

TERAPIA OCUPACIONAL E SOCIEDADE

Denise Dias Barros*

Maria Isabel Garcez Ghirardi**

Roseli Esquerdo Lopes***

BARROS, D.D., GHIRARDI, M.I.G, LOPES, R.E. Terapia ocupacional e sociedade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.69-74, mai./dez., 1999.

RESUMO: A discussão da área social na terapia ocupacional teve início nos anos setenta, quando alguns terapeutas ocupacionais atentos aos movimentos sociais do país, compreenderam a dimensão político-social de sua ação e reivindicaram a participação em projetos e em instituições até então distantes da preocupação e da formação dos profissionais de saúde. Nessa época, o terapeuta ocupacional pôde pleitear uma atuação em espaços educativos e, principalmente, corretivos, merecendo destaque aqueles junto aos menores, idosos e presidiários. O interesse pelas questões sociais levou ao questionamento das formas tradicionais de se conceber os campos da terapia ocupacional. Novas práticas e idéias foram transformando o conhecimento na área e evidenciando a divisão existente na prática que encobria uma fragmentação mais séria: a da pessoa assistida. O 'paciente' vinha, acriticamente, transformado (pelo profissional) em partes não comunicantes de um todo abstrato ou, quando muito, em aspetos - físicos, mentais, psicológicos e sociais. cremos que o questionamento dessa realidade, abrindo novas formas da ação do técnico, foi a mais significativa contribuição que a discussão provocada pelo 'social' trouxe. Parece-nos fundamental revisitar esta discussão no sentido de buscar nexos que dêem conta de uma terapia ocupacional que vem constituindo-se fora do eixo estruturador saúde-doença. Trata-se de problematizar a relação entre terapia ocupacional e a sociedade e a cultura na qual sua ação se inscreve, delineando princípios metodológicos que permitam pensar a prática, transcendendo o momento empírico sem contudo aprisionar a reflexão em teorias redutoras ou em modelos pré-definidos, que impossibilitam a compreensão do movimento do real, da história e da vida em seu contexto.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências. Sociedades. Socialização.

* Profa. Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutora em Sociologia pela Universidade de São Paulo.

** Profa. Assistente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutoranda em Psicologia pela Universidade de São Paulo.

*** Profa. Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas.

Endereços para correspondência: Profa. Denise Dias Barros, Maria Isabel Garcez Ghirardi. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000. São Paulo, SP. Profa. Roseli Esquerdo Lopes. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luiz, km 235. Caixa Postal 676. 13565-905. São Carlos, SP.

INTRODUÇÃO

A terapia ocupacional surgiu nos Estados Unidos no início do século XX e quando recriada no Brasil, respeitava duas áreas básicas de atuação: a reabilitação física e a ergoterapia dos asilos e manicômios. A discussão da área social na terapia ocupacional conheceu seus primeiros momentos nos anos setenta, quando alguns terapeutas ocupacionais atentos aos movimentos sociais do país compreenderam a dimensão político-social de sua ação e reivindicaram a participação nos projetos e em instituições até então distantes do interesse e da formação dos profissionais de saúde. Nessa época, o terapeuta ocupacional pôde reivindicar uma atuação também em espaços educativos e, principalmente, corretivos, merecendo destaque os programas e projetos junto aos menores, aos idosos e aos presidiários.

Por outro lado, a preocupação com as questões sociais levou ao questionamento das formas tradicionais de se conceber os campos da terapia ocupacional: entrava em crise a terapia ocupacional psiquiátrica (que só mais tarde será saúde mental) e a terapia ocupacional neuro-ortopédica. Novas práticas e idéias foram transformando o conhecimento na área e, desta maneira, evidenciou-se a divisão existente na prática da terapia ocupacional que encobria uma fragmentação ainda mais séria (não suspeitada no início) que era aquela da pessoa assistida. O 'paciente' vinha, acriticamente, transformado pelo terapeuta ocupacional em partes não comunicantes de um todo abstrato ou, quando muito em aspectos físicos, aspectos mentais, aspectos psicológicos e aspectos sociais. A compreensão dessa realidade permitiu novas formas de ação do técnico, constituindo-se a mais significativa contribuição provocada pela discussão do 'social' em terapia ocupacional e que vai permitir a percepção do 'paciente' como um ser social, e não mais como uma somatória de partes fragmentadas.

Trata-se, então, de discutir a terapia ocupacional através das características, dos problemas e das necessidades concretas, da população com a qual se trabalha, bem como o papel social desse profissional de saúde. Priorizar o 'paciente' como elemento central na definição do profissional não parece ser um procedimento usual e, por isso mesmo, difícil de se conceber. Há uma inversão na compreensão corrente e se estabelece a proposta de não mais trabalhar com

base num pretense e abstrato objeto: a atividade, mas sim a partir do aprendizado e do reconhecimento de necessidades do sujeito e desenvolvimento da capacidade deste de buscar soluções próprias e criativas para suas questões, tornando a técnica dependente da interpretação e da apreensão da realidade e não o inverso.

Essa preocupação dos profissionais da área, que ocorre por volta do final dos anos setenta, permite que se perceba que os limites da intervenção terapêutica não poderiam ser definidos apenas no interior da própria profissão e que a ação do terapeuta ocupacional não ocorre isoladamente do contexto social, o que leva os profissionais, pouco a pouco, a focalizarem o 'social' em suas ações. Este 'social' vinha considerado como sendo "o contexto global", importante sem dúvida, porém ainda compreendido como algo que influenciaria de fora a dimensão terapêutica; era, portanto, percebido e incorporado como um 'aspecto'.

Por outro lado, 'social' foi se constituindo como designativo de uma população institucionalizada a qual, porém, não possuía uma razão médica (patologia) que justificasse uma situação de internação. A internação dessa população não se realizava vinculada à idéia de tratamento, estando mais identificada com a noção de segregação: são as centenas de crianças e idosos institucionalizados, populações que se continua a produzir como "resíduos" sociais (CASTEL, 1994)³ destinados à violência. Assim, terapeutas ocupacionais preocupados com a dinâmica social geradora desse quadro, buscam definir a área social da terapia ocupacional. Porém, as críticas às instituições totais e à medicalização da sociedade, contribuíram para que a designação de "área social" fosse, aos poucos, sendo abandonada sem, contudo, ser efetivamente superada, uma vez que segregação e institucionalização continuam a existir. É necessário, portanto, reinstalar a discussão e recuperar o diálogo com as ciências sociais.

Os debates iniciais ocorriam em torno das seguintes questões: existiriam *procedimentos técnicos* em terapia ocupacional que seriam operados apenas nessa área? Existiriam características vinculadas a *patologias* dessa população? Existiriam *outras características* que nos ajudariam a definir essa população como alvo da ação terapêutica de terapeutas ocupacionais? Quem, afinal, seria atendido segundo um critério SOCIAL?

Quando se procura responder a essas questões sente-se um certo embaraço, pois as mesmas estão mal formuladas, e nos levam a uma armadilha histórica.

Isto é, o processo (nem sempre consciente) que nos levou a delimitar uma área social não foi um procedimento lógico-formal de classificação e definição de um problema e de sua solução, nem tampouco um movimento teórico. A busca de delimitação dessa área ocorre no interior do processo histórico de formação do sistema assistencial e da terapia ocupacional em nosso país. Sendo assim, é preciso que se reveja o momento que permitiu e que provocou essa delimitação.

SAÚDE/SOCIEDADE

A presença da medicina na organização social tem sido intensa e pode ser observada pela importância crescente da figura do médico como mediador/garantidor de um bem-estar que não se restringe apenas a aspectos físicos da população, mas que tende a ser também moral.

A chamada medicina social passou a desempenhar no Brasil, a partir do início deste século, um papel relevante na definição de parâmetros de ordenação da vida cotidiana. Principalmente nas cidades, sua presença torna-se evidente no estabelecimento de padrões de comportamentos sociais considerados normais, regulando a marginalidade e comportamentos anti-sociais (loucura, pobreza, prostituição, homossexualidade). Neste sentido, CARVALHO et al. (1964)² definem a Medicina Social como um novo ramo da Medicina Legal, consistindo na aplicação dos conhecimentos médicos para solucionar ou atenuar problemas sociais, e, na aplicação dos conhecimentos sociológicos à doutrina e à prática da medicina. A patologia social designa, segundo os mesmos autores, “aquelas eventualidades em que o conviver ético-social entra pelos desvios de uma verdadeira patologia”, compreendendo dois grupos: a marginalidade (prostituição, vícios, instabilidade social, desajustes e dificuldades sociais) e, os comportamentos anti-sociais (crimes, contravenções e ações anti-sociais menores).

Esse pressuposto de “patologia social” parece ter orientado a emergência, no século XIX, do ‘social’ enquanto preocupação e também como área de conhecimento. A sociedade torna-se objeto de estudo diante das grandes mudanças ocorridas na Europa com a desarticulação da sociedade feudal e consolidação da sociedade capitalista (BOTTOMORE, 1980)¹.

Entre os fundadores da sociologia explícita a preocupação com a ordem social é uma constante. DURKHEIM (1978)⁴, utiliza o corpo como metáfora da

sociedade. Para ele, o estado de anomalias da sociedade industrial seria uma demonstração de que essa sociedade se encontrava doente. Percebe-se uma analogia entre patologia do indivíduo e uma patologia social (VELHO, 1981)⁵. Neste sentido, é evidente a ordem de valores morais determinando a categorização dos fenômenos sociais que ficam reduzidos à contraposição entre saúde e doença. A medicina vai buscar a integração, o tratamento e a reabilitação daqueles indivíduos que entram pelos desvios de uma norma que é estabelecida pelos segmentos dominantes.

A relação parte-e-todo no processo de conhecimento precisa manter um diálogo constante para alcançarmos os nexos do mesmo, isto é, para construirmos uma possibilidade de compreensão que escape às armadilhas da evidência e do factual. Ou de outra maneira, para não transformarmos uma criança com deficiência física num problema físico, para não transformarmos uma crise na única verdade constituinte de quem a manifesta. Dividir para conhecer pode, facilmente, transformar-se em diminuir para segregar. O conhecimento das partes, como se sabe, não implica necessariamente no conhecimento do todo. O que permite ao homem a condição de conhecimento do todo é a possibilidade da transcendência, do MOMENTO CRIÁTICO. O conhecimento de algo implica, ainda, na necessidade do conhecimento de relações entre as partes e no conjunto de representações que as pessoas têm do fato.

A ciência moderna valorizou o empírico e a experiência, criando conceitos, categorias, para explicar os fenômenos observados. A era industrial não transformou apenas o modo de produção social, mas provocou mudanças nas várias formas de relações humanas. A nova ordem que se estabelece tornou o ‘social’ objeto de estudo e de preocupação de uma ciência que viria fracionar e delimitar sub-áreas no interior desse novo objeto, ou seja, a economia, a sociologia, a política, a antropologia e a psicologia vão se constituir cada vez mais em formas de conhecimento distantes de uma análise crítica em relação ao contexto.

A partir dos anos sessenta, e mais intensamente nos anos oitenta, há um questionamento dos paradigmas sobre os quais as ciências se constituíram e que eliminaram, no próprio recorte metodológico, esferas da experiência humana que ainda precisam ser compreendidas.

Assim, nos dias atuais existe uma importante movimentação em áreas como a física, a biologia, a filosofia, a sociologia, a antropologia e a psicologia,

entre outras, no sentido de promover estudos interdisciplinares, rompendo com as delimitações muito nítidas entre um campo do conhecimento e outro. São necessárias, hoje, “estratégias” para que se consiga integrar informações diversas e apreender uma questão em sua totalidade. Estas preocupações parecem estar presentes também no campo da terapia ocupacional tendendo a tornar mais complexas tanto a ação quanto a produção de conhecimento nessa área.

TERAPIA OCUPACIONAL

É importante que nos perguntemos com relação à terapia ocupacional: quais as suas partes, quais as relações que a fazem um todo e em que contexto se constrói sua verdade?

No caso da terapia ocupacional o sujeito da ação é sempre uma pessoa, desse modo o distanciamento científico do pesquisador não pode ser inteiramente alcançado dadas as condições de subjetividade que são inerentes ao processo de investigação e que dele não podem ser excluídas. Ou seja, as condições de produção de conhecimento na área de terapia ocupacional devem ser consideradas de forma distinta das condições de conhecimento nas ciências exatas, por exemplo. Quando um terapeuta ocupacional se questiona a respeito da natureza da loucura ou sobre o que está implicado na deficiência, ele não é o único sujeito da experiência capaz de formular e responder a questão que será também necessariamente abordada pelo sujeito de sua ação (o ‘louco’ ou a pessoa portadora de deficiência). A investigação, bem como as técnicas de que nos utilizamos não possuem finalidade em si, sendo que seu significado e sua eficácia dependem de subjetividades, tanto do paciente quanto do terapeuta, e mesmo da situação que envolve os dois no momento da terapia (a família, a instituição, o momento político-social).

Ainda uma outra dicotomia, trazida da concepção clássica da ciência parece colorir e confundir nossa vida profissional: a crença no dualismo entre indivíduo e sociedade, ser humano e natureza, ser humano e cultura. Desta forma, os terapeutas ocupacionais tornam-se também presas da ilusão da descontinuidade absoluta, para a qual o sujeito é separado do meio e da sociedade.

Essa ilusão de descontinuidade tem se refletido atualmente na dificuldade demonstrada pelos profissionais em compreender o indivíduo entre a objetividade de seu problema e a subjetividade da interpretação de

suas necessidades; entre o modo como o indivíduo se manifesta e a percepção do terapeuta; destacando-se o descompasso entre a ação técnica e as dificuldades reais do cotidiano. Essa disparidade entre subjetividades parece provocar uma tensão que se estabelece entre a necessidade da ação técnica e a necessidade de respeito aos valores do outro.

É nosso desafio atual promover um difícil equilíbrio entre ética e saber, entre ação técnica e compreensão sócio-antropológica, entre subjetividade e necessidade. Trata-se, sobretudo, de aprender a levantar hipóteses para interpretação da realidade que se apresenta, entendendo que o nosso é um dos saberes em ação, não o único e nem tão pouco definitivo.

Nessa estrada é preciso aprender a pensar, renunciando às fórmulas da eficácia mágica, revisando postulados e condutas cristalizadas por uma história específica da produção do saber que omite a possibilidade da existência do humano, da subjetividade, ou ainda da inter-subjetividade nessa produção. Da mesma forma, é necessário que se considere a presença, nem sempre visível fenomenologicamente, da história e das dinâmicas sociais, resgatando sua importância na experiência humana, não reduzindo o ‘social’ a itens a serem considerados de forma adjacente, periféricos e desprovidos de força concreta.

Embora essa crítica venha sendo conduzida, na prática, por vários terapeutas ocupacionais, um novo e forte desafio se impõe, ou seja, é preciso dar um salto qualitativo para que possamos transcender a prática pela reflexão. É necessário que se possa produzir um conhecimento sistemático que nos permita estabelecer, a partir das exigências da clínica, da assistência e do trabalho institucional as categorias e os nexos que possibilitem explicar e transcender o empirismo. Enquanto essas categorias não são desveladas, o campo permanece aberto a todo tipo de confusão e mal entendidos, dificultando a comunicação e a constituição de um conhecimento partilhado coletivamente em terapia ocupacional.

A perspectiva que procuramos assumir privilegia a produção de um saber comprometido com a população que deve ser assistida. Desta forma, é a partir do conhecimento da realidade, das necessidades e da maneira de compreender o mundo dessas pessoas que devemos direcionar nossas investigações e nossa busca de respostas.

Trata-se de conhecer o sujeito da ação do terapeuta ocupacional e não seu objeto. Colocar a problemática que tange a constituição da terapia ocupacional como

campo de saber, como sendo a busca de um objeto que lhe daria o desejado estatuto de ciência, deslocamos do problema que deve nos interessar - a dor humana, a pessoa que requer ajuda numa situação determinada de vida - e faz com que nos debatamos em dimensões estéreis e falseadoras.

Desta forma, parece ser necessário apreender os saberes que têm sido produzidos no fazer cotidiano de muitos terapeutas ocupacionais nos últimos quinze anos, os quais, frente às exigências prementes, vêm produzindo uma série de inovações práticas que, embora venham se constituindo em novos fundamentos da ação nessa área, ainda carecem de uma maior valorização, por parte dos próprios profissionais.

Essa desvalorização do conhecimento produzido na prática cotidiana parece também decorrer do equívoco de se compartimentalizar saberes, como forma de garantir algo que definimos como identidade profissional, e que vai gerar uma certa preocupação manifesta pelo medo de “não ser mais terapeuta”, isto é, ocorre não raramente, que embora considerando o

trabalho que realiza fundamental (para a população, para o ‘paciente’, para a instituição), o técnico considera o que faz “não-terapia ocupacional”. Ora, isso leva a uma negação do próprio profissional que vê, então, duas possibilidades: ou se dirá comprometido e não terapeuta, ou se dirá terapeuta acima de tudo retomando um universo teórico antiético com as exigências dos novos serviços nos quais o terapeuta ocupacional tem sido chamado a trabalhar. Creemos que um grande equívoco se processa nas duas posturas.

A terapia ocupacional está mudando, mas é toda a assistência que está se transformando, é a própria idéia de ciência que foi posta em crise. Muito tem sido feito, mas é preciso ir além. Tornou-se fundamental que esses mesmos profissionais que aceitaram o desafio da transformação institucional no país, aceitem também o desafio de produzir uma reflexão à altura dessas práticas, que as expliquem e que as impulsionem. O desafio não é pequeno, mas sem isto nada poderá ser construído e teremos nos negado à nossa própria existência e às nossas utopias.

BARROS, D.D., GHIRARDI, M.I.G, LOPES, R.E. Occupational therapy and society. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.69-74, mai./dez., 1999.

ABSTRACT: In the early 70s, some occupational therapists, aware of the progressive social unrest in the country, grasped more clearly the sociopolitical dimension of their action and demanded to participate and work in projects and institutions that were, by those days, distant from the scope of the health professionals. Therefore, the debate of the role of occupational therapy in the social area emerged, for the first time. Occupational therapists were able to claim, by then, their participation in the field of education – essentially in corrective education, directed to children, adolescents, old-aged and prisoners. This interest in the social field led to the questioning of the traditional ways of conceiving the work of the occupational therapist. New practices and ideas were developed, transforming the knowledge in the field. It became evident that the previous actions covered up a more serious and non critical fragmentation: that of the patient, who was split up into disconnected parts, or, at the most, into separate aspects – physical, mental, psychological and social. We believe that the changes we just mentioned, which certainly opened up space to renewed and alternative forms of technical action, were the most significant contributions brought about by the debate on the ‘social’ role of the occupational therapist. We repute as of fundamental importance to consider once more this discussion, in the sense of searching roots of a occupational therapy to be built beyond the structuring axis health-disease. It is our aim to study the relation between occupational therapy and the sociocultural environment in which it is immerse, drawing methodological principles that allow us to rethink the professional practices, transcending the empirical moment without, however, imprisoning our capacity of reflection in reducing theories or predefined models, that make impossible the perception of the subtle movements of reality, history and life in their own context.

KEY WORDS: Occupational therapy, trends. Societies. Socialization.

BARROS, D.D., GHIRARDI, M.I.G, LOPES, R.E. Terapia ocupacional e sociedade. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.2/3, p.69-74, mai./dez., 1999.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOTTOMORE, R. *História da análise sociológica*. Rio de Janeiro : Zahar, 1980.
2. CARVALHO, H.V.C., BRUNO, A.M.L. SEGRE, M. *Medicina social*. São Paulo : EDUSP, 1964.
3. CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação - Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional.
In: LANCETTI, A., org. *Saúde loucura*, n.4. São Paulo : Hucitec, 1994.
4. DURKHEIM, E. *Da divisão do trabalho social*. São Paulo : Abril Cultural, 1978. (Série Os Pensadores).
5. VELHO, G. *Desvio e divergência*. Rio de Janeiro : Zahar, 1981.

Recebido para publicação: 29/07/1999

Aceito para publicação: 17/09/1999