

≡ EDITORIAL

Práticas a espera de teoria, ou das dificuldades de manter um periódico científico

Elizabeth Ferreira Mângia
Marta Carvalho de Almeida

≡ ARTIGOS

Atenção a saúde do idoso: sua inserção no Sistema Único de Saúde - SUS

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari
Márcia Maria Pires Camargo

O manicômio e a cidade, uma história em comum

Selma Lancman

A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional

Roseli Esquerdo Lopes

Relações institucionais na reabilitação e o desafio do discurso histórico da terapia ocupacional

Glória N. Velasco Maroto

≡ DEBATE

Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia?

Eda Terezinha de Oliveira Tassara

≡ PONTO DE VISTA

Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível?

Maria José Benetton

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CONSELHO EDITORIAL

- ◆ Prof^a. Dr^a. Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- ◆ Prof^a. Dr^a. Maria Luiza Guillaumon Emmel (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)
- ◆ Prof. Dr. Ruy Laurenti (Faculdade de Saúde Pública da USP)
- ◆ Carmem Teresa Costa Souza (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais)
- ◆ Rosely Esquerdo Lopes (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)

CORPO EDITORIAL

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora C. Ferrari (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Flávio Fava de Moraes
Vice-Reitor: Myriam Krasilchik

- ◆ Prof^a. Assistente Marta Carvalho de Almeida (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- ◆ Prof^a. Assistente Elisabete Ferreira Mângia (Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

SECRETÁRIA: Eddy Marília Gozzani

EDIÇÃO DE ARTE, NORMALIZAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO: Nadja Maria Mattos Rezende / Fabíola Rizzo Sanchez / Kátia Cilene Pereira da Rocha / Cícero Souza de Oliveira (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

INDEXAÇÃO: Maria Aparecida de Lourdes Castro Santos (*Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*)

IMPRESSÃO GRÁFICA: Lemos Editorial e Gráficos Ltda. Rua Rui Barbosa, 70 Bela Vista. 01331-010 São Paulo, SP.

FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Marcello Marcondes Machado

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo / [publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP]. -- Vol. 1, (1990) - . -- São Paulo: O Centro, 1979.

v. : il.
Semestral
Sumários em inglês e português
ISSN (documentos em tramitação)

1. Terapia Ocupacional/periódicos I. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP

A Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é uma publicação quadrimestral do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É indexada no Index Medicus Latino Americano - IMLA.

CORRESPONDÊNCIA

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária "Armando Salles de Oliveira". 05360-000 São Paulo, SP Fax: 818 7415 / Tel.: 818 7454

SUMÁRIO

EDITORIAL

- Práticas a espera de teoria, ou das dificuldades de manter
um periódico científico
Elizabeth Ferreira Mângia
Marta Carvalho de Almeida 3

ARTIGOS

- Atenção a saúde do idoso: sua inserção no Sistema Único de
Saúde - SUS
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari
Márcia Maria Pires Camargo 5
- O manicômio e a cidade, uma história em comum
Selma Lancman 17
- A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação
do terapeuta ocupacional
Roseli Esquerdo Lopes 27
- Relações institucionais na reabilitação e o desafio do discurso
histórico da terapia ocupacional
Glória N. Velasco Maroto 36

DEBATE

- Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia?
Eda Terezinha de Oliveira Tassara 43

PONTO DE VISTA

- Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação
possível?
Maria José Benetton 53

- ÍNDICE DE AUTOR** 59

- ÍNDICE DE ASSUNTO** 60

- NORMAS PARA PUBLICAÇÃO** 62

CONTENTS

EDITORIAL

- Practices waiting for theories or the difficulties of mantaining
a scientific journal
Elizabete Ferreira Mângia
Marta Carvalho de Almeida 3

ARTICLES

- Attendance to the elderly health: its insertion in the Sistema Único de
Saúde - SUS
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari
Márcia Maria Pires Camargo 5
- The asylum of insanes and the city, a common history
Selma Lancman 17
- The ways we build up: reflections on the professional formation of
occupational therapists
Roseli Esquerdo Lopes 27
- Institucional relations in rehabilitation and the challenge of
historical discuss of the occupational therapy
Glória N. Velasco Maroto 36

DEBATE

- Occupational therapy: science or technology?
Eda Terezinha de Oliveira Tassara 43

POINT OF VIEW

- Occupational therapy and psycossocial rehabilitation: one possible
relationship?
Maria José Benetton 53

- AUTHOR INDEX** 59

- KEY WORDS INDEX** 61

- ARTICLES STANDARDIZATION** 62

EDITORIAL

PRÁTICAS A ESPERA DE TEORIA, OU DAS DIFICULDADES DE MANTER UM PERIÓDICO CIENTÍFICO

ELISABETE FERREIRA MÂNGIA*
MARTA CARVALHO DE ALMEIDA*

MÂNGIA, E.F., ALMEIDA, M.C. Práticas a espera de teoria, ou das dificuldades de manter um periódico científico. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.4/7, p.3-4, 1993/6.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências. Periódicos.

Como campo emergente no Brasil, a Terapia Ocupacional vem, nos últimos anos, estruturando-se como área de produção de conhecimento. Essa produção tem estado predominantemente associada a trabalhos desenvolvidos por profissionais ligados às Universidades e aos seus estudos em programas de pós-graduação. Por outro lado, observa-se que, de uma forma geral, os terapeutas ocupacionais que integram exclusivamente o campo assistencial empenham-se cotidianamente na apreensão de novos saberes, incitados pelo fato de assumirem uma delega social extremamente complexa. Os segmentos populacionais abordados pelos terapeutas ocupacionais apresentam uma diversidade de impedimentos que indicam que as respostas necessárias transcendem o conhecido e hegemônico fazer técnico. Diante disso, os profissionais, comprometidos em sua atuação, procedem continuamente à busca de novos referenciais

que possam subsidiar a análise crítica de suas ações e incrementar seu conjunto de instrumentos, tornando mais abrangente suas práticas. No município de São Paulo mais especificamente, embora o momento atual seja de refluxo, foi bastante claro o importante papel desempenhado por terapeutas ocupacionais na elaboração e desenvolvimento de inovações da assistência voltadas para a abordagem integral das necessidades de parcelas da população freqüentemente excluídas das políticas públicas. Outros exemplos certamente existem e existirão.

A produção de saber, portanto, não está circunscrita à Universidade e todo esse importante empenho dos terapeutas ocupacionais pode e deve ser traduzido em materiais que aprofundem nosso diálogo crítico, enriquecendo-nos. As reflexões produzidas no dia-a-dia dos serviços não acontecem num vazio conceitual, são mediadas por

* Prof^a. Assistente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Elisabete Ferreira Mângia. 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.

referenciais teóricos, metodológicos e operacionais importantes.

Assim, é necessário assinalar que a possibilidade de manutenção de publicações específicas da área, em nosso país, depende fundamentalmente do diálogo e trocas efetivas que possam ocorrer entre os referenciais teóricos que se estruturam como resultado dos processos de capacitação de docentes e pesquisadores, e as práticas que efetivamente se desenvolvem no cotidiano dos serviços.

Fazer a Revista de Terapia Ocupacional exige atenção a esse processo; por um lado

atrair trabalhos originais que começam a ser esboçados em termos de práticas discursivas e, por outro, subsidiar o campo com contribuições teóricas da própria área e de áreas afins, estimulando a interdisciplinariedade e a circulação de idéias que possam fecundar o debate necessário a uma área emergente.

A partir deste número, que registra não apenas a sobrevivência da Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo mas um novo impulso na sua consolidação, a periodicidade passa a ser quadrimestral, na perspectiva de manter sua continuidade sem interrupções.

MÂNGIA, E.F.; ALMEIDA, M.C. Practices waiting for theories or the difficulties of maintaining a scientific journal. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p.3-4, 1993/6.

KEY WORDS: Occupational therapy, trends. Periodicals.

ARTIGOS

ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO: SUA INSERÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

MARIA AUXILIADORA CURSINO FERRARI*

MÁRCIA MARIA PIRES CAMARGO**

FERRARI, M.A.C., CAMARGO, M.M.P. Atenção a saúde do idoso: sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 5-16, 1993/6.

RESUMO: No presente trabalho, os autores situam o atendimento em saúde ao idoso e suas práticas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive apresentam o modelo desenvolvido no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC/FMUSP, como hospital de referência. Partem de um estudo histórico desse atendimento correlacionando as necessidades de saúde do idoso às determinantes sociais que geram esse modelo de atendimento. Fazem uma pesquisa de campo, através de entrevistas com profissionais e idosos usuários do referido sistema. São também levantadas e discutidas as propostas e diretrizes através das quais o idoso passa a ser usuário universal do SUS. O estudo limita-se ao atendimento prestado no Estado de São Paulo. Apresentam conclusões baseadas nos dados levantados onde são discutidos aspectos de real significância para a eficácia e eficiência dos programas de atendimento ao idoso no SUS.

DESCRITORES: Geriatria, classificação. Serviços de saúde para idosos, tendências.

INTRODUÇÃO

O assunto "velhice" vem aos poucos ganhando relevância no Brasil, tanto junto a estudiosos de áreas específicas que tratam dessa questão, como também junto ao um foro de debates mais amplo e popular.

A população brasileira está envelhecendo; este é um fato. É a partir da década de 60 que o segmento idoso da população começou em ritmo bem mais acelerado que as populações adulta e jovem. Segundo es-

timativas a população idosa no próximo século estará crescendo a uma taxa oito vezes maior que a jovem e quase duas vezes maior quando comparada com a população total. RAMOS⁷. Isto significa que, num futuro próximo teremos um número cada vez maior de idosos em comparação com as camadas mais jovens da população brasileira.

SAAD⁸ chama a atenção para o fato de que além dos problemas comuns e até certo ponto inerentes às pessoas idosas, como

* Prof.^a Dr.^a do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

** Aprimoranda da área de Terapia Ocupacional em Gerontologia e Geriatria pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAPE), durante o ano de 1992.

Endereço para correspondência: Prof.^a Maria Auxiliadora Cursino Ferrari. Alameda Jaú, 585, ap. 12. 01420-000. São Paulo, SP.

por exemplo o decréscimo da capacidade física e mental, a perda gradativa da memória, a maior dependência de terceiros em suas atividades de rotina, a maior propensão e contrair doenças, deve-se acrescentar que uma grande parcela dos brasileiros idosos de hoje viveu sua juventude e sua fase adulta sob condições de vida amplamente desfavoráveis que tenderam a se deteriorar ainda mais na velhice. É fatal que esta situação haverá de repetir-se em relação ao expressivo número de jovens e adultos que estão expostos neste momento a condições precárias de vida.

Isto nos leva a pensar que: quais os reflexos de uma população mais envelhecida sobre as políticas de saúde? É deste assunto que nos ocuparemos mais detalhadamente, uma vez que ele tem implicações diretas no que diz respeito à qualidade de vida do cidadão idoso.

O trabalho em saúde existe enquanto fundado num determinado rol de necessidades, ou seja, necessidades de saúde. Estas necessidades se modificam conforme o processo histórico de cada tipo de sociedade.

As formas de trabalho encontradas para satisfazer essas necessidades também se modificam na dependência de como seu agentes históricos internalizam tais necessidades traduzindo-as numa finalidade daquela ação transformadora (CASTANHEIRA et al.)³.

O trabalho em saúde atende às necessidades de um homem histórica e socialmente determinado. Portanto temos que considerar as necessidades de saúde em níveis progressivamente mais concretos enquanto necessidades historicamente constituídas.

Historicamente, os idosos não foram objeto privilegiado das práticas de saúde. As ações propostas tinham apenas uma natureza assistencialista que objetivava suprir algumas carências dessa população.

Em nossa cultura o que dá sentido de velhice é sua "improdutividade". Aqui está o eixo central das conotações negativas do "ser velho". É por essa improdutividade que é atribuída ao idoso que ele se torna alvo secundário das práticas de saúde.

"Ser velho" equivale a "ser doente" = situação irreversível e que é diferente de "estar doente" = condição provisória.

As necessidades sociais de saúde correspondem à valorização social do corpo humano decorrente de sua força de trabalho. Assim, o corpo deve estar quantitativa e qualitativamente adequado.

Podemos observar então que as práticas em saúde acabam se orientando para as partes da população consideradas ativas, isto é, em condições de vender sua força de trabalho no mercado enquanto que delega a segundo plano com práticas de saúde secundárias, as partes da população consideradas marginalizadas e dentre elas situamos o idoso devido principalmente à "improdutividade" que lhe é atribuída. Não é pois como força de trabalho que reside a preocupação do trabalho em saúde para com a população idosa.

Um outro aspecto importante a ser destacado é o que se refere à questão da igualdade de direitos que influencia o trabalho em saúde. Hoje, o idoso passa ser específica e destacadamente objeto de atenção nas práticas de saúde já porque o tamanho da população idosa permite pensá-la como extrato de consumo, já como grupo social com força reivindicatória por referência a seus direitos sociais.

Esses fatores, acrescidos ainda do fato de que a população de idosos faz uso constante dos serviços de saúde com várias internações hospitalares, o uso de exames subsidiários e maior número de consultas ao médico; passam a ser determinantes sociais e assim sendo o idoso é incluído

no rol de necessidades em saúde, inclusive no atual sistema único de saúde (SUS) o idoso já é alvo de ações específicas da saúde.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS E A ATENÇÃO A SAÚDE DO IDOSO

A Constituição brasileira de 1988 registra um avanço de modo bastante expressivo, proclamando a existência do direito à saúde como um dos direitos fundamentais de pessoa humana.

DALLARI⁴, na apresentação que faz do livro: SUS: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90) refere-se ao SUS como o maior avanço político, democrático e social na área da promoção, proteção e recuperação da saúde.

Na Constituição continua o autor, a saúde ficou definida como um direito subjetivo e um direito social garantido mediante a formulação e execução de políticas econômicas, sociais e científico-tecnológicas destinadas a reduzir o risco de doenças e outros agravos que interferem no bem estar físico, mental e social da população.

A descentralização político administrativa do SUS (com predominância na municipalização de serviços e ações), o acesso universal e igualitário às disponibilidades do sistema, a participação da comunidade, a gratuidade do atendimento e o controle social são segundo o mesmo autor as vigas mestras do SUS que precisa de estudo e aplicação plena.

Em relação ao Sistema Único de Saúde a Constituição de 1988 (BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988)¹ aponta em seu artigo 198 parágrafo 1 o seguinte:

"As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

1. descentralização, com direção única em cada esfera do governo;

2. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

3. participação da comunidade".

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) vem se realizando através de formulações e discussões de propostas da nova lei orgânica que define as atribuições e competências das várias instâncias de gestão, os mecanismos de financiamento e as orientações gerais para a reorganização da prestação de serviços à população.

Os programas propostos com relação à saúde do idoso em São Paulo inserem-se nessa estrutura a partir de 1988. Em alguns Centros de Saúde esses programas já se encontram em fase de implantação.

O Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso (SÃO PAULO. ESTADO. SECRETARIA DE SAÚDE. GRUPO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMA)⁹ no SUS-SP foi criado tendo em vista que São Paulo por suas características urbano-industriais é uma das regiões brasileiras em que o processo de envelhecimento populacional está mais adiantado levando-se em conta os coeficientes de fecundidade e mortalidade que o determinam. Estima-se que vivam hoje, no Estado de São Paulo, mais de dois milhões de pessoas com 60 anos ou mais sendo que quase a metade vive na Grande São Paulo.

Com base na experiência internacional de atenção à saúde do idoso, sabe-se que, mais do que em qualquer faixa etária o idoso enfrenta questões como: a perda de autonomia no dia a dia, perda do vigor físico e mental, alimentação desbalanceada, distúrbios emocionais e afetivos e crises familiares. No sentido de evitar uma institucionalização precoce ou desnecessária e para que o idoso possa ser mantido na comunidade pelo maior tempo possível sem prejuízo de sua integridade

física e mental e sem onerar demais aqueles que o cercam, é necessário que se dê a ele uma assistência integral; daí, a criação do PAISI que conta em seu programa com o concurso de diferentes profissionais da saúde.

Em março de 88 a Secretaria do Estado de Saúde através do Grupo Especial de Desenvolvimento de Programa (GEPRO) elaborou um programa a ser implantado na rede pública, com o objetivo de promover ações específicas de assistência à saúde do idoso.

A proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso-PAISI (SÃO PAULO. ESTADO. SECRETARIA DE SAÚDE. GRUPO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMAS)⁹ tem como ponto fundamental a estruturação de equipes multiprofissionais a nível das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o objetivo de atender o idoso de forma global e específica a nível primário. As UBS com equipe multiprofissional passam a ser Unidades de Referência (UR). Na prática o idoso é atendido nas UBS por uma equipe mínima composta por Assistente Social, Enfermeira e Médico. Em casos específicos essa equipe encaminha o idoso para uma UR que dispõe de profissionais especializados: Fisioterapeuta, Geriatra, Nutricionista, Psicóloga, Terapeuta Ocupacional, além dos profissionais de equipe mínima. As UR ainda têm como função integrar as UBS com os ambulatórios de geriatria e respectivos hospitais de referência (HR).

Para a implantação do programa do início optou-se pela implantação em SUS selecionados onde seriam estruturadas URs. Essas URs teriam como fator positivo a existência de faculdades na região que pudessem colaborar na formação e treinamento de pessoal e participar na avaliação global do programa.

O PAISI conta com objetivos gerais, específicos, metas, estratégia de implan-

tação, situação atual, o trabalho nas UBS, protocolo de atendimento, programa de treinamento e sensibilização, funções dos profissionais da UR, propostas de atividades interdisciplinares, propostas de rotina de atendimento.

São objetivos gerais do PAISI:

- ♦ Promover o bem estar físico e psíquico da população com mais de 60 anos, prolongando o mais possível a permanência do idoso na comunidade.
- ♦ Estabelecer um atendimento especializado ao idoso dentro da estrutura de serviços do SUS-SP, hierarquizado segundo níveis de complexidade e condicionando a entrada no sistema ao atendimento realizado nas UBS por uma equipe mínima - Clínica Geral, Enfermaria e Assistente Social.
- ♦ Implementar Unidades de Referência dentro do SUS com atendimento médico especializado (Geriatría) e com equipe multiprofissional composta por: Enfermaria, Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta, Psicólogo, Nutricionista, Educador em Saúde, Visitador Sanitário.
- ♦ Criar mecanismos de referência e contra-referência garantindo o acesso à retaguarda hospitalar através da unidade de referência.
- ♦ Estimular a formação de grupos de convivência e atividades de lazer a nível das UBS visando a integração do idoso na comunidade bem como o reforço das ações de promoção e manutenção da saúde.
- ♦ Criar Centros de Referência do Atendimento ao Idoso no Estado de São Paulo com características assistenciais, de pesquisa, avaliação e treinamento integrando as Universidades e a SES.
- ♦ Uniformizar, o atendimento para fins de avaliação e planejamento com definição de um protocolo especializado que será incorporado à ficha única de

atendimento do SUS e uniformização segundo os padrões do CIS para ser analisado a nível do SUS-R.

- ♦ Criar mecanismos de orientação, supervisão e assistência complementar a idosos institucionalizados.

Nosso interesse após ter conhecimento do programa específico para atendimento do idoso no SUS na cidade de São Paulo era fazer um levantamento dos SUS Regionais onde o referido programa estava sendo implantado. Procuramos então a Secretaria de Saúde do Estado que nos forneceu os dados necessários.

Evidente que, a dificuldade para aplicação do programa a todos os SUS Regionais estava implícita: a falta de pessoal especializado era evidente além de outros problemas.

Assim a implantação inicial(1989) foi SUS-R da Capital e cinco do interior.

Na capital, objeto de nosso trabalho, foi implantado o Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso nas seguintes áreas:

SUS-R.1 (Centro) SUS-R.2 (Butantã)
SUS-R.3 (Vila Prudente).

O SUS R. 2 e 3 têm ainda a função de Centros de Referência, através dos Servi-

ços de Geriatria e Gerontologia do Hospital das Clínicas da F.M.U.S.P.(SUS - R.2) e da Escola Paulista de Medicina (SUS-R.3).

LEVANTAMENTO DE DADOS

Nosso campo de estudo limitou-se como já dissemos aos SUS R.1, R.2, R.3 por várias razões:

1ª - por serem os postos iniciais da implantação do PAISI - Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso, da Secretaria da Saúde;

2ª - por se localizarem no município de São Paulo;

3ª - porque os SUS R.1 e R.2 são campo de estágio dos aprimorandos do Programa de Terapia Ocupacional em Gerontologia e Geriatria desde 1988. No SUS R.1 no Centro de Saúde Vila Mariana e Centro de Saúde Bom Retiro e no SUS R.2 no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo onde o aprimorando desenvolve a maior parte de suas atividades na Enfermaria do Serviço de Geriatria e no Grupo de atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial (GAMIA).

O SUS R.1 é composto de doze Centros de Saúde, sendo que o PAISI está implantado em oito, a seguir:

<i>Centro de Saúde Vila Mariana</i>	<i>Centro de Saúde Santa Cecilia</i>
<i>Centro de Saúde Jardim Aeroporto*</i>	<i>Centro de Saúde Bom Retiro</i>
<i>Centro de Saúde Indianópolis</i>	<i>Centro de Saúde Moóca</i>
<i>PAM Bela Vista</i>	<i>PAM Consolação</i>

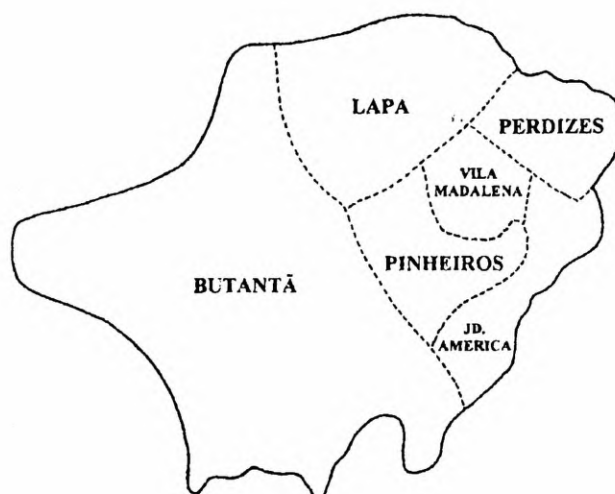
*No Centro de Saúde Jardim Aeroporto, segundo relato da responsável pelo mesmo, não há atendimento especializado a idosos.

O SUS R.3 conta com o PAISI em seis de seus postos:

<i>Centro de Saúde Escola Paulista de Medicina</i>	<i>Centro de Saúde II Paraguaçu</i>
<i>Centro de Saúde II Vila Alpina</i>	<i>Centro de Saúde Jardim Grimaldi</i>
<i>Centro de Saúde I Jabaquara*</i>	<i>Unidade Básica de Saúde Cupecê</i>

*Segundo informações coletadas no próprio Centro o PAISI foi cancelado face à saída de um grande número de profissionais.

O SUS R.2 abrange o Butantã, Lapa, Pinheiros, Vila Madalena, Jardim América e Perdizes (ver mapa abaixo).



É composto de dezoito Centros de Saúde sendo que o PAISI está implantado em oito locais:

<i>Centro Saúde Escola Geraldo Paula Souza</i>	<i>Centro de Saúde Escola Butantã</i>
<i>PAM Lapa</i>	<i>Unidade Básica de Saúde I - Vila Anastácio</i>
<i>Unidade Básica de Saúde I - Butantã</i>	<i>Unidades Básica de Saúde I - Vila Anglo</i>
<i>Ambulatório de Saúde Mental - Perdizes</i>	<i>Ambulatório de Especialidades - Pinheiros</i>

O Hospital das Clínicas é o Hospital de Referência do SUS R.2 para onde é feito o encaminhamento hospitalar e o Pronto Socorro.

O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo já contava com o Serviço de Geriatria e o atendimento específico ao idoso no

Ambulatório, muito antes do PAISI ser implantado pela Secretaria da Saúde, o que comprova a eficiência do Hospital das Clínicas em sua preocupação no atendimento ao idoso.

Em 1983, o referido serviço já se encontrava em plena atividade. Vários períodos semanais permitiam um número de consultas que, apesar da limitação de salas, figura entre os três maiores do Ambulatório da Segunda Clínica Médica II, localizado no Prédio dos Ambulatórios, Bloco 4A (PAMB - 4A) (HOSPITAL DAS CLÍNICAS. FACULDADE DE MEDICINA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. GRUPO DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR AO IDOSO AMBULATORIAL)⁶.

Em 1984, quatro anos antes da criação do PAISI, o Hospital das Clínicas da FMUSP cria o GAMIA - Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso Ambulatorial no intuito de melhor atender a pessoa que envelhece. Já que são muitas as manifestações do processo natural de envelhecimento aliadas aos inúmeros sinais de sintomas das doenças que podem se superpor nas fases mais avançadas da vida e como tais características não se prendem exclusivamente às alterações orgânicas destes indivíduos e também às suas particularidades psíquicas e sociais, fica implícita a participação freqüente e variada dos vários profissionais no atendimento ao idoso.

O conteúdo programático do GAMIA foi composto levando-se em conta as seguintes diretrizes:

- ♦ fomentar as atividades em grupo;
- ♦ utilizar adequadamente o período de permanência na instituição, evitando visitas intermediárias;
- ♦ aplicar e/ou desenvolver técnicas especializadas para a faixa etária;
- ♦ favorecer a participação de alunos de graduação e/ou estagiários de cada área profissional;

- ♦ preconizar formas de atuação simplificadas e pouco onerosas;
- ♦ facilitar a divulgação do projeto a fim de estimular sua reprodução parcial ou integral em outros programas de atuação junto a esta faixa etária (HOSPITAL DAS CLÍNICAS. FACULDADE DE MEDICINA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. GRUPO DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR AO IDOSO AMBULATORIAL)⁶.

É através deste conteúdo programático principalmente do último item que o Hospital das Clínicas da FMUSP através do GAMIA vem desempenhando seu papel prioritário na formação de profissionais que atendem o idoso, servindo de campo de estágio para diferentes profissionais.

Como tínhamos intenção de conhecer a evolução dos programas que vinham sendo implantados nos três SUS fizemos entrevistas (Anexo I e II) tanto com técnicos encarregados pelo mesmo como com os idosos usuários, razão de ser dos respectivos programas.

RESULTADO DAS ENTREVISTAS COM PROFISSIONAIS

Foram entrevistados ao todo dezenove profissionais sendo oito Assistentes Sociais, dois Educadores em Saúde, dois Médicos, três Enfermeiras, uma Nutricionista e uma Psicóloga.

Desses profissionais 74, 21%, catorze, referem ter recebido informação sobre o processo de envelhecimento quer através de treinamento realizado pela própria Secretaria de Saúde, quer através da participação em cursos específicos de Gerontologia. Cinco, ou seja, 25,79% não tem nenhuma formação e/ou conhecimento sobre o assunto.

Em relação à concepção de saúde quinze (78,94%) têm uma concepção holística sobre saúde ligada apenas à saúde física e dois (10,53%) deram respostas pessoais.

Os programas nos SUS R.1, R.2 e R.3 foram implantados a partir de 88, contudo pelas entrevistas o que observamos é que quinze (78,94%) não consideram que o mesmo tenha sido implantado, e apenas quatro (21,06%) consideram que o programa está implantado; as razões são várias e as discutiremos em seguida.

Com relação aos Recursos Humanos, treze (68,42%) consideram-nos insuficientes e seis (31,58%) suficientes. As facilidades encontradas no programa segundo os entrevistados são as seguintes:

- ♦ disponibilidade do idoso;
- ♦ abertura de Centro de Saúde para o programa (52,63%);
- ♦ espaço físico (apenas 5,26%) considera este aspecto como facilidade.

Três entrevistados (15,78%) referem que não há nenhuma facilidade no programa.

Já com relação às dificuldades são apresentadas as seguintes:

- ♦ falta de Recursos Humanos, diversificados e em número;
- ♦ falta de recursos Materiais;
- ♦ preconceito por parte de alguns funcionários em relação ao idoso;
- ♦ espaço físico; (94,74%) referem como ponto altamente negativo o espaço à disposição do atendimento;
- ♦ falta de retaguarda;
- ♦ falta de transporte;
- ♦ falta de sensibilização da população para o programa;
- ♦ expectativas dirigidas só a área médica.

O programa não tem condições de ser avaliado na opinião de dez (52,63%) dos entrevistados, sendo que nove (47,37%) acreditam que é possível fazer-se uma avaliação.

Os que o avaliam, de um modo geral consideram-no "bom" mas sugerem mudanças, por exemplo:

"O programa é muito estático".

"O programa é utópico".

"O conteúdo é bom, mas na prática não funciona".

"O desinteresse dos profissionais em trabalhar com essa população é grande".

"Falta integração entre os profissionais".

"A hierarquia é verticalizada entravando a execução do programa".

RESULTADOS DAS ENTREVISTAS COM OS IDOSOS

Foram entrevistados ao todo trinta e seis idosos na faixa etária de 58 a 85 anos com uma média de 67 anos, em sua maioria vinte e cinco (69,44%) são hoje donas de casa.

A razão para participarem do grupo é em primeiro lugar por questões de saúde, quinze (41,66%) em segundo por sentirem solidão dez (27,77%), por indicação dos amigos sete (19,47%), fazerem novos amigos dois (5,55%), e a convite do posto dois (5,55%).

Em relação à frequência tem os que estão há quatro anos 4 (11,11%); três anos 7 (19,44%); dois anos 8 (22,22%); um ano 6 (16,66%) e menos de um ano 11 (30,57%).

O atendimento, assim como o acompanhamento é considerado bom pela maioria dos idosos entrevistados, 87%.

Apresentam como sugestões para melhorar do atendimento e do acompanhamento:

- ♦ realização de exercícios físicos, ginástica e atividades em grupo;
- ♦ introdução de outros profissionais, como por exemplo: o psicólogo;
- ♦ espaço maior para realização das atividades;
- ♦ mais lazer;
- ♦ solução para aquisição de remédios que estão sempre em falta.

Perguntado sobre se notaram mudanças após a participação no programa de atendimento ao idoso, as respostas foram:

- ♦ melhora na saúde;
- ♦ sentem-se mais alegres, mais dispostos;
- ♦ novas amizades.

Apenas um, refere que nada mudou, mas 100% respondeu que pretende permanecer no grupo enquanto puder.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Pelos resultados obtidos podemos observar que a nível macro, o SUS ainda não está implantado. A lei que institui o SUS prevê que a demanda por serviços deveria ser organizada segundo as diretrizes da regionalização territorial e da hierarquização do acesso conforme diferentes complexidades tecnológicas.

Os hospitais contratados ou conveniados contudo, não obedecem em sua relação com a clientela essas orientações. Não há regionalização porque cada serviço privado pode em princípio captar clientes em qualquer cidade ou região do país. Não há hierarquização porque os hospitais costumam oferecer atenção básicas, especializada e de urgência CAMPOS².

Que dizer pois de uma população específica como a população idosa, para quem as mudanças e as adaptações são significativamente mais difíceis e mais demoradas.

Para esta geração é muito difícil entender e aceitar que inicialmente em caso de saúde ela deva procurar o SUS regional, isto é o Centro de Saúde local.

Desta primeira observação decorrem outras e ela afeta, por exemplo a questão da informação e/ou de treinamento que capacite o profissional para atender o idoso. Somando-se a isso o treinamento sem a sensibilização pouco influe na necessidade de transformação e mudanças necessárias.

A participação ativa dos profissionais levando-se à percepção do seu próprio envelhecimento; a constante reciclagem, com o levantamento das necessidades, exposição de dificuldades, parecem-nos extremamente importantes, pois são os Recursos Humanos os principais sujeitos do processo de mudança.

Uma outra questão que nos parece também bastante relevante é a questão da concepção de saúde.

“Ao assumir uma perspectiva estritamente positiva, biologicista e mecanicista, o saber clínico impõe uma camisa-de-força à abordagem do seu objeto de trabalho, excluindo as dimensões do social e do subjetivo e desconhecendo sua influência decisiva na história da doença. Ignora que a vontade de cura, ou de adoecer e até de morrer, varia de paciente para paciente e que são elementos essenciais para instituição de processos de diagnóstico e de terapêutica eficazes” (CAMPOS)².

Assim para se atender e tratar do idoso é necessário conhecê-lo e entendê-lo. O profissional que atende o idoso precisa estar preparado para perceber seu envolvimento técnico com o mesmo é variável, a depender de sua própria subjetividade e da dinâmica relacional com a situação de atenção e diferentes idosos. Por exemplo: há o idoso poliqueixoso, há o tímido, o extrovertido, e é preciso lembrar que a concepção de saúde têm que ser holística, a saúde nunca pode ser redutível a uma objetividade positiva, ela é sempre influenciada pela história social e por características psíquicas que interferem no processo de atenção à saúde.

Nos três SUS pudemos notar que a maioria tem uma concepção ampla de saúde que envolve não só o bem estar físico, mental e social assim como saneamento básico, moradia, trabalho. O que falta é a sensibilização para trabalhar com o idoso;

que provoca, como vimos em alguns profissionais, o preconceito em relação ao mesmo.

Ainda referindo-se aos resultados com relação a avaliação do programa, esta traz como características marcantes, o desinteresse e a falta de integração, embora o conteúdo do programa seja considerado bom. Isto nos leva a crer que é preciso identificar qual o tipo de problema que está levando a esses resultados. Para alguns profissionais a resposta estaria em questões técnicas, não estão preparados para atender o idoso, para outros a questão é de estrutura, a hierarquia é excessiva, o que existe é centralização de poder, uma não diferenciação de papéis, um não envolvimento dos SUS com o programa levando alguns profissionais a trabalharem isolados de acordo com sua visão e possibilidades profissionais.

Em relação aos resultados com os idosos entrevistados o que notamos é que há uma procura espontânea dos serviços pelos idosos que se encontram dispostos e interessados.

Estes idosos vem em sua maioria à procura de atendimento de saúde, e por problemas de solidão.

São bastante evidentes as mudanças operadas após a participação no programa o que nos afirma e nos endossa a exigência da implantação do PAISI em sua plenitude nos vários SUS regionais.

É ainda muito característico da atual geração do idoso, o não criticar, o não reivindicar, o não expor suas necessidades, o que nos leva a que todas as ações do programa estejam envolvidas com o compromisso e o resgate de cidadania dessa população.

CONCLUSÕES

Foi muito bom ter entrevistado os profissionais e os idosos. Tivemos uma visão da

situação que nos leva às seguintes conclusões:

O SUS como diz HEIMANN et al⁵ ainda não está implantado efetivamente. Hoje ainda se nota a frustração das evidências do longo caminho ainda virgem na construção de um SUS pautado nos princípios da reforma brasileira inseridos na Constituição de 1988.

Esta implantação só será conseguida na medida em que se trave um combate pelo apoio da opinião pública ganhando a população principalmente aquela muito presa ao imediatismo imposto por suas condições de sobrevivência e presas fáceis dos mais variados tipos de demagogia.

Outra conclusão que nos parece bastante evidente é a importância do treinamento dos profissionais, mas de um treinamento que os sensibilizem e os conscientizem do poder de sua ação, além do investimento que estão a fazer a si próprios.

Percebemos também, através da realização desse trabalho que há necessidade de um conhecimento maior sobre a população idosa local, isto é, é preciso que se identifique na população local quais os idosos mais vulneráveis: os sós, os doentes, quais?

Que indicadores devem ser utilizados: sexo, idade, número de leitos ocupados por pessoas com 60 anos e mais? Quais os custos?

Com essa e outras respostas acreditamos que poderíamos dispor de mais dados para trabalharmos com mais segurança na execução do programa de atendimento e população idosa.

A avaliação do programa pela Secretaria da Saúde é outra questão de importância e reivindicada por todos os profissionais.

Embora a busca espontânea do PAISI nos diferentes SUS seja orientada principalmente pela demanda por atendimento

médico, pois o idoso procura o programa por questões de saúde, sabemos que a qualidade de vida do indivíduo nessa faixa etária está ligada a outros fatores, por exemplo e principalmente a redistribuição do seu tempo. A participação do idoso em Grupos de Convivência torna-se uma exigência para que suas necessidades de socialização, de valorização e outras sejam mantidas.

Nesse sentido colocamos aqui o Grupo de Atendimento Multidisciplinar ao Idoso

Ambulatorial - GAMIA, do Hospital das Clínicas da FMUSP como Centro Piloto para treinamento de profissionais que desejam trabalhar com idosos.

Concluindo podemos afirmar que é preciso muita coragem para manobrar mudanças; mas esta é uma exigência de nossa época onde as transformações são rápidas, profundas, abrangentes e universais.

Fica aqui um ponto de reflexão: qual o custo do não se fazer?

FERRARI, M.A.C., CAMARGO, M.M.P. Attendance to the elderly health: its insertion in the Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 5-16, 1993/6.

ABSTRACT: In this work the authors place attendance to the elderly health and their practices inside the Sistema Unificado de Saúde - SUS. They also present the model developed in the Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - HC/FMUSP, as a referencial hospital that it is. The start with a historical study of this attendance making a correlation between the elderly health needs and social determinants that generate this kind of attendance. A field survey was done using interviews with the professionals as well as with the users of this service. Propositions and main director lines were discussed as a way to insert the elderly as a universal user of the SUS. The present work is limited to the attendance delivered by the government in the State of São Paulo. Conclusions are presented based on collected data and discussion deals with aspects of actual significance of efficiency and efficacy of the SUS programs of attendance to the elderly health.

KEY WORDS: Geriatrics, classification. Health services for the aged, trends.

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)

Qual seu conhecimento em relação ao processo de envelhecimento?

Qual sua concepção de saúde?

Como relaciona: saúde e idoso?

Quando foi implantado o atendimento específico à população idosa neste Centro de Saúde?

Quais suas perspectivas em relação ao programa?

Qual a evolução do programa relacionado aos objetivos gerais?

Quais as dificuldades e facilidades encontradas no programa de atendimento ao idoso?

Como você identifica os recursos humanos e materiais disponíveis para esse atendimento?

Que atividades são desenvolvidas no programa?

Como você avalia o programa desde sua implantação?

Nome:

Profissão:

ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTAS (IDOSO)

Participa do grupo de idosos deste Centro? Há quanto tempo?

Porque veio participar do grupo?

Como você classifica o atendimento?

Bom () Regular () Ruim ()

Justifique:

E o acompanhamento, como você classifica?

Bom () Regular () Ruim ()

Nota alguma mudança em você depois que começou a participar do programa?

Pretende permanecer no grupo?

Tem alguma sugestão a fazer em relação ao atendimento ou ao acompanhamento?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. CONSTITUIÇÃO, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil, 1988*. Brasília, 1988.
2. CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
3. CASTANHEIRA, L.R.E., TEIXEIRA, R.R., LIMA, A.M.M. Envelhecimento e ação programática: da necessidade à construção de um objeto. In: SCHRAIBER, L. B., org. *Programação em saúde hoje*. São Paulo: Hucitec, 1990. p.183-226
4. DALLARI, D.A. Apresentação. In: Carvalho, J.G., Santos, L. *Sistema Único de Saúde: SUS: Comentários à Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080/90 e 8.142/90*. São Paulo: Hucitec, 1992.
5. HEIMANN, L. et al *O município e a saúde do idoso*. São Paulo: Hucitec, 1992.
6. HOSPITAL DAS CLÍNICAS. FACULDADE DE MEDICINA. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. GRUPO DE ASSISTÊNCIA MULTIDISCIPLINAR AO IDOSO AMBULATORIAL. *Relatório da prática em evolução*. São Paulo, 1991.
7. RAMOS, L.R. *Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira*. *Rev. Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p. 211-24, 1987.
8. SAAD, P.M. *O idoso na grande São Paulo*. São Paulo: SEADE, 1990.
9. SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DE SAÚDE. GRUPO ESPECIAL DE DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMA-GEPRO. *Programa de Assistência Integral à Saúde do Idoso- PAISI*. São Paulo, 1991.

Recebido para publicação: setembro de 1996.

Aceito para publicação: outubro de 1996.

O MANICÔMIO E A CIDADE, UMA HISTÓRIA EM COMUM*

SELMA LANCMAN**

LANCMAN, S. O manicômio e a cidade, uma história em comum. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 17-26, 1993/6.

RESUMO: O asilo de alienados do Juqueri - por ter sido o primeiro no Estado de São Paulo e, no seu período áureo, o maior complexo hospitalar do Brasil - foi um marco fundamental no modelo que tinha o manicômio como principal instrumento terapêutico. O hospital determinou profundamente o destino e o crescimento do pequeno vilarejo onde foi instalado e que hoje se constitui no município de Franco da Rocha. Além de ter sido a principal instituição empregadora da cidade até a década de 70, ele também marcou as relações políticas, econômicas e administrativas e a organização social do município que cresceu ao seu redor. Hoje, o Juqueri está decadente e esquecido. A cidade, por outro lado, cresceu e se transformou numa cidade-dormitório que tem, na capital e no trem, seu principal motor. A autora introduz uma discussão acerca da influência do Juqueri na constituição deste município e sua importância, ao longo de um século, não só no crescimento da cidade, mas também na determinação das citadas relações, dos aspectos culturais e de uma identidade daqueles moradores em torno do asilo e da loucura.

DESCRITORES: Hospitais psiquiátricos, história. Urbanização, história.

O hospital psiquiátrico surge com o tratamento moral francês e com o reconhecimento da especificidade da doença mental e da necessidade de separá-la das outras patologias, através da criação de um espaço terapêutico próprio. O asilo foi concebido como local ideal para ação terapêutica e planejado segundo vários dispositivos de funcionamento que garantissem esta ação, entre eles o isolamento social, que era uma das principais condições para a sua existência. Para isso, os hospitais eram afastados dos centros urbanos.

Para a compreensão da emergência da psiquiatria no Brasil, é importante nos remetermos ao desenvolvimento que vinha ocorrendo na paisagem do século passado e com a República. O início da industrialização, os movimentos migratórios e o crescimento desordenado dos centros urbanos trouxeram, também, graves problemas sociais e uma série de carências inerentes ao tipo de desenvolvimento sofrido, tais como concentração populacional, queda na qualidade de vida e habitação, surgimento de cortiços e favelas,

* Artigo extraído da tese de doutorado da autora: LANCMAN, S. *Loucura e espaço urbano: um estudo sobre as relações Franco da Rocha - Juqueri*. Campinas, 1995. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade Estadual de Campinas⁵.

** Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, FMUSP. Prof^ª Dr^ª em Saúde Mental pela Universidade de Campinas, UNICAMP.

Endereço para correspondência: Prof^ª. Selma Lancman. 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

desemprego e desnutrição, além de uma série de epidemias ligadas às más condições sanitárias e de vida. O surgimento da psiquiatria no Brasil e, em especial a criação dos asilos, não pode ser vista de forma alienada da implantação da Medicina Social.

Este processo fazia parte de um movimento maior dentro da medicina, no início do século, e contribuiu para a consolidação das práticas sanitárias e ordenação dos novos espaços urbanos. Além de apontar para a cura dos doentes mentais, acenava com uma higiene moral e com a prevenção dos males sociais advindos da degeneração, em particular daqueles atribuídos aos imigrantes e escravos. Ao definir padrões de normalidade, classificar comportamentos e segregar desviantes, estendeu seu âmbito para toda a sociedade (MACHADO)⁹.

O modelo asilar, foi por muitos anos, o único espaço terapêutico para as práticas psiquiátricas e passou por momentos de auge e decadências, permeados por grandes investimentos, escândalos, superlotações e tentativas de reformas, embasadas na crença incondicional da sua eficácia. Atualmente, esse modelo passa por grandes crises, onde discute-se inclusive a pertinência dos hospitais, seu referencial teórico e suas práticas, hoje consideradas coercitivas. Simultaneamente, com o intuito de se evitar novas internações e, com isso, conseguir a desativação tardia dos asilos, tem havido muitos investimentos em outras formas de serviços psiquiátricos preventivos. Entre esses serviços, destacamos os ambulatórios de saúde mental, assistência psiquiátrica em postos de saúde, hospitais-dia, centros de convivência, etc.

A extinção dos asilos passa não somente pela limitação de novas internações, mas também pelo destino dos já psiquiatrizados e pela necessidade de romper o isola-

mento a que esses pacientes estão submetidos, com a abertura dos hospitais e com uma reaproximação deles com a comunidade. No entanto, a abertura dos asilos não é tão simples e deve levar em conta as comunidades que os acolheram e que agora deverão recebê-los em seus espaços públicos.

Essas comunidades, apesar de terem os loucos como parte integrante do seu grupo social, também são alvo de uma certa ideologia e transmissão cultural a respeito da loucura, semelhante a de outros grupos.

A loucura tem uma penetração social a nível da cultura. A cidade de Franco da Rocha, que teve seu desenvolvimento marcado pela convivência histórica com o Juqueri, oferecia a possibilidade de se estudar, dentro de um espaço delimitado geograficamente, o conjunto de relações e representações associadas à proximidade com o louco, a doença mental e o sistema psiquiátrico. O estudo dessa comunidade, mais do que um caso específico e isolado, constituiu-se num espaço privilegiado de pesquisa, e pôde nos auxiliar a entender como essa transmissão cultural é produzida, percebida e interpretada. Buscamos justamente olhar a influência do hospital não sobre seus internos e clientela, mas a partir do município que o abriga.

O estudo das cidades e do urbanismo constituiu-se num campo interdisciplinar que envolve áreas diversas, havendo diferentes explicações e enfoques para se compreender o desenvolvimento urbano. Sem a pretensão de detalhar as várias teorias existentes ou formular os limites e contribuições de cada uma delas, introduzimos a questão acerca dos estudos das cidades, como forma de destacar elementos teóricos e metodológicos que pudessem contribuir para a compreensão do nosso objeto de pesquisa: a cidade de Franco da Rocha, sua formação,

transformações e a influência da presença do Juqueri nesse processo.

Entre as teorias existentes, destacamos os que procuraram entender a cidade como um processo, enquanto unidade de investigação e unidade analítica, embasados na concepção materialista histórica. Estudaram as tendências e pesos dos agentes nas múltiplas determinações do processo de urbanização, salientando, o papel do Estado, as relações entre capital e trabalho e as relações entre as classes sociais e o espaço urbano. São autores como CASELLS¹, LEFÉBVRE⁷ e LOJKINE⁸, principais representantes da teoria marxista que estudaram o espaço urbano. Mencionamos, em especial, HARVEY³, que avança suas reflexões no sentido de explicar o concreto e o cotidiano de viver a cidade e apresentando a idéia do espaço urbano como um ambiente construído e síntese de múltiplas determinações, que possuem incogável potencial explicativo.

Procuramos recontar a história do município de Franco da Rocha a partir do estudo do crescimento da Grande São Paulo e como este se refletiu na periferia. Utilizamos dados secundários que pudessem mostrar a história, o crescimento e o desenvolvimento do município e do Juqueri, bem como as interrelações e confluências dessas duas histórias.

Se é verdade que a história da psiquiatria e o surgimento dos asilos psiquiátricos determinaram aspectos do crescimento da cidade de Franco da Rocha, pesquisá-la implica em estudar as transformações que o Juqueri sofreu ao longo do tempo e que lhe imprimiram uma nova configuração, a qual seguramente se refletiu na reestruturação das relações com o espaço urbano e vice-versa. Ou seja, a decadência do modelo hospitalar na psiquiatria, aliada ao tipo de crescimento pelo qual vem passando o município e à municipalização dos serviços de saúde, mudou o jogo político

no hospital e no município, determinando novas formas de relação entre os dois.

É impossível falar do crescimento de Franco da Rocha de forma isolada, já que faz parte da Grande São Paulo. Como os arredores de uma grande cidade são comumente estruturados para e pela metrópole, para estudarmos esse desenvolvimento de forma global, é necessário entender o conjunto de fatores que caracterizaram a região enquanto área metropolitana.

Até a década de 70, Franco da Rocha era uma cidade de interior ligada à São Paulo principalmente pela via férrea. Ao longo dos anos, suas relações com a metrópole aumentaram de tal forma que hoje este município pode ser considerado parte ativa dela, pois seu crescimento somou-se ao da capital.

A cidade de São Paulo, no final do século XIX, teve uma grande aceleração no seu crescimento. O número de habitantes saltou de 64.934 em 1890 para 579.033 em 1920. Esse aumento populacional trará para a cidade novos personagens sociais: ex-escravos sub-empregados, imigrantes de várias nacionalidades, operários, etc.

Segundo SINGER¹¹, o crescimento de São Paulo aumentou indiretamente com a expansão cafeeira, que serviu para incrementar a função comercial da capital. Enquanto o comércio cafeeiro se localizou principalmente em Santos, em São Paulo predominaram os estabelecimentos bancários e os mercados de capitais e de trabalho. Era aí que se concentravam e eram arregimentados os imigrantes para trabalhar nas fazendas. O papel maior do café foi constituir as condições que facilitaram o desenvolvimento industrial que viria a seguir. O café também possibilitou, para a capital, a melhoria dos serviços públicos, já no final do século passado: iluminação a gás, serviço telefônico, rede de água e esgoto, calçamento e alargamento

das ruas, bonde com tração animal. Em 1900, São Paulo possuía também algumas indústrias ligadas ao setor têxtil e alimentício. Graças ao café, construiu-se um amplo sistema ferroviário e marítimo e formaram-se aglomerações urbanas, que constituíram o mercado interno, indispensável ao desenvolvimento industrial.

Esse crescimento trouxe grande especulação imobiliária e a cidade foi se expandindo, fazendo surgir vários dos bairros que atualmente formam o seu centro. A periferia era composta pelas vilas e freguesias, que constituíam o que viria a ser a Grande São Paulo, e sofreu profundas transformações, passando a ser cada vez mais centrada em função da metrópole.

Se o grande crescimento de São Paulo foi o gerador dessas mudanças, a ferrovia inaugurada em 1867 irá funcionar como fator de rearranjo dos arredores paulistanos. Um exemplo disso é Franco da Rocha, que surge no fim do século passado enquanto aglomeração urbana, com a inauguração da Estação Férrea.

Na primeira metade do século o crescimento da capital foi cada vez mais se reacelerando. O processo de ocupação, no entanto, não se estendeu em direção a Jundiaí ou Cantareira, mas seguiu hegemonicamente o eixo São Caetano-Santo André. Isso pode ser explicado em parte pelo poder de atração dos subúrbios mais antigos (indústria atrai indústria), pela topografia da região que, não oferecendo terrenos planos extensos como no eixo ABC, exigiria obras de terraplanagem, maior proximidade com o porto de Santos e, ainda, pela região de Franco da Rocha já ter grandes extensões de terras ocupadas e não destinadas à especulação imobiliária. A suburbanização residencial, que acompanhou as áreas de maior ocupação industrial, tanto em função do transporte ferroviário quanto do mercado de mão-de-obra criado pelas indústrias,

terminou também não se estendendo a essa região, como explica LANGENBUCH (1971, p.183)⁶:

“Note-se que as indústrias locais: Melhoramentos (papel) e Perus (cimentos) passaram a estruturar a zona rural circundante em áreas fornecedoras de matéria-prima.

Desta forma, grandes extensões territoriais achavam-se já economicamente ocupadas e deixaram de ser oferecidas à expansão metropolitana de cunho urbano. No mesmo sentido funcionou o Hospital de Alienados do Juqueri, que possui extensa gleba de terras. Isto e as condições topográficas adversas não favoreceram igualmente a suburbanização residencial que, como se verá aí, foi pouco intensa. Tal circunstância provavelmente também explique a pequena atração de indústrias pela área pois não houve aí a formação de expressiva reserva de mão-de-obra”.

Começou a se delinear também, nesse período, o início do que viriam a ser as cidades-dormitório. Já surgiam embriões de futuros subúrbios residenciais que, contudo, desenvolviam-se lentamente. A oferta de terrenos baratos e o transporte ferroviário começavam a atrair para o subúrbio a população, que tinha como local de trabalho a capital e não as indústrias próximas ao lugar de moradia. Mas esse processo ainda não chegava ao trecho São Paulo-Jundiaí, que experimentava um desenvolvimento modesto e inexpressivo, se comparado com as outras periferias.

As ferrovias melhoraram e ampliaram seus serviços. As bitolas das estradas foram alargadas, os trens de madeira e a vapor foram substituídos e eletrificados, aumentando o conforto dos passageiros. No entanto, o crescimento populacional ultrapassou em muito o crescimento do

transporte ferroviário, pois somente, no período de 1940 a 1960 quintuplicou o número de habitantes das áreas de subúrbios entre São Paulo e Jundiaí. (LANGENBUCH, 1971, p.190)⁶.

Por outro lado, a circulação rodoviária assumiu um papel cada vez mais importante, crescendo significativamente o número de deslocamentos diários de ônibus para Franco da Rocha. Mas não chegou a ser uma opção para a população, pois tornou a distância da metrópole ao município mais longa e o preço da passagem mais alto do que o cobrado pelo trem.

Em relação à influência do Hospital do Juqueri na comunidade, encontramos no relatório sócio-econômico (SÃO PAULO. ESTADO. SECRETARIA DE AGRICULTURA. DELEGACIA REGIONAL AGRÍCOLA DA CAPITAL)¹⁰, os seguintes indícios quanto ao “comportamento geral da população”:

“...políticos - A cidade é subjugada politicamente ao Hospital do D.A.P. (Departamento de Assistência a Psicopatas) cujo número de servidores eleitores forçados ascende a 2.500, sendo 15% não residentes - daí a eleição, para a edilidade, de vereadores não residentes no município. O atual prefeito, assim como o vereador mais votado são administradores do D.A.P., cargos efetivos para os quais foram nomeados após eleitos. A câmara municipal e o executivo vivem em polêmicas, que

se eternizam em prejuízo da população geral”.

“... vícios - Talvez levados pelas condições de trabalho no superlotado Hospital-Colônia do Juqueri, seus servidores (maioria da população urbana local, abusam do consumo de aguardente que, sem citarmos cifras, é elevadíssimo”.

A EMPLASA (1987, p.1)², no seu estudo conhecido como Projeto Juqueri, apontava para a influência do Hospital: “...sua própria existência criou, em suas margens, o entorno com o qual vive em relação simbiótica e parasitária”.

Quando olhamos o crescimento de São Paulo, vemos que a aceleração da ocupação da região de Franco da Rocha era previsível e, de certa forma, inevitável, pois os subúrbios primeiramente ocupados já estavam esgotados na década de 60 e não dispunham de espaços amplos e baratos para novas instalações industriais e urbanas, empurrando a expansão para a zona que une São Paulo a Campinas.

O grande crescimento de Franco da Rocha ocorreu na década de 70. Nessa época o município possuía 36.303 habitantes. Esse crescimento se deu principalmente por migração de novos habitantes. Vale a pena ressaltar, que antes desse período os estudos de crescimento da região são limitados pelos constantes desmembramentos ocorridos (Tabela 1).

TABELA 1 - DADOS POPULACIONAIS DE FRANCO DA ROCHA DE 1960 A 1980

ANO	POPULAÇÃO	URBANA	RURAL
1960	25.376	11.315	14.061
1970	36.303	19.930	16.373
1980	50.801	44.032	6.769

Fonte: EMPLASA. *Proposta para a elaboração do plano diretor e nova destinação do Juqueri*. São Paulo, 1987².
SEADE. *Anuário estatístico do estado de São Paulo 1987*. São Paulo, 1988.

A população rural existente nos anos 60 e 70 é composta na sua maioria pela população do Juqueri que em 1965 era de 14.395 moradores e a diminuição de cerca de 10.000 pessoas, ocorrida na década de 70, representa as transferências dos pacientes para outras instituições.

A População Economicamente Ativa (PEA) do município, segundo estimativas do IBGE, é calculada em torno de 40% do total da população. Aplicando índice para as últimas 4 décadas e comparando com o número de funcionários do hospital em cada década*, pudemos verificar que esses trabalhadores correspondiam

respectivamente a 49%, 51,7%, 34% e 18% do total da PEA, entre as décadas de 50 e 80.

Esses números demonstram que a partir de década de 60 o peso do Juqueri enquanto instituição empregadora caiu significativamente. Mas, ainda na década de 80, quando comparamos Franco da Rocha com os outros municípios da região, vemos que lá o total de trabalhadores ocupados com atividades sociais - composto na sua maioria pelos servidores do hospital - era bem mais expressivo refletindo o peso do Juqueri na comunidade (Tabela 2).

TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DA PEA EM 1980, NOS MUNICÍPIOS DA SUB-REGIÃO DE CAIEIRAS, FRANCISCO MORATO, FRANCO DA ROCHA E MAIRIPORÃ

MUNICÍPIOS	CAIEIRAS	F.MORATO	F.ROCHA	MAIRIPORÃ
Tamanho da PEA	9.826	10.493	18.511	10.685
Indústria de Transformação	58,5%	48%	41%	37%
Prestação de Serviços e Comércio	18,5%	30%	25%	31%
Atividades Sociais	7,3%	4,5%	18%	7,0%

Fonte: EMPLASA. *Proposta para a elaboração do plano diretor e nova destinação do Juqueri*. São Paulo, 1987² p.31

A distribuição da população total de Franco da Rocha - funcionários, pacientes e moradores não envolvidos diretamente com o hospital - entre as décadas de 50 e 80 pode ser melhor visualizada na Tabela 1. Nele percebemos o decréscimo do número de pa-

cientes e a aceleração no aumento populacional no município, a partir da década de 70. Verificamos também que, apesar do número de funcionários ter aumentado a partir da década de 70, o peso do hospital enquanto fonte empregadora diminuiu.

* Para o cálculo desse índice, excluimos do total de moradores a população de pacientes, que chegou a corresponder, nas décadas de 60 e 70, a mais da metade do total de habitantes de Franco da Rocha.

Se, por um lado, nos anos 70, Franco da Rocha assistiu à sua transformação em cidade-dormitório, por outro lado, a dinâmica territorial da metrópole de São Paulo também se modificou. A região de Campinas, com seu grande crescimento e industrialização e a ocupação das rodovias Anhanguera e Bandeirantes, firmase enquanto rede urbana e importante polo econômico do Estado e do País. Alie-se a isso o declínio do crescimento industrial da capital. Assim, o eixo São Paulo-Campinas aparece cada vez mais como um espaço altamente diferenciado na estrutura urbana estadual.

O município hoje possui um parque industrial em expansão, que se constitui na sua principal atividade econômica. A empresa de maior expressão é a multinacional Dow Química. 54,3% da população ocupa-se com atividades industriais (não necessariamente em Franco da Rocha) e 44% dos trabalhadores estão empregados no comércio e em serviços.

A assistência médica em Franco da Rocha foi precária até a criação do ERSA-14, quando o Hospital de Clínicas Especializadas do Juqueri, que antes atendia somente aos doentes mentais, foi reformado e hoje se tornou um importante centro clínico regional, com cerca de 380 leitos. A assistência médica primária surgiu somente a partir da década de 80, criou-se, inclusive, uma rede de assistência psiquiátrica ao nível primário, e o Centro de Saúde e a Unidade Básica, passaram a realizar atendimentos psiquiátricos ambulatoriais. Existe, ainda, uma Emergência Psiquiátrica e, anexo a ela, um serviço de internações de curta permanência. As hospitalizações prolongadas são encaminhadas para outros locais e, a grosso modo, o Juqueri não recebe pacientes novos, seja de Franco da Rocha, ou de outras regiões.

Franco da Rocha enfrenta hoje as conse-

qüências do tipo de ocupação desordenada que sofreu. O centro da cidade encontra-se saturado e não possui áreas livres para crescimento, exceto as terras pertencentes ao hospital. É acometido por enchentes cada vez mais freqüentes, devido ao assoreamento de seus rios, a ocupação indiscriminada da várzea e das encostas e a impermeabilização do solo. A maior enchente já ocorrida foi em 1987 e se constituiu numa calamidade para a cidade. As únicas terras não sujeitas a alagamentos são as do hospital.

O trem, principal meio de transporte para o município, encontra-se superlotado, causando enormes dificuldades de locomoção aos moradores. Em 1989, houve uma média de 17.360 embarques/dia, o que corresponde a 33% da população total, evidenciando a realidade da cidade-dormitório. Em 1996, após problemas com atrasos nas composições, várias estações foram depredadas inclusive a de Franco da Rocha, obrigando a desativação da rede para reforma por cerca de 6 meses.

O modo pelo qual o crescimento de Franco da Rocha ocorreu determinou uma série de carências, que modificaram o perfil da cidade e as relações entre seus moradores, sem o respectivo crescimento da sua receita econômica. Esse aumento populacional exige obras de infraestrutura urbana e social num ritmo que a prefeitura não consegue acompanhar, impondo ao município uma série de limitações e dificuldades. Se, por um lado, o aumento do mercado consumidor melhorou o comércio local e as indústrias trouxeram empregos, por outro a população viu sua qualidade de vida se deteriorar e as relações sociais se modificarem.

O surgimento do Hospital Psiquiátrico do Juqueri próximo à São Paulo, está relacionado com a inauguração de mais de 10 macro hospícios em todo o Brasil, no final do século XIX. A superlotação dos

asilos existentes e a psiquiatria moral que surgia na Europa determinaram a criação de novos locais para a atenção dos doentes mentais. O Juqueri teve sua construção iniciada em 1895 e previa, além do hospital central, colônias agrícolas próximas para pacientes crônicos.

No Juqueri, várias crises - associadas à superlotação, inadequação das práticas de atendimento, escassez de verbas, falta

de manutenção dos prédios - sempre existiram, mas eram escamoteadas pela constante injeção de recursos e ampliações. O hospício, apesar de ter se tornado o centro da assistência à doença mental no Estado de São Paulo, sempre foi um espaço turbulento, onde as funções terapêuticas se somaram às de depósito de indigentes e enjeitados de toda a sorte (Tabela 3).

TABELA 3 - EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE PACIENTES

1901	1911	1916	1925	1941	1947	1957	1965	1994
900	1250	1500	2029	3487	5353	13.606	14.393	2500

As terras do Juqueri foram crescendo com a incorporação de fazendas vizinhas. Na década de 30 a fazenda já possuía o tamanho atual, com um total de 3.000 ha ou 30 km², o que corresponde hoje a 21% da área territorial do município.

O Juqueri, na sua proposta inicial, pretendia ser auto-suficiente e produzir a maior parte dos bens de que necessitava. Para tanto, além das atividades agropecuárias, existiam no hospital setores que produziam desde colchões, sapatos, roupas até medicamentos. A produção contava não só com a mão-de-obra dos pacientes, mas também com a dos funcionários (LANCMAN)⁴. Com o tempo, o hospital passou gradativamente a adquirir os bens de consumo de que necessitava e a produção interna foi se extinguindo. Mas, até o início da década de 90, o Juqueri ainda possuía uma infra-estrutura de serviços urbanos superior a do município de Franco da Rocha.

O problema da superlotação seguirá sendo crescente até a década de 60. O hospital, idealizado como modelar, tornou-se

decadente, com falta de alimentos e higiene, com insuficiência de médicos e pessoal, passando a ser identificado como um “depósito de loucos”. Essa situação só mudou quando as internações passaram a ser restringidas, e a política social se modificou, infelizmente não com a melhoria na atenção aos desvalidos, mas com a omissão do Estado e a permanência dessa população nas ruas.

O pico de 14.393 pacientes do Juqueri, em 1965, só diminuiu quando se passou a limitar internações e se iniciou a nova política de saúde mental nas décadas de 70 e 80, que previam a descentralização e a transferência de pacientes para a rede privada.

O Juqueri hoje encontra-se abandonado, enquanto hospital psiquiátrico e esvaziado de sua importância política. Possuía, em 1994, cerca de 2.500 pacientes, mantinha suas portas fechadas a novas internações e, com o passar dos anos, vem se transformando num asilo de pacientes idosos e cronificados. Passa, atualmente, por mais uma reestruturação, que prevê

reformas de infraestrutura e principalmente uma política global que envolva as edificações, a área da fazenda, os internos e a assistência médica local.

Quando analisamos a influência do Juqueri no crescimento e desenvolvimento de Franco da Rocha, podemos verificar que de fato o hospital marcou profundamente a história do município. As histórias de Franco da Rocha e do Juqueri se confundem. Nesta cidade, o louco fazia parte do cenário urbano, muitos habitantes da cidade permaneciam mais tempo no hospital como funcionários do que com seus familiares, e todo o desenvolvimento econômico, político e social do município, principalmente até a década de 70, foi marcado pela influência do asilo, que era a principal fonte empregadora.

Entendíamos que o Juqueri - fonte de emprego, espaço de lazer, praça da cidade e área de influência política - ampliou seu âmbito de intervenção, levando a uma indiferenciação entre os dois espaços - entre o "dentro-fora" - e a uma diminuição das fronteiras entre os habitantes, os agentes institucionais (funcionários) e a clientela (pacientes) e, conseqüentemente, entre os próprios limites do normal e do patológico.

A principal causa para o desenvolvimento tardio de Franco da Rocha foi o crescimento da capital não ter privilegiado aquela região, mas o fato de boa parte das terras do município estarem ocupadas pelo hospital e, portanto, não disponíveis para outras atividades, também contribuiu para isso.

Com a regionalização dos serviços de saúde e a implantação do ERSA-14 nas dependências do Juqueri, aliadas à redução da influência do hospital psiquiátrico sobre a cidade, ocorreu uma transferência do peso político institucional, enquanto oferta de empregos e cargos, para o Escritório Regional.

O Juqueri, embora quase obsoleto enquanto asilo psiquiátrico, ainda hoje, é dono de uma grande importância política e econômica, na medida em que congrega terras cada vez mais valiosas. Esse espólio começa a se tornar um ponto importante nas disputas político-institucionais da região.

A influência do Juqueri sobre o crescimento da cidade definiu o seu perfil. O hospital não gerou divisas diretas para o município, mas marcou seu desenvolvimento e caracterizou seus habitantes e suas relações. Marcou a constituição do município, na medida em que foi um pólo migratório para os trabalhadores que vieram lá se instalar. Esses funcionários públicos, que outrora eram melhor remunerados e possuíam mais *status*, nunca tiveram um poder aquisitivo alto, o que também limitou o crescimento econômico do município. Por outro lado, os cargos ocupados pelos moradores da cidade eram os que não exigiam qualificação. Os médicos e diretores vinham de fora e não se fixavam na região.

Muitos funcionários fizeram carreira política como vereadores. Eles construíram seu reduto eleitoral entre os servidores do Juqueri, determinando uma influência e uma intermediação entre o poder local e o hospital.

O Juqueri, com sua infra-estrutura de pequena cidade, possui até hoje uma situação administrativa e material própria, por vezes superior à do município, que se acostumou, ao longo do tempo, a utilizar de seus serviços e de suas terras, como reserva de espaço.

Franco da Rocha e Juqueri! A cidade que adotou o nome do fundador do hospício e o hospital que é conhecido pelo nome do antigo município.

LANCMAN, S. O manicômio e a cidade, uma história em comum. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 17-26, 1993/6.

LANCMAN, S. The asylum of insanes and the city, a common history. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 17-26, 1993/6.

ABSTRACT: The asylum of insanes - Juqueri, was the first in the state of São Paulo and during its golden period, the largest hospital complex in Brasil. It was a fundamental landmark in the model that had the mental hospital as its main therapeutic instrument. The hospital had determined deeply the destiny and the increase of the little village where it was installed, which is nowadays the town of Franco da Rocha. Besides being the major employing institution of the town till the seventies, the hospital also set up the political, economical and administrative relations, and the social organization of the town that grew around it. Today Juqueri is decadent and forgotten. On the other hand, the town grew and changed to a "dormitory city", which has in the capital and in the train its principal motor. The author introduces a discussion about Juqueri's influence in the implementation of the town of Franco da Rocha, and its importance throughout a whole century not only in the growing of the town, but also in the determination of the already mentioned relations, of the cultural aspects and a identity of the inhabitants surrounding the asylum and the madness.

KEYWORDS: Hospitals psychiatric, history. Urbanization, history.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CASTELLS, M. *A questão urbana*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
2. EMPLASA. *Proposta para a elaboração do plano diretor e nova destinação do Juqueri*. São Paulo, 1987. [Mimeografado]
3. HARVEY, D. *A justiça social e a cidade*. São Paulo: Hucitec, 1980.
4. LANCMAN, S. *A loucura do outro: o Juqueri no discurso de seus protagonistas*. Salvador, 1988. Dissertação (mestrado) Universidade Federal da Bahia.
5. LANCMAN, S. *Loucura e espaço urbano: um estudo sobre as relações Franco da Rocha - Juqueri*. Campinas, 1995. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas.
6. LANGENBUCH, J.R. *A estruturação da Grande São Paulo: estudo de geografia urbana*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia. Departamento de Documentação e Divulgação Geográfica e Cartográfica, 1971.
7. LEFÈBVRE, H. *O pensamento marxista e a cidade*. Povoá de Varzim: Ed. Ulissea, 1972.
8. LOJKINE, J. *Marxismo e urbanização capitalista*. São Paulo: Ciências Humanas, 1979.
9. MACHADO, R. et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
10. SÃO PAULO (ESTADO). SECRETARIA DA AGRICULTURA. DELEGACIA REGIONAL AGRÍCOLA DA CAPITAL. *Relatório sócio-econômico do município de Franco da Rocha*. São Paulo, 1957. [Mimeografado].
11. SINGER, P. *Desenvolvimento econômico e evolução urbana: análise da evolução econômica de São Paulo, Blumenau, Porto Alegre, Belo Horizonte e Recife*. São Paulo: Ed. Nacional, Ed. USP, 1968.

Recebido para publicação: setembro de 1996
Aceito para publicação: outubro de 1996

A DIREÇÃO QUE CONSTRUÍMOS: ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE A FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL*

ROSELI ESQUERDO LOPES**

LOPES, R.E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 27-35, 1993/6.

RESUMO: Este artigo tem por objetivo analisar a relação entre aspectos da educação formal universitária e a trajetória histórica da terapia ocupacional enquanto uma profissão técnica, a partir do contexto geral das relações de produção em que ambas estão inseridas. Para tanto é feito um breve resumo de desenvolvimentos tecnológicos, políticos, econômicos e sociais ocorridos no passado recente e considerados relevantes para o tema em questão, relacionando-os com a terapia ocupacional. Finalmente são discutidas propostas sobre o papel da educação nos processos sociais e, especificamente, na formação profissionalizante.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, educação. Curriculum. Terapia ocupacional, história.

INTRODUÇÃO

Os processos de reflexão humana, diversificados em múltiplos aspectos, têm, em sua gênese, um elo comum: não são, pura e simplesmente, produtos do pensamento. A esfera das idéias, do pensamento, encontra sólidas bases na realidade material, nas relações sociais, econômicas, religiosas, morais e políticas presentes no cotidiano de quem as engendra.

É a partir desse enfoque que aqui abordamos a história da formação do terapeuta ocupacional, enquanto um trabalhador social. O debate sobre a formação de terapeutas ocupacionais insere-se na proble-

mática geral da formação de profissionais da saúde. Em primeiro lugar, para que se formam esses profissionais? Quem hegemonicamente traça e a que interesses serve o perfil desses profissionais? Como interage todo esse contingente humano com a complexa ordem social, econômica e política estabelecida? De que maneira sua formação educacional, dotando-o destes e não daqueles conhecimentos, selecionando como, quando e o que deve ser aprendido, contribui para a manutenção daquela ordem? Em que medida esta influi no processo histórico de progressiva divisão social do trabalho, de crescente diferenciação e especialização profissional e portanto

* Reprodução parcial e modificada da dissertação da autora: LOPES, R.E. *A formação do terapeuta ocupacional - o currículo: histórico e propostas alternativas*. São Carlos, 1991. Dissertação (mestrado) - Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade de São Carlos, UFSCar, SP.

** Prof^a. Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Doutoranda da Faculdade de Educação da Universidade de Campinas - UNICAMP. Prof^a. Dr^a. em Saúde Mental pela UNICAMP.

Endereço para correspondência: Prof^a. Roseli Esquerdo Lopes. Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, Via Washington Luiz, Km 235. Caixa Postal 676. 13565-905. São Carlos - SP.

na determinação das formas e métodos de intervenção e de seus limites?

Com relação às questões curriculares ou às mais amplas, em que se incluem, é impossível uma postura neutra. Ou se avalisa e endossa o que existe, sua lógica, suas relações e respectivos mecanismos de ação e perpetuação, ou se propõe outros rumos, se constroem alternativas. Em outras palavras, aos que optam pelo segundo caminho compete a explicitação de novas formas de atuação profissional e a consequente mudança dos correspondentes processos educativos desses profissionais e dos educadores envolvidos, além da análise da viabilidade política da própria proposta e de suas limitações históricas e objetivas.

O TRABALHO, O TRABALHADOR SOCIAL E A TERAPIA OCUPACIONAL

Faremos a seguir um breve relato do desenvolvimento das forças produtivas do mundo capitalista ocidental, a partir da segunda metade do século XIX, contendo as referências necessárias à descrição das relações entre a trajetória das mudanças infra-estruturais e seu impacto superestrutural, com particular ênfase na área de saúde e na atuação e formação dos profissionais de terapia ocupacional. Realçaremos o surgimento da terapia ocupacional nos países do primeiro mundo e, depois, no Brasil.

A “Revolução Industrial”, iniciada no século XVIII, caracterizou-se basicamente por um fantástico aumento na produtividade da indústria de bens de consumo. Em decorrência houve, nesse período, crescimento sem precedentes da produção de mais valia e sua reconversão em má-

quinas cada vez mais modernas. A ciência, que havia alcançado novos patamares ao longo dos séculos XVI e XVII, contribuindo para a criação das bases materiais da Revolução Industrial, é transformada em propriedade capitalista, incorporada e estruturada como instituição desse sistema (BRAVERMAN)¹.

Esses fatos e o próprio processo de acumulação de riquezas, resultado da lógica de espoliação e competição inerentes ao sistema, geraram enorme elevação da produtividade e a instalação simultânea de pronunciada especialização e subespecialização, que permeou a divisão de trabalho, consequência de e condição para consolidar aquela elevação. Cada trabalhador desempenha, em relação ao todo, tarefa a cada passo mais fragmentada, isolando-o e alienando-o do objeto produzido em três níveis: o de sua posse, o da compreensão do processo em si mesmo e o de seu poder de intervenção nele (controle e determinação do produto a ser consumido).

É nesse contexto que, nas últimas décadas do século XIX, ocorre decisiva intervenção dos Estados capitalistas, seja para dirimir conflitos capital-trabalho ou mesmo os resultantes de interesses contraditórios dos diferentes grupos do capital, seja para administrar de forma centralizada políticas de atuação nas áreas sociais. Assim é que, por exemplo, dentro do contra-movimento ideológico patrocinado e conduzido diretamente pelas classes dominantes, surge nessa época a chamada “assistência social”, que será a gênese de toda futura intervenção, nas mais diversificadas formas e atuações profissionais, que consubstanciará os “trabalhos e trabalhadores das áreas sociais”*.

* Tomamos como referência, no que se refere à dimensão de “trabalhador social” do terapeuta ocupacional, a obra de VERDES-LEROUX, J.⁹ *Trabalhador social: prática, hábitos, ethos, formas de intervenção*, onde a autora desenvolve uma análise sobre os mecanismos de controle social, estudando os objetivos, a formação, a autojustificação, e a visão de mundo do trabalhador social na França a partir do final do século XIX. Ressaltamos dois pontos desse texto que nos parecem de maior importância: a luta pela conquista do mercado no campo social - que se evidencia no desenvolvimento dessas profissões - e a forma pela qual se criam, justificam e diversificam os mecanismos de coerção e controle das classes subalternas nas correspondentes práticas profissionais.

Esse contra-movimento é resultado de um certo grau de amadurecimento e refinamento político da burguesia, que busca também criar o “consenso” nacional.

São várias as razões pelas quais, nesse exército de “trabalhadores do consenso”, predominavam largamente as mulheres. Primeiro porque estas, fora da linha de frente dos embates capitalistas, se credenciavam melhor a uma postura “dócil, bondosa e caritativa”, que nelas não parece claramente ridícula ou cínica, quer aos olhos da classe dominante, quer aos da dominada. Em segundo lugar, o objeto próprio do trabalho (tratava-se basicamente de lidar com mulheres e crianças proletárias) lhes era sem dúvida mais próximo. Finalmente, o trabalho feminino era de baixo custo e não gerava carências no mercado de trabalho, então em expansão.

É dentro desse cenário que surge no primeiro mundo, no início do século XX, a terapia ocupacional, notadamente nos Estados Unidos, Inglaterra e Canadá. O recrutamento dessas profissionais é feito através de critérios de seleção do tipo “moral”, mais importando o “caráter” do que quaisquer conhecimentos técnicos especializados.

A partir do século XX ocorre o início de um período recessivo, com as taxas de lucro caindo bastante. Apesar disso, é nesse momento de ruptura (a partir da Primeira Guerra Mundial), de resolução, pela violência, de diversas contradições, que se reordenam as forças produtivas, de forma destrutiva mas ironicamente eficiente, minorados ou eliminados conflitos gerados pelos interesses divergentes de diversos setores das classes dominantes e respectivos Estados.

A necessidade de mais mão-de-obra para a “reconstrução nacional” e portanto de mais trabalhadores e mais horas de trabalho diárias, no pós-guerra, aliada aos grandes

prejuízos econômicos e, em consequência, menor disponibilidade financeira, levam a classe trabalhadora a uma situação extremamente desfavorável no quadro de correlações de força, com perdas de várias conquistas sociais e trabalhistas anteriores. Diminuem portanto, circunstancialmente, a tensão social interna, esperável após forte ameaça militar externa. Há um desfoque temporário do anterior eixo do trabalho “necessário” na área social: a luta pela sutil imposição do “consenso” ou da simples repressão aberta e grosseira cedem lugar ao esforço global para reposição dos danos, retomada do desenvolvimento, readaptação e reabilitação física e moral.

Dentro desse novo quadro ganham corpo os aspectos correspondentes das profissões sociais. Na saúde, particularmente na terapia ocupacional, abre-se espaço para a readaptação e reabilitação; começam a ser criadas as pré-condições para uma tendência que, para além da “moral” e do “caráter”, exigirá algum preparo um pouco mais técnico, mais científico. É nessa linha que, ao longo das décadas de 20 e 30, há aproximação gradativa, embora subalterna, da terapia ocupacional com a categoria médica, com o que aquela busca adquirir, perante a sociedade, um “status” profissional especializado.

Ao analisar as origens e funções objetivas do serviço social no período de 1920/36, VERDES-LEROUX⁹ identifica como sendo nesse período que a assistência social entra definitivamente numa fase de implantação, impulso e legitimação. A função da assistência diversifica-se em relação ao período anterior (1900/14), multiplicam-se os locais de intervenção, na busca de um domínio generalizado da vida cotidiana das classes populares: a enfermeira visitadora, a superintendente de fábrica, a visitadora controladora do seguro social, a assistente familiar polivalente, entre outras. É com a enfermeira-

visitadora (vigilantes domiciliares), que a função da assistência social mais claramente sofre orientação médica e pode ser relacionada à terapia ocupacional.

A tutela médica é percebida nos currículos dos cursos, nas “falas”, nos congressos e encontros, no vocabulário usado na ação prática - diagnóstico, tratamento, patologia, doenças - e em seu método. É através dela que se busca o reconhecimento científico.

Há grande similaridade entre esses fatos e o avanço experimentado pela terapia ocupacional a partir de 1917 nos Estados Unidos, quando foi fundada a National Society for the Promotion of Occupational Therapy. Os cursos e programas de terapia ocupacional eram conduzidos, patrocinados e supervisionados por médicos com o “auxílio” das enfermeiras e assistentes sociais que se iam “transformando”, algumas delas, em terapeutas ocupacionais. O mesmo ocorrerá posteriormente no Brasil (SOARES)⁸.

Ainda em 1931 a Associação Americana de Terapia Ocupacional solicita que a Associação Médica Americana faça uma inspeção, aprovando as escolas de terapia ocupacional (HOPKINS)⁴.

Premidas pela necessidade de reconhecimento científico e “status” profissional, as “pioneiras” terapeutas ocupacionais alinham-se aos “padrões-médicos”; estes eram-lhes úteis e vantajosos na batalha pelo mercado de trabalho, nesse momento de guerra corporativa.

No panorama mundial, ao fim da década de 30, assiste-se a uma tênue reinversão da correlação de forças no quadro das relações sociais. Realinhada a produção, retomado o crescimento econômico, reacende-se o processo de luta de classes. O intervencionismo dos Estados capitalistas torna-se cada vez mais evidente.

Na área social (saúde, educação, transpor-

tes, habitação), dá-se fundamentalmente em dois âmbitos: o da otimização da utilização da força de trabalho na produção e preservação de sua capacidade de consumo, e o da difusão e manutenção da ideologia do consenso, agora mais requerida, dado o recrudescimento da luta de classes.

A partir da década de 40, frente à franca expansão do sistema capitalista, à derrota conjuntural da classe operária, à forte complexificação na área da produção industrial e a par de grande especialização profissional, consolida-se ainda mais a presença dos Estados capitalistas nas diversas áreas. Na da saúde, em particular, as várias profissões, terapia ocupacional inclusive, estão agora estabelecidas, reconhecidas e endossadas pelo Estado, que, em função de sua intervenção na área social, incentiva a demarcação de campos de atuação. É desejável uma certa “autonomia profissional” que, ao mesmo tempo em que outorgue e legitime ações específicas, possibilite também o surgimento do grau “justo” de corporativismo: nem tão forte que alavanque a ação sindical, nem tão fraco que não impeça ou atrapalhe a união de todos os trabalhadores, para além dos seus interesses particulares, muitas vezes autênticos.

É nesse momento histórico - fim da década de 40 e década de 50 - que se estabelecem “diplomas legais” de reconhecimento de várias das profissões da saúde. O “perfil” do profissional precisa ser, em consequência, detalhado. Após três décadas cristaliza-se, na terapia ocupacional, a mudança do eixo “vocacional”, “missionário”, para o “técnico”, “científico”. Com a ajuda da psicanálise, da psicologia, da neurologia e das técnicas médicas em geral, foi possível dar àquele perfil um verniz que permitiu ao profissional desempenhar com mais credibilidade e dissimulação, ao mesmo tempo que com menos contestação ideológica, seu papel de “funcionário do consenso” (GRAMSCI)³.

Simultaneamente à ocorrência desses fatos no primeiro mundo, as décadas de 30 e 40, no Brasil, marcam o fim da hegemonia agro-exportadora e a expansão do capitalismo de base industrial.

Na plenitude de sua fase monopolista, o capital internacional, que nas décadas de 40 e 50 estão em grande expansão, tendo perdido importantes mercados com a Segunda Guerra Mundial, em particular com a extensão das zonas não capitalistas, procura agora ganhos significativos compensatórios, através da intensificação da divisão internacional do trabalho nos países já industrializados e com o início da industrialização das “semi-colônias” (MANDEL)⁶.

Dentro desse contexto de invasão do mercado brasileiro pelo capital monopolista, nas décadas de 40 e 50, e da atuação crescente do Estado, seja nas áreas sociais, seja na definição de políticas científicas e tecnológicas (MOREL)⁷, não se pode perder de vista três fatos: o modelo político-econômico de dominação vigente nessa época, claramente populista; os interesses cada vez maiores do capital nas áreas sociais, em especial na da saúde, promissora de grandes lucros; a presença sempre atual dos serviços de “assistência social” e suas senhoras filantrópicas, presença essa, muito embora um tanto anacrônica na forma, similar à de suas ancestrais primeiro-mundistas.

Quanto à inserção e o papel da terapia ocupacional no caso brasileiro, no que se refere às áreas de intervenção do Estado capitalista na esfera social, há alguns aspectos relativos à atuação dos respectivos profissionais que gostaríamos de comentar.

O primeiro é o da otimização da utilização da força de trabalho na produção - este objetivo certamente se coaduna com a fase de expansão econômica do capital internacional e seu correspondente capital associado brasileiro.

O segundo refere-se à redução da massa salarial dos trabalhadores em saúde como um todo, incorporando-se mesmo parte dos profissionais terapeutas ocupacionais ao exército de reserva das camadas médias; pretende-se também atender à demanda de formação em nível superior.

Quanto à preservação da capacidade de consumo do trabalhador e da população em geral, a atuação se dá, dentro da política geral do Estado na área da saúde, de duas formas: de uma parte, as práticas oficiais, basicamente curativas/readaptativas, são extremamente compatíveis com a expansão mundial dos mercados das indústrias de medicamentos; de outra parte, essas práticas, ao criar um estado médio de saúde bastante precário, embora suficiente para o consumo daquelas mercadorias necessárias à reprodução da força de trabalho, são pragmaticamente adequadas à preservação da capacidade total de consumo da população.

O conceito do “valor” necessário à reprodução da força de trabalho é duplo: há um elemento puramente fisiológico e outro moral-histórico. Este último é função das “necessidades” dos trabalhadores, formadas no nível específico da civilização e a partir de uma dada correlação de forças entre as classes sociais; “necessidades” essas reconhecidas socialmente como integrantes de um padrão “normal” de vida, num dado momento histórico da sociedade. No Brasil esse padrão histórico tem sido prolongadamente rebaixado, juntamente com os salários reais, a partir da década de 40, em conformidade com a implantação progressiva do modelo econômico em vigor. O nível de saúde (e de educação, habitação, transporte,...) a ele respectivo é, portanto, bastante deficiente do ponto de vista geral; assim é que o acesso das camadas populares às atividades profissionais dos terapeutas ocupacionais é também deficiente.

No Brasil o papel ideológico que o Estado reservou à terapia ocupacional, durante as últimas três décadas, tem reforçado dois aspectos fundamentais e indissociáveis: o *assistencialismo*, que busca emprestar à dominação imposta pelas elites à população em geral - em especial aos marginalizados - um rosto mais democrático e humanitário; e o *controle*, que, utilizando critérios pretensamente científicos, impôs a medicalização generalizada dos mais carentes, enquadrando-os por seus "sintomas" clínicos, por suas "deficiências" ou então pelos "delitos sociais" cometidos, travestindo assim a verdadeira problemática social de fundo (SOARES)⁸.

Finalmente, a atuação dos profissionais da terapia ocupacional fora do setor estatal é fortemente limitada e restrita a dois eixos: ao atendimento comercial às camadas mais abastadas e às entidades sem fins lucrativos, via de regra filantrópicas, onde é usual o caráter assistencialista e onde será mais um "trabalhador do consenso", reproduzindo, em outro espaço e outro tempo, as velhas ações "beneficentes" das senhoras de sociedade.

O PROCESSO DE FORMAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS: OPÇÕES POLÍTICAS

No processo de formação dos terapeutas ocupacionais, no caso particular da educação formal, a necessidade das classes dominantes de formar profissionais com conhecimentos cada vez fragmentários e especializados, de forma descontextualizante e alienante, em vários níveis, influenciou decisivamente a direção geral gradualmente modificadora da formação profissional e de seus respectivos currículos. É importante realçar que, neste contexto, "influenciar decisivamente" é essencialmente distinto de "determinar"; assumir o determinismo seria negar mecanicamente que aquela direção geral é o

resultado histórico das correlações de força entre as classes, ainda que "decisivamente" favoráveis à classe dominante. O caso da terapia ocupacional é bastante claro: basta comparar a evolução histórica de perfis profissionais, formação e currículo (LOPES)⁵, para verificar que, em todo o período descrito há uma modificação paulatina, "decisivamente" na direção adaptativa de interesse da classe dominante.

Essa direção, de que falamos, aponta para um amesquinamento progressivo do ser humano. No campo profissional, a ultraespecialização, desenraizada da necessária globalização do conhecimento, leva-o à impossibilidade de compreender criticamente os objetivos de seu próprio trabalho, sua inserção tanto no âmbito das relações produtivas, como em todos os demais. No campo pessoal, esse seu desconhecimento profundo do próprio papel na sociedade, determinado por uma lógica que lhe é completamente alienígena, acaba por impedir que possa, ele mesmo, transformá-lo, através da ação política consciente, transfigurando sua face material e moralmente opressora, em luta alternativa por um humanismo libertário, realizável concretamente a partir do desenvolvimento científico, tecnológico e cultural.

Uma proposta alternativa de perfil de atuação e formação profissional, em particular na área da saúde/terapia ocupacional, deve ser politicamente oposta à continuação do processo que expusemos no parágrafo anterior; deve apontar para a reversão da compartimentalização ideológica do saber e da ação, da separação entre o conhecimento técnico e análise política, para a necessidade de se caminhar em direção a uma concepção unitária de educação.

Democratizar a escola é, para além de qualificar este ou aquele trabalho/trabalhador, fazer com que cada cidadão possa

se tornar 'governante' e que a sociedade o coloque, ainda que 'abstratamente', nas condições gerais de poder fazê-lo: a democracia política tende a fazer coincidir governantes e governados (no sentido de governo com consentimento dos governados), assegurando a cada governado a aprendizagem gratuita das capacidades e da preparação técnica geral necessárias ao fim de governar" (GRAMSCI, 1988, p. 137)³.

É fundamental compreender essa afirmativa dentro da abordagem aqui proposta: não se trata de um enfoque idealista, que pretende sugerir um programa para que se chegue a um absoluto pré-fixado. Nem se trata de, a partir de análise política equivocada, pressupor a iminência de uma alteração revolucionária nos processos educativos. Trata-se de registrar, ao contrário, um momento de câmbios quantitativos, um momento "regular" da história e, ao mesmo tempo, optar por uma direção contrária à que é tendente a preservar os rumos com os quais não se concorda. Trata-se de agir propondo reformas, mas não aquelas reformas que, como apontamos, perpetuam os mecanismos existentes, "aperfeiçoando-os" do ponto de vista de adequação ao consenso; são aquelas reformas que criem as condições para que todo ser humano possa de fato compreender técnica e politicamente o mundo e a complexidade de suas diversas relações, de forma integrada; e tenha condições de discordar ou inclusive de concordar soberanamente com as atuais formas de produção e suas consequências sociais, econômicas, políticas e culturais.

A escolha política que acabamos de apontar repousa em alguns princípios: a indissociabilidade entre o político e o técnico, o genérico e o especializado, o elementar e o complexo, o criativo e o reprodutivo, em todas as esferas do conhecimento e da ação.

O político e o técnico devem ser integra-

lizados na formação do cidadão, em particular na sua educação básica e profissional. Só assim é possível compreender a dimensão do próprio trabalho, suas relações com o mundo produtivo e demais atividades; para que se possa entender e definir os rumos a seguir, para que a técnica não seja um fim em si mesma, mas um meio de realizar um projeto coletivo que possibilite igualmente o desenvolvimento das potencialidades humanas.

Os níveis básicos de entendimento do mundo do indivíduo, ou seja, sua formação cultural genérica, devem, desde o início da aprendizagem, não só fundir o técnico e o político como propiciar a fundamentação unitária a partir da qual a especialização faça sentido, como análise pormenorizada e motivada do detalhe interessante de um todo que se entende. E em relação ao qual, por isso mesmo, se preserve a possibilidade de ação renovadora.

O complexo não é senão um mosaico de interfaces do simples, cuja forma de combinação se conhece. Assim, não há que estabelecer uma dicotomia entre o elementar e suas conjugações. Esta dicotomia, basicamente ideológica em sua concepção, permeia todo o processo de mistificação da inteligência, de desqualificação da pessoa comum, de divisão cada vez mais desigual do trabalho.

A reprodução do conhecimento é essencial à manutenção do acervo cultural da humanidade; se desvinculada, contudo, da capacidade de produção daquilo que é novo e de avaliação do direcionamento desta, fará com que se limite o processo reprodutivo à perpetuação estéril do que já existe ou, pior ainda, à recriação desentendida. Nos países economicamente periféricos, como é o nosso, a reprodução mecânica e a criação acrítica fazem parte da lógica de lateralização colonialista ou, se preferirmos, da lógica de globalização

subalterna em que jazem submersos. Só serão geradas as condições objetivas para que esta seja rompida na medida em que a repetição pura e simples ou a mudança alienígena forem substituídas pela modificação crítica e transformadora.

A construção de perfis profissionais alternativos e correspondentes propostas de objetivos educacionais e de currículos deve considerar, então, a perspectiva de caminhar em direção a formação que permita a todos enfeixar a um só tempo o político e o técnico, o geral e o específico, o antigo e o novo, o elementar e o complexo.

“Uma utopia? Sim, porque tudo se inicia sob o jugo do capital em uma sociedade de classes. Não, porque a finalidade da educação provem da desobjetificação do ser humano, da autonomização da escola e da democratização igualitária e libertária de todas as formas de querer e de saber. Ela não se subordina ao signo do poder. Ela busca e define o entendimento recíproco, a solidariedade, a comunhão de valores ideais, a felicidade em constante redefinição e aperfeiçoamento” (FERNANDES, 1989, p.44)²

LOPES, R.E. The ways we build up: reflections on the professional formation of occupational therapists. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 27-35, 1993/6.

ABSTRACT: The aim of this paper is to analyse the existing relationships among the current patterns of formal undergraduate education and the historical trajectory of occupational therapy, seen as a technical profession, within the general relations of production context in which both are inserted. In order to do so, this article briefly recalls some technological, political, economical and social developments occurred in the recent past and considered relevant, relating them to occupational therapy issues. It is at last discussed the role of formal education in social processes and, specifically, its contribution to professional formation.

KEYWORDS: Occupational therapy, education. Curriculum. Occupational therapy, history.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.
2. FERNANDES, F. *O desafio educacional*. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1989.
3. GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. 6. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1988.
4. HOPKINS, H. An historical perspective on occupational therapy. *In: WILLIARD and Spackman's Occupational therapy*. 6. ed. Philadelphia: J. B. Lippincot, 1984. p.16-37.
5. LOPES, R.E. Currículo mínimo para a terapia ocupacional: uma questão técnico-ideológica. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.1, n.1, p.33-41, 1990.
6. MANDEL, E. *O capitalismo tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.
- 7 MOREL, R.L.M. *Ciência e estado: a política científica no Brasil*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1979.

LOPES, R.E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 27-35, 1993/6.

8. SOARES, L.B.T. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980*. São Carlos, 1987. Dissertação (mestrado) - Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos.
9. VERDES-LEROUX, J. *Trabalhador social: prática, hábitos, ethos, formas de intervenção*. São Paulo: Cortez, 1985.

Recebido para publicação: setembro de 1996

Aceito para publicação: outubro de 1996

RELAÇÕES INSTITUCIONAIS NA REABILITAÇÃO E O DESAFIO DO DISCURSO HISTÓRICO DA TERAPIA OCUPACIONAL*

GLÓRIA N. VELASCO MAROTO**

MAROTO, G.N.V. Relações institucionais na reabilitação e o desafio do discurso histórico da terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 36-42, 1993/6.

RESUMO: Este artigo discute as relações institucionais de tutela existentes na reabilitação em geral, e na terapia ocupacional em particular, as quais colocam sérias dificuldades para o processo de inserção social dos usuários, se considerado na perspectiva da saúde como qualidade de vida plenamente integrada aos direitos sociais. A análise histórica das políticas de assistência e do discurso institucional da terapia ocupacional no Brasil, na Grande São Paulo, desde 1964 ao início dos anos 80, identifica em ambos, a presença e a necessidade das relações de tutela para administrar os processos de exclusão sócio-econômica característicos na dinâmica das sociedades contemporâneas.

DESCRITORES: Terapia Ocupacional, história. Sociologia. Instituições de saúde. Reabilitação.

Propõe-se uma análise da terapia ocupacional institucionalizada através das políticas sociais da assistência, portanto do discurso histórico institucional da terapia ocupacional constituído e consolidado na Grande São Paulo no período de 1964 a 1981. Seu discurso estrutural orientava-se para promover a inserção ou a integração social do indivíduo, conforme pode ser constatado nos documentos produzidos pela categoria, através da sua Associação Paulista de Terapeutas Ocupacionais - APTO. As dificuldades e a impossibilidade de inserção da maioria da clientela dos serviços de terapia ocupacio-

nal constatada por parte significativa desses profissionais em seus locais de trabalho evidenciou uma contradição que vem desafiando os métodos e as práticas tradicionais da terapia ocupacional.

Os estudos que tratam desse tema, no âmbito da terapia ocupacional como SOARES¹³, PINTO¹², NASCIMENTO¹¹, entre outros, trazem à discussão as seguintes questões:

- ♦ as dificuldades e as contradições para promover-se inserção/reinserção social dos reabilitandos originam-se no processo de trabalho. O desemprego,

* Extraído da dissertação de mestrado da autora: MAROTO, G.N.V. *Terapia ocupacional: teoria e prática no estado de São Paulo*. São Carlos, 1991. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos - UFSCar.

** Docente do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, SP. Mestre em educação.

Endereço para correspondência: Prof^a. Glória N. Velasco Maroto. Universidade de São Carlos. São Paulo, SP. Caixa Postal 676.

mercado de reserva e a existência da lupemproletariado são os fatos sociais mais significativos da dinâmica de exclusão;

- ♦ o predomínio das instituições asilares que respondem, sobretudo, as necessidades de gestão dos conflitos sociais no âmbito da assistência;
- ♦ o desinteresse da classe dominante em relação de vida da maioria da população, manifesto especialmente na elaboração e implementação de políticas sociais;
- ♦ a participação da terapia ocupacional na gestão dos processos de exclusão social conjuntamente e historicamente através da articulação de seus métodos e práticas às instituições asilares;
- ♦ a presença de tendências inovadoras e críticas que foram criadas ou adquiriram expressão na década de oitenta.

Corroborando com essas análises, os estudos de CUNHA⁷ e MACHADO¹⁰ no Brasil, e os de FOCAULT⁹, CASTEL⁵ na Europa, entre outros, são concordantes quanto ao fato de que o uso do trabalho nas instituições de reclusão (reabilitativas, corretivas e de abrigo), em diferentes épocas, não promoveu a integração do indivíduo no mercado de trabalho ainda que existissem virtuais orientações. Nesse sentido, "Para a população usuária destas instituições o trabalho, tal como devem realizá-lo, tem sobretudo um valor disciplinar" (FOCAULT, 1988, p.223)⁹.

Todas essas questões mantêm-se imprescindíveis à discussão do tema; contribuem para configurar um panorama da complexidade envolvida na sua reflexão. Como referência central nessa produção evidencia-se a dimensão do poder enquanto elemento político indissociável da técnica e o processo de reabilitação é enfocado tendo como horizonte os direi-

tos sociais de cidadania contrapondo-se as relações de dependência ou tutela.

INSERÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NAS INSTITUIÇÕES DE ASSISTÊNCIA

Importantes aspectos das relações institucionais envolvidas nos serviços de terapia ocupacional durante 16 anos, desde 1965 a 1981, foram identificados estudando-se inserção das terapeutas ocupacionais sócias da Associação Paulista de Terapeutas Ocupacionais (APTO) no mercado de trabalho no Estado de São Paulo nesse período. Os registros da associação contribuíram decisivamente para este estudo, já que inexistiam estatísticas à respeito da categoria profissional em publicações oficiais, e são raras e incompletas na literatura específica na época.

A APTO manteve desde a sua fundação em 1964 até sua extinção em 1983 um controle das relações trabalhistas da categoria no Estado de São Paulo. Este controle foi exclusivo até 1975, ocasião em que foram instalados os conselhos fiscalizadores. No ano de 1982, último registro realizado pela diretoria da associação, ela contava com 219 associadas (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE TERAPÊUTAS OCUPACIONAIS)¹ o que é representativo considerando-se que o total das terapeutas ocupacionais formadas nos cursos em São Paulo era de 158 até o ano de 1975 segundo registro da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais publicado em BOLETIM INFORMATIVO DA ASSOCIAÇÃO DE TERAPÊUTAS OCUPACIONAIS⁴.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Utilizou-se neste trabalho, 150 fichas de filiação das associadas da APTO, denominadas Propostas Sociais - PS/APTO - das 215 disponíveis, ou seja, as que continham informações completas referentes aos locais de trabalho e especialidades ou área de atuação.

Considerando-se que das 215 PS/APTO 26 eram de estudantes, o universo de profissionais no mercado de trabalho reduz-se a 189 terapeutas ocupacionais, portanto, as 150 PS/APTO pesquisadas representam um universo significativo: 79,3% dos profissionais inseridos no mercado de trabalho.

As instituições foram classificadas de acordo com sua identidade jurídica em: Estatais (Federal, Estadual e Municipal), Filantrópicas e Particulares. Foram consideradas Estatais aquelas subvencionadas diretamente por organismos públicos; por filantrópicas entendeu-se aquelas cadastradas junto aos órgãos públicos tendo fins humanitários somente e não lucrativos, dirigidas por entidades da sociedade civil. Entendeu-se como instituições privadas, tanto aquelas dirigidas por entidades particulares conveniadas com o sistema

público de saúde, como as que se auto-sustentavam econômica e administrativamente.

As especialidades foram designadas de acordo com as áreas de atuação que constam no material consultado, com exceção da especialidade "Reabilitação Geral" onde inclui-se os serviços dirigidos à clientela portadora de problemas neuro-ortopédicos e/ou de problemas no desenvolvimento, como por exemplo, a deficiência mental. A especialidade "T.O. Médica" é uma designação específica de um dos locais de trabalho implementado nesse período no Hospital Auxiliar de Suzano para a atuação com a clientela de longo período de internação em hospital clínico.

Os resultados deste estudo encontram-se, em síntese, na Tabela 1.

TABELA 1- INSERÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO DE T.O. SEGUNDO AS ESPECIALIDADES E ENTIDADES EMPREGADORAS, NO ESTADO DE SÃO PAULO DURANTE O PERÍODO DE 1964 A 1981

ESPECIALIDADE EM T.O.	TOTAL DE EMPREGOS		INSTITUIÇÕES/IDENTIDADE JURÍDICA					
	Nº	%	Estatal	%	Filantr.	%	Privada	%
T.O. Reabilitação Geral	87	54,4	17	10,6	58	36,2	12	7,5
T.O. Psiquiatria	39	24,4	18	11,3	2	1,2	19	13,1
T.O. Reabil. Profissional	16	10,0	13	8,1	3	1,9	-	-
T.O. Médica	4	2,5	4	2,5	-	-	-	-
T.O. Deficiência Visual	3	1,9	-	-	3	1,9	-	-
T.O. Hanseníase	1	0,6	1	0,6	-	-	-	-
T.O. Social - Geriatria	3	1,9	-	-	3	1,9	-	-
T.O. Social - Crianças	1	0,6	1	0,6	-	-	-	-
T.O. Educação	1	0,6	-	-	1	0,6	-	-
Ensino Superior	5	3,1	2	1,3	-	-	-	-
TOTAL GERAL	160	100	56	35	70	44	34	21

Fonte: PS/APTO, 1965-1981, Estado de São Paulo.
 Dados do I Censo Hospitalar do Brasil. Rio de Janeiro, 1966.
 Cadastro Hospitalar Brasileiro. São Paulo, 1973.
 Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde, São Paulo, v.1/ 2, 1981.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com relação às especialidades verifica-se que as terapeutas ocupacionais concentraram-se maciçamente em três delas, em ordem decrescente: Reabilitação Geral, Psiquiatria e Reabilitação Profissional. Nessas especialidades concentraram 142 dos 160 empregos verificados, ou seja, 88,8% do total, enquanto que os 18 empregos restantes, ou seja 11,2%, distribuíram-se nas demais especialidades.

Dentre as especialidades que concentraram maior número de empregos, a Reabilitação Geral ocupa o primeiro lugar com 87 deles, mais da metade do total, ou seja, 54,4%. A Psiquiatria é responsável pelo segundo contingente concentrando 39 empregos, ou seja 24,4%. E a Reabilitação Profissional, por último, com 16, ou seja 10% dos empregos.

Conclui-se que, nesse período, manteve-se majoritariamente os serviços da terapia ocupacional no âmbito das instituições reabilitativas e junto à uma clientela tradicionalmente usuária desses serviços. Nesse sentido, não é perceptível a presença das reformulações promovidas pela política da assistência no período o que é reforçado pelo restrito número de empregos nas outras especialidades. Contudo, pode-se considerar que houve um incremento quantitativo tanto em relação ao número de profissionais no mercado de trabalho quanto dos empregos oferecidos, levando-se em conta o incremento ocorrido na formação através da criação de novos cursos de terapia ocupacional a partir de meados da década de setenta.

Ressalte-se ainda o fato de que, apesar do Estado pós-64 ter tomado para si grande parte da gestão dos problemas sociais e do interesse das terapeutas ocupacionais, seus discursos político-ideológico pouco refletiram no mercado de trabalho. A especialidade, Terapia Ocupacional Social,

incluindo-se a T.O. na Educação, representou apenas 3,1% do total dos empregos. Contudo, este dado é importante porque, entre outras coisas, confirma na prática institucional a ampliação da intervenção da terapia ocupacional para o campo social.

Através do seu reconhecimento oficial como profissão liberal ocorrido em 1969, a terapia ocupacional libertou-se da tutela médica o que a possibilitou confrontar-se diretamente com as leis do mercado liberal que se expressam tanto na profissão como na clientela usuária através dos seus vínculos institucionais. As terapeutas ocupacionais enquanto categoria conseguiram criar novos vínculos institucionais, sobretudo com as instituições públicas da assistência social, fundamentando-se no discurso do poder veiculado pelo Estado e pela medicina.

Com relação às instituições, na Tabela 1 evidencia-se que as instituições filantrópicas empregaram o maior contingente de terapeutas ocupacionais no período, oferecendo 70 empregos o que corresponde a 44% do total. Em conjunto com as instituições estatais, responsáveis por 56 empregos, ou seja 35%, reuniram o maior contingente dos empregos, atingindo a proporção de 79% do total. As instituições privadas foram responsáveis somente por 34 empregos, ou seja 21% do mercado ocupado, concentrando-se nas especialidades de reabilitação geral (sobretudo com crianças) e psiquiatria, 12 e 19 empregos respectivamente.

Com relação à prática institucional da terapia ocupacional no período essas informações permitem visualizá-la como predominante no setor público no âmbito da saúde e do social, vinculada sobretudo às instituições estatais e às filantrópicas.

Estes dados são importantes quando se atenta para o fato de que o discurso oficial do Estado à respeito das reformas

modernizadoras da assistência enfatizava a necessidade de substituir o caráter leigo e beneficente das instituições filantrópicas por uma assistência especializada e científica. A concentração de empregos de terapeutas ocupacionais nessas instituições evidencia a incorporação da terapia ocupacional como um dos elementos estratégicos dessas reformas as quais, contudo, se efetivaram sem alteração do caráter jurídico filantrópico institucional.

No conjunto, as informações da Tabela 1 refletem a dinâmica da interferência estatal na política de assistência na reabilitação em geral e, em particular, nos serviços da terapia ocupacional. Os elementos mais significativos dessa interferência foram, de acordo com DONNANGELO (1975, p.76)⁸:

“... a garantia do consumo por parte de uma população sem poder de compra e a preservação e mesmo a sustentação do setor privado através de mecanismos diretos ou indiretos de financiamento”.

Na base dos múltiplos fatores dessa intervenção está a condição de pobreza da maioria da população. Como consequência têm-se de um lado um grande contingente de população dependente da assistência mantida pelo Estado e pela filantropia, e de outro uma medicina privada para os segmentos populacionais de melhor renda e com menos riscos de adoecer.

A filantropia neste contexto desempenha parceria importante com a política de assistência do Estado. Segundo CASTEL⁵, ela intervém nos “status sociais intermediários” entre a ordem da autonomia contratual, dos direitos sociais, e a das exclusões juridicamente sancionadas (o louco, o presidiário, “o menor”, etc...), que não possuem existência legal mas representam estruturas de dependência constituídas pela própria política da assistência. Em outras palavras, destes “status

sociais intermediários” participam os pobres nos limites da indigência, mantidos pela leis do mercado em constante estado de necessidade: de víveres, roupas, medicamentos etc... A satisfação mínima de suas necessidades através das relações de filantropia não é a satisfação de um direito exigível, contratual. Nestas relações os meios de sobrevivência lhes são outorgados numa relação personalizada de dependência, através da qual a relação econômica entre a riqueza e a pobreza se transforma em relação humana entre o benfeitor e o assistido, ou seja, numa relação particular de tutela.

Para a população dependente da assistência, CASTEL⁶ identifica nas políticas de assistência a tendência histórica de reprodução de duas formas de enquadramento. A primeira é a de cuidá-las em instituições asilares e de racionalizar a sua tutela através de identificação com categorias específicas e limitadas: alienação mental, delinquência, mendicância, criminalidade, etc... A segunda é a de integração-social, atividade em que se procura enquadrar, vigiar e subjugar as populações liberadas de clausura, já que se propõe a submetê-las ao seu próprio meio sem retirá-las do movimento que as produzem. Há, neste caso, uma mudança na escala do problema uma vez que não são os “marginais perigosos” que necessitam da assistência e de controle, mas também toda a classe mais numerosa da sociedade. É a concepção miniaturizada do controle social que diminui o conjunto de cidadãos que participariam das regulações contratuais ou seja, direitos sociais.

As duas tendências convivem complementarmente nas sociedades contemporâneas das quais participam a filantropia e a medicina mental, dividindo a administração desses espaços sociais e suas instituições. Em outros termos, trata-se, como refere BASAGLIA² da junção das antigas e novas formas de controle social:

as custodiais asilares na primeira e as identificadas com a medicina social e suas racionalizações na segunda.

Essas relações de tutela viabilizadas através da assistência especializada (técnica) promovem, de fato, a exclusão de grande parcela da população do universo dos direitos sociais, cristalizando-lhes uma condição social de dependência.

Observa-se a pertinência dessas análises para a investigação e a compreensão da história recente da terapia ocupacional e da reabilitação no Brasil.

A propósito da política de assistência e do papel exercido pelos técnicos no processo de reabilitação BASAGLIA, ONGARO (1977, p.36)³ enfatiza a necessidade de realizar-se uma opção técnico-política fundamental: a da utilização da ciência como instrumento da liberalização ou da opressão.

Explicam os autores que:

“A ciência - como a lei - nasce sempre de uma exigência de tutela e de liberalização do homem, ainda que seja fácil converter-se em um novo instrumento de opressão. A técnica - como a lei - pode ser utilizada como um novo instrumento de liberação se cada vez conseguimos compreender as necessidades reais às quais se deve responder evitando pressupor ou aceitar que a ciência e a lei sirvam para responder às necessidades dos técnicos ou da sociedade que os delega”.

Para terapeutas ocupacionais essa opção técnico-política implica, entre outras coisas, na consciência da complexidade estrutural do campo institucional em que estão inseridos e dos desafios que dele emergem.

MAROTO, G.N.V. Institutional relations in rehabilitation and the challenge of historical discuss of the occupational therapy. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 36-42, 1993/6.

ABSTRACT: This article discusses the institutional relations of tutelage existent in rehabilitation in general, and in the occupational therapy in specific, which put serious difficulties to the process of social insertion of the users, if it is considered in the perspective of health as quality of permanent life integrated to the social rights. The historical analysis of the political assistances and of the institutional discuss of the occupational therapy in Brasil, in Great São Paulo, since 1964 to the beginning of the eighties, identifies in both, the presence and the necessity of the tutelage relations to manage, the social-economic exclusion process characteristic in the dynamic of the contemporaneous societies.

KEYWORDS: Occupational therapy, history. Sociology. Health facilities. Rehabilitation.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS - APTO. *Relação das associadas da APTO em jan. 82*. São Paulo, 1982. [mimeografado].
2. BASAGLIA, F. *La mayoría marginalizada: la ideología del control social*. Barcelona: Ed. Laia, 1977.
3. BASAGLIA, F., ONGARO, F., orgs. *Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Madrid: Siglo XXI, 1977.

4. BOLETIM INFORMATIVO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, APTO. São Paulo, n.28, 1976.
5. CASTEL, R. *A ordem psiquiátrica: a idade do ouro do alienismo*. Trad.: T. Maria T. da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro, 1978.
6. CASTEL, R. *Rumo as novas fronteiras da medicina mental*. In: Sérvulo, F., org.. *Psicanálise e ciências sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1980. p.246-80.
7. CUNHA, M. P. *O espelho do mundo: Juquery, a história de um asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
8. DONNANGELO, M.F.C. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
9. FOCAULT, M. *Microfísica do poder*. 7. ed. Trad.: Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
10. MACHADO, R.M., et al. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
11. NASCIMENTO, B.A. *Loucura, trabalho e ordem O uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. São Paulo, 1991. 150p. Dissertação (mestrado) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
12. PINTO, J. M. *As correntes metodológicas em terapia ocupacional no Estado de São Paulo: 1970-1985*. São Carlos, 1990. 160p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de São Carlos.
13. SOARES, L. B. T. *Terapia ocupacional: lógica do trabalho ou do capital? Retrospectiva histórica da profissão no estado brasileiro de 1950 a 1980*. São Carlos, 1987. 243p. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de São Carlos.

Recebido para publicação: setembro, 1996.

Aceito para publicação: outubro, 1996.

DEBATE

TERAPIA OCUPACIONAL: CIÊNCIA OU TECNOLOGIA?

EDA TEREZINHA DE OLIVEIRA TASSARA*

TASSARA, E.T.O. Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 43-52, 1993/6.

RESUMO: O debate apresentado aqui ocorreu em 1992, promovido pelo Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Nesta ocasião, a Prof^a. Dr^a. Eda apresentou e debateu com profissionais, docentes e alunos desse curso questões que envolvem a produção de conhecimento em terapia ocupacional. Transcrita a gravação, o material foi trabalhado pela Prof^a. Dr^a. Eda, mantendo-se, no entanto, a forma de comunicação oral e as participações da platéia, o que nos pareceu ser a melhor maneira de compartilhar com os leitores a riqueza do encontro.

DESCRITORES: Terapia ocupacional, tendências.

EDA: O tema desta apresentação - Terapia Ocupacional: ciência ou tecnologia? - será desenvolvido apoiado sobre a idéia de que terapia ocupacional é uma tecnologia, ou um conjunto de tecnologias, em contraposição a uma idéia de ciência. Isto não significa que a tecnologia será considerada como tendo um status diferente do que a ciência do ponto de vista dos valores de verdades que ela possa gerar e, também, que ela não faça uso da ciência para defender aquelas práticas dentro das quais ela vai atuar. Neste percurso argumentativo, iniciaremos com uma conceituação de ciência.

O que é ciência para vocês? Vamos abrir um diálogo com a platéia. Alguém teria alguma definição para ciência, teria algu-

ma idéia do que é ciência, do que caracterizaria a ciência?

PARTICIPANTE: (...) Fenômenos que se repetem.

EDA: Fenômenos que se repetem. A ciência é uma forma de conhecer, que se estrutura sobre um método, que durante muito tempo se apoiava sobre a busca de relações repetíveis abstraídas da manifestação dos fenômenos - o reencontro daquilo que se repete no que muda sem cessar. Uma forma, um tipo de conhecimento que procura as relações repetíveis, ou que vem procurando na sua prática convencional desde que surgiu nos séculos XVI, XVII, como ciência moderna. De fato o que a ciência é, é uma forma específica de conhecimento, uma instituição

* Prof.^a Dr.^a do Departamento de Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Prof^a. Dr^a. Eda Terezinha de Oliveira Tassara. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia. Av. Prof. Mello Moraes, 1721. 05508-000. São Paulo, SP. Cx. Postal 66261.

gerada por uma cultura que é a cultura chamada Ocidental. Na constituição do conhecimento ela conjuga funções da razão com funções da experiência. Então, a ciência não é o conhecimento, mas é um tipo específico de conhecimento que também pode ser pensado como produto dessa instituição que é a ciência. A ciência, como forma de conhecer, tem como exigência a conjugação de funções da razão e da experiência. De onde a ciência se originou?

Em primeiro lugar gostaríamos de esclarecer que estamos nos apoiando em uma visão de cultura. Essa visão de cultura é apoiada na conceituação defendida pelo antropólogo Clifford Geertz, segundo o qual a cultura é a teia de significados que os grupos humanos estabelecem nas suas relações entre si e com a natureza. Pensar a cultura dessa forma implica que analisá-la significa interpretar esses significados. A análise não vai dizer o que são as coisas, mas ela vai buscar interpretar o que são as coisas. Então, qualquer interpretação de cultura, nesse sentido, é sempre uma ficção, porque ela vai estabelecer um caminho de significados interpretativos percorridos por aquele que quer conhecer o significado que tem as coisas para o outro.

Ora, então, sob tal conceituação podemos conjecturar traçados dessa teia de significados, traçar essa ficção, para saber de onde se originou a ciência, esta forma de conhecer. A ciência é uma produção da cultura ocidental e o Ocidente se origina na Grécia, aproximadamente no século VI A.C., quando o homem percebe a si mesmo produzindo uma forma diferente de pensar, que é o pensamento capaz de se expressar do ponto de vista lógico-matemático. É o chamado pensamento teórico-científicante, ou científico, que vem se identificar, na época em que ele surge e se percebe a si mesmo, como diferente do

chamado pensamento mito-poético. Em que se distinguiriam?

O pensamento teórico-científicante se estrutura basicamente sobre duas técnicas: a técnica da abstração, quer dizer, você se retira dos acontecimentos ou daquilo que você vê, ou dos fatos e fenômenos, para derivar dali algo que se repete, são as relações, são os nexos que você vai estabelecer de associações, e, a técnica da dedução. Concomitantemente com a abstração e a dedução surge também a matemática. É óbvio que a matemática quando surge, surge associada a uma civilização mítica, muito próxima ao pitagorismo. Para os pitagóricos os números eram divindades, as relações entre os números eram afirmações de fé. Mas isto não excluiu a possibilidade de que face à invenção (ou à descoberta) dessas técnicas da abstração e da dedução tenha surgido a matemática. A matemática era originalmente aplicada somente aos números e figuras geométricas. Mas a matemática evoluiu transcendendo aos números e as figuras geométricas, consolidando-se como a ciência das conclusões necessárias, isto é, trabalha relações entre afirmações de forma a produzir conclusões necessárias, novas, originais.

Inicialmente essas conclusões necessárias se referiam a relações entre números e figuras geométricas. Com a chamada revolução científica, na era Moderna, principalmente após o trabalho de Galileu, a matemática passa também a ser aplicada na descrição e no estabelecimento de conclusões necessárias a respeito de fatos da natureza. Isto é, a ciência chamada moderna, que é a ciência que surge como instituição, surge no século XVII a partir de Galileu, quando, juntamente com outros pensadores, cientistas e filósofos - Giordano Bruno, Copérnico, Kepler, Descartes, Newton - estruturou-se uma instituição que passa a trabalhar com o conhecimento matemático na produção

de conclusões a partir de fatos da natureza. Mas que fatos são esses? Não eram quaisquer fatos, referiam-se ao movimento. Então, o que nós chamamos de ciência é uma instituição que visa conjugar funções da razão, portanto, através da matemática, com funções da experiência, que são as técnicas de manipulação da matéria, a disciplina da experiência, para desenvolver um conhecimento num sistema de conhecimento matemático do movimento. A ciência que se institui no século XVI e XVII, que é chamada Física dinâmica, constituiu um sistema de conhecimento matemático do movimento. Essa ciência foi o padrão considerado como o padrão para a ciência de uma maneira geral.

A forma como esta ciência, ou esta maneira de trabalhar intelectualmente o movimento, vai paulatinamente se apresentando como o padrão do conhecimento científico, como paradigma, é uma questão histórica que vai ocorrendo paralelamente ao desenvolvimento de outros conhecimentos, de outros domínios de conhecimento da natureza. Assim então começa se desenvolver a ciência da biologia, a ciência da economia, a ciência do psiquismo, todas elas respondendo a grandes questões de origem que já se apresentavam nos mitos da Grécia. As grandes questões da origem - o que é o universo, o que é a vida, o que é a civilização.

Estas produções científicas que se desenvolvem basicamente nos séculos XVIII e XIX, culminando com a formulação da teoria da termodinâmica, da teoria da evolução, da teoria psicanalítica, da teoria marxista e, finalmente, com as teorias da relatividade e da mecânica quântica, vão trazer um grande impacto sobre a forma do homem se relacionar com a natureza. Por que? Porque elas introduzem na experiência os limites da natureza. Ao invés de se estar simplesmente descrevendo movimento, com esta ciência que se desen-

volve, e decorre da outra, chega-se a constatação de que existem limites que a natureza impõe sobre a observação. E esses limites são limites de processos irreversíveis sobre os quais o observador não pode interferir. Ou seja, há uma direção para os processos de transformação em observação.

Ao lado destes desenvolvimentos em processos paralelos evolui também a técnica. Principalmente ao longo do século XIX, através das forças econômicas intrínsecas ao grande movimento da revolução industrial, começa ocorrer uma forte associação intelectual entre a técnica e a ciência. E esta ciência, que está se produzindo naquele momento, não é mais a ciência atemporal da física dinâmica apoiada sobre relações espaciais atemporais, mas é uma ciência real, de realidade associada a processos de transformação, associada portanto a vários tempos, os tempos de ocorrência das transformações, o tempo dos indivíduos, o tempo da terra, o tempo da civilização, o tempo da evolução. Um tempo biológico, um tempo geológico, um tempo civilizatório, um tempo físico. Todos esses tempos correm independentes um dos outros. E, é neste momento, concomitantemente, que se dá a junção conceitual e operacional entre a técnica e a ciência. E é neste momento, também, que surge a engenharia como uma técnica, uma teoria da técnica, e que surge a técnica do planejamento como uma possibilidade de construção do futuro. Enquanto a ciência era uma ciência estruturada sobre o modelo transposto pela física dinâmica, a ciência atemporal, a ciência reversível, a ciência da abstração, onde o tempo não é um tempo mas é um espaço, não havia esta conjugação entre formas de representação da realidade e formas de controle, domínio e posse da realidade.

No século XIX, esta conjugação passa a ocorrer de forma indissociada, implicando

o surgimento da idéia do planejamento, quase como uma consequência natural. Se não há transformações irreversíveis, não há porque imaginar que se possa construir o futuro e que se possa transformar o presente.

Nesse momento que surge o planejamento, que surge a engenharia, que há a junção da técnica definitivamente com o conhecimento, a ciência com a técnica, surge a tecnologia. O que tem a tecnologia de distinto da técnica?

Ao se datar a origem da tecnologia não se quer dizer que durante todo esse processo civilizatório ou em civilizações míticas, não teóricas, não hajam instrumentos técnicos. Os instrumentos técnicos, ou as técnicas, existem sempre que haja um conjunto de procedimentos estabelecidos em uma cultura com o objetivo de produzir um fim prático. Se houver um problema prático e, para atuar sobre esse problema, desenvolvem-se procedimentos, há uma técnica. A ciência, ao se institucionalizar e em sua essência, é especulativa; não está condicionada pela problemática da realidade, não está preocupada em transformar, mas, como já dito, ao longo do seu processo histórico ela se encontra com a transformação.

No século XIX, pode-se dizer, a ciência encontra a realidade, e ao encontrar a realidade, ela se aproxima da técnica. Porém, ao dizer que ao interferir sobre um problema atua-se com uma técnica, não se disse tudo sobre a técnica. Há técnicas e técnicas. Quando as técnicas não tem origem na história, elas são ditas técnicas tradicionais. Se elas têm uma origem definida na história, então elas já não são mais rigorosamente técnicas tradicionais nesse sentido; mas são provavelmente técnicas inteligentes, na medida em que, ao fazer parte de uma memória cultural não consistindo exclusivamente na reprodução de um ritual, diante

de uma possibilidade de atuação sobre a realidade, então a técnica já implica uma atividade intelectual. E essa atividade intelectual, pode-se dizer que é dizer que é uma técnica inteligente.

Uma técnica inteligente pode ser empírica, tipo ensaio e erro, sem nenhum fundamento científico; ou ela pode ser científica, isto é, quando os instrumentos utilizados para construir seus procedimentos derivam do conhecimento científico. Hoje praticamente não há nenhuma técnica que tenha valor econômico, que tenha um status social do aceitável, que não seja científica. Até as técnicas tradicionais, para serem aceitas, devem ser incorporadas pelas ciências e explicadas.

No século XIX, quando a ciência encontra a realidade, neste momento se aproxima da técnica do ponto de vista intelectual, porque o indivíduo que vai construir o conhecimento necessariamente está vendo os objetivos práticos desse conhecimento. Em decorrência, cria-se a necessidade associada à projeção do futuro, à transformação do presente, à possibilidade de se integrar a técnica à ciência. Surge, dessa forma, a ciência das técnicas, e a ciência das técnicas chama-se tecnologia.

Ora, a terapia ocupacional, pelo seu próprio nome, já se afirma como uma tecnologia, ou, na pior das hipóteses, como uma técnica ou um conjunto de técnicas. Mas, como ela é uma técnica com origem estritamente científica, ela é portanto uma tecnologia e ela é uma tecnologia que faz uso de ciências ou conhecimentos científicos para atuação em um campo específico de problemas. Essa área de problemas, dentro da qual ela se inscreve, se define pela função "ocupação".

Desta implicação surge um grande problema, porque esta função "ocupação" é de definição muito pouco objetiva. O que significa ocupação? A ocupação é uma função da cultura dentro da qual se inscreve

o sujeito analista, da história dentro da qual se situa este sujeito, do sistema de valores de verdade que está disciplinando as suas decisões, isto é, a função "ocupação" está comprometida com o cotidiano, comprometida com uma vivência, com uma experiência de vida, com a experiência do senso comum. Daí decorrem as dificuldades e as facilidades de caracterização da mesma. As facilidades porque todos acham que sabem o que significa, embora não saibam, porque para saber teriam que entrar no âmbito das dificuldades de caracterização. Pensa-se que se sabe, pois está no senso comum supor que se sabe o que é a ocupação. Mas como não está no senso comum, pois estamos na técnica científica, não se conhece objetivamente.

Então, o grande problema da terapia ocupacional se situa portanto em que ela, como tecnologia, exige a circunscrição clara do problema sobre o qual ela vai atuar. E essa circunscrição é complexa, porque "ocupação" é um termo ambíguo, de difuso significado, que se define em função de uma semântica, de um conjunto de significados, de esquemas de representação, de retóricas. O que caracteriza uma retórica? Uma mimesis, um esquema de representação, um conjunto de significados, uma semiosis e um telos, um sistema de valores de verdade. Ora, pode-se chegar a algo já convencionalizado, em função do que se entende como esquema fundamental de representação, do que se entende como significação e de quais são os valores de verdade que estão direcionando as decisões, isto tanto com relação ao termo "ocupação", como com relação ao termo "terapia", e não com relação às técnicas. As técnicas vão se definir em função das necessidades que caracterizam a problemática, a partir de uma definição do que é a ocupação.

Ocupação, em nível do senso comum, é muito simples; não é lazer e é trabalho.

Porém, se um indivíduo está lendo, está gostando de ler, isto é uma ocupação? Ler pode consistir em uma terapia ocupacional? Tradicionalmente não se considera, mas dependendo do problema a sofrer intervenção, pode ser. Se o indivíduo for um disléxico, por exemplo, pode ser muito útil e, portanto, ser substrato de uma terapia ocupacional. No entanto, a idéia de terapia ocupacional está convencionalmente associada a algo que vem corrigir certas deficiências motoras, deficiências que já se instalaram, ausências. A noção intuitiva de terapia ocupacional está comprometida com uma origem, com uma forma de definir ocupação, com uma função para a ocupação e portanto com uma função para a terapia.

Assim, pode-se dizer que a terapia ocupacional é uma tecnologia, ou um conjunto de tecnologias, mas ela se estrutura sobre uma problemática que requer ciência, que não depende só da análise das técnicas terapêuticas, mas depende fundamentalmente da definição do termo "ocupação". Para elucidar seu campo semântico é preciso que se trabalhe com os instrumentos científicos advindos da antropologia, da filosofia, da sociologia, da psicologia, de todas as ciências do espírito e sociais e também as ciências da economia, a ciência, enfim, porque elas estão ali todas associadas. Por outro lado as terapias que se colocam também não estão, senso estrito, situadas apenas no campo da medicina, que já é uma tecnologia em si, ou na física, ou na química, ou na bioquímica, ou outros.

Situam-se também nos interstícios das ciências do espírito com as da natureza.

Em muitos momentos a terapia pode estar necessariamente conduzindo a decisões preventivas em nível de projeto, de projeção da vida social, de projeção da vida política, de projeção dos espaços urbanos, de projeção das relações internacionais,

enfim, a dimensão do mundo, porque ocupação não tem cor, ocupação é o homem. E terapia não tem direção, terapia é a direção que se dá a ela.

Em síntese, a terapia ocupacional é difícil de se caracterizar porque ela é um espelho. Ela é um espelho daquilo que se pensa. Como normalmente os técnicos não percebem que ela é um espelho, vêem uma imagem refletida e concluem que é a imagem da T.O. Mas, quando começam a intervir sobre problemas, não sabem mais qual é essa imagem, porque ela é fugidia e escapa. Dessa forma, o técnico inicia seu trabalho com o deficiente, mas percebe-se comprometido com a questão da divergência; inicia intervindo sobre a delinquência e envolve-se com a questão da segregação. A terapia ocupacional é, então, definida em função dos valores, das ideologias; o que não significa que sua conceituação não possa ser precisada. Cada sujeito pode precisar a sua definindo seus problemas a requerer intervenções em função das significações, dos esquemas de representação e dos valores de verdade e, em seguida, buscando quais são os instrumentos científicos que estão à disposição, ou que devem ser gerados para se chegar aos objetivos transformadores.

PARTICIPANTE: Porque a terapia ocupacional é uma tecnologia?

EDA: Vou responder com um exemplo. O caso da terapia ocupacional é bastante análogo ao da psicologia clínica. O objeto de estudo da psicologia clínica é a relação entre as técnicas terapêuticas e a modificação das situações, dos problemas psicológicos. Eles podem ser definidos de várias formas: desde com base em patologias médicas, até com base em teorias muito mais abstratas. Esse é, também, um problema da terapia ocupacional.

No entanto, quando se diz que a terapia ocupacional não é ciência, não se está dizendo que seu "status" é menor por esta

razão. Da mesma forma, a psicologia é uma ciência no método, mas não é uma ciência como corpo, pois ela não desenvolveu um corpo de conhecimento. As únicas ciências da natureza que são ciências necessárias são a física e a genética, porque elas conseguiram desenvolver um corpo de conhecimento que é absolutamente auto suficiente para explicar qualquer fenômeno que ocorra dentro de um universo definido. Seu acervo de conhecimento não pode ser invalidado; pode ser particularizado. As leis da física, da genética, não podem ser negadas, não vão nunca ser negadas, porque elas constituíram um conhecimento matemático, absolutamente necessário dentro de uma configuração de universo. Então, pode ser desenvolvida uma teoria mais abrangente que englobe aquela teoria como um caso particular. Então, essas são ciências chamadas ciências necessárias da natureza, sobre as quais não pode pairar dúvidas sobre o seu estatuto científico. Esse modelo passou a ser, do ponto de vista epistemológico, o modelo de ciência. Esta inquestionabilidade paradigmática hoje não subsiste monoliticamente, porque os desenvolvimentos científicos dos séculos XVIII e, notadamente, XIX, levaram à produção de um tipo de conhecimento que não sustenta mais a exclusividade deste paradigma. Hoje não há como negar a conclusão de que o pensamento de Galileu foi o que foi porque estava naquele espaço histórico-cultural. A necessidade de seu pensamento era contingente historicamente. Então a história e a ciência, deste ponto de vista, estão equivalentes.

Assim, a terapia ocupacional não seria uma ciência porque ela não tem função especulativa e seu método não é o método das ciências da natureza *sensu stricto*.

Seu método está condicionado a determinadas áreas de problemas e para essas áreas de problemas desenvolve-se soluções *ad hoc*. Então ela seria muito mais

uma engenharia, implicando no planejamento de ações. Agora, como conhecimento, para gerar conhecimento, a T.O. exige um método; e o método será o método científico. Assim, delimitada uma área de problemas, pode-se investigar soluções, testá-las. A invenção de novas soluções implica na produção de conhecimento. Pode-se articular este conhecimento a outros conhecimentos advindos de outras problemáticas. Mas, para tal, tem que se construir um contexto de articulações e isto não é por definição o que acontece na ciência. A ciência cresce por fronteiras, os problemas se conduzem por si só. Quando se esta na fronteira, tudo que vem antes é aceito, o que vem depois será feito.

No entanto, deve-se fazer aqui a distinção entre a terapia ocupacional e o terapeuta ocupacional. São duas coisas independentes, apesar de que no momento presente, em cada instante, elas coincidem. Por que? Porque o modelo de sistema científico no qual se atua conjuga a pesquisa com o ensino. Esse modelo também não é natural, esse modelo foi criado, foi inventado, algumas Universidades do mundo usam, outras não usam. No Brasil a Universidade de São Paulo teve esse compromisso. Assim, a T.O. no Brasil surgiu dentro dessa justaposição. Surgiu associada à área médica, portanto à área clínica, mas não é uma obrigação que assim seja, apesar de que o terapeuta ocupacional no Brasil, como profissional, vai ter que atuar nesta área clínica e médica, porque historicamente foi assim que o diploma legal se estabeleceu. Assim, a terapia ocupacional define um campo de problemas que merecem ser estudados mas que são extremamente complexos de caracterizar. Ao sair do comprometimento médico, terapêutico, encontra-se o mundo, entra-se na ciência, na produção de conhecimento. Definida essa área de estudo, o intelectual que trabalhar nela irá pro-

duzir conhecimentos novos, não como um técnico que vai aplicar conhecimentos já estabelecidos, mas como um trabalho teórico. Na terapia ocupacional, se considerada como uma área de estudo, de disciplina, este intelectual será um teórico da prática.

PARTICIPANTE: Se a terapia ocupacional é uma tecnologia, você acha possível que ela possa ser desenvolvida cientificamente?

EDA: A tecnologia é sempre o estudo científico da técnica. Então, a tecnologia é como uma ciência nova, quando essa ciência se refere a uma técnica. Quando o objeto de estudo é uma técnica, ou são técnicas, ela é uma tecnologia. Ela vai se definir, não por articulação em ondas especulativas como as ciências da natureza, mas por vanguardas que definem quais são os problemas importantes. Essas vanguardas podem ser vanguardas médicas, vanguardas de antropólogos, de sociólogos, de cientistas políticos, de psicólogos, do que se quiser, e ainda assim haverá sempre uma área que poderia ser dita de terapia ocupacional. Haveria sempre uma área, porque está se definindo o objeto em função do que esta terapia ocupacional pode ser. A medida em que fica cada vez mais claro para mim o que é ocupação, e ocupação é o que vai definir terapia ocupacional, cresce o conhecimento tecnológico sobre a T.O. O problema pode ser um problema, por exemplo, de uma deficiência, de um desajuste, de um sofrimento, até poder-se-ia dizer de uma injustiça social. Por que eu não posso propor o desenvolvimento de um conhecimento na área de terapia ocupacional, relacionado com a problemática de resolução de um problema de injustiça social?

Seria possível, mesmo com um comprometimento com a área médica, intervir sobre este último problema. Seria de alta

exigência científica, de conhecimentos inter e transdisciplinares, mas poderia inscrever-se na área de estudos da terapia ocupacional. A terapia ocupacional poderia ter vários campos de estudos à medida em que fossem crescendo os conhecimentos dela derivados. Por exemplo, pode-se definir, como campo de interesse, desenvolver conhecimentos, uma área de estudos comprometidos com as técnicas terapêuticas ocupacionais, tendo por objetivo a redução do sofrimento psíquico, tendo por objetivo a redução da desigualdade social, a redução da injustiça, e ainda estar na área médica.

PERGUNTA: Para mim a questão da T.O., se é ciência ou tecnologia, só começou a me angustiar no dia em que eu fui obrigada a virar cientista..., na Universidade, ter que fazer uma tese, ter que pesquisar, ter que fazer ciência. Quando se começa a pesquisar a terapia ocupacional, se você não vai por um caminho particular, como de pesquisar uma técnica, quando se vai pesquisar o corpo da terapia ocupacional, aí você se distancia da técnica e vai por um outro caminho. E onde e como se juntam estes caminhos? Parece-me uma coisa muito difícil.

EDA: Este é outro problema. Quando se faz um trabalho científico, tem-se que fazer um trabalho de acordo com as exigências científicas. Se o seu objeto é a terapia, não necessariamente o conhecimento que você vai desenvolver estará dentro dela. Há trabalhos de pesquisa que redundam em conhecimentos sobre a terapia ocupacional, como, por exemplo, o da Jô Benetton, mas há outros que não.

PARTICIPANTE: Sim, mas o trabalho da Jô tem uma particularidade, que é um trabalho que procura aprofundar uma questão técnica: a maior parte dos trabalhos se preocupam em discutir a terapia, esse corpo da terapia ocupacional.

PARTICIPANTE: Eu tinha uma leitura

diferente disso. Recuperando a última pergunta, a passagem dos terapeutas ocupacionais para serem, além de terapeutas ocupacionais, pessoas preocupadas em produzir uma reflexão, em produzir conhecimento sobre aquilo que estavam fazendo, o que ocorreu é que, na década de 80, houve a produção de vários tipos de vertentes. Eu até acho que não estão todos na vertente clínica, médico-clínica não. O que se estabeleceu foi uma espécie de caminho, uma possibilidade de pesquisa histórica, no sentido de tentar ver, buscar no processo histórico de constituição da profissão e do saber, dicas para a compreensão do hoje. Pessoas que se preocuparam com o corpo de conhecimentos gerados, preocupadas em criar classificações do que é esse corpo. Acho que isso é um tipo de tendência.

Acho que o que a Jô Benetton trás é um outro tipo de tendência, um caminho desta produção de conhecimento, que se insere dentro da demarcação do modelo médico-psicológico, como se localiza essa temática mais específica da terapia ocupacional. Acho que há uma série de outros trabalhos, que são exatamente trabalhos práticos e teóricos da terapia ocupacional, que vão exatamente no caminho de romper o limite, aí não é só o movimento da terapia ocupacional, mas o movimento da saúde, de romper o limite. Aí não está só o movimento da terapia ocupacional, mas o movimento global da área de saúde, de romper o limite da própria prática clínica no entendimento do que é a saúde e do que é a doença. Então existe hoje uma vertente de produção de conhecimento na terapia ocupacional que, entendo, está muito mais assentado em um diálogo com as ciências humanas, com a antropologia, com a sociologia do que com a medicina e a psicologia.

Eu estou falando isso pensando em vários trabalhos nossos, da terapia ocupacional, e pensando em práticas que estão sendo

produzidas hoje, onde as pessoas começam a se perguntar: já que eu não estou no modelo clínico, isso é T.O. ou não? E de repente eu acho que é essa discussão que a gente teria que estar retomando.

O que está acontecendo com os terapeutas ocupacionais é o alargamento de horizontes possíveis, de áreas de conhecimento por eles abrangidos.

EDA: Esse exemplo colocado é importante para se ver porque a T.O. é uma tecnologia e não uma ciência. Cada um desses trabalhos pode se situar em uma área científica senso-estrito, mas o conjunto, para se articular, tem-se que definir uma problemática. Então esse conjunto gera um conhecimento novo, sobre a terapia ocupacional do ponto de vista tecnológico, o que não quer dizer que cada uma dessas peças não geraram conhecimento específico dentro de uma área científica, tendo como objeto a terapia ocupacional. Se se faz um estudo histórico sobre a terapia ocupacional, a ciência dentro da qual o estudo se situa é a história. Porém, articulando-se estes conhecimentos com as problemáticas, eles irão dizer alguma coisa sobre a terapia ocupacional. Ao estudar cultura, ao estudar uma determinada técnica, em nível das contribuições que ela teve, do ponto de vista da fisiologia, da neurologia, da endocrinologia, quer dizer, este conjunto define uma tecnologia - a T.O.

PARTICIPANTE: Eu quero colaborar um pouco aí... Você sabe que a psicose é uma doença que tem 3 mil definições, que não estão só no registro médico-clínico ou psicológico, mas também na literatura, nas artes etc. Agora eu penso, eu vou ter que definir psicose na terapia ocupacional? Esta seria outra contribuição entre as 3 mil citadas? Então, pode-se chegar ao ponto de definir alguma coisa que não é

explicar. Psicose está hoje em vários discursos, mas discursos, mas chegar a um significado específico da terapia ocupacional, chegando até a se contrapor, refutar ou definitivamente abandonar determinados tipos de conceitos... Eu, por exemplo, posso abandonar o conceito psiquiátrico da psicose e passar a usar um conceito de terapia ocupacional.

PARTICIPANTE: Para mim o que começou a chamar a atenção é esse avanço em relação à ciência. Os terapeutas ocupacionais vão invadindo áreas muito diferentes, diversificadas, e as pessoas acompanhando, ouvindo, ampliando, permitindo o avanço.

EDA: O processo, veja, é um processo árduo, porque ele é muito artificial, dado que sua origem histórica é alienígena, uma extensão de uma escola científica dos Estados Unidos para o Brasil. Tem que haver necessariamente uma adaptação às condições sócio-institucionais brasileiras. No Brasil, representamos um centro sedizador desta escola. Nós somos a extensão de um outro centro, de um centro cultural, de um centro da cultura ocidental. Ela não dissemina o poder de conhecer, ela dissemina locais onde se produz o conhecimento. Vocês seriam o local, aqui no Estado de São Paulo, que deve responder a essa necessidade de criar conhecimento, condicionadas por uma instituição social que não é originária daqui, e que é uma instituição social técnica.

Nesta extensão, os padrões científicos se implantaram sob essas condições políticas institucionais, sobre um determinado espírito. Este é o choque da escola com a realidade brasileira. Exige consciência para superar os limites impostos por condições diferentes, na geração de conhecimentos originais.

TASSARA, E.T.O. Terapia ocupacional: ciência ou tecnologia? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 4/7, p. 43-52, 1993/6.

BENETTON, M.J. Occupational therapy: science or technology? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p. 43-52, 1993/6.

ABSTRACT: The discussion presents here took place in 1992 as a promotion of the Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo PhD Eda T. Oliveira Tassara introduced some issues about the occupational therapy's knowledge. The material of the transcription was revised by her. So we decided to keep the presentation form in order to share the richness of the meeting.

KEYWORDS: Occupational therapy, trends.

Recebido para publicação: setembro de 1996

Aceito para publicação: outubro de 1996

PONTO DE VISTA

TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA RELAÇÃO POSSÍVEL?*

MARIA JOSÉ BENETTON **

BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p. 53-58, 1993/6.

RESUMO: Ao fazer breve revisão bibliográfica sobre as literaturas estrangeira e nacional em terapia ocupacional, incluindo os projetos alternativos ao “hospitalocentrismo” em saúde mental, a autora abre espaço para o debate sobre a relação entre essa profissão e a reabilitação psicossocial. A terapia ocupacional nasceu dentro dos programas americanos de reabilitação com a função de, através da prática de atividades, levar à inserção social indivíduos dela excluídos por problemas físicos, mentais e/ou sociais. Desta forma, a terapia ocupacional mantém sua vocação e seus propósitos, seja em centros de reabilitação, hospitais ou instituições abertas com a comunidade. O movimento de reaproximação dos médicos em direção à reabilitação veio acrescido de um caráter psicossocial. Parece-nos que esse caráter é o mesmo que sempre foi defendido pela terapia ocupacional. O artigo conclui com a seguinte questão: por que ela teria de despir-se de sua identidade para tornar-se também “psicossocial”?

DESCRITORES: Terapia Ocupacional, tendências. Reabilitação, tendências. Saúde mental.

A terapia ocupacional nasceu sob o signo da reabilitação. Ao longo de sua história, junto com a fisioterapia, o serviço social, a fonoaudiologia e a enfermagem, a terapia ocupacional integra o núcleo de sustentação dos centros de reabilitação. Como compreendo sua especialidade, ela tem sua ação voltada para o treinamento e para o desenvolvimento de habilidades, na construção de um cotidiano para indivíduos excluídos da sociedade. As diferentes teorias de base, os métodos e as técnicas empregadas por terapeutas ocu-

pacionais, com finalidades clínicas, não têm alterado esse caráter vocacional da profissão.

Na literatura específica, esse caráter vocacional é pragmaticamente ordenado como treinamento de habilidades, desenvolvimento educacional, orientação habitacional e sócio-recreativa, objetivando assim as ações da terapia ocupacional e a atuação das terapeutas ocupacionais.

Em 1985 a Associação Internacional de Reabilitação Psicossocial (IAPSRS) definiu

* Comunicação apresentada no Encontro Brasileiro de Reabilitação Psicossocial, realizado na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1-3 de junho, 1995.

** Dr.^a em Saúde Mental. Prof.^a do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Prof.^a Maria José Benetton. 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.

como objetivos pragmáticos para suas agências de saúde essas mesmas funções, com a sutil diferença de colocar em primeiro plano o desenvolvimento sócio-recreativo. Essa alteração, aparentemente pouco significativa, traz em seu bojo uma importante mudança de setting.

Priorizar o social em reabilitação psicossocial implica em sair de centros de reabilitação, de hospitais e de oficinas abrigadas, para criar espaços de intervenção na própria comunidade. KLEINMAN⁹, nos Estados Unidos, considera que terapeutas ocupacionais já familiarizados com o modelo de reabilitação proposto pela IAPSRs e dirigindo-se à adaptação funcional dentro da comunidade, terminaram criando uma promissora alternativa de atuação. Para que possamos compartilhar do entusiasmo de KLEINMAN⁹, é preciso analisar as propostas técnico-administrativas da reabilitação psicossocial na sua relação com a terapia ocupacional.

De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional, entre 1986-1990 houve a redução de 16% para 11,8% de terapeutas ocupacionais trabalhando em psiquiatria. Há uma tendência muito grande em se analisar esse dado como sendo resultado da pouca investigação profissional de modelos alternativos ao hospitalocêntrico, que parece ter esgotado sua capacidade de produção de conhecimento e de objetivação de saúde.

Precisamos saber, então, o que realmente aconteceu com a busca destes modelos alternativos. Em relação à reabilitação psicossocial, por exemplo, (NEWMAN, 1991, apud KLEINMAN, 1992)⁹ constatou, através de uma pesquisa realizada nas agências de reabilitação psicossocial nos EUA, que 11% das 212 agências registradas empregaram no mínimo um terapeuta ocupacional, enquanto 71% empregaram no mínimo um assistente social. Num total de 3.952 trabalhadores de agências, apenas

24, isto é, 0,6%, eram terapeutas ocupacionais, sendo que os assistentes sociais ultrapassaram 21%. A maioria dos trabalhadores em reabilitação psicossocial, aproximadamente 48%, são, como os americanos chamam, “para-profissionais”. Para nós, aqui no Brasil, o mais comum é chamá-los de “pessoal auxiliar”.

São, portanto, não-profissionais. Dos 1885 “não-profissionais” pesquisados, 59% não tinham grau universitário, 40% tinham grau de bacharelado e 1% ainda estava na Universidade.

Mantendo ainda fontes de informações próximas à literatura de terapia ocupacional e reabilitação psicossocial, volto um pouco no tempo em busca de explicação para alguns dados. Segundo FARKAS, apud RENWICK et al.¹⁵ para o trabalhador em reabilitação psicossocial foi criado um dispositivo que preconizava o treinamento dentro do próprio serviço. Formaram-se, assim, os especialistas em reabilitação psicossocial.

KLEINMAN⁹ pareceu-me um tanto desalentada quando, em busca de desvendar alguns mistérios, concluiu que, teoricamente, terapeutas ocupacionais em reabilitação psicossocial têm seu treino baseado numa abordagem holística. As técnicas aprendidas, entretanto, parecem ser um segredo muito bem guardado. Assim mesmo, ela concluiu seu artigo alertando os terapeutas ocupacionais de que, embora o número desses profissionais na área de saúde mental esteja diminuindo, o número de pessoas que precisam dos seus serviços não está. O que fazer, então? Penso que, em primeiro lugar, está a tarefa de encontrar um espaço mais confortável.

Analisando esses e outros estudos de colegas estrangeiros, é possível concluir que há uma séria questão de poder por trás da relação com a reabilitação psicossocial. CHAMBERLIN⁶, num artigo crítico-reflexivo

no Bulletin World Association of Psychosocial Rehabilitation, diz que apenas pessoas inconformadas falam sobre o poder. Creio que não: os precavidos e os esperançosos também.

Hoje nos visita a reabilitação psicossocial. A porta é aberta por este encontro, mas também queremos partilhar a hospedagem. Pouco conhecemos de nossos hóspedes e tomamos, então, suas próprias palavras para apresentá-los.

SARRACENO¹⁷ nos conta que a reabilitação psicossocial prevê um processo de restituição, construção e reconstrução de direitos políticos legais e sociais para cada cidadão. Ele é enfático quando propõe um projeto de reabilitação através de respostas positivas de profissionais e da sociedade capazes de promover as emoções e o conhecimento do doente mental. Creio que aqui podemos encontrar pelo menos uma primeira resposta à questão do poder, que encontra-se presente nos trabalhos dos colegas americanos e canadenses. A terapia ocupacional tinha um projeto técnico para a reabilitação. Não só ela, mas também aqueles profissionais não médicos que a sustentavam. Por algum tempo os médicos se afastaram da reabilitação mas agora começaram a retornar. Para KLEINMAN⁹, esse retorno a partir de 1986 é caracterizado como uma remedicalização. Como compreendo, principalmente através do que tento apreender da reabilitação psicossocial, a proposta é de uma ampliação do que era um projeto técnico para incluir o chamado sócio-político. Com isso imagino que a apropriação médica traz também, em consequência, uma melhor estrutura na intervenção medicamentosa. O que poderia ser tomado, então, como causa para a aproximação médica à reabilitação, pode bem ser uma boa consequência. Creio que a presença do médico, detentor de maior poder também sobre os projetos de reabi-

litação, dão a estes maior chance de sucesso. Temos o dever de receber com esperança qualquer projeto dessa ordem e torcer para que se transforme em realidade.

Ao contrário das colegas do norte, as brasileiras têm sido bastante ativas e arrojadas no processo de desospitalização, da mesma forma como estão empenhadas em investir em programas na comunidade. Das três teses de doutorado de terapeutas ocupacionais defendidas em saúde mental no país, duas delas, de MEDEIROS¹² e de LANCMAN⁹, tratam dessas questões e de suas consequências. MÂNGIA et al.¹¹, questionando a transformação do Hospital Juqueri, afirmam que:

“... a instituição não suporta a possibilidade da reinserção social real da população nela internada. Isso significa a sua própria negação, a perda do seu papel. Ela impõe a todos, internos e funcionários, a reclusão e o confinamento nos pátios, mantendo-os longe das ruas e da vida das cidades, excluídos até a morte.”

Há um tipo de exclusão na terapia ocupacional que os próprios terapeutas ocupacionais colocam à mostra. NASCIMENTO¹³ diz o seguinte:

“A intervenção técnica centrada na atividade laborial (a marcenaria, a pintura etc.) ou na relação terapêutica, opera uma divisão entre o técnico e o político que só beneficia a própria técnica porque a exime de assumir outras responsabilidades. E tranquiliza artificialmente a nossa consciência.”

Sobre essa exclusão, FRANCISCO⁷ traz à tona a ética, na dramaticidade do sujeito-paciente no contexto da saúde, como objeto de fácil manipulação. OLIVER¹⁴ nos leva aos filantrópicos centros de reabilitação brasileiros e nos mostra terapeutas ocupacionais paternalisticamente “fabricando indivíduos”, como puro exercício de reabilitação. Como nesses centros não está prevista a inserção social de sua

população, ela passa a vida girando em torno de exercícios de reabilitação.

BARROS^{1,2}, crítica dos projetos americanos e profunda estudiosa da política-social basagliana, ultrapassa esse conhecimento para nos chamar a reconhecer a existência de uma terapia ocupacional brasileira.

Esta, com seu diálogo com a psicologia, é diferente da americana, puramente funcionalista, e imposta aqui ao nascer da profissão. Ela ainda prediz:

"Acredito que a terapia ocupacional no ano 2.000 deverá voltar-se para a construção permanente de um saber solidário diante da dor humana, e deverá voltar-se para a necessidade de uma produção teórica que seja capaz de captar a realidade e o movimento social."

FURTADO⁸ propõe como forma de chegar lá, isto é, ao futuro, uma reflexão sobre o que é o fenômeno em si, em terapia ocupacional, e o que é seu objeto.

As colegas que acabo de apresentar já estão incorporadas do espírito dualístico da reabilitação psicossocial, ou seja, da especificidade profissional aliada à política social, como sempre tem enfatizado BERTOLETE⁵. Quanto a mim, usufruindo de todos esses conhecimentos e informações levantadas pelas colegas terapeutas ocupacionais, posso dar-me ao luxo de particularizar.

Para começar, tomo emprestada a inquietação do querer-saber-futuro do antropólogo, etnólogo, educador, ficcionista, poeta e socialista, RIBEIRO¹⁶:

"Só resta uma saída: é brigar para construir no futuro uma sociedade de tecnologia muito avançada, mas com o gosto de viver a cordialidade, o respeito recíproco e a liberdade que os índios tinham."

Juntando esta, que pode muito bem ser

uma receita com as inquietações de BARROS² e de FURTADO⁸, ando às voltas com o avanço técnico da terapia ocupacional. Por um lado, quase como mecanismo de reação, tenho procurado a especificidade da terapia ocupacional, em contra-posição ao puro e simples movimento de adaptação a projetos de Saúde. Por outro lado, a especificidade é que vai qualificá-la de social e, portanto, passível de transmissão. Creio que em todos os lugares onde a terapia ocupacional é respeitada, ela poderá, em cordial interdisciplinaridade, cumprir propósitos da reabilitação psicossocial.

A questão que particularizo não tem a ver, então, com os propósitos da reabilitação psicossocial, uma vez que os compreendo amplos e abertos para "negociações" político-sociais. Como a terapia ocupacional, para mim, tem como propósito final a inclusão social do excluído, é preciso começar a avaliar, no social, sua real eficácia. Esta é a grande questão atual. Se por um lado penso que é preciso aferir a inclusão, por outro temos de admitir que uma questão ética ganha o primeiro plano. A aferição se fará pelo novo ou pelo readquirido?

Se meu olhar se volta à crença na reabilitação, pelo *re* fico testando o novo na sua relação com o velho. Mas será que alguém que teve um dedo quebrado e que depois da reabilitação ficou completamente curado, será que ele é a mesma pessoa? Parece que não. Ele teve a experiência de não poder usar um dedo e depois pôde usá-lo novamente. Isto, queramos ou não, acarreta mudanças. Mesmo que o problema tenha sido de pequeno porte, a pessoa testou e foi testada até que o dedo ficasse bom. A mudança é apenas de *reaquisição*?

Vejamos, agora: quando um esquizofrênico fica bom? Quando ele volta ao que era antes? Sabemos que ele não volta e

com isso corremos dois grandes riscos: o primeiro é mantê-lo para sempre em testes; o segundo é consequência do primeiro, ou seja, é nunca poder considerá-lo reabilitado.

A busca de aferição e a ética na minha profissão levaram-me a um afastamento quase que definitivo de todo conceito que implique em “recobrimento” no sentido da restituição do estado anterior. Desta forma, não há comparações, apenas o vivido e o experimentado tornam-se subsídios para o futuro. Com isso, exponho francamente minhas preocupações com essa outra dualidade aparente da reabilitação psicossocial.

Todo um novo e arrojado projeto que alia a saúde e a comunidade sociopoliticamente pode ficar definitivamente atrelado a um termo comprometido como é “reabilitação”? Ou melhor, de que forma é a proposta da própria reabilitação psicossocial para revitalizar o termo “reabilitação” de maneira a separá-lo da memória social circulante e circunscrita

por aspectos legais, jurídicos e militares, isto é, de estados de exceção?

Um estado de exceção é, sem dúvida, o fato de se estar doente. Não consigo ver a reabilitação psicossocial com propósitos circunscritos a esse estado. Creio, inclusive, que internações projetadas através de estratégias de reabilitação psicossocial, para estágios iniciais da doença, estabelecem a possibilidade de melhor prognósticos do que os promovidos pela simples medicalização. Dessa forma teremos menos ainda que nos preocupar com reabilitação.

Em síntese, o termo “reabilitação” precisa ser desvinculado de estados de exceção e precisa, ao mesmo tempo, ter e manter compromissos de fato com o desenvolvimento de vida, qualquer vida, no sentido da trama do cotidiano, que implica na aceitação de tudo o que é habitual. Talvez por não imaginar benefícios e por não admitir mais “reabilitação” como algo ligado à prática da desconstrução, seja ela qual for, ousou sugerir o abandono e a substituição do termo à World Association of Psychosocial Rehabilitation.

BENETTON, M.J. Occupational therapy and psychosocial rehabilitation: one possible relationship? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.4/7, p. 53 - 58, 1993/96.

ABSTRACT: Making a bibliographic brief revision of the foreign and of the national literature in occupational therapy, including the alternative projects to “hospitalocentro” in mental health, the author opens an important space to debate the relationship between this profession and the psychosocial rehabilitation.

KEYWORDS: Occupational Therapy, trends. Rehabilitation, trends. Mental Health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARROS, D. Perspectiva da instituição psiquiátrica e o papel do terapeuta ocupacional. *Rev. Insight.*, n. 36, p.7-30, 1993.
2. BARROS, D. *Jardins de Abel*. São Paulo: Lemos Ed., EDUSP, 1994.
3. BENETTON, M.J. *Trilhas associativas*. São Paulo: Lemos Ed., 1991.

4. BENETTON, M.J. *A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*. Campinas, 1994. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de Campinas.
5. BERTOLOTE, J.M. O louco, a sociedade e a doença mental: o triângulo de quatro lados. *Revista ABP-APAL* v.17, n.1, p.17-20, 1995.
6. CHAMBERLIN, J. Psychiatric rehabilitation and the role of the client: it's not just the client who needs to be rehabilitated. *Bull. World Assoc. Psychosocial Rehabil.*, v.6, n.3, p.4-5, 1994.
7. FRANCISCO, B.R. Notas acerca da questão moral na terapia ocupacional ou correndo por fora da raia. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.2, n.1, p. 27-33, 1991.
8. FURTADO, E.A. Percepção acerca da terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.2, n.1, p. 34-37, 1991.
9. KLEINMAN, B.L. The challenge of providing occupational therapy in mental health. *Am. J. Occup. Ther.*, v.46, n.6, p.555-7, 1992.
10. LANCMAN, S. *Loucura e espaço urbano: um estudo das relações Franco da Rocha - Juqueri*. Campinas, 1995. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de Campinas.
11. MÂNGIA, E.F., OLIVER, F.C., MARCONDES, F.P. Juqueri: transformação impossível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.1, n.1, p.5-10, 1990.
12. MEDEIROS, M.A.R. *A reforma da atenção ao doente mental em Campinas: um espaço para a Terapia Ocupacional*. Campinas, 1994. Tese (doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Universidade de Campinas.
13. NASCIMENTO, B.A. O mito da atividade terapêutica. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.1, n.1, p. 17-21, 1990.
14. OLIVER, F.C. Reflexões sobre a relação entre trabalho e saúde e as propostas de intervenção em terapia ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.1, n.2, p/76-80, 1990.
15. RENWICK, R., FRIEDLAND, J., SERNAS, V., RAYBOULD, K. Crisis in psychosocial occupational therapy: a closer look. *Can. J. Occup. Ther.*, v.57, n.5, p.279-84, 1990.
16. RIBEIRO, D. *Noções das coisas*. São Paulo: Ed. FTD, 1995.
17. SARRACENO, B. Looking at the future. *Bull. World Assoc. Psychosocial Rehabil.*, v.5, n.4, p.1-2, 1993.

Recebido para publicação: setembro de 1996
Aceito para publicação: outubro de 1996

ÍNDICE DE AUTOR / AUTHOR INDEX

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 4/7, p. 1-63, 1993/6.

Almeida, M.C.,	3
Benetton, M.J.,	53
Camargo, M.M.P.,	5
Ferrari, M.A.C.,	5
Lancman, S.,	17
Lopes, R.E.,	27
Mângia, E.F.,	3
Maroto, G.N.V.,	36
Tassara, E.T.O.,	43

ÍNDICE DE ASSUNTO

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 4/7, p. 1-63, 1993/6.

Geriatrics
 Serviços de saúde para idosos, 5

Hospitals psiquiátricos
 Urbanização, 17

Instituições de Saúde
 Reabilitação
 Terapia ocupacional, 36

Reabilitação
 Saúde Mental
 Terapia ocupacional, 53

Reabilitação
 Terapia ocupacional
 Instituições de Saúde, 36

Saúde Mental
 Terapia ocupacional
 Reabilitação, 53

Serviços de saúde para idosos
 Geriatrics, 5

Terapia ocupacional
 Educação
 História, 27, 36
 Periódicos, 3
 Tendências, 3,43, 53

Terapia ocupacional
 Instituições de Saúde
 Reabilitação, 36

Terapia ocupacional
 Reabilitação
 Saúde Mental, 53

Urbanização
 Hospitals psiquiátricos, 17

KEY WORDS INDEX

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, v. 4/7, p. 1-63, 1993/6.

Geriatrics

Health services for aged, 5

Health facilities

Rehabilitation

Occupational therapy, 36

Health services for aged

Geriatrics, 5

Hospitals psychiatric

Urbanization, 17

Mental health

Occupational therapy

Rehabilitation, 53

Occupational therapy

Education

History, 27, 36

Periodicals, 3

Trends, 3, 43, 53

Occupational therapy

Health facilities

Rehabilitation, 36

Occupational therapy

Rehabilitation

Mental health, 53

Rehabilitation

Mental health

Occupational therapy, 53

Rehabilitation

Occupational therapy

Health facilities, 36

Urbanization

Hospitals psychiatric, 17

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A **REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** é uma publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de Revisão, Debates, Pontos de Vista Divulgando Projetos e Experiências, Resenhas de Livros e Entrevistas.

Os artigos e outros textos enviados para publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e Consultoria Científica que decidirão sobre a sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

DIREITOS AUTORAIS. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e são de propriedade da Revista. É vedada a reprodução total ou parcial dos trabalhos, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Corpo Editorial. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados pela declaração de transferência dos direitos autorais. Este documento é fornecido pela Revista.

O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

FORMA E CONTEÚDO:

1 **APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS.** Os originais deverão ser digitados em programa de texto Word for Windows, espaço 2, impressos em papel branco, em um só lado da folha, com 60 toques por linha. Para as seções: Artigos, os trabalhos não devem ultrapassar 15 laudas de 20 linhas; Pontos de Vista, Divulgando Projetos e Experiências e Debates devem ter no máximo dez laudas e Resenhas em quatro laudas.

O disquete do trabalho a ser publicado deve ser entregue e acompanhado de duas cópias em papel branco, sem rasuras, no seguinte endereço:

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira" 05508-900 - São Paulo, SP.

2 **PÁGINA DE ROSTO.** Deve constar:

- título do trabalho elaborado de forma breve e específica, para auxiliar os serviços de recuperação da informação;
- versão do título para o inglês;
- nome completo dos autores e respectivos títulos profissionais e acadêmicos;
- identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;
- referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;
- referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização;
- endereço para correspondência.

3 **RESUMO/ABSTRACT** - Os trabalhos enviados às seções, *Artigos, Divulgando Projetos e Experiências, Debates e Dissertações* devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês. Observar as recomendações da NBR-68, ABNT, para redação e apresentação de resumos:

- quanto a extensão, a norma determina o máximo de 250 palavras para os artigos de periódicos;
- quanto ao conteúdo, deverão observar a estrutura formal do texto, isto é, indicar objetivo do trabalho, mencionar os procedimentos básicos, relacionar os resultados mais importantes e principais conclusões;
- quanto à redação e estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª pessoa do singular, evitar locuções como "o autor descreve", "neste artigo", etc., não adjetivar e não usar parágrafos.

4 **DESCRITORES/KEYWORDS.** Palavras ou expressões utilizadas para fins de indexação e que representam o conteúdo dos trabalhos. Para o uso de descritores em português, consultar "Descritores em Ciências da Saúde" (DECS) parte da metodologia LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe em da Saúde.

5 **ESTRUTURA DO TEXTO.** O caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura dos trabalhos, sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal:

- *Introdução*, estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o a outros publicados anteriormente e esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado;
- *Material e Métodos, ou, Casuística e Métodos* (quando a pesquisa envolve seres humanos), descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e

- ♦ caracterizar a população e amostra, detalhar técnicas e equipamentos, indicar quantidades exatas;
- ♦ *Resultados*, exposição factual da observação, apresentada na seqüência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas ;
- ♦ *Discussão*, apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores;
- ♦ *Conclusões*, são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS. Organizadas em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e numeradas consecutivamente; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela "List of Journals Indexed in Index Medicus". Para elaboração das referências observar as recomendações da NB-6023, da ABNT, 1989:

♦ *Livros e monografias:*

PIAGET, J. *Para onde vai a educação?* 7.ed. Rio de Janeiro: J.Olimpio, 1980. 500p.

♦ *Capítulo de livro:*

KARASOV, W.H., DIAMOND, J.M. Adaptation of nutrition transport. In: JOHNSON, L.R. *Physiology of gastrointestinal tract*. 2. ed. New York: Raven Press, 1987. p. 189-97.

♦ *Artigos de periódicos:*

BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 5/9, p.11-6, 1993/6.

♦ *Teses:*

DEL SANT, R. *Propedêutica das síndromes catatônicas agudas*. São Paulo, 1989. 121p. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

♦ *Eventos: considerado no todo:*

CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA; 6., Rio de Janeiro, 1984. *Resumos...* Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Neurologia, 1974.

♦ *Eventos: considerado em parte:*

SPALDING, E. Bibliografia da revolução federalista. In: CONGRESSO DA HISTÓRIA DA REVOLUÇÃO DE 1984, 1., Curitiba, 1944. *Anais...* Curitiba: Govemo do Estado do Paraná, 1944. p. 295-300.

7 INDICAÇÃO DA FONTE DAS CITAÇÕES. As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:

- ♦ citação textual, parte do texto é transcrito na íntegra
"... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro" (LACAN, 1985, p.50-1)⁴.
- ♦ citação livre, reproduz o conteúdo do documento original
Para VELHO (1981, p.27)¹¹ o indivíduo...
- ♦ citação da fonte secundária (citação de citação)
"O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser" (ORTEGA Y GASSET, 1963 apud SALVADOR, 1977, p.160)¹⁰.
- ♦ citação analítica: parte de documento
"... o individuo estigmatizado, um marginalizado social." (SILVA in: PONTES, 1984, p.8)¹⁶.
- ♦ citação referente a trabalhos de três ou mais autores
"... consultadas periodicamente" (SOUZA et al., 1984, p.7)¹⁶.
- ♦ citações longas (mais de 3 linhas) - constituem um parágrafo independente, com início sob a quinta letra da linha anterior e término a cinco batidas da margem direita. As aspas devem abrir no primeiro parágrafo e fechar após a última transcrição.

8 NOTAS DE RODAPÉ. Adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, consignaçoão de bolsas e endereço para correspondência.

9 ILUSTRAÇÕES E LEGENDAS.

- ♦ *Tabelas*, devem ser digitadas e apresentadas em folha à parte, numeradas consecutivamente na ordem em que forem citadas no texto. O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas. O limite de tabelas é de 5, acima deste número as despesas correm por conta do autor;
- ♦ *figuras*, correspondem as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc., adotar o mesmo procedimento das tabelas quanto a numeração e títulos. Usar a abreviação figura para todas as ilustrações acima, excetuando-se para as tabelas e gráficos.

10 AGRADECIMENTOS. Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.

