods.

Key-words: Occupational therapy, Collective Health, Interdisciplinary studies, Personal Narrative, Qualitative research.

¹ Doutorando em Saúde Coletiva, UNICAMP, andremei.to@gmail.com

² Doutora em Engenharia de Produção, USP, reginadc@fmrp.usp.br

³ Doutor em Saúde Coletiva, UNICAMP, nelfel@uol.com.br



1. INTRODUÇÃO

Ao se aproximar do conceito de Saúde Coletiva, é possível perceber que o mesmo se apresenta rico de sentidos, sendo possível estudá-lo sob distintas abordagens. Nunes (2016), ao analisar o processo de institucionalização da Saúde Coletiva, aponta a diversidade de abordagens da mesma: como um campo; como um conjunto de práticas teóricas, ideológicas, sociais, políticas e técnicas; como um constructo produzido na interação entre um nível filosófico/ideológico, onde se situa um pensamento em saúde, um nível cognitivo, onde se situam os conhecimentos de diversos campos disciplinares, e um nível sociopolítico, onde se situam os processos organizativos; e como um espaço social, produzido no encontro de um conjunto de distintos agentes.

Luz (2009) destaca a transformação deste campo de conhecimentos com a inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, tais como o campo biológico, das ciências humanas e sociais e das ciências aplicadas, como o planejamento, bem como com a complexificação das práticas e formas de intervenção que se incorporaram ao campo ao longo das últimas décadas. Dessa forma, a autora também reflete sobre a irreversibilidade dessa complexidade, e sobre a irredutibilidade da Saúde Coletiva a um paradigma monodisciplinar.

No bojo dos encontros entre saberes e da complexificação de práticas, surge como um fenômeno a exploração e a problematização dos novos conhecimentos, emergentes da interação entre as distintas disciplinas e profissões. O presente artigo visa apresentar o recorte de uma pesquisa de doutorado que explora o conhecimento observado na interação entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva.

2. APROXIMAÇÕES PRELIMINARES

O caminho que pavimentou a elaboração do recorte aqui apresentado contempla algumas aproximações entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva preliminarmente realizadas. Inicialmente, foi observada uma aproximação no âmbito da pós-graduação. A partir da década de 1970, no âmbito da pós-graduação strictu sensu, uma primeira aproximação ocorre devido ao fenômeno da procura de terapeutas ocupacionais por programas de pós-graduação, dada a demanda pela formação de profissionais para a docência (MALFITANO, 2013). Na ausência de programas de pós-graduação específicos de Terapia Ocupacional na época, ou mesmo pelo desejo de se conectar com outras áreas do conhecimento, dentre outras motivações, vários profissionais buscaram continuar sua formação no exterior ou em outros campos afins do conhecimento, como na Educação e na



Psicologia (EMMEL, 2017). Entre os campos afins do conhecimento que acolheram os terapeutas ocupacionais para os estudos de mestrado e doutorado, se encontra a Saúde Coletiva.

No que diz respeito à pós-graduação *latu sensu*, outra aproximação da Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva se deu por meio dos programas de residência multiprofissional em saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), bem como a Residência em Área Profissional da Saúde, instituídas pela Lei nº 11.129 de 2005, configuram-se como cursos de pós-graduação *latu sensu* caracterizados por ensino em serviço para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS (BRASIL, 2005).

Para serem colocados em operação, os programas de RMS devem ser construídos com áreas de concentração, entendidas como campos delimitados e específicos de conhecimento no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS, em consonância com as áreas temáticas que compõe as diferentes Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (Brasil, 2012a). Entre 2012 e 2021, as áreas temáticas da CNRMS se constituíram em: Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Cirúrgicas; Intensivismo, Urgência e Emergência; Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva; Saúde Mental; Saúde Funcional; Saúde Animal e Ambiental (BRASIL, 2012b). A partir de 2021, as câmaras técnicas da CNRMS são reorganizadas, e a saúde coletiva deixa de ser uma área temática (BRASIL, 2021).

Contudo, durante os anos que a Saúde Coletiva se constituiu como área temática, vários programas que ofereciam vaga para residentes de Terapia Ocupacional eram alocados nesta área de concentração. Como um dos exemplos da aproximação supracitada, há o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que oferece anualmente uma vaga exclusiva para terapeutas ocupacionais (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2017).

No âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), é possível observar outra aproximação da Terapia Ocupacional com a Saúde Coletiva, por meio do reconhecimento das especialidades e áreas de atuação do terapeuta ocupacional. A especialidade de Saúde Coletiva é reconhecida pela Resolução COFFITO nº. 366, de 20 de maio de 2009, com as seguintes áreas de atuação: Desempenho Ocupacional e Saúde do Escolar, Desempenho Ocupacional e Saúde do Idoso, Desempenho Ocupacional e Saúde da Mulher, Desempenho Ocupacional e Saúde do Trabalhador, Desempenho Ocupacional e Saúde do Indígena.



A mesma resolução aponta, em seu artigo 3º “Terá reconhecido o seu título de Especialista e respectivas Áreas de Atuação o profissional Terapeuta Ocupacional que cumprir os critérios a serem estabelecidos em Resolução própria em conformidade com a Resolução COFFITO nº 360, de 18 de dezembro de 2008”. Dessa forma, nos anos seguintes foram elaboradas resoluções específicas de distintas especialidades: Acupuntura, Contextos Sociais, Saúde da Família, Saúde Mental, Contextos Hospitalares, Gerontologia, Contexto Escolar. Contudo, as especialidades de Saúde Funcional e Saúde Coletiva, embora previstas desde 2009, permanecem sem resolução própria, e sem sua atividade disciplinada.

Uma terceira aproximação encontrada se deu por meio de um levantamento bibliográfico associando o termo Terapia Ocupacional aos termos Saúde Pública, Saúde Coletiva e Saúde Comunitária (sendo os dois últimos sinônimos do primeiro nos descritores em saúde da biblioteca virtual em saúde). O levantamento apontou uma ausência de trabalhos que colocassem a Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva como objeto central; alguns trabalhos encontrados traziam conexões apenas indiretas entre as disciplinas (MEI; BARROS; CARRETTA, 2023).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Se for concedido a estas primeiras aproximações o símbolo de expedições, se pode conceder à Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva o símbolo de um território ainda desconhecido. Academicamente indescrito, e provavelmente na fronteira de outros dois territórios já um pouco mais explorados (Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva), as expedições iniciais ao território da Terapia Ocupacional em Saúde Coletiva apresentaram apenas indícios que este território existe e é habitado, como a constatação de aves em voos baixos. Muitas eram as possibilidades. Haveria ali uma terceira margem? Refletindo sobre as expedições realizadas, foi conduzido um exercício de pensar nas metodologias possíveis, e então os pesquisadores se atentaram que o sentimento da existência deste lugar veio das vivências do pesquisador terapeuta ocupacional, e não da leitura de artigos.

Dessa forma, uma etapa autobiográfica da tese foi elaborada, apoiada nos aportes da investigação bio-autobiográfica proposta por Delory-Momberger (2012):

O objeto da pesquisa biográfica é explorar os processos de gênese e de devir dos indivíduos no seio do espaço social, de mostrar como eles dão forma a suas experiências, como fazem significar as situações e os acontecimentos de sua existência. E, conjuntamente, como os indivíduos – pelas linguagens culturais e sociais que atualizam nas operações de biografização – contribuem para dar existência, para reproduzir e produzir a realidade social (DELORY-MOMBERGER, 2012, p. 524).



Para (re) visitar a trajetória do terapeuta ocupacional foram selecionados documentos pessoais por ele encontrados que remetessem às vivências de aprendizagem e assistência nas áreas de Terapia Ocupacional e Saúde Coletiva ao longo do tempo, nas instituições em que viveu como estudante e trabalhador. A seleção foi realizada por conveniência, sendo selecionados os documentos que compunham o acervo pessoal do pesquisador terapeuta ocupacional: históricos escolares, trabalhos finais de disciplinas, relatórios de estágio, anotações e diários de campo que se encontravam preservados nos arquivos pessoais do terapeuta ocupacional, detalhados a seguir de acordo com as distintas experiências vividas.

Da graduação em Terapia Ocupacional, foi revisitado o histórico escolar; certificados de palestras, projetos de extensão e atividades extracurriculares; trabalho de conclusão de curso; relatórios e casos clínicos apresentados em estágios; relatórios finais de estágios e disciplinas. Da residência multiprofissional em *Atenção à Saúde*, área de concentração em *Saúde Coletiva*, foi revisitado o histórico escolar; certificados de palestras, projetos de extensão e atividades extracurriculares; trabalho de conclusão de curso; relatórios e casos clínicos apresentados em estágios; relatórios finais de estágios; apresentação sobre terapia ocupacional realizada junto à equipe da Unidade Básica de Saúde na qual parte dos estágios foi efetivada.

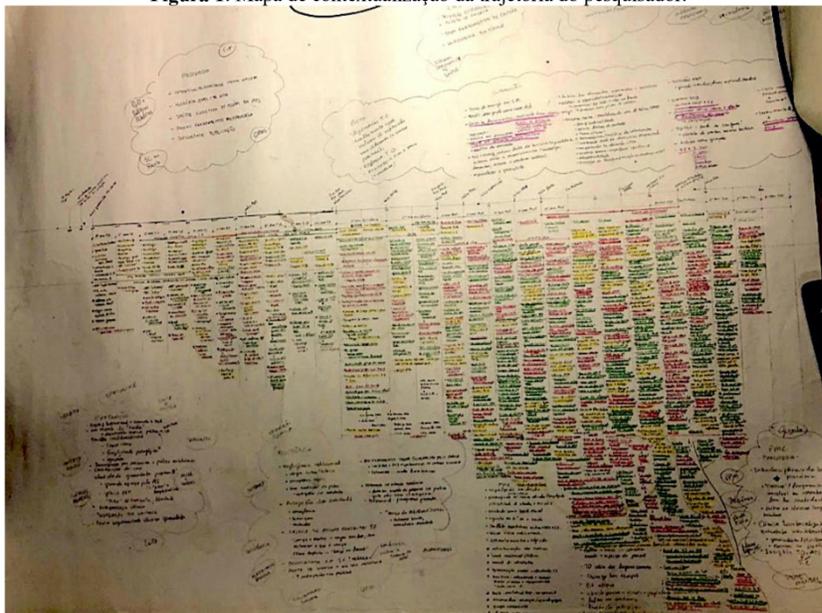
Do mestrado e doutorado, respectivamente em *Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação e Saúde Coletiva*, foi estudado o histórico escolar, a bibliografia das disciplinas cursadas e dois cadernos de anotações, bem como a dissertação de mestrado. Da especialização em *Gestão de Serviços de Saúde*, foi analisado o caderno do aluno, o documento com apresentação do curso, o conteúdo programático e o cronograma, bem como o caderno de anotações das aulas. Do grupo de estudos e da supervisão clínica em terapia ocupacional, foram utilizados, respectivamente, a bibliografia e um caderno de anotações. Da atuação assistencial como terapeuta ocupacional enquanto servidor público municipal, foram empregadas apresentações feitas às equipes de saúde sobre terapia ocupacional e interdisciplinaridade e os diários de campo produzidos entre 10/06/2014 e 21/02/2020, com conteúdo descritivo e reflexivo sobre sua atuação diária.

A partir da leitura dos documentos supracitados, foi elaborado um mapa de contextualização (PÁDUA, 2014) contendo as experiências vivenciadas em ordem cronológica (figura 1), bem como eventos e reflexões significativas relacionadas às mesmas. Para Rosenthal (2014), o estabelecimento de uma ordem cronológica auxilia o biógrafo a discernir o conteúdo e a sequência da experiência, da

recordação e da narração, que podem ser distintos. Ademais, pode facilitar a etapa subsequente, de compreender os significados das diferentes etapas da trajetória.

Em seguida, foi construída uma narrativa pautada nestas experiências e eventos, de modo a compor uma estrutura organizativa que fosse representativa da trajetória do terapeuta ocupacional e evidenciasse os temas e campos temáticos (ROSENTHAL, 2014) acerca das possíveis conexões entre a Terapia Ocupacional e a Saúde Coletiva. Para o presente artigo, os temas foram destacados e agrupados em campos temáticos conforme seus núcleos de sentido convergentes, para serem discutidos com os objetivos da pesquisa e à luz dos referenciais da terapia ocupacional e da saúde coletiva.

Figura 1: Mapa de contextualização da trajetória do pesquisador.



Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram classificados e categorizados de acordo com campos temáticos (ROSENTHAL, 2014) que expressaram sentidos e ideias convergentes. De acordo com a leitura fluante do mapa de contextualização e da narrativa produzida, foi possível agrupá-los em dois campos temáticos: 'Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e seus respectivos domínios' e 'Interdisciplinaridades', como exposto a seguir.



4.1 Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e seus respectivos domínios

A análise da trajetória profissional do pesquisador terapeuta ocupacional evidenciou uma questão sobre o conhecimento da terapia ocupacional e da saúde coletiva relativa à constituição de seus respectivos objetos e domínios, compreendidos aqui enquanto unidade socialmente construída, com base ontológica, fundamentação teórica e potencial de aplicação (SMIRAGLIA, 2013). No caso da terapia ocupacional, foi relatado na vivência da graduação um sentimento frequente de não integração entre as disciplinas da grade curricular, o que inclui as disciplinas específicas da área. Não obstante, os próprios recursos e práticas da profissão pareceram dispersos, desconectados de uma unidade, sugerindo a existência de um domínio fragilizado, instável e não integrado deste campo do conhecimento.

Alguns autores chamam a atenção para a construção social do domínio da terapia ocupacional ao longo de sua história. Cardinalli (2017) lembra que a partir da década de 1970 os terapeutas ocupacionais já começaram a questionar o papel da profissão. Na década de 1980 a problematização da profissão agregou com mais intensidade a pauta de seus fundamentos e sua epistemologia, dada a diversidade das práticas que já se acumulavam na época. A atualidade aponta um movimento de abertura para novos campos de atuação, bem como discussões sobre composições interdisciplinares; ao mesmo tempo, há o desafio para conectar esses diferentes conhecimentos e encontrar raízes comuns ou conexões que expressem pontos de identificação. Assim, o debate continua ativo na profissão, com autores questionando se deveria ser buscada uma unificação ou assumir a pluralidade produzida.

Ferioti (2013) corrobora o fenômeno atual do anseio de profissionais pela construção de uma identidade da profissão. A autora apresenta a atividade humana, ou ocupação, como objeto da profissão, e sugere como seu domínio, a partir de um resgate histórico e identificação de novos contextos, a compreensão da ocupação como finalidade em si, como meio para tratar doenças e disfunções ou como meio e fim simultaneamente. Ademais, pontua que o domínio sugerido não pretende uniformizar as práticas, mas sim buscar uma identidade aberta, flexível aos distintos contextos sociais, históricos, culturais.

No caso da Saúde Coletiva, foi observado que o seu domínio não foi diretamente abordado e nem colocado em pauta nas formações vividas. Não obstante, foi observado que no discurso de colegas de pós-graduação e de trabalho, a saúde coletiva foi frequentemente fusionada a outros conceitos, sugerindo a existência de um objeto e um domínio em penumbra. Utilizando como



metáfora o conceito astronômico de nebulosa, as vivências relatadas fazem imaginar a saúde coletiva dentro de uma nebulosa, indissociada de certos termos como *campo*, *movimento político*, *promoção de saúde e prevenção de agravos*, *Atenção Primária à Saúde (APS)*, *subjetividade*, *medicina social e comunitária*, dentre outros.

A saúde coletiva se apresenta como um entre distintos espaços sociais construídos ao redor do estudo da saúde em populações como objeto, entre eles: Aritmética Política, Polícia Médica, Higiene, Saúde Pública, Medicina Social, Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Nova Saúde Pública (VIEIRA-DA-SILVA; PAIM; SCHEIBER, 2014; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Assim, a saúde coletiva e a nova saúde pública, sendo mais recentes, partilhando de objetos semelhantes e herdando alguns elementos dos demais espaços sociais citados, possuem uma certa relação de ancestralidade/descendência com tais espaços, o que pode explicar a fusão de conceitos em alguns casos. Pode-se inferir que há fusões da saúde coletiva com outros espaços sociais ancestrais em si, como a medicina social e a medicina comunitária, e também fusões com princípios partilhados, caso da promoção de saúde e prevenção de agravos, herdados da saúde pública e a medicina preventiva, bem como do engajamento político e social, herdado da medicina social.

Nunes (2007) aponta que o período do surgimento da saúde coletiva, ao final da década de 1970, coincide com o discurso internacional que assume a centralidade da APS nos sistemas de saúde, coroado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata, em 1978. Este contexto, associado à descendência da medicina comunitária, que preconizava a realização de práticas de saúde em equipamentos extra hospitalares e inseridos na comunidade, pode explicar a fusão da saúde coletiva com a APS.

Ademais, o surgimento da saúde coletiva é colocado também no bojo de algumas rupturas entre os espaços sociais supracitados, sobretudo na década de 1970. Campos (2000) relata o surgimento da saúde coletiva a partir do rompimento com a saúde pública tradicional. Nunes (2007) retoma que a Medicina Social neste período se colocava como projeto político e teórico em confronto com a Medicina Preventiva, vista como norma frustrada na prática pelas contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico; buscava, assim, delimitar um novo objeto de estudo a partir do qual contribuíssem para uma prática transformadora. Vieira-da-Silva (2018) aponta que o termo *saúde coletiva* é eventualmente proposto e acolhido pela sua neutralidade, buscando agregar



diferentes espaços sociais em disputa, bem como pelo potencial de agregar novos atores, além da área da medicina.

Atualmente, alguns autores se voltaram ao questionamento do objeto e da construção da identidade da saúde coletiva, sendo a tendência encontrada a de assumir uma identidade plural e sem proposições de uma concentração de objeto (LORENA; AKERMAN, 2016; VIEIRA-DA-SILVA, 2018). Por sua vez, o mais recente relatório de área da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) não evidencia mais saúde coletiva como sinônimo de saúde pública, colocando-a como campo científico de natureza interdisciplinar, cujas disciplinas básicas são a epidemiologia, as ciências sociais e humanas em saúde e a política, planejamento e gestão de sistemas e serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Para Edgar Morin (2005a; 2005b), o fenômeno da constituição e desenvolvimento dos respectivos domínios da Terapia Ocupacional e da Saúde Coletiva pode ser compreendido a partir dos conceitos de organização complexa e do princípio hologramático da complexidade. Segundo o autor, cada organização prevê uma fronteira ao mesmo tempo aberta e fechada, para permitir trocas de energia necessárias às produções e transformações, e manter sua existência, sua reorganização, sua autonomia (2005a). Os eventuais fechamentos do sistema produzem simultaneamente organização interna e entropia, enquanto as aberturas produzem novas possibilidades e regeneração. O princípio hologramático constitui-se na ideia que, num sistema complexo, o todo está sempre inscrito nas partes, que estão inscritas no todo. Assim, as partes de um sistema, ainda que singulares e dotadas de autonomia, portam virtualidades do todo, dispõem de seus aspectos de organização, podendo inclusive ser capazes de regenerá-lo (2005b).

A partir da perspectiva acima, se pode compreender dada área do conhecimento enquanto uma organização complexa, cujo domínio pode operar o princípio hologramático, mantendo a existência da organização ao mesmo tempo que se abre para novas interações interdisciplinares, novos contextos de aplicação do conhecimento e novas práticas. Esta perspectiva dialoga com o objetivo da pesquisa, pensar a interação entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva.

Um caminho, portanto, seria pensar a terapia ocupacional enquanto organização complexa, cujo domínio seria o envolvimento em ocupações como fim ou meio para o desenvolvimento humano. A interação com outras disciplinas e contextos, como a saúde coletiva, produziria novas e singulares práticas. Estas, se conscientes e dotadas da virtualidade do domínio, retornam da dispersão e alimentam a organização, assim trabalhando para a neguentropia e regeneração deste saber. Por outro



lado, considerando nesta perspectiva a Saúde Coletiva, a nebulosidade de seu domínio pode comprometer a recursividade do sistema. Os encontros interdisciplinares e sua consequente diversidade de práticas produzidas, pode ser sentida apenas como dispersão.

4.2. Interdisciplinaridades

De forma complementar ao debate acerca dos domínios das distintas áreas do conhecimento, outro grande foco de análise diz respeito às distintas compreensões da interdisciplinaridade. A trajetória do terapeuta ocupacional percorreu situações onde as distintas disciplinas, representadas pelos profissionais, se apresentaram distantes, autossuficientes e pouco abertas à troca. Em paralelo, houve situações onde havia uma visão de interdisciplinaridade aceita e preconizada, pautada no conceito de núcleo e campo desenvolvido por Campos (2000); contudo, resultou na negação de práticas marcadamente pertencentes à terapia ocupacional, bem como vivências de hierarquia e exclusão entre diferentes conhecimentos, e a percepção de participação em práticas genéricas e superficiais, que pouco respondiam às demandas enfrentadas.

Enquanto no primeiro conjunto de situações descritas a fragmentação e distanciamento entre os conhecimentos ficou evidente, no segundo conjunto de situações houve uma tendência de borramento das fronteiras e consequente fusão ou tentativa de síntese entre conhecimentos. Feriotti (2007), ao apresentar um resgate histórico dos conceitos de interdisciplinaridade e transdisciplinaridade aponta que, embora exista o consenso sobre a necessidade de interação entre diferentes disciplinas, é possível encontrar distintas visões sobre interdisciplinaridade, com divergências bem-marcadas sob alguns aspectos.

A autora pontua, dentre tais aspectos, posicionamentos que divergem sobre a necessidade de superação das fronteiras e especificidades das disciplinas enquanto requisito para a evolução do conhecimento. Entre os defensores deste posicionamento, apresenta nomes como Jean Piaget, Hilton Japiassu e Erich Jantsch. Para os dois últimos, a transdisciplinaridade seria uma etapa mais evoluída do conhecimento, atingida por meio da síntese dialética entre várias disciplinas, chegando a uma unidade, uma disciplina síntese (FERIOTTI, 2007).

Entre autores contrários à síntese como evolução, apresenta nomes como Edgar Morin, Antonio Joaquim Severino e Norberto Jacobs Etges. Este último inclusive reitera o risco de dominação e reducionismo, ao apontar que a ciência-síntese, universal e todo-poderosa, teria um método que, inevitavelmente, seria o método de uma das ciências em detrimento dos métodos das



outras ciências, e portanto, estaria operando a partir da lógica do domínio e da exclusão (FERIOTTI, 2007).

Santos (2002) atenta também para os movimentos de dominação, exclusão e reducionismos, próprios do que chama de razão metonímica. Tal razão, adepta da monocultura do saber, ativamente produz a não existência de saberes que escapam à monocultura credível, dominante. O autor propõe como enfrentamento desta questão a identificação e evidência da heterogeneidade de outros saberes e práticas que operam credivelmente em distintos contextos sociais e são declarados não existentes.

Morin (2005a) dá lugar à dialógica em sua proposição da complexidade ao afirmar que os equilíbrios organizacionais no interior dos sistemas são equilíbrios de forças complementares, antagônicas e concorrentes. Ao fazer isso, o autor abre espaço para dar visibilidade inclusive aos movimentos de dominação que coexistem com a complementariedade nas práticas interdisciplinares. Cabe lembrar que à noção de campo enquanto espaço da complementariedade expressa por Campos (2000), somam-se autores que dão ao mesmo termo a noção de espaço de disputas. Burke (2003) resgata a utilização histórica do termo, entre elas a metáfora medieval do estudioso-camponês, que deveria proteger seu terreno de conhecimentos de invasões de seus vizinhos disciplinares; Bourdieu (1983) relata o campo científico como um campo social, lugar de lutas concorrenciais onde o que está em jogo é o monopólio de autoridade, e a hierarquia entre campos científicos se faz presente e orienta as práticas.

A tentativa de síntese sentida como fator de proibição ou diluição das identidades singulares é também descrita por Maffesoli (1998) enquanto herança do racionalismo. Morin (2005b) corrobora a crítica à diluição das identidades e a consequente superficialidade do conhecimento, reconhecendo como tragédia atual do conhecimento estar frequentemente diante da alternativa de fechamento do objeto do conhecimento que mutila a solidariedade com outros objetos, bem como com o seu meio (excluindo problemas globais), e a dissolução dos contornos e fronteiras que afoga todo objeto e nos condena à superficialidade.

Dessa forma, a emergência da diversidade do próprio conceito de interdisciplinaridade também joga luz sobre a questão da interação dos conhecimentos da terapia ocupacional e saúde coletiva. Pela compreensão moriniana, o sistema interdisciplinar formado na interação entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva não exige a síntese dialética entre os dois saberes, permitindo que os respectivos domínios estejam presentes nas mais diversas práticas a serem produzidas, contribuindo simultaneamente para a interdisciplinaridade e a regeneração e desenvolvimento de cada saber



individualmente. Ademais, esta perspectiva não negaria os fenômenos de concorrência e antagonismo entre os saberes. Estes, quando detectados, poderiam ser trabalhados a favor do melhor desenvolvimento do conhecimento, das práticas e dos profissionais envolvidos.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora a aproximação entre diferentes saberes seja celebrada e desejada, esta se apresenta como processo rico em nuances, incertezas e desafios. No caso das aproximações entre a saúde coletiva e a terapia ocupacional, à escassa literatura dedicada a debatê-la somam-se outros desafios, descortinados pela análise de uma narrativa biográfica, apresentada neste texto. A constituição dos objetos e domínios de cada área, bem como a pluralidade do próprio conceito de interdisciplinaridade, emergiram como elementos a serem considerados na compreensão e teorização acerca desta aproximação de saberes, e conseqüentemente na construção interdisciplinar das práticas no campo da Saúde Coletiva.

Entre os desafios encontrados, destaca-se a nebulosidade do domínio da saúde coletiva, bem como a existência de visões de interdisciplinaridade que buscam a síntese dialética entre os saberes, negando a expressão dos diferentes domínios de conhecimento e a ocorrência de fenômenos de concorrência, antagonismo, dominação e reducionismo entre saberes presentes nas arenas interdisciplinares. O paradigma da complexidade proposto por Edgar Morin (2005a; 2005b) se apresenta como matriz de inteligibilidade possível para operar esta aproximação levando em conta os desafios supracitados, uma vez que proporciona espaço para a integração de conhecimentos respeitando a expressão de diferentes domínios, e reconhece a possibilidade de fenômenos de concorrência e antagonismo, proporcionando espaço para o desenvolvimento do conhecimento e do cuidado apesar de tais fenômenos.

Não obstante, a construção de uma narrativa autobiográfica se mostrou uma ferramenta valiosa para a pesquisa interdisciplinar, podendo reconectar a figura do pesquisador, por vezes distante e descontextualizada, com seu objeto de pesquisa. Corroborando Raimondi *et al.* (2020), a própria experiência do pesquisador, ainda que singular, pode dar nome para experiências de muitos(as) e, revelar o conhecimento de dentro de certos fenômenos, menos acessíveis aos métodos convencionais de pesquisa.



REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P. O campo científico. In: ORTIZ, R. (Org.). **A Sociologia de Pierre Bourdieu**. Trad. de Paula Montero e Alicia Auzmendi. São Paulo: Ática, 1983. p.112-43.

BRASIL. **Lei 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.1-2, 01 jul. 2007.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 29-30, 30 jan. 2012.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.24-25, 16 abr. 2012.

BRASIL. **Portaria Interministerial 7, de 16 de setembro de 2021**. Dispõe sobre a estrutura, a organização e o funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS de que trata o artigo 14 da lei 11.129, de 30 de junho de 2005, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p.50-52, 17 set. 2021.

BRASIL. **Ministério da Educação**. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Documento de área: saúde coletiva. Brasília: Ministério da Educação, 2019.

BURKE, P. **Uma história social do conhecimento**: de Gutemberg a Diderot. Rio de Janeiro: Zahar, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Manguinhos, v. 5, n.2, p. 219-230, jul-dez 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Mai. 2023.

CARDINALI, I. **Conhecimentos da Terapia Ocupacional no Brasil**: um estudo sobre trajetórias e produções. 2017. 208p. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8496/DissIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: Mai. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL (COFFITO). **Resolução no 366, de 20 de maio de 2009**. Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3129>. Acessado em: Mai. 2023.



DELORY-MOMBERGER, C. Abordagens metodológicas na pesquisa biográfica. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v.17, n.51, p.523-536, set-dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbedu/a/5JPSdp5W75LB3cZW9C3Bk9c/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Mai. 2023.

EMMEL, M. L. G. Caminhos trilhados e contribuições para o desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v.25, n.1, p. 235-242, jan-mar. 2017. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1629/837>. Acessado em: Mai. 2023.

FERIOTTI, M. L. Construção de identidade(s) em terapia ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: PÁDUA, E. M. M.; FERIOTTI, M. L. (Orgs.). **Terapia ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais**. Curitiba: CRV, 2013. p.43-72.

FERIOTTI, M. L. **Universidade, formação de professores e movimentos sociais: a colcha de retalhos como metáfora das relações interdisciplinares e transdisciplinares**. 2007. 287p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: https://repositorio.sis.puc-campinas.edu.br/bitstream/handle/123456789/15315/cchsa_ppgedu_me_Maria_LF.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acessado em: Mai. 2023.

LORENA, A. G.; AKERMAN, M. **Uma ou várias? Identidades para o sanitarista!**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p. 304-311, abr-jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhKMvH4KqDSJNGSG48VqG/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Mai. 2023.

MAFFESOLI, M. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis: Vozes, 1998.

MALFITANO, A. P. S. *et al.* Programa de pós-graduação stricto sensu em Terapia Ocupacional: fortalecimento e expansão da produção de conhecimento na área. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Florianópolis, v.18, n.1, p. 105-111, jan. 2013. Disponível em: <https://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/2401/pdf48>. Acessado em: Mai. 2023.

MEI, A. E.; BARROS, N. F.; CARRETTA, R. Y. Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v.9, 2023. No prelo.

MORIN, E. **O Método 1: a natureza da natureza**. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

MORIN, E. **O Método 3: o conhecimento do conhecimento**. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.



NUNES, E. D. La salud colectiva em Brasil: analizando el proceso del institucionalización. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v.12, n.3, p. 347-360, jul-set. 2016. Disponível em: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/894/1041>. Acessado em: Mai. 2023.

NUNES, E. D. **Sobre a sociologia da saúde**: origens e desenvolvimento. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2007.

PÁDUA, E. M. M. **Pesquisa e Complexidade**. 1ª ed. Curitiba: CRV, 2014.

RAIMONDI, G. A. *et al.* A autoetnografia performática e a pesquisa qualitativa na Saúde Coletiva: (des)encontros método+lógicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n.12, e00095320, dez. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/QpHzDBkR6cLpWjttVfxm7LP/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Mai. 2023.

ROSENTHAL, G. História de vida vivenciada e história de vida narrada: a interrelação entre experiência, recordar e narrar. **Civitas**, Porto Alegre, v.14, n.2, p. 227-249, mai-ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/civitas/a/5SY8P9tjdsVTMJdvTBkcLxH/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: Mai. 2023.

SANTOS, B. S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, v.63, p. 237-280, mai-ago. 2002. Disponível em: <https://journals.openedition.org/rccs/1285>. Acessado em: Mai. 2023.

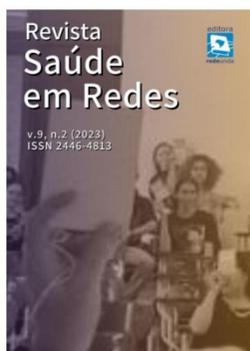
SMIRAGLIA, R. The Epistemological Dimension of Knowledge Organization. **Iris**, Recife, v.2, n.1, p. 2-11, jan-jun. 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/IRIS/article/view/498/402>. Acessado em: Mai. 2023.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Fundação Universitária para o Vestibular (FUVEST). Informe nº 1/2018, de 04 de julho de 2017. **Processo Seletivo para preenchimento das vagas dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Uni e Multiprofissional para o período letivo 2018-2020**. Disponível em: http://www.fuvest.br/wp-content/uploads/Informe-Resid%C3%Aancias-01_2018.pdf. Acessado em: Jul. 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; PAIM, J. S.; SCHRAIBER, L. B. O que é Saúde Coletiva? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Orgs.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbrook, 2014. p. 3-12.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. **O campo da saúde coletiva**: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. 1ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2018.

ANEXO 2: Artigo Publicado na Revista Saúde em Redes



Revista Saúde em Redes (ISSN 2446-4813), v.9, n.2 (2023).

ARTIGO DE REVISÃO

DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n2.3818

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

Collective health and its resemblances to occupational therapy: reflections from a bibliographic review

Andre Eduardo Mei

Doutorando em Saúde Coletiva; Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil;
E-mail: andreimei.to@gmail.com; ORCID: 0000-0002-9711-8085

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Doutora em Engenharia de Produção; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil;
E-mail: reginadc@fmrp.usp.br; ORCID: 0000-0003-3228-2287

Nelson Filice de Barros

Doutor em Saúde Coletiva; Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, SP, Brasil;
E-mail: nelfel@uol.com.br; ORCID: 0000-0002-2389-0056

Resumo: Introdução: A saúde coletiva é um campo de conhecimento que se destaca pela sua transformação por meio da inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, sendo assim irredutível a um paradigma monodisciplinar. **Objetivos:** Este artigo buscou explorar possíveis afinidades eletivas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva. **Método:** Foi realizada uma revisão de escopo na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com os termos “terapia ocupacional”, “saúde coletiva”, “saúde pública” e “saúde comunitária”. **Resultados:** Sete artigos foram selecionados para a revisão, que tematizaram o universo da gestão, a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde, o contexto comunitário de práticas, saúde populacional e a dimensão ocupacional do cuidado. Ademais, esta pesquisa pôde perceber nuances sobre conceitos chave e suas definições distintas encontradas na literatura. **Conclusão:** Este artigo pode alimentar o debate acerca das afinidades eletivas entre terapia ocupacional e saúde coletiva, bem como embasar o conhecimento de terapia ocupacional em saúde coletiva.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional; Saúde Coletiva; Conhecimento; Literatura de Revisão.

Abstract: Introduction: Collective health is a field of knowledge that stands out for its transformation by the continuous inclusion of disciplines from different scientific fields, thus being irreducible to a monodisciplinary paradigm. **Objectives:** This article sought to explore possible elective affinities between occupational therapy and collective health. **Method:** A scope review was carried out in the Virtual Health Library (VHL) database, with the terms “occupational therapy,” “collective health,” “public health,” and “community health.” **Results:** Seven articles were selected for the review, which thematized the universe of management, diseases and injuries prevention, health promotion, the communitarian context of practices, population health, and the occupational dimension of care. Furthermore, this research was able to perceive nuances about key concepts and their distinct definitions found in the literature. **Conclusion:** This article can feed the debate about the elective affinities between occupational therapy and public health, as well as support the knowledge of occupational therapy in public health.

Keywords: Occupational Therapy; Collective Health; Knowledge; Review Literature.

Introdução

A saúde coletiva é um campo de conhecimento que se destaca pela sua transformação por meio da inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, entre eles: o biológico; as ciências humanas e sociais e as ciências aplicadas, como o planejamento. Além disso, é caracterizada pela complexificação de suas práticas e formas de intervenção que se incorporaram ao campo ao longo das últimas décadas. Dessa forma, há uma complexidade irreversível, sendo a Saúde Coletiva irredutível a um paradigma monodisciplinar¹.

No bojo dos encontros entre os saberes e da complexificação de práticas emerge a problematização das conexões e identidades construídas por distintas disciplinas e profissões no âmbito da saúde coletiva. Um estudo acerca da identidade dos atores da saúde coletiva no Brasil² identificou que a produção de artigos, dissertações e teses que envolvem a temática cresceu a partir de 1990 e teve aumento significativo a partir dos anos 2000. Esse levantamento apresentou a reflexão de distintos agentes, como médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos e profissionais ligados à vigilância sanitária, que com ajuda de sua trajetória e prática profissional na perspectiva da saúde coletiva puderam discutir sobre a construção ou transformação de suas identidades.

Na perspectiva analítica desenvolvida por Nunes³, observa-se que um campo do conhecimento com suas próprias formas de expressão cognitiva é estruturado progressivamente, por meio de manifestações históricas, de processos de institucionalização e de um acúmulo de estudos e práticas nas quais se pode identificar as orientações de pesquisa, os paradigmas, os problemas e os instrumentos desse campo específico de conhecimento. Aludimos às manifestações enquanto noção utilizada por Antonio Candido⁴ na formação da literatura brasileira, em que o conceito de manifestações literárias foi usado para distinguir-se dos sistemas literários (articulação entre autor, obra e público) e, assim, caracterizar os momentos iniciais de um campo de conhecimento ainda não sistematizado.

Este artigo tem por objetivo investigar seletivamente o conhecimento compartilhado e construído a partir destes dois saberes: a saúde coletiva e a terapia ocupacional. Com ajuda das manifestações da literatura indexada, pretendemos explorar possíveis afinidades eletivas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva compreendidas na acepção de Lowy⁵:

afinidade eletiva é o processo pelo qual duas formas culturais – religiosas, intelectuais, políticas ou econômicas – entram, a partir de determinadas analogias significativas, parentescos íntimos ou afinidades de sentidos, em uma relação de atração e influência recíprocas, escolha mútua, convergência ativa e reforço mútuo.⁵

Metodologia

Este artigo é produto de uma revisão de escopo (scoping review) realizada em dezembro de 2020, elaborada conforme proposto por Peters et al.⁶, com o objetivo de explorar possíveis conexões entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva e contribuir para o desenvolvimento do conhecimento compartilhado e construído a partir desses dois saberes. Para esses autores, a revisão de escopo é utilizada para mapear a literatura acerca de um determinado tópico, sua extensão e profundidade. Tal metodologia se preocupa em identificar conceitos e teorias chave, bem como lacunas no conhecimento, sendo útil especialmente diante de campos emergentes, heterogêneos e complexos.

Foi utilizada a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) por integrar nas suas buscas dezenas de bases de dados desenvolvidas e atualizadas por uma rede de colaboração, com coordenação técnica e metodológica da Biblioteca Regional de Medicina (Bireme). Constam bases de dados internacionais, nacionais e temáticas, dentre elas a Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline), a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e o Banco de Dados em Enfermagem (BDENF).

Os termos utilizados nas bases de dados foram escolhidos com base na listagem dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Uma vez que nos DeCS, o termo “Saúde Coletiva” aparece enquanto sinônimo do termo “Saúde Pública”, juntamente com “Saúde Comunitária”. Na ocasião, os três termos foram usados no levantamento, cada um deles combinados com o termo “Terapia Ocupacional” pelo conector booleano “AND”. Cada combinação foi pesquisada nos campos “título” e “descriptor de assunto” em português, espanhol e inglês.

Os critérios de inclusão definidos para o levantamento foram: ter texto completo disponível online, gratuitamente e nos idiomas português, inglês e espanhol. Foram automaticamente excluídas as publicações fora desses critérios, bem como publicações que se distanciaram dos objetivos desta pesquisa e as publicações duplicadas.

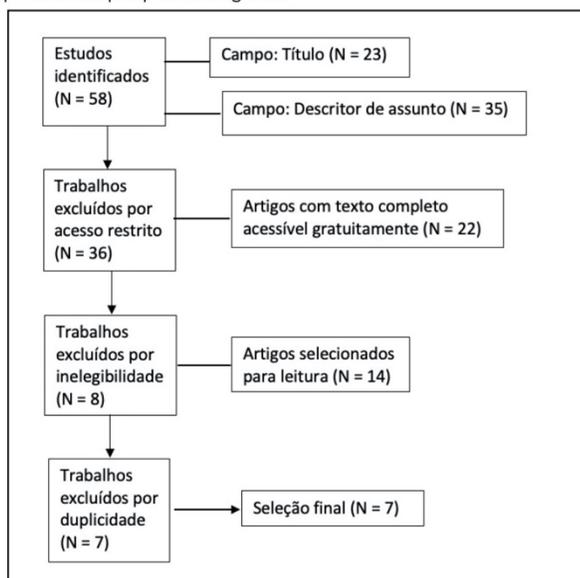
Dessa forma, no processo de levantamento bibliográfico, apresentado pelo fluxograma na Figura 1, foram encontrados 23 trabalhos no campo “título” e 35 trabalhos no campo “descriptor de assuntos”, resultando em 58 trabalhos. Foram filtrados os trabalhos que não tinham texto completo disponíveis gratuitamente, no caso, 36 trabalhos, remanescendo, portanto, 22 trabalhos. Em seguida, foram excluídas as publicações inelegíveis aos objetivos do estudo, que representaram oito trabalhos, restando 14 trabalhos. Após a exclusão das duplicatas, sete trabalhos remanesceram para a seleção final. Assim, a seleção final contou com sete publicações, sendo um editorial e seis artigos.

Os trabalhos que compuseram a seleção final foram organizados em um quadro contendo o nome de cada produção acadêmica inserida, nome dos autores, ano de publicação e país de publicação,

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

apresentados na Tabela 1. Para a análise dos resultados, foi realizada a leitura na íntegra de todos os textos da seleção final e utilizados aportes da metodologia de análise qualitativa proposta por Gibbs⁷, sobretudo as técnicas de codificação aberta e triangulação das informações. Na codificação aberta, o texto com as informações é examinado por meio de comparações e perguntas chave que possam alertar para questões teóricas que estão por trás do texto, oferecendo acesso a níveis teóricos mais profundos. Já a triangulação trata-se de uma metáfora inspirada na agrimensura, em que o cálculo trigonométrico permite a inferência da distância entre o observador e o objeto. Analogamente, nas pesquisas qualitativas, a triangulação funciona como a construção de um ponto de vista que busca integrar as diferentes informações e fontes de evidência encontradas.

Figura 1. Fluxograma do processo de pesquisa bibliográfica



Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

Assim, o conteúdo dos artigos foi codificado e triangulado com aproximações preliminares estudadas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva, com a literatura corrente de ambos os campos de conhecimento e, também, com os objetivos do estudo.

Resultados e Discussão

Os artigos selecionados e contexto de publicação

A maioria das produções foram publicadas na década de 2011-2020, sendo apenas um artigo publicado em 2005. Duas publicações são escritas em português, duas em inglês e três em espanhol. Cinco

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

publicações foram feitas em revistas especializadas em terapia ocupacional: dois artigos publicados no Brasil, na Revista de Terapia Ocupacional da USP^{8,9}; um artigo publicado no Chile, na Revista Chilena de Terapia Ocupacional¹⁰; um artigo e um editorial publicados nos Estados Unidos, respectivamente nos periódicos American Journal of Occupational Therapy¹¹ e OTJR¹²: Occupation, Participation, and Health. Um artigo foi publicado em uma revista especializada em saúde pública na Espanha, no periódico Gaceta Sanitaria¹³. Por fim, um artigo foi publicado em periódico de ciências da saúde na Colômbia, na Revista de la Facultad de Medicina¹⁴.

Tabela 1. Artigos selecionados para a revisão

Título	Autores	Ano	País
La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo	Rosa Chaparro Araya Johana Fuentes Capetillo, Diana Morán González, NatalyMujica Díaz-Valdés	2005	Chile
Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais	Ana Paula Serrata Malfitano, Ana Paula Ferreira	2011	Brasil
Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos	Flávia Manho, Léa Beatriz Teixeira Soares, Stella Maris Nicolau	2013	Brasil
Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado: fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria	M Carmen Davó-Blanes, Carmen Vives-Cases, Carlos Alvarez-Dardet, Andreu Segura-Benedicto A, Fèlix Bosch Llonch, Fernando G Benavides	2014	Espanha
Building Capacity of Occupational Therapy Practitioners to Address the Mental Health Needs of Children and Youth: A Mixed-Methods Study of Knowledge Translation.	Susan Bazyk, Louise Demirjian, Teri LaGuardia, Karen Thompson-Repas, Carol Conway, Paula Michaud	2015	Estados Unidos
Occupational Therapy and Public Health: Advancing Research to Improve Population Health and Health Equity.	Julie D. Bass, Nancy A. Baker	2017	Estados Unidos
Retos de la terapia ocupacional en salud pública	Juan Manuel Arango-Soler, Yerson Alí Correa-Moreno, Jaime Alberto Méndez-Castillo	2018	Colômbia

Fonte: Elaborado pelos autores (2021).

A maioria das produções foram publicadas na década de 2011-2020, sendo apenas um artigo publicado em 2005. Duas publicações são escritas em português, duas em inglês e três em espanhol. Cinco publicações foram feitas em revistas especializadas em terapia ocupacional: dois artigos publicados no Brasil, na Revista de Terapia Ocupacional da USP^{8,9}; um artigo publicado no Chile, na Revista Chilena de Terapia Ocupacional¹⁰; um artigo e um editorial publicados nos Estados Unidos, respectivamente nos periódicos American Journal of Occupational Therapy¹¹ e OTJR¹²: Occupation, Participation, and Health. Um artigo foi publicado em uma revista especializada em saúde pública na Espanha, no periódico Gaceta Sanitaria¹³. Por fim, um artigo foi publicado em periódico de ciências da saúde na Colômbia, na Revista de la Facultad de Medicina¹⁴.

Um primeiro destaque desta revisão diz respeito ao contexto de produção dos artigos selecionados, pois considera-se que esses tenham uma relação próxima com a dimensão institucional e com as políticas públicas desse período. Considerando o contexto brasileiro, temos que a década de 2010 trouxe, como pano de fundo, a trajetória de mais de duas décadas da implantação do Sistema Único de Saúde, bem como um destaque da Atenção Primária à Saúde (APS) na consolidação do sistema.

Na trajetória do SUS, a APS vem ganhando relevância, investimentos e o lugar de nível de atenção estratégico para o bom funcionamento do SUS em sua totalidade. Na década de 1990, o sistema de saúde recebeu incentivos para ampliar sua cobertura em território nacional, contando inclusive com o reforço de alguns programas verticais, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família¹⁵. Na década de 2000, foi promulgada a primeira versão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹⁶; no mesmo ano, o fortalecimento da APS surge como eixo do Pacto pela Vida, compromissos sanitários contemplados no Pacto pela Saúde¹⁷. Em 2008, a portaria dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) regulamentam a inserção de equipes multiprofissionais não contempladas nas equipes mínimas de saúde da família, reforçando ainda mais a efetividade da APS¹⁸. Na década de 2010, a PNAB ainda ganharia duas atualizações^{19,20}, dando destaque e visibilidade a esse âmbito de práticas.

Esse contexto, e muito especificamente a estratégia do NASF, configurou-se como uma oportunidade para a terapia ocupacional aumentar exponencialmente sua inserção e suas vivências na APS. Carvalho et al²¹ apontam para um crescimento de 79% de terapeutas ocupacionais cadastradas(os) em Centros de Saúde e/ou Unidades Básicas de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) entre 2008 e 2013. Já em levantamento realizado por Seus et al²² durante o ano de 2013, observou-se que 882 equipes de atenção básica recebiam apoio de terapeutas ocupacionais inseridos em equipes NASF, ou seja, 5% das equipes participantes do Programa de

Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) daquele ano. Dessa forma, podemos inferir que a intensificação da vivência de terapeutas ocupacionais na APS deu condições para um aumento da produção acadêmica acerca desse tema, uma vez que os profissionais se viram com a necessidade de registrar e refletir sobre as novas experiências.

No contexto internacional, os artigos estadunidenses da seleção para esta pesquisa foram escritos após promulgação do “The Patient Protection and Affordable Care Act”. A lei, sancionada em março de 2010 e apelidada de “Obamacare”, valoriza, entre outros elementos, o cuidado de base comunitária e a ampliação do acesso aos serviços a grupos populacionais em vulnerabilidade social²³. Ainda, foi possível observar ações de organismos e agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), despertando repercussões na esfera das produções acadêmicas, caso dos artigos em língua espanhola da revisão, que dialogam diretamente com as recomendações da organização para prover a saúde com base na comunidade.

Situando a Saúde Coletiva e seus sinônimos

Outro destaque desta revisão consiste nas ocorrências do termo “saúde coletiva”. Logo na seleção dos termos da pesquisa, aparece como sinônimo do termo “saúde pública” na listagem dos DeCS, com o termo “saúde comunitária”. Ademais, o termo “saúde coletiva” propriamente dito aparece apenas no corpo do artigo de Manho et al.⁹, e não figura no título tampouco nas palavras-chave de nenhum dos trabalhos encontrados. Assim, emerge, enquanto eixo de discussão, a própria identidade e singularidade da saúde coletiva. Seria então equivalente à saúde pública? Trata-se de uma terminologia e de uma área de conhecimentos exclusivamente brasileira? Por que houve poucas ocorrências, considerando aproximações preliminares entre as áreas há anos? Algumas observações são importantes.

A questão dos sinônimos da saúde coletiva também pode ser observada na esfera institucional-acadêmica, em que é possível verificar que, por meio relatórios de área da saúde coletiva junto à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), o termo “saúde coletiva” foi utilizado como equivalente do termo “saúde pública” na definição da área em questão até sua penúltima edição²⁴; apenas na última edição, o termo “saúde coletiva” foi exclusivamente utilizado para a definição da área em questão²⁵. Vieira-da-Silva et al.²⁶ acrescentam que nas instituições de ensino nem sempre há uma preocupação em distinguir os termos, sendo que os nomes dos institutos e programas pertencentes à área de saúde coletiva recebem nomes variados, por exemplo: Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva.

Contudo, para buscar uma compreensão do conhecimento para além da semântica, recorreremos a alguns movimentos e acontecimentos anteriores e contemporâneos ao surgimento e desenvolvimento da saúde coletiva. Conceitualmente, a saúde coletiva pode ser vista como parte de uma constelação de movimentos e saberes que assumiram o estudo da saúde em populações como elemento significativo, entre eles a aritmética política, polícia médica, higiene, saúde pública, medicina social, medicina integral, medicina preventiva, medicina comunitária e nova saúde pública^{26,27}.

Herdeira do processo de industrialização e urbanização europeu, a denominação saúde pública surge na Inglaterra, em 1842, a partir do Relatório Chadwick, que versa sobre um diagnóstico da situação de saúde do país, bem como propostas de ações de saneamento das cidades²⁶. Entre as definições consolidadas desse saber, ainda hoje é evocada a de Charles Winslow, conforme no artigo de Bass e Baker¹². Para Winslow:

Saúde Pública é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida, promover a saúde física e a eficiência através dos esforços da comunidade organizada para o saneamento do meio ambiente, o controle das infecções comunitárias, a educação dos indivíduos nos princípios de higiene pessoal, a organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e o tratamento preventivo da doença e o desenvolvimento da máquina social que assegurará a cada indivíduo na comunidade um padrão de vida adequado para a manutenção da saúde.²⁶

A medicina social, por sua vez, se desenvolve a partir de 1848, ano das Revoluções de 1848 na França e em outras nações europeias, e da publicação do Manifesto do Partido Comunista de Marx e Engels. Um documento marcante desse movimento revolucionário é o texto “Medicina Social”, publicado pelo médico Jules Guérin na La Gazette Médicale de Paris, em 11 de março de 1848. O texto se destaca pela interpelação à classe médica para um movimento de politização e responsabilidade social; a proposta de medicina como ferramenta de justiça social, recuperando a saúde da classe trabalhadora e contribuindo para a normatização das condições de trabalho; e pela proposta do termo Medicina Social como um termo agregador para reunir movimentos, segundo Guérin, isolados e dispersos, por exemplo polícia médica, higiene pública e medicina legal²⁸.

A Medicina Integral surge nos Estados Unidos, em 1943, com a criação da Associação das Nações Unidas para Socorros e Reabilitação (UNRRA), voltada para a assistência social global dos países devastados pela guerra. O termo integral remetia à uma visão integrada e articulada do todo biopsicossocial dos pacientes e à indissociabilidade da medicina preventiva e curativa. Com o tempo, passou a englobar também o conceito de integração de serviços de saúde para favorecer a coordenação e a continuidade dos cuidados²⁹.

Vieira-da-Silva et al.²⁶ apontam que bojo da reformulação do ensino médico americano se dá após Segunda Guerra Mundial. Logo, enquanto crítica do ensino progressivamente especializado e

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

segmentador, a medicina preventiva aparece como forma disciplinar e institucional da ideia de medicina integral. Vieira-da-Silva²⁷ complementa que essa pedagogia médica agrega o posicionamento ideológico de distanciar-se da higiene, da saúde pública e da medicina social, bem como tem a ambição de criar uma atitude na medicina, cumprindo função normalizadora.

A medicina comunitária, por sua vez, é considerada um dos desdobramentos da medicina preventiva. Surge, na década de 1960, nos Estados Unidos, a partir da crítica ao ensino centrado no hospital, dos gastos crescentes de uma assistência predominantemente hospitalar, e de dificuldades na cobertura assistencial de agravos de parte da população, sobretudo idosos e pessoas em vulnerabilidade social. Assim, aparece como proposta de educação médica extra-hospitalar, que integrasse práticas preventivas e curativas, bem como agravos recorrentes e específicos, e que contribuísse para a diminuição de gastos aliado à maior cobertura assistencial²⁶.

No seio desses movimentos e acontecimentos, emerge a Saúde Coletiva. O termo é utilizado formalmente pela primeira vez no Primeiro Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva ocorrido em Salvador, em 1978. Não surgiu de um processo de construção teórico, mas, enquanto substantivo neutro em relação ao significado que medicina social, saúde pública, higiene e medicina preventiva representavam na ocasião, e, também, pela abertura de um espaço social não exclusivamente médico. A medicina social era interpretada por agentes situados mais à direita do espectro político como medicina socialista; a saúde pública recebia a crítica que, dada sua institucionalização, atuava de forma predominantemente tecnocrática; a higiene recebia a crítica de herdar um viés liberal que remetia as responsabilidades com a saúde para os indivíduos; a medicina preventiva, por sua vez, também recebia a crítica de ser associada com a ideologia liberal, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e, conseqüentemente, omissa às contradições emergentes da medicina e economia²⁷.

A partir desse período histórico, a saúde coletiva foi se institucionalizando, sendo a terminologia consolidada e adotada com maior frequência em eventos e publicações. Vieira-da-Silva²⁷ aponta que atualmente inexistem uma única identidade e definição da área, assumindo a pluralidade de perspectivas dadas pelos seus atores. Uma definição possível, entretanto, é apresentada por Vieira-da-Silva et al.²⁶:

A Saúde Coletiva pode ser definida como um campo de produção de conhecimentos voltados para a compreensão da saúde e a explicação de seus determinantes sociais, bem como o âmbito de práticas direcionadas prioritariamente para sua promoção, além de voltadas para a prevenção e o cuidado de agravos e doenças, tomando por objeto não apenas os indivíduos mas sobretudo, os grupos sociais, portanto a coletividade.²⁶

Ademais, é possível identificar que a área abrange três subcampos ou áreas de concentração, a saber: epidemiologia; política, planejamento e gestão; ciências sociais em saúde²⁷. Esse raciocínio é corroborado pela Capes²⁵, que apresenta os subcampos acima como disciplinas básicas da saúde coletiva.

Assim, é possível realizar uma leitura da saúde coletiva enquanto herdeira ou descendente dos demais movimentos supracitados. Embora não sejam idênticos nem exatamente sinônimos, compartilham, contudo, vários elementos de estudo e interesse. Por esse motivo, considera-se válido o diálogo da saúde coletiva com a saúde pública, assim como com a saúde comunitária.

Não obstante, o diálogo com ajuda dos elementos em comum facilita o intercâmbio de conhecimento entre o Brasil e os demais países que organizam seu conhecimento e suas práticas a partir de áreas correlatas, como a saúde pública. No cenário internacional, a saúde coletiva vem sendo apenas recentemente incorporada em outros países, sendo um dos exemplos mais significativos dessa internacionalização a revista argentina *Salud Colectiva*, produzida a partir de 2005 pela Universidade de Lanús. Em seu editorial de inauguração, é referenciada como conceito para denominar o que até então se conhecia como saúde pública, ou suas expressões críticas, como medicina social³⁰.

Algumas afinidades eletivas prévias

Preliminarmente à atual revisão, algumas aproximações já manifestas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva puderam ser constatadas. Uma delas foi observada no âmbito da pós-graduação stricto sensu. Malfitano et al.³¹ apontam que, em meados da década de 1970, o aumento dos cursos de graduação em terapia ocupacional gerou uma demanda de formação de profissionais para a docência, bem como uma procura de terapeutas ocupacionais por programas de pós-graduação. Na ausência de programas de pós-graduação específicos de terapia ocupacional na época, ou mesmo pelo desejo de se conectar com outras áreas do conhecimento, dentre outras motivações, vários profissionais buscaram continuar sua formação no exterior ou em outros campos afins do conhecimento, como na educação e na psicologia³². Entre os campos afins do conhecimento que acolheram os terapeutas ocupacionais para os estudos de mestrado e doutorado, encontra-se a Saúde Coletiva.

No que diz respeito à pós-graduação lato sensu, outra aproximação da terapia ocupacional com a saúde coletiva se deu por meio dos programas de residência multiprofissional em saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), bem como a Residência em Área Profissional da Saúde, instituídas pela Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005³³, configuram-se como cursos de pós-graduação lato sensu caracterizados por ensino em serviço para favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

Para serem colocados em operação, os programas de RMS devem ser construídos com áreas de concentração, entendidas como campos delimitados e específicos de conhecimento no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS, em consonância com as áreas temáticas que compõe as diferentes Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a saber: apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades clínicas e cirúrgicas; intensivismo, urgência e emergência; atenção básica, saúde da família e comunidade, saúde coletiva; saúde mental; saúde funcional; saúde animal e ambiental^{34,35}.

No âmbito do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), é possível observar outra aproximação da terapia ocupacional com a saúde coletiva por meio do reconhecimento das especialidades e áreas de atuação do terapeuta ocupacional. Sancionadas pela Resolução COFFITO nº 366, de 20 de maio de 2009³⁶, e ampliadas na Resolução COFFITO nº 371, de 6 de novembro de 2009³⁷, as especialidades reconhecidas do terapeuta ocupacional são: saúde mental; saúde funcional; saúde coletiva; saúde da família; contextos sociais; contextos hospitalares; acupuntura.

Contudo, a Resolução 366/2009 aponta, em seu artigo 3º, que “Terá reconhecido o seu título de Especialista e respectivas Áreas de Atuação o profissional Terapeuta Ocupacional que cumprir os critérios a serem estabelecidos em Resolução própria em conformidade com a Resolução COFFITO nº 360, de 18 de dezembro de 2008”. Assim, nos anos seguintes, foram elaboradas resoluções específicas das especialidades em acupuntura, contextos sociais, saúde da família, saúde mental, contextos hospitalares e gerontologia³⁸⁻⁴³. As especialidades em saúde funcional e saúde coletiva, embora previstas desde 2009, permanecem sem resolução própria e sem as respectivas atividades disciplinadas.

Saúde Coletiva e Terapia Ocupacional – afinidades eletivas emergentes

A ocorrência de poucos trabalhos colocando as conexões entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva, ou mesmo a saúde pública e a saúde comunitária, em primeiro plano, ainda que existam manifestações preliminares há décadas, pode ser pensada por meio de alguns prismas. No Brasil, pode ser um fenômeno decorrente da própria constelação de terminologias e conceitos que envolvem a identidade da saúde coletiva, dificultando um olhar para suas bases e fundamentos e, conseqüentemente, para as conexões possíveis. Outra perspectiva trata dos próprios processos de estruturação e institucionalização do conhecimento, consoante aponta Nunes³. Para o autor, a história de um campo de conhecimentos precede a sua institucionalização, uma vez que esses campos comumente apresentam um passado rico em ensaios, pesquisas e manifestações intelectuais já alinhadas ao conhecimento que é construído por intermédio da sua institucionalização.

Ainda, é possível observar um distanciamento entre a terapia ocupacional e a saúde pública no cenário internacional. Lewis et al.⁴⁴ reconhecem o distanciamento entre as áreas no Canadá, apontado entre os possíveis motivos para tal: a atenção adotada, durante décadas, pela terapia ocupacional na reabilitação; a crença que a terapia ocupacional se dedicava ao cuidado individual e a saúde pública ao cuidado populacional; os processos de construção das identidades de ambas as áreas, deixando as conexões e as práticas colaborativas em segundo plano; a falta de conteúdos voltados à saúde pública na formação dos terapeutas ocupacionais; insuficiente abertura e acolhimento de outras áreas pela saúde pública.

As autoras defendem uma aproximação entre as duas áreas, pois acreditam que ambas já compartilham de objetivos em comum. Além disso, discutem que uma perspectiva ocupacional na saúde pública poderia ajudar a reduzir iniquidades e aumentar a eficácia de programas. Corroboram também a adoção de perspectiva interprofissional no âmbito das práticas, do ensino e dos programas governamentais⁴⁴.

No Brasil, a perspectiva acima vem ganhando força e pode estar entre as principais estratégias de aproximação entre as áreas. Azevedo et al.⁴⁵ reconhecem que o país tem uma base fértil para expansão e aprimoramento dessas experiências. Afirmam que as práticas interprofissionais vão ao encontro dos princípios do SUS, como o da equidade, tão importante atualmente dado o fardo das iniquidades novas e persistentes.

Ainda que essas afinidades eletivas se encontrem incipientemente descritas e exploradas, foram encontrados nesta revisão indícios sobre o conhecimento compartilhado e construído entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva. Destacamos algumas emergências, por exemplo, a terapia ocupacional agregando a dimensão da gestão; a terapia ocupacional e a saúde coletiva ampliando mutuamente seus escopos assistenciais; e o reforço do contexto comunitário de práticas em ambas as áreas do conhecimento.

Por intermédio dos artigos levantados, uma das emergências identificadas diz respeito à terapia ocupacional consolidando seu interesse no campo das políticas públicas de saúde e agregando a dimensão da gestão dos processos de saúde-adoecimento-cuidados, que é mais tradicionalmente explorada pela saúde coletiva, conforme observado no destaque dado pelos artigos deste levantamento às questões de avaliação e monitoramento de condições de saúde, a gestão clínica e a gestão de serviços. Na literatura, essa apropriação é mais facilmente encontrada em trabalhos nacionais, o que pode ter relação com a consolidação do SUS há mais de três décadas, uma vez que essa política pública supõe o envolvimento da comunidade na sua gestão, aproximando usuários e trabalhadores da esfera das decisões⁴⁶.

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

Santos e Menta⁴⁷ afirmam em seu estudo que apesar do fato dos sistemas de saúde necessitarem de profissionais capacitados para sua sustentabilidade, e que as diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em terapia ocupacional preveem dotar o profissional de competências e habilidades para o exercício da gestão, esses conteúdos tiveram pouca expressão nos cursos de graduação estudados, representando menos de 2% da carga horária total da grade curricular. Furlan e Oliveira⁴⁸ apresentam o contraponto que o terapeuta ocupacional, ainda que saia da graduação sem significativos aportes em administração e recursos humanos, geralmente tem habilidades e visões de saúde cada vez mais valorizadas na gestão do SUS e da atenção primária, entre elas a escuta empática e horizontal, valorização da cogestão do cuidado e da integralidade da atenção.

Além disso, é possível observar trabalhos publicados em periódicos de terapia ocupacional sobre gestão e suas variadas dimensões, ainda que sem relacioná-las diretamente com a terapia ocupacional. Dentre alguns exemplos, Bianchi e Nicolau⁴⁹ analisam trajetórias de conselheiros municipais de saúde ligados ao segmento dos usuários, e Costa e Rocha⁵⁰ exploram a composição e a formação do quadro administrativo do Ministério da Saúde.

Outra emergência encontrada na interação entre a saúde coletiva e a terapia ocupacional remete à ampliação mútua dos respectivos escopos assistenciais. No caso da ampliação observada pela terapia ocupacional, temos esta, a partir de uma concepção ampliada de saúde proposta pela saúde coletiva, buscando transcender a ênfase dos cuidados individuais e de reabilitação às práticas de promoção de saúde, prevenção de doenças e agravos e de cuidados voltados às populações.

A abordagem dada à promoção da saúde na literatura de terapia ocupacional perpassa uma diversidade de sentidos e perspectivas. Como encontrada no estudo de Leles et al.⁵¹, que investiga os benefícios da promoção de saúde em uma população idosa, uma das leituras da promoção de saúde se apresenta mais próxima de intervenções que promovem o bem-estar e se dirigem às pessoas que não se encontram doentes, aludindo à história natural das doenças proposta por Leavell e Clarke⁵².

Também é possível encontrar leituras nas quais a promoção da saúde alude ao cuidado para além da dimensão biológica, preocupando-se também com bem-estar, autonomia e participação, e assim podendo ser dirigidas às pessoas adoecidas ou não, conforme observado no trabalho de Santos et al.⁵³, que discutiram quanto à promoção de saúde presente em práticas de terapia ocupacional hospitalar. Essa leitura se aproxima do conceito de saúde abordado pela OMS na sua Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que coloca a saúde enquanto produto da relação entre funções e estruturas do corpo, atividades e participação, e é mediada por fatores pessoais e ambientais⁵⁴.

Ainda, há trabalhos que defendem que a promoção de saúde deve também ser emancipadora, e promover compreensão e ferramentas para ação sobre os determinantes sociais da saúde⁵⁵.

Talavera-Valverde⁵⁶, por sua vez, relaciona a terapia ocupacional com a promoção de saúde, implicando os profissionais na construção de ambientes sustentáveis e que preservem sua essência cultural.

Embora tradicional e cara à saúde coletiva, a promoção da saúde acumula também algumas críticas que devem ser levadas a sério pela terapia ocupacional. Entre tais críticas, Vasconcelos e Schmaller⁵⁷ destacam a medicalização da existência; a saúde como obsessão e mandamento, aumentando a culpabilização dos “desobedientes” e alimentando o mercado do “corpo-objeto”; ênfase excessiva nos estilos de vida; a confusão de equidade com investimento seletivo nos mais pobres; a confusão de intersectorialidade com desinvestimento governamental na pasta da saúde; a confusão de empoderamento com incorporação de hábitos; a confusão de participação social com ações de voluntariado.

O caso da prevenção de doenças e agravos se apresenta menos polissêmico na literatura da terapia ocupacional, aludindo geralmente à história natural das doenças de Leavell e Clarke⁵². Também é possível observar que a prevenção aparece mais frequentemente em áreas já mais exploradas pela terapia ocupacional no âmbito da reabilitação, tendo como exemplo o artigo de Vilela e Hurtado⁵⁸, que abordam a prevenção na área de saúde do trabalhador. Pode-se inferir que, havendo um corpo de conhecimentos de cuidado mais estruturado numa determinada linha de cuidado, torna-se mais fácil expandi-la para que contemple a prevenção, ao invés de pensá-la em outras áreas em que o conhecimento da terapia ocupacional é menos consolidado.

No que diz respeito aos cuidados voltados às populações, observa-se que o tema continua menos evidente na literatura de terapia ocupacional⁴⁴. Malfitano et al⁵⁹ acrescentam que as práticas no nível de comunidades e populações devem transcender o individual e o individualismo, tendência imposta à saúde pelo neoliberalismo. A Associação Americana de Terapia Ocupacional⁶⁰, por sua vez, aponta alguns exemplos de intervenções em nível populacional, como a promoção de ações de urbanismo e transporte público para implementação de normas de acessibilidade e desenho universal; capacitações de creches com relação ao desenvolvimento infantil; treinamento de voluntários de desabrigados por desastres naturais; dentre outros.

Na outra face da moeda, destacamos a terapia ocupacional fornecendo novas possibilidades de práticas de cuidado à saúde coletiva, a partir das ocupações. Dessa forma, a terapia ocupacional transforma a saúde coletiva apresentando a dimensão ocupacional do cuidado. Para Wilcock⁶¹, o envolvimento em ocupações se constitui como elemento central para pensar os processos de saúde-doença-cuidados, pois podem afastar ou aproximar as pessoas do seu bem-estar. Pizzi e Richards⁶², por sua vez, apontam que prover oportunidades de envolvimento em ocupações

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

significativas é elemento chave para promover saúde e bem-estar, e apresentam o instrumento Pizzi Health and Wellness Assessment, que avalia a interação de elementos ligados às ocupações e à saúde/bem-estar.

Ainda, outra emergência observada foi a confirmação da relevância do contexto comunitário de práticas para a terapia ocupacional e para a saúde coletiva. Elemento significativo e rico de sentidos, nos artigos desta revisão denotou o local das práticas, cuja expressão “settings baseados na comunidade” foi utilizada em oposição aos settings situados dentro de instituições de saúde, bem como a ideia de uma dimensão supraindividual das práticas, e até a compreensão de comunidade enquanto espaço social de dinâmicas próprias, em que a cotidianidade dos sujeitos acontece, e diferentes atores sociais constroem redes de apoio e interação em busca de soluções para problemas de saúde comuns. Alinhada a essa última perspectiva, a APS despontou como nível de atenção privilegiado para agir no contexto comunitário de práticas, especialmente quando pautada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que esta preconiza o trabalho em um território definido para que sejam mais bem apreendidos pelos profissionais suas particularidades históricas, culturais, fatores determinantes da saúde.

No caso da saúde coletiva, o contexto comunitário de práticas remonta à sua herança da medicina comunitária e da medicina social. Não obstante, mantém-se significativo para organizar respostas às necessidades de saúde em nível populacional, inclusive em momentos de crises sanitárias. Para Scally⁶³, a ênfase comunitária constitui um imperativo para um enfrentamento efetivo da pandemia de covid-19 no âmbito do sistema de saúde inglês. No Brasil, Souza et al.⁶⁴ apontam que municípios com a APS fortalecida qualificaram os sistemas de saúde locais e apresentaram menores taxas de mortalidade e letalidade por covid-19.

No cenário nacional da terapia ocupacional, é possível observar que o contexto comunitário de práticas não é um advento recente, nem circunscrito necessariamente ao campo da saúde, ou da saúde coletiva. Barros et al.⁶⁵ apontam que a orientação territorial e comunitária emerge no país no final dos anos 1970, e é explorada também na educação e na esfera social. Ademais, destacam entre os princípios da participação comunitária a proximidade do cotidiano concretamente vivido, o envolvimento da população na resolução de seus problemas e a conquista da emancipação social e política desta população.

Para Silva e Oliver⁶⁶, a orientação comunitária foi significativamente relacionada à prática de terapeutas ocupacionais na APS. Os autores destacam que a orientação comunitária favorece a compreensão dos determinantes sociais de saúde e das incapacidades, assim como o enfrentamento da vulnerabilidade social e suas repercussões no que concerne às desigualdades em saúde.

No cenário internacional da terapia ocupacional, Hyett et al.⁶⁷ apontam que comunidades são espaços socioculturais-políticos únicos que compreendem novas opções para abordar questões de saúde, geralmente não tão acessíveis em ambientes clínicos tradicionais. Corroboram o papel de articulador social, preconizando para tal habilidades de educação, colaboração e advocacy para atingir os objetivos de saúde da comunidade. Ademais, colocam que serviços e abordagens comunitárias reduzem barreiras de acesso de grupos vulneráveis às práticas de saúde e numa dinâmica mais horizontal entre sujeito e profissional.

Não obstante, Vinzón et al.⁶⁸ relatam que as práticas comunitárias desenvolvidas por terapeutas ocupacionais se encontram mais frequentes na América Latina. Contudo, recomendam maior sistematização e aprofundamento teórico e metodológico dos modelos identificados para a consolidação do campo.

Observou-se nesta pesquisa uma riqueza de afinidades eletivas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva, cada uma abrindo um leque de novas possibilidades, pela amplitude de sentidos envolvidos ou mesmo pela lacuna de aprofundamento na temática. Ainda, é preciso considerar que diversas outras conexões entre as áreas não ficaram evidentes nesta revisão. Dessa forma, este artigo desvelou um potencial desse campo de conhecimentos compartilhados e construídos entre as áreas da terapia ocupacional e a saúde coletiva, nas quais ambas podem ampliar o escopo e o alcance de suas práticas, conforme menciona Lewis et al.⁴⁴ e, assim, ajudar a reduzir iniquidades e qualificar o cuidado prestado à população.

Considerações finais

Esta revisão foi ao encontro dos objetivos propostos, ao identificar diferentes trabalhos, conduzidos sob distintas metodologias, que abordassem a intersecção entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva. Foi possível esclarecer sobre definições distintas encontradas na literatura, inclusive quanto à saúde coletiva e seus sinônimos, como a saúde comunitária e a saúde pública, que trouxesse implicações para a apreensão dessa área pela terapia ocupacional.

Ademais, apresentou afinidades eletivas encontradas entre a terapia ocupacional e a saúde coletiva, bem como indícios de um possível campo de conhecimento compartilhado e construído entre as áreas. As principais conexões encontradas remeteram à terapia ocupacional agregando a dimensão da gestão; a terapia ocupacional ampliando seu escopo assistencial para a promoção de saúde, a prevenção de doenças e agravos e o cuidado à população; o potencial da dimensão ocupacional dos processos de saúde-adoecimento-cuidados para a ampliação do escopo de interesse da saúde coletiva; e o reforço da importância do contexto comunitário de práticas em ambas as áreas do conhecimento.

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

Esses pontos de conexão, por sua vez, encontraram uma riqueza e diversidade de sentidos, potencial para beneficiar ambas as áreas do conhecimento e lacunas quanto ao seu aprofundamento.

Sugere-se que novos estudos possam explorar e aprofundar os pontos de conexões supracitados. Acreditamos que o subcampo da gestão é particularmente vasto e interessante de ser explorado pela terapia ocupacional em outras nuances não emergidas nesta pesquisa, como as análises comparadas de sistemas de saúde, os sistemas de informação em saúde, o financiamento e alocação de recursos em programas e serviços que contemplam a força de trabalho de terapeutas ocupacionais. Ainda, cabe explorar a conjugação da terapia ocupacional com outros elementos significativos da saúde coletiva, caso do subcampo de epidemiologia, que não se apresentou no estudo como um ponto direto de conexões entre esses saberes.

Dialogando com Nunes³, esta revisão, pelo levantamento de temas e conceitos chave, discussão de afinidades eletivas e levantamento de conexões e novas perspectivas de estudo, expande o conhecimento compartilhado entre os campos de conhecimento em questão e abre caminho para a construção de um campo complexo e transdisciplinar, o da terapia ocupacional em saúde coletiva.

Referências

1. Luz MT. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde Soc* 2009;18(2):304-11.
2. Silva VO, Pinto ICM. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. *Interface Comun Saúde Educ* 2013;17(46):549-60.
3. Nunes ED. A sociologia da saúde no Brasil: a construção de uma identidade. *Ciênc Saúde Colet* 2014;19(4):1041-52.
4. Cândido A. Formação da literatura brasileira. São Paulo: Itatiaia; 1975.
5. Lowy M. Sobre o conceito de “afinidade eletiva” em Max Weber. *Plural* 2011;17(2):129-42.
6. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evid Synth* 2020;18(10):2119-26.
7. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
8. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2011;22(2):102-9.
9. Manho F, Soares LBT, Nicolau SM. Reflexões sobre a prática do residente terapeuta ocupacional na estratégia saúde da família no município de São Carlos. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* 2013;24(3):233-41.
10. Chaparro-Araya R, Fuentes-Capetillo J, Morán-González D, Díaz-Valdés N. La Terapia Ocupacional en la intervención en salud comunitaria: el modelo educativo. *Rev Chil Ter Ocup* 2005;(5):69-79.
11. Bazik S, Demirjian L, Laguardia T, Thompson-Repas K, Conway C, Michaud P. Building Capacity of Occupational Therapy Practitioners to Address the Mental Health Needs of Children and Youth: A Mixed-Methods Study of Knowledge Translation. *Am J Occup Ther* 2015;69(6):1-10.

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

12. Bass JD, Baker NA. Occupational Therapy and Public Health: Advancing Research to Improve Population Health and Health Equity. *Occup Ther J Res* 2017;37(4):175-7.
13. Davó-Blanes MC, Vives-Cases C, Alvarez-Dardet C, Segura-Benedicto A, Llonch FB, Benavides FG. Competencias y contenidos comunes de salud pública en los programas universitarios de grado: fisioterapia, terapia ocupacional, ciencias ambientales, odontología y veterinaria. *Gac Sanit* 2014;28(2):123-8.
14. Arango-Soler JM, Correa-Moreno YA, Méndez-Castillo JA. Retos de la terapia ocupacional en salud pública. *Rev Fac Med* 2018;66(3):375-83.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1886, de 18 de dez de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 22 dez 1997 [acesso em 1 jun 2023]. Disponível em: <https://bit.ly/3N5xL1M>
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 29 mar 2006 [acesso em 1 jun 2023];Seção1,(71-76). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde – 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União* 23 fev 2006 [acesso em 1 jun 2023];Seção1,(43-51). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html
18. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União* 04 mar 2006 [acesso em 1 jun 2023];Seção1,(38-42). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União* 24 out 2011 [acesso em 1 jun 2023];Seção1,(48-55). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União* 22 set 2017 [acesso em 1 jun 2023];Seção1,(68-76). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
21. Carvalho MN, Gil CRR, Costa EMOD, Sakai MH, Leite SN. Necessidade e dinâmica da força de trabalho na Atenção Básica de Saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Colet* 2018;23(1):295-302.
22. Seus TL, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Estrutura para o trabalho e composição de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: pesquisa nacional – Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), 2013. *Epidemiol Serv Saúde* 2019;28(3):1-11.
23. Carrasco-Aguilar A, Galán JJ, Carrasco RA. Obamacare: a bibliometric perspective. *Front Public Health* 2022;10:1-18.
24. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Documento de área: saúde coletiva. Brasília: Ministério da Educação; 2016.
25. Brasil. Ministério da Educação. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES. Documento de área: saúde coletiva. Brasília: Ministério da Educação; 2019.
26. Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N, editores. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbrook; 2014. p. 3-12.
27. Vieira-da-Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Edufba; 2018.

28. Nunes ED. Sobre a sociologia da saúde: origens e desenvolvimento. São Paulo: Hucitec; 2007.
29. Mello GA, Viana ALA. Uma história de conceitos na saúde pública: Integralidade, coordenação, descentralização, regionalização e universalidade. *Hist Ciênc Saúde* 2012;19(4):1219-39.
30. Spinelli H. Laberintos. *Salud Colect* 2005;1(1):7.
31. Malfitano APS, Matsukura TS, Martinez CMS, Emmel MLG, Lopes RE. Programa de pós-graduação stricto sensu em terapia ocupacional: fortalecimento e expansão da produção de conhecimento na área. *Rev Bras Ativ Fís Saúde*. 2013;18(1):105-11.
32. Emmel MLG. Caminhos trilhados e contribuições para o desenvolvimento da terapia ocupacional no Brasil. *Cad Bras Ter Ocup* 2017;25(1):235-42.
33. Brasil. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1 ago 2005.
34. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 1. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 30 jan 2012; Seção 1.
35. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 2. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União* 13 abr 2012; Seção 1.
36. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 366/2009. Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 maio 2009.
37. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 371/2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO nº 366. *Diário Oficial da União* 6 nov 2009.
38. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 405/2011. Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 03 ago 2011.
39. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 406/2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 07 nov 2011.
40. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 407/2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 18 ago 2011.
41. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 408/2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 18 ago 2011.
42. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 429/2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 08 jul 2013.
43. Secretaria de Educação Superior (Brasil). Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Resolução nº 477/2016. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 20 dez 2016.

44. Lewis KE, Lehman MJ, Cockburn L. Looking Back to Move Forward: Canadian Occupational Therapy In Public Health, 1914–2019. *Can J Occup Ther* 2021;88(1):48-58.
45. Azevedo GD, Batista NA, Batista SHSS, Bellini MIB, Câmara AMCS, Da Costa MV, Cyrino AY et al. Interprofessional education in Brazil: Building synergic networks of educational and healthcare processes. *J Interprof Care* 2016;30(2):135-7.
46. Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 29 dez 1990.
47. Santos RS, Menta SA. A formação do terapeuta ocupacional para gestão de serviços de saúde: um estudo em bases curriculares. *Cad Bras Ter Ocup* 2017;25(1):43-51.
48. Furlan PG, Oliveira MS. Terapeutas ocupacionais na gestão da atenção básica à saúde. *Cad Bras Ter Ocup* 2017;25(1):21-31.
49. Bianchi PC, Nicolau SM. Trajetórias de conselheiros de saúde: refletindo sobre cultura política e participação popular. *Cad Bras Ter Ocup* 2017;25(1):53-66.
50. Costa LA, Rocha DF. Burocracia e gestão pública: uma análise do Ministério da Saúde. *Cad Bras Ter Ocup* 2018;26(3):632-45.
51. Leles TS, Carlos MM, Paulin GST. A influência de grupos de promoção de saúde no envelhecimento de idosos. *Rev Interinst Bras Ter Ocup*. 2018;2(2):305-18.
52. Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drummond Júnior M, Carvalho YM, editores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 635-668.
53. Santos LP, Pedro TNF, Almeida MHM, Toldrá RC. Terapia ocupacional e a promoção da saúde no contexto hospitalar: cuidado e acolhimento. *Rev Interinst Bras Ter Ocup*. 2018;2(3):607-20.
54. Buchalla CM, Farias NA. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, usos e perspectivas. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(2):187-93.
55. Muñoz CGM. La terapia ocupacional y la promoción de la salud emancipadora para personas mayores. *Rev Chil Ter Ocup* 2017;17(2):111-7.
56. Talavera-Valverde MA. Doing, being and becoming, el legado de la terapia ocupacional para la promoción de la salud: Doing, being and becoming, the legacy of occupational therapy for health promotion. *Rev Ter Ocup Galic* 2019;16(30):129-31.
57. Vasconcelos KEL, Schmaller VPV. Promoção da saúde: polissemias conceituais e ideopolíticas. In: Vasconcelos KEL, Costa MDH, editoras. *Por uma crítica da promoção de saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS*. São Paulo: Hucitec; 2014. p. 47-110.
58. Vilela RAG, Hurtado SLB. Uma leitura da crise da atividade de prevenção: paradoxos atuais e desafios futuros. *Cad Bras Ter Ocup*. 2017;25(4):917-26.
59. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: Cavalcanti A, Galvão C, editoras. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 354-64.
60. Malfitano APS, Whiteford G, Molineux M. Transcending the individual: The promise and potential of collectivist approaches in occupational therapy. *Scand J Occup Ther* 2019;28(3):188-200.
61. Wilcock AA. *An Occupational perspective of health*. Thorofare: Slack Books; 2015.

Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica

62. Pizzi MA, Richards LG. Promoting health, well-being, and quality of life in occupational therapy: A commitment to a paradigm shift for the next 100 years. *Am J Occup Ther* 2017;71(4):1-5.
63. Scally, G. A new public health body for the UK. *BMJ* 2021;373(875):1-2.
64. Souza SS, Cunha AC, Suplici SER, Zamproga KM, Laurindo DLP. Influência da cobertura da atenção básica no enfrentamento da COVID-19. *J Health NPEPS* 2021;6(1):1-21.
65. Barros DD, Lopes RE, Galheigo SM. Novos espaços, novos sujeitos: a terapia ocupacional no trabalho territorial e comunitário. In: A. Cavalcanti A, Galvão C, editoras. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 354-364.
66. Silva RAS, Oliver FC. A interface das práticas de terapeutas ocupacionais com os atributos da atenção primária à saúde. *Cad Bras Ter Ocup* 2020;28(3):784-808.
67. Hyett N, McKinstry E, Kenny A, Dickson-Swift V. Community-centred practice: Occupational therapists improving the health and wellbeing of populations. *Aust Occup Ther J* 2016;63(1): 5-8.
68. Vinzón V, Allegretti M, Magalhães L. Um panorama das práticas comunitárias da terapia ocupacional na América Latina. *Cad Bras Ter Ocup* 2020;28(2):600-20.

Como citar: Mei AE, Carretta RYD, Barros NF. Saúde Coletiva e suas aproximações com a Terapia Ocupacional: reflexões a partir de uma revisão bibliográfica. *Saúde em Redes*. 2023;9(2). DOI: 10.18310/2446-4813.2023v9n2.3818

Submissão: 02/07/2022

Aceite: 17/05/2023