

Terapia Ocupacional: considerações sobre o contexto profissional*

A Terapia Ocupacional tem uma história de implantação de serviços e estruturação profissional relativamente recente no Brasil e mesmo sendo uma categoria constituída por um pequeno número de profissionais, estes, de certa forma, conseguiram delimitar suas funções nas áreas em que se propuseram a atuar.

A oferta de trabalho não é inexpressiva, considerando-se a atual conjuntura econômica e política do País. Atualmente, já se pode dizer que a Terapia Ocupacional conquistou alguns espaços, especialmente em locais onde a estrutura de trabalho conta com equipe interdisciplinar.

Porém, os profissionais se deparam com uma série de limitações na concretização do trabalho ao buscarem uma relação autônoma, de respeito e de reconhecimento nas entidades, assim como diante da proposta de alcançar a independência, adaptação e integração social das pessoas que atendem. Segundo explicação de boa parte dos profissionais, essas limitações evidenciam-se de várias formas.

Em primeiro lugar, as estruturas das entidades assistenciais são geralmente rí-

gidas e hierarquizadas, têm objetivos que nem sempre vão de encontro às propostas de tratamento, de forma que a luta entre os profissionais pela conquista de espaço, reconhecimento e poder tornam-se contraditórias com a proposta da formação acadêmica das equipes multiprofissionais "harmoniosamente" constituídas e com seus espaços de atuação delimitados. Soma-se a isso a falta de verbas para os serviços e a insuficiente remuneração dos profissionais.

Em segundo lugar, as dificuldades de tratamento mostram-se ligadas também à falta de condições econômicas e culturais das pessoas atendidas. Embora a Terapia Ocupacional possa ser aplicada em todos os níveis sociais, a grande maioria dos terapeutas ocupacionais trabalham em instituições assistenciais cuja clientela tem sua origem nas classes populares. Os recursos e técnicas utilizados nos serviços nem sempre são acessíveis à compreensão e à utilização pelos clientes em seus domicílios. Há, portanto, falta de condições para viabilizar um tratamento com frequência definida por uma metodologia que requer constância, periodicidade regular e prolon-

* Parte da Dissertação de Mestrado intitulada "Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como agentes transformadores da profissão", apresentada no Programa de Psicologia Social da Pontifícia Universidade de São Paulo, em 1990.

** Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455 – 01246 – São Paulo-SP.

gada. Uma outra queixa dos terapeutas ocupacionais é a aparente submissão do cliente, a falta de empenho no tratamento ou, às vezes, um comportamento de rebeldia ou de indisciplina ou ainda a incompreensão do que seja a Terapia Ocupacional.

Em terceiro lugar, o desconhecimento da profissão, a precariedade da formação e a falta de consciência dos profissionais são questões freqüentemente apresentadas pelos terapeutas ocupacionais como limitantes para um bom desempenho no trabalho e para as conquistas da categoria. É comum os terapeutas referirem-se à fragilidade profissional e à desmobilização da categoria, assim como à falta de teorização e o difícil acesso à bibliografia específica.

Finalmente, os métodos de tratamento parecem mostrar-se incompletos e inadequados para dar conta de uma intervenção não compartimentalizada e que atenda às necessidades dos clientes. Desta forma é preciso fragmentar a intervenção conforme os diferentes modelos terapêuticos que se apresentam hoje, e a dificuldade de integração dos tratamentos é constatada por todos: terapeutas e clientes.

Embora essas questões sejam freqüentemente mencionadas por vários profissionais, não chegam a explicar o contexto do trabalho de forma satisfatória. Assim, outras questões devem ser levantadas e aprofundadas na análise do momento profissional.

O delineamento atual da Terapia Ocupacional deve-se a várias imposições contextuais que influenciaram a forma como a Terapia Ocupacional foi se estruturando e se desenvolvendo.

A origem da profissão deu-se nos países desenvolvidos, como por exemplo Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha e França (MAC DONALD, 1972), numa época em que as instituições precisavam responder às necessidades de assistência aos incapacitados de guerra, aos trabalhadores acidentados de trabalho e à carência de mão-de-obra nas indústrias. Estes aspectos indicam que a Terapia Ocupacional foi instituída não apenas para responder às reivindicações dos trabalhadores e melhorar o nível de atendimento das pessoas com disfunções na realização de atividades, mas também para aten-

der aos interesses do capitalismo. Para tanto, o sistema social implementou diversas políticas sociais, entre as quais a Reabilitação, buscando neutralizar as pressões populares em relação às condições de saúde. Ao mesmo tempo, nos países onde o processo de industrialização estava se desenvolvendo, teve como objetivo o aumento do exército industrial de reserva. A Terapia Ocupacional foi assim se desenvolvendo, para atender, principalmente, a uma demanda pela reabilitação profissional dos trabalhadores.

Entretanto, no Brasil, essa demanda não ocorreu de forma semelhante e a constituição da profissão deu-se em um contexto diferente, embora fosse a reabilitação profissional a principal justificativa para a criação de serviços de reabilitação.

Tomando-se como referência histórica a Segunda Guerra Mundial, observa-se que o processo de industrialização no Brasil foi influenciado diretamente pelo modelo desenvolvimentista norte-americano, concretizado através de investimentos que passaram a ser injetados na economia brasileira. A imposição da política imperialista norte-americana veio ao encontro do modelo nacional-desenvolvimentista, concretizada na efetivação de convênios para assistência técnica e financeira (SEVERINO, 1986), tendo como conseqüências a introdução de *know how* americano e o estímulo a novos serviços, além da difusão dos valores da ideologia capitalista.

Esse contexto foi favorecido, de certa forma, pelos interesses da nova burguesia urbano-industrial que exigia a modernização de todos os setores da vida social brasileira, incluindo a saúde e educação.

Outros fatores facilitaram a introdução de novas profissões no Brasil, como a existência de um mercado aberto pouco diferenciado, o processo de divisão técnica do trabalho, a expansão das camadas médias que aumentou a demanda pela educação na busca de ascensão social e a grande capacidade de absorção de mão-de-obra qualificada, pela demanda dos novos serviços de consumo pessoal (DURAND, 1975).

Assim, os cursos foram sendo criados, inicialmente para atender a formação de pessoal técnico, em cursos de curta dura-

ção, como define o primeiro currículo mínimo de 1964. No entanto, esta característica foi alterada, à medida que os profissionais foram se organizando com a finalidade de serem reconhecidos e respeitados no mercado de trabalho.

"A criação de cursos para formação de novos profissionais foi incentivada pela política educacional que, após 1964, estimulou o mercado privado de prestação de serviços educacionais pela redução de exigências legais, com o objetivo de evitar insatisfações coletivas perante o problema do excedente universitário" (DURAND, 1975, p. 61). Criaram-se novos cursos e após a implantação destes é que o processo de reconhecimento e fiscalização se dava. As insuficientes exigências estabelecidas pelo currículo mínimo e pela legislação provocaram uma situação de precariedade nos cursos, traduzida por uma má qualidade de ensino, explicada pelo reduzido número de docentes, pela falta de recursos materiais e de instalações adequadas entre outros aspectos.

O curso para a formação dos terapeutas ocupacionais tinha como objetivo a reprodução das técnicas de reabilitação. À medida que o curso passou a ser de nível superior, por pressão dos profissionais que não queriam ser considerados tecnólogos, a formação recebeu influências importantes, próprias do contexto universitário. A década de 1970 foi, assim, um período em que várias contradições surgiram para a Terapia Ocupacional, especialmente em relação ao curso da Universidade de São Paulo, pois não havia um reconhecimento a nível da estrutura universitária e o modelo de formação técnica continuava sendo basicamente o mesmo dos anos anteriores.

Apesar do período de repressão política pelo qual passava a sociedade brasileira, gradativamente, os estudantes do curso se organizaram, contra a inexistência de uma infra-estrutura necessária à sua formação. Solicitaram uma formação mais abrangente e o cumprimento dos objetivos da Universidade, no sentido de proporcionar condições para garantia da qualidade de ensino e para o desenvolvimento de pesquisas.

A fragilidade e inconsistência dos cursos, ainda hoje, reforçam a relação de su-

bordinação na situação de trabalho profissional, especialmente no curso da USP que é atrelado ao curso de Medicina, carreira considerada hegemônica na área de saúde. Além disso, a hierarquia das estruturas institucionais vem reafirmar a reprodução das relações desiguais entre os profissionais.

Em relação a essas dificuldades enfrentadas pelos estudantes e profissionais, outros fatores devem ser considerados.

A população que procurava e que ainda procura a formação em Terapia Ocupacional é predominantemente feminina e originada das camadas médias da população. Durand (1985) apresenta estas propriedades das populações escolares, acrescida ao fato da opção pela carreira em primeira ou segunda opção, como questões que influenciam o fenômeno de hierarquização das profissões de nível superior encontrada no mercado de trabalho. Os estudantes geralmente desconhecem a especialidade, orientando-se, principalmente, pelas indicações dos manuais de inscrição para os vestibulares.

Durante o período de 1970 a 1984, foi uma carreira predominantemente de segunda opção (DURAND, 1985). Com o passar dos anos foi diminuindo essa situação de segunda opção no vestibular para os que optaram pela carreira de Terapia Ocupacional nas universidades públicas. Mais recentemente ficou definida apenas uma opção para o ingresso nessas escolas, mas a situação não se alterou significativamente. É um curso que ainda faz parte do grupo de carreiras menos conhecidas. Há um contingente de vestibulandos de Psicologia, Educação Física, Enfermagem, Medicina, Fisioterapia e Fonoaudiologia, que optam pela Terapia Ocupacional por não terem conseguido entrar nesses outros cursos.

Os dados da tabela a seguir ilustram a situação de concorrência para o ingresso na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em relação aos cursos de Medicina, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, durante o período de 1985 a 1987.

Esses dados mostram que a nota de corte no vestibular para o Curso de Terapia Ocupacional é a mais baixa em relação às outras carreiras citadas.

EVOLUÇÃO DA DEMANDA E NOTA DE CORTE DOS CANDIDATOS AOS CURSOS DE GRADUAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP*				
ANO	CURSOS	CANDIDATOS	CANDIDATO/ VAGA	NOTA DE CORTE
1985	Medicina	7135	27.9	65
	Fonoaudiol.	397	26.4	50
	Fisioterapia	635	25.4	55
	Terap. Ocupac.	230	9.2	43
1986	Medicina	6153	24.1	65
	Fonoaudiol.	323	21.5	48
	Fisioterapia	519	20.7	52
	Terap. Ocupac.	163	6.5	40
1987	Medicina	7070	27.7	69
	Fonoaudiol.	386	25.7	49
	Fisioterapia	581	23.2	55
	Terap. Ocupac.	173	6.9	42

* Caetano, S. M., 1988 — pesquisa em andamento sobre o ensino de Terapia Ocupacional na Universidade de São Paulo.

Em relação às condições socioeconômicas, os alunos que ingressam na Terapia Ocupacional originam-se, em sua maioria, das camadas da população que têm médio e alto poder aquisitivo, parcela da população que tem mais facilidade de acesso à escolarização e possibilidade de ingressar em uma formação que requer dedicação em tempo integral para os estudos.

Durand (1985) entende que a característica predominante feminina da profissão, comum a várias especialidades da área de saúde, é decorrente da condição recente de emancipação da mulher na conquista do mercado de trabalho remunerado. Explica ainda que com o aumento da demanda da população feminina de classe média para o ensino médio e superior e o aumento do número de cursos de Serviço Social, Letras, Pedagogia e Filosofia, houve um contingente grande de profissionais que obtiveram baixa ou quase nenhuma gratificação com essas formações. Este fator também pode ter direcionado a procura de novas profissões que, apesar de desconhecidas, poderiam trazer maior reconhecimento social como as profissões da área de saúde.

A situação da Terapia Ocupacional no

mercado de trabalho, em relação às demais profissões, tem algumas peculiaridades. Embora seja uma técnica reconhecida como necessária nos locais onde há a atuação das equipes multiprofissionais, este profissional não é visto como indispensável. É um dos elementos da equipe não raramente substituído por pessoas que lidam com as atividades do dia-a-dia dos clientes. Essa situação pode ser explicada por alguns fatores. Primeiro, a população que procura a formação em Terapia Ocupacional vem com uma imagem de que o objetivo da profissão é de *ocupar os doentes*. Segundo, a Terapia Ocupacional é uma profissão que está passando pelo processo de estruturação e de formação de uma identidade. Terceiro, os profissionais procuram explicar para si e para as instituições onde trabalham quais as suas funções e o significado destas, na perspectiva de conquistarem novos espaços, reconhecimento social e uma convivência com os outros profissionais sem conflito. Porém, essa disputa por espaços se intensifica diante do contexto da divisão técnica do trabalho, cada vez maior, e da divisão de poder desigual nas equipes multidisciplinares. Essa situação leva à frag-

mentação do atendimento e à luta pela defesa do mercado de trabalho.

Nesse sentido, constituiu-se entre os terapeutas ocupacionais uma forte tendência corporativista que pode ser interpretada como um dos determinantes das contradições e dos limites que a profissão enfrenta hoje. Essa tendência, que, aliás, é comum na história de várias profissões, mostra-se através dos procedimentos jurídicos que os profissionais efetuaram como solução para a definição dos limites de atuação entre a Terapia Ocupacional e as demais especialidades. Assim, os Conselhos e Sindicatos da categoria cumprem a função de fiscalização, de defesa por um espaço de exclusividade e de reconhecimento legal, reforçando o papel ideológico de controle, conforme os objetivos do Estado.

Essa conquista pelo espaço institucional agrava-se desde 1979, face à crise econômica do país, acentuando a concorrência entre classes e grupos por oportunidade de emprego e de renda.

As dificuldades e contradições enfrentadas pelos terapeutas ocupacionais no seu trabalho têm também componentes relacionados aos modelos e propostas de intervenção originados do modelo norte-americano de formação destes profissionais.

Os modelos de prática existentes no mercado de trabalho são semelhantes aos definidos por Kielhofner em seu estudo sobre a mudança de identidade e o corpo de conhecimentos da Terapia Ocupacional nos Estados Unidos (1983). Este estudo analisa a história de mudança e crescimento da profissão, segundo as concepções de Thomas Kuhn, que compreende o progresso das ciências como um processo contraditório marcado pelas revoluções do pensamento científico. Kielhofner define modelos e abordagens da prática dos terapeutas ocupacionais que constituem os paradigmas de cada época da atuação desses profissionais e alguns fatores que influenciaram na erupção dos momentos de crise e transformação do pensamento científico e das práticas correspondentes.

Segundo Kielhofner, inicialmente houve a influência do tratamento moral na Saúde Mental, utilizado nos séculos XVIII e XIX, na Europa, quando se recorria à ocupação

como forma de humanizar os atendimentos e de se tentar normalizar o comportamento dos doentes mentais, constituindo um primeiro modelo de atuação em Terapia Ocupacional. Por razões ligadas ao aumento populacional, preconceitos étnicos, crescente tecnologia e descompromisso social em relação aos doentes, houve um declínio da abordagem baseada no tratamento moral, e o modelo da Psiquiatria foi se transformando, fortalecendo as abordagens reducionistas biológicas e psicológicas. A doença mental é considerada, neste contexto, como incurável e o atendimento foi se reafirmando na linha custodial. O tratamento passou a coincidir com a atuação baseada no tratamento quimioterápico e cirúrgico, criando uma nova situação no espaço asilar no qual a Terapia Ocupacional redefine-se.

Surgiu assim o **Paradigma da Ocupação**, uma organização teórico-prática baseada no pressuposto básico que os seres humanos teriam uma *natureza ocupacional* e que, portanto, a ocupação seria um elemento restaurador da saúde. A mente possuiria uma forte ascendência sobre o organismo, sendo atribuídas a ela importantes características, como por exemplo a consciência do tempo e a moral, que estimulavam o interesse e o comprometimento com as ocupações diárias de uma pessoa, incluindo o trabalho, o jogo e o repouso. Os problemas a serem resolvidos pelos terapeutas ocupacionais abrangiam a inatividade, a disfunção de hábitos e a quebra do equilíbrio da ocupação. Os métodos de tratamento utilizados eram:

- a) regressão e graduação;
- b) atenção e
- c) socialização.

A Terapia Ocupacional tinha como objetivo o engajamento dos pacientes em ocupações satisfatórias e socialmente úteis, fossem doentes mentais ou incapacitados físicos.

Com a influência da visão reducionista predominante na Medicina, a evolução tecnológica e a necessidade da Terapia Ocupacional ser reconhecida do ponto de vista científico, constituiu-se o **Paradigma dos Mecanismos Internos**, aproximadamente em 1960. Nesse contexto, a intervenção do

terapeuta implicava em avaliar e modificar os mecanismos internos para se aproximar de critérios pré-estabelecidos de funções, conforme os diferentes acometimentos, do sistema nervoso central (Abordagem Neurológica), do movimento e da força (Abordagem Cinesiológica) e afetivo-emocionais (Abordagem Psicodinâmica).

Embora esse paradigma tenha trazido vantagens para a compreensão mais profunda de como as estruturas e os processos corporais tornavam possível ou limitado o desempenho ocupacional, trouxe algumas perdas para a Terapia Ocupacional. Foi evidente o empobrecimento em relação ao uso de atividades pelos terapeutas ocupacionais, chegando a substituir esses recursos por exercícios puros, por grupos de conversas e por técnicas não ocupacionais. Além deste fator, as três abordagens levaram a uma visão reducionista, tanto em relação às possibilidades do tratamento quanto à compreensão dos problemas apresentados pelos clientes, criando uma versão passiva, mecanicista e automatizante do comportamento humano.

Assim, um novo período de transformação dos modelos profissionais emerge nos anos 1970, em função do reconhecimento das limitações do reducionismo para as ciências e das limitações da tecnologia para as necessidades dos cronicamente incapacitados.

Kielhofner interpreta o momento atual da Terapia Ocupacional como um momento de crise, onde novas propostas de atuação se formam na perspectiva de responder a uma formulação teórica própria, unificada, e de compreender a complexidade do ser humano. Nesse sentido, a crise aponta a necessidade de formação de um novo paradigma. Porém, não há ainda o predomínio de uma abordagem, mas há várias teorias em formulação, como a teoria de Reilly sobre o comportamento ocupacional e outras baseadas no desenvolvimento humano, configurando uma abordagem chamada pelo autor de "desenvolvimentalista".

Buscando-se esclarecer o que ocorre em nosso contexto profissional através dessa análise, feita por Kielhofner, sobre a evolução da Terapia Ocupacional nos Es-

tados Unidos, pode-se compreender em parte os modelos de atuação profissional existentes no mercado de trabalho brasileiro: o tratamento moral na Psiquiatria e Saúde Mental, o **Paradigma da Ocupação** e o **Paradigma dos Mecanismos Internos**.> Nota-se também que em Pediatria alguns profissionais têm uma atuação voltada para uma base desenvolvimentalista, na tentativa de maior integração dos aspectos motores, cognitivos, afetivo-emocionais e sociais do ser humano, conforme a fase de desenvolvimento apresentado pelo cliente.

No entanto, essa análise da evolução do corpo de conhecimentos e da prática dos terapeutas ocupacionais explica em parte os limites e as insatisfações dos profissionais. Este momento requer uma compreensão que extrapole a aparente onipotência diante dos resultados obtidos pelas técnicas de intervenção clínica e das contradições que se apresentam no contexto de trabalho.

O profissional tem se caracterizado por uma atuação a nível assistencial, no sentido de amparo e de proteção à população carente em suas propostas de reabilitação, objetivando a independência, a adaptação e a integração social dessas pessoas.

Essa proposta de tratar e de recuperar os clientes e de melhorar a sua qualidade de vida não tem atingido os seus objetivos. As técnicas de tratamento não são suficientes a este ponto e não satisfazem nem aos profissionais, nem aos clientes, que, aliás, não conseguem melhoria efetiva da sua condição.

Buscar a independência do cliente não significa apenas buscar a sua independência para as atividades de higiene, alimentação e outras do dia-a-dia. É fundamental transcender o objetivo de apenas recuperar a funcionalidade de um segmento do corpo. As técnicas são utilizadas em uma relação determinada, que deve ser analisada também sob outro enfoque: este homem é dependente nas suas ações, na sua liberdade e não conhece a possibilidade real de seu corpo. Corpo que faz parte de uma classe social, corpo que tem prazer e felicidade quando se apropria dos objetos (ALVES, 1985).

A maior parte da população atendida pela Terapia Ocupacional encontra-se em

instituições públicas e filantrópicas, e, portanto, mais exposta às precárias condições de vida, no que se refere à alimentação, higiene, moradia, trabalho e tratamentos preventivos. Em consequência, tem seu quadro de saúde agravado, facilitando a aquisição de deficiências, nascimento de crianças deficientes e a ocorrência de acidentes de trabalho (FERRIGNO, 1985).

No entanto, as práticas desenvolvidas pelos profissionais têm sido, em sua grande maioria, fundamentadas nas técnicas de intervenção clínica, demonstrando uma preocupação em apreender a singularidade dos indivíduos e de suas situações de vida, distanciando-os de suas bases sociais. A atuação técnica pretende-se neutra e objetiva.

Esta forma de atuação, embora venha sendo questionada por alguns profissionais, parece ser predominante na categoria. Pode-se identificar até recentemente que, nos cursos de graduação e nos raros de especialização, o estudo do homem e da sua atividade foi priorizado sob o ponto de vista médico tradicional e tecnicista. Os métodos de tratamento transmitidos pelos docentes têm um enfoque individualizado, destinado às camadas de média e de alta renda. Ao longo da formação dos profissionais, predominou o treinamento prático em serviços inseridos em instituições com estruturas conservadoras e elitizantes. Os estágios em instituições públicas para o ensino da prática não são a regra nos cursos de graduação. Quando ocorrem, têm o objetivo principal de utilizar os pacientes no processo de aprendizagem prática dos graduandos, demonstrando uma preocupação com os futuros profissionais e não com a clientela atendida. Esses estágios, em sua grande maioria, continuam reproduzindo o modelo tradicional de intervenção terapêutica.

A influência teórica americana trouxe uma visão de homem a-histórica e fragmentada em relação ao ser social e participativo que é nas transformações de si e do meio que o circunda.

O modelo de relação terapeuta-paciente é semelhante ao modelo médico oficial, autoritário, paternalista, onde se utiliza uma linguagem infantil ou, ao contrário, arrojada e complexa, própria do "discur-

so competente", conforme conceituação de Marilena Chauí (1981). Para estes profissionais, essa relação dissimétrica é fundamentada na desigualdade da competência técnica, apenas. Não admitem como fator a distância social entre os médicos ou terapeutas, e os doentes das camadas populares, geralmente vistos como ignorantes, como pessoas que expressam seus sintomas de forma caótica e desarticulada, cabendo aos profissionais classificar as doenças, os sintomas e, assim, reafirmar a medicina oficial como única capaz de pôr ordem ao caos, restabelecendo a saúde e o equilíbrio do organismo (LOYOLA, 1984 e TITTON, 1988). As relações de poder encontradas entre os profissionais e entre estes e o paciente são análogas às apresentadas por Guggenbuhl-Craig (1978), que enfatiza os abusos de poder cometidos pelos profissionais quando se colocam como onipotentes e falsos profetas.

Os conceitos de saúde e de incapacidade incorporados e transmitidos pelas primeiras gerações de profissionais são baseados na visão de *saúde-doença* como fenômenos excludentes entre si e isolados, cuja intervenção se restringe à cura orgânica imediata do problema. Entendem que os determinantes de saúde estão no indivíduo, na sua predisposição às doenças, na sua natureza, ou na falta de condições socioeconômicas e culturais da maioria da população, vista como uma situação dada e imutável. Trata-se de uma leitura do mundo e dos fenômenos impregnada pela ideologia dominante e veiculada pelo senso comum, que impede uma compreensão e tratamento da questão de forma a intervir nas condições de saúde que levam à morbidade.

A situação limitante e complexa em que se encontra a Terapia Ocupacional não é única, pois outras profissões enfrentam problemas semelhantes diante do atual contexto histórico.

Porém, para que se efetive o processo de evolução da Terapia Ocupacional, no sentido da superação das concepções retrógradas da filosofia de trabalho, é preciso constituírem-se grupos organizados de profissionais, independente da categoria profissional, que tenham clareza de suas funções político-ideológicas e que tenham

uma atuação direcionada para os interesses da maioria da população.

O processo de organização, bastante comprometido pelo desenvolvimento da história política brasileira, enfrenta na Terapia Ocupacional, assim como em outras especialidades da área de saúde, fatores que fragilizam e dificultam a sua evolução como a visão paternalista dominante, a profissão vista como missão, como ajuda e despojamento e as tendências corporativistas dos profissionais.

Embora parte dos profissionais que

estão no mercado de trabalho reproduzam, conservadoramente, os valores e as concepções aqui questionados, há entre eles indivíduos isolados que compartilham esses questionamentos.

A definição ideológica do profissional pode assim clarear a função do terapeuta ocupacional, uma função que extrapola a ação técnica, no sentido de superar alguns problemas e fazer das contradições um estímulo para a transformação. Transformação que se dará à medida que os debates, o conhecimento e a crítica tenham um lugar privilegiado entre os profissionais.

RESUMO

O artigo apresenta as limitações do trabalho clínico, geralmente explicitadas pelos terapeutas ocupacionais em seu cotidiano profissional. A partir dessa interpretação, aborda o contexto que influenciou a criação, a estruturação e o desenvolvimento da profissão no Brasil. As reflexões são orientadas no sentido de ampliar e aprofundar a análise feita por Kielhofner, à luz de autores críticos, desvelando algumas das contradições das relações profissionais.

Descritores: TERAPIA OCUPACIONAL/recursos humanos
TERAPIA OCUPACIONAL/educação
TERAPIA OCUPACIONAL/história

ABSTRACT

This paper presents the clinical boundaries the occupational therapists face, generally explicit in their daily professional routine. From this start point, it goes onwards dealing with the contextual impositions which influenced the creation, framing and development of the profession in Brazil. Reflections are oriented in the sense of extending and deepening the analysis carried out by Kielhofner, in the light of critical authors, disclosing some contradictions found out in professional relationships.

KEYWORDS: OCCUPATIONAL THERAPY/humans resources
OCCUPATIONAL THERAPY/education
OCCUPATIONAL THERAPY/history

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. 1985. *Conversas com quem gosta de ensinar*. 11ª ed., São Paulo, Cortez – Autores Associados, 87 p.
- BRASIL. Leis, decretos, etc. *Resolução n. 4*, de 28 de fevereiro de 1983. Seção 1. Fixa os mínimos de conteúdo e duração dos cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
- CHAUÍ, M. S. 1981. *Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas*. São Paulo, Moderna.
- DURAND, J. C. 1975. A serviço da coletividade — crítica à sociologia das profissões. In *Revista de Administração de Empresas* 15(6): 59-69, nov./dez.
- _____. 1985. Profissões de saúde em São Paulo: expansão e concorrência entre 1968 e 1983. In *Cadernos Fundap* 5(10): 4-23, julho. Profissões de Saúde.
- FERRIGNO, I. S. V. 1985. Tentativa de análise crítica sobre a questão da reabilitação profissional. In *Revista de Psicologia Social*, São Paulo, EDUC, 7: 51-74, novembro.

- GUGGENBUHL-CRAIG, A. 1978. *O abuso do poder na psicoterapia e na medicina, serviço social, sacerdócio e magistério*. Rio de Janeiro, Achimé, 154 p.
- KIELHOFNER, G. 1988. *Saúde através da ocupação, teoria e prática em Terapia Ocupacional*. Tradução de FERRARI, M. A. C. São Paulo, Edusp-Ateneu (no prelo).
- LOYOLA, M. A. 1984. *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo, Difel, 198 p.
- MAC DONALD, E. M. 1972. *Terapêutica Ocupacional en Rehabilitación*. Barcelona, Salvat, 515 p.
- SEVERINO, A. J. 1986. *Educação, ideologia e contra-ideologia*. São Paulo, EPU, 106 p.
- TITTON, J. A. 1988. *A consulta médica: análise dos elementos que a compõem*. Curitiba, Scientia et Labor, 63 p.