

TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL

SOCIAL OCCUPATIONAL THERAPY

Denise Dias Barros⁽¹⁾, Maria Isabel Garcez Ghirardi⁽²⁾, Roseli Esquerdo Lopes⁽³⁾

BARROS, D.D.; GHIRARDI, M.I.G.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.

RESUMO: Trata-se de compreender a formação da *terapia ocupacional social* como campo de reflexão e de intervenção, definido sociologicamente a partir da atenção a grupos sociais em processos de ruptura das redes sociais de suporte. Cabe, por um lado, buscar nexos capazes de dar conta de uma terapia ocupacional que vem se constituindo fora do eixo estruturador saúde-doença. Por outro, problematizar a relação entre a terapia ocupacional, a sociedade e a cultura na qual sua ação se inscreve. É preciso delinear princípios metodológicos que permitam pensar a prática, transcendendo o momento empírico sem aprisionar a reflexão em teorias redutoras ou em modelos predefinidos, que impossibilitam a compreensão do movimento do real, da história e da vida em seu contexto. Para isto, retoma-se a história recente da terapia ocupacional, a fim de compreender a emergência da *questão social* na reflexão e na prática da terapia ocupacional em São Paulo, o *social* como contexto de intervenção do terapeuta ocupacional, os processos de desinstitucionalização, a importância das ações territoriais em terapia ocupacional e, finalmente, os conceitos que permitem definir a atenção a grupos sociais em processos de ruptura das redes sociais de suporte na prática da terapia ocupacional.

DESCRITORES: Terapia ocupacional/tendências. Medicina social. Desinstitucionalização.

⁽¹⁾ Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Doutora em Sociologia pela USP.

⁽²⁾ Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Doutora em Psicologia Social pela USP.

⁽³⁾ Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas.

Endereço para correspondência: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000. São Paulo. e-mail: metuia@antharesmultimeios.com.br

A emergência da questão social na terapia ocupacional

A questão social tornou-se parte intrínseca de uma certa terapia ocupacional no Brasil a partir da crítica elaborada por parte de alguns terapeutas ocupacionais em relação às bases, aos fundamentos de sua ação profissional. Isto ocorre como parte de um processo de reflexão que coloca em foco a atuação profissional em instituições totais, como descritas por Goffman (1974), ou ainda nas instituições de violência, de acordo com a concepção de Basaglia F. e Basaglia F. O. (1977, 1979).

Diversos terapeutas ocupacionais perceberam na prática do cotidiano institucional que o sentido das atividades utilizadas, bem como de seus programas terapêuticos, transcendia sua apreensão imediata. Da mesma forma, as explicações individualizantes, alimentadas pelo diálogo com a psicologia, não eram suficientes e nem adequadas para responder àquele contexto. O terapeuta ocupacional sente-se posto em questão ao perceber que sua práxis se inscreve em um processo histórico e que esta possui uma dimensão técnica e uma dimensão política inseparáveis. Desse modo, alguns profissionais começaram a compreender que a problemática que encontravam diante de si não poderia ser reduzida à discussão sobre qual terapêutica ou qual programa individual seguir. Surgiam assim: - a indignação dos terapeutas ocupacionais frente à vida asilada e aprisionada dos usuários dos serviços psiquiátricos em que loucura e miséria continuavam a se misturar, ignorando-se, insistentemente, sua separação histórica proclamada por Pinel; - a inquietação frente ao papel esperado desse profissional. Isto é, esperava-se que trabalhasse pela *tranqüilidade de um ambiente* onde o paciente deveria viver calmo, sem manifestações exuberantes de comportamento, sendo a ocupação percebida como grande recurso para tal finalidade.

Muitos terapeutas ocupacionais continuaram acreditando no trabalho institucional, mas, por mais que ocupassem e buscassem alternativas, a insatisfação e a inquietude perduravam. Outros terapeutas ocupacionais decidiram que ocupação era coisa para recreacionistas e que seu esforço deveria ser distinto, ou seja, o de proporcionar uma situação psicoterapêutica na qual as atividades fossem, por um lado, mediadoras da relação, e, por outro, forma de expressão.

Havia ainda outras dificuldades. Entre elas, a exigência feita à terapia ocupacional (por vezes assumida pelos próprios profissionais) de escamotear

o vazio institucional – sua face última de exclusão – por meio da ocupação individual ou em grupo: a distância entre os abstratos objetivos de sua intervenção, os esforços para alcançar uma *inserção ou reinserção social* e essa possibilidade efetiva; a distância entre os objetivos explícitos das instituições assistenciais e os resultados da ação institucional.

Apesar disso, as contradições acumuladas pela força do asilamento, pelo poder médico, pela visão redutora do adoecimento e pela gravidade das condições de vida nas enfermarias psiquiátricas fizeram soar mais forte a voz de um questionamento mais abrangente. Muitos terapeutas ocupacionais tornaram-se agentes de mudança e de transformações institucionais no Brasil desde o fim da década de 70 do último século.

Com a influência das críticas de Gramsci (1985) ao papel do intelectual nas relações de classe, as instituições passam a ser analisadas como espaço de hegemonização de valores das classes dominantes para as quais o intelectual atua como delegado para o estabelecimento do consentimento e do consenso. Para aquele autor, os intelectuais estariam a serviço do grupo dominante no exercício das funções subalternas da hegemonia social. Seriam esses intelectuais funcionários do consenso “espontâneo” levando a grande massa da população na direção imprimida à vida social pelo grupo social dominante; funcionários do aparato de coerção estatal que assegura o processo disciplinar de grupos que não consentem, nem ativa nem passivamente, com dominação hegemônica. Neste contexto, a sociedade civil passa a ser compreendida como espaço de hegemonização de valores das classes dominantes com relação às quais o intelectual atua como delegado para o estabelecimento do consentimento e do consenso.

Basaglia F. e Basaglia F. O. (1977), alimentados tanto pelas idéias de Gramsci como de Sartre e de Foucault, discutem o papel dos técnicos de saúde, afirmando que seria necessário que os técnicos compreendessem a inter-relação entre ação profissional e política para poderem dialetizar seu “mandato social” de delegados de valores dominantes. O trabalho do técnico destina-se a indivíduos que são ao mesmo tempo elementos de um coletivo em que existem conflitos e contradições – muitas vezes os “serviços de saúde” vêm encobrir, ou mesmo transformar a natureza das necessidades que os geraram. É essa falta de transparência que faz as pessoas reconhecerem como suas necessidades que inicialmente lhes eram estranhas. Nem sempre se percebe o conjunto de valores e normas implícitos nos procedimentos técnico-assistenciais, sobretudo quando isolados do contexto histórico, das

diferenças culturais e da luta de classes que os produziram, e para os quais os técnicos devem obter um consenso *espontâneo*.

Percebe-se que o profissional que tivesse a intenção de dialetizar seu mandato social precisaria buscar um novo modo de conceber o conhecimento, e que o seu saber técnico deveria constituir-se a partir das necessidades do grupo ou da população aos quais se destina sua ação. Para alcançar a compreensão do que são essas necessidades, seria preciso reconhecer na população o verdadeiro interlocutor, portador de uma história e de um saber próprios. Acreditava-se que provocar uma tomada de consciência coletiva e alargar os espaços de liberdade potencializaria um tipo diferente de relação em que a pessoa assistida pudesse encontrar espaço para se expressar.

Tendo com base as idéias de Basaglia F. e Basaglia F. O. (1977), o que se buscava era produzir a mudança na relação entre saúde e doença, entendendo que a ação técnica deveria se voltar para o sujeito como interlocutor concreto e suas necessidades, para sua vida no interior de uma coletividade que se transforma, e alcançar a satisfação dessas necessidades e a realização desta vida para todos. Ou seja, resgatar o sujeito cujo valor está além do valor da saúde ou da enfermidade; tomando a enfermidade como toda contradição humana, que pode ser usada como instrumento de apropriação ou alienação de si. Assim, o significado e a evolução de cada ação relacionam-se intrinsecamente ao valor que se reconhece no sujeito, podendo se configurar em instrumento de libertação ou de domínio. Quando o valor é o sujeito, a saúde não representa a norma, uma vez que a condição humana é estar constantemente entre saúde e doença (BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O., 1977).

Estas idéias, que circulavam no fim dos anos 70 e início dos 80 no Brasil, marcaram o questionamento acerca dos hospitais psiquiátricos entre outras tantas instituições totais. Nascimento (1986) sintetiza o questionamento desse período quando sugere que o problema, em sua maior abrangência, é o papel econômico, político e ideológico que os terapeutas ocupacionais são chamados a desempenhar na

sociedade brasileira através de sua atuação profissional nas instituições assistenciais. Para a autora, seria importante analisar de que maneira, em meio à complexidade das relações sociais, a terapia ocupacional, utilizando-se acriticamente da atividade, estaria contribuindo para conservar e consolidar uma organização social que, ao mesmo tempo em que produz, segrega e pune todo um contingente de pessoas que escapam à sua ordem racional.

O social como contexto de intervenção do terapeuta ocupacional

A discussão a respeito da área social na terapia ocupacional** conheceu seus primeiros momentos nos anos 70, quando terapeutas ocupacionais atentos aos movimentos sociais** do país compreenderam a dimensão político-social de sua prática e buscaram participar em projetos de ações sociais e em instituições até então distantes de seus interesses.

Alguns desses técnicos reivindicaram a possibilidade de desenvolver projetos em espaços educativos e, principalmente, corretivos, merecendo destaque aqueles voltados à população infantil e adolescente, aos idosos e aos presidiários. Entretanto, a crítica à medicalização das questões sociais levantou uma nova problemática, uma vez que a medicina havia desempenhado um papel relevante na formação dos espaços de segregação como forma de saneamento da sociedade.

No Brasil, a partir do início do século XX, a medicina teve papel relevante na definição de parâmetros de ordenação da vida cotidiana. Principalmente nas cidades, sua presença torna-se evidente no estabelecimento de padrões de comportamentos sociais considerados normais. A noção de patologia social, para Carvalho et al. (1964), aplicava-se àquelas eventualidades em que o conviver ético-social entra pelos desvios do que seria uma patologia, compreendendo dois grupos: a marginalidade (prostituição, vícios, instabilidade social, desajustes e dificuldades sociais) e os comportamentos anti-sociais (crimes, contravenções e ações anti-sociais menores).

* A terapia ocupacional recriada no Brasil a partir do modelo norte-americano, no final dos anos 50, respeitava duas áreas básicas de atuação: a reabilitação física e a ergoterapia dos asilos e manicômios).

** Modo de ação coletiva dos homens na história (ações sócio-políticas), envolvendo uma práxis e um pensar; refere-se às lutas sociais para defesa de interesses coletivos amplos ou de minorias, conservação de privilégios, obtenção ou extensão de benefícios e bens coletivos (GOHN, 1997). São, por outro lado, ações coletivas fora da esfera estabelecida pelas instituições (GIDDENS, 1993 apud GOHN, 1997) que englobam um tipo específico de ação conflitiva e envolvem uma enorme variedade de fenômenos, sendo também um modo de construir a realidade social a partir da busca de emancipação (FRIEDMANN, 1994 apud GOHN, 1997), reivindicações e lutas por mudanças sociais ou de conservação. São movimentos fluidos e perpassados por outros processos sociais que têm por base entidades e organizações da sociedade civil e política (GOHN, 1997).

O *social* como campo de intervenção constituiu-se, para os terapeutas ocupacionais, vinculado a um processo ao qual estava submetida uma parcela da população colocada, mesmo que de forma implícita, na categoria de patologia social, justificando dessa forma sua internação (BARROS et al., 1999).

Assim, terapeutas ocupacionais preocupados com a dinâmica social geradora desse quadro buscavam discutir tais questões no âmbito da própria disciplina, perguntando se esse seria um campo com objeto e método de atuação específicos. Esse questionamento foi propício à constituição de um olhar crítico da terapia ocupacional em relação ao processo de exclusão social, mas pouco contribuiu no sentido de propor uma forma de atenção que respondesse à complexa realidade sobre a qual buscava intervir. Reproduzia, portanto, os modelos de ação com os quais estava familiarizada (GALHEIGO, 1999).

No caso da atenção a crianças e jovens, apesar de o discurso ressaltar a marginalidade social e política voltada a essas populações, a prática profissional resultava, ainda, em um enfoque reducionista e individualizante a ser equacionado no foro exclusivo da prática clínica. Tomando como referencial os estudos sobre o desenvolvimento humano, o terapeuta ocupacional formulava sua atuação a partir dos conceitos de função e disfunção ou de normal e atrasado/problemático, revelando, freqüentemente, uma ação centrada no adulto, ao mesmo tempo dominadora e disciplinar. Dessa forma, a terapia ocupacional social não superou suas contradições, limitando-se ao espaço de outros campos de sua ação (GALHEIGO, 1999).

Esse debate permitiu que se percebessem os riscos e a necessidade de definir limites para a intervenção terapêutica, bem como para evidenciar que a terapia ocupacional não se define apenas no interior da própria profissão. Os profissionais vão, aos poucos, *focalizar* o “social”. Entretanto, este “social” é compreendido como o *contexto global* que influenciaria de fora a dimensão terapêutica. Ou seja, trata-se de um *social* substantivado, esvaziado de historicidade e de sua força explicativa do movimento e do real. Foi, assim, incorporado como um *aspecto* (entre outros) no interior de uma racionalidade fragmentadora e redutora.

É preciso ressaltar que, por outro lado, a preocupação com as questões sociais reforçou o questionamento que se fazia sobre a concepção segmentada dos campos da terapia ocupacional. Entravam em crise a terapia ocupacional psiquiátrica (que só mais tarde será saúde mental) e a terapia ocupacional neuro-ortopédica. Novas práticas e idéias

foram transformando o conhecimento na área e, desta maneira, tornava-se evidente que a divisão no interior da terapia ocupacional encobria outra fragmentação: a da pessoa assistida.

O paciente era transformado pela classificação e abordagem do profissional em partes estanques de um todo abstrato, ou ainda em aspectos físicos, aspectos mentais e aspectos sociais. A crítica a estes desdobramentos dos postulados cartesianos permitiu novas formas de ação do técnico, constituindo-se na mais significativa contribuição provocada pela discussão do campo social em terapia ocupacional. Possibilitou, ainda, a busca de novos referenciais teóricos mais complexos, históricos e dinâmicos, para que se pudesse perceber o paciente como um ser social, inserido num processo cultural e em práticas históricas, e não como um somatório de partes fragmentadas.

Desta forma forjou-se, também, a discussão da terapia ocupacional em relação às características, aos problemas e às necessidades reais da população atendida, bem como do lugar de agente social desse profissional de saúde. Criticava-se, igualmente, a noção de atividade como conceito excessivamente generalizado das dinâmicas culturais, sócio-políticas e econômicas.

As críticas aos riscos de medicalização dos problemas sociais pelas ações de saúde comunitárias, ou mesmo das ações preventivas, contribuíram para que a designação de área social na terapia ocupacional – compreendida de modo reducionista – fosse abandonada aos poucos e, com ela, o trabalho e os estudos sobre aqueles grupos sociais.

Os terapeutas ocupacionais realizam, então, uma importante revisão de seus postulados e passam a buscar em outras áreas de conhecimento, como a sociologia e a filosofia, os apoios teóricos para essa tarefa.

O debate em torno do *social*, entretanto, terminou por diluir-se através de uma perspectiva totalizante que não aprofundou a leitura sobre os movimentos sociais, ou sobre a demanda crescente constituída no seio de uma sociedade marcada por intensa desigualdade social. Nessa sociedade o terapeuta ocupacional poderia atuar, desde que revisando conceitos e objetivos, contribuindo para o processo de transformação social em direção a maior equidade.

Para tanto, seria preciso que se superasse a concepção da terapia ocupacional como profissão exclusivamente da saúde, seu paradigma de fundação que a vinculava exclusivamente à mediação saúde-doença. Sem os recursos necessários para ultrapassar esta perspectiva, os terapeutas ocupacionais, atores e

críticos da atenção fragmentadora do homem, apenas enxergavam o risco de medicalização da sociedade e não conseguiram, naquele momento, alargar o campo de sua ação a populações que constituíssem demandas fora do sistema de saúde (BARROS et al., 1999).

No entanto, a questão fundamental persistiu, uma vez que a desigualdade continua a produzir a vulnerabilidade e em conseqüência a segregação, a desvalorização, a invalidação e a institucionalização de grande contingente da população infanto-juvenil, idosa, com deficiência e que sofre mentalmente.

Os processos de desinstitucionalização e a participação dos terapeutas ocupacionais

A noção de desinstitucionalização delimita-se no interior dos processos de reestruturação sócio-institucional das sociedades européias e da sociedade norte-americana após as duas Guerras Mundiais (GALLIO, 1990), nas quais os Estados modernos passaram a se responsabilizar, oficialmente, pelos chamados problemas sociais. Ou seja, o movimento de desinstitucionalização tem suas raízes nas políticas de Bem-Estar Social norte-americana e na Democracia Social da Europa do pós-guerra. Nesse quadro, os intelectuais adquiriram um espaço crescente na organização e administração da vida social cada vez mais gerida pela racionalidade científica cuja característica principal é realizar um nexos linear entre conhecimento e solução técnica dos problemas identificados (GRAMSCI, 1985).

A escolha política e teórica pela desinstitucionalização revelou e produziu conteúdos diferenciados segundo a opção adotada para a solução prática das questões que envolvem as instituições de asilamento e tutela, sejam elas manicômias, carcerárias ou reabilitadoras. Discutiam-se duas possibilidades. A primeira, representada pelas propostas desenvolvidas nos Estados Unidos, França e Inglaterra, privilegiando a criação de serviços assistenciais na comunidade, deslocando a ênfase anterior na centralidade da instituição total.

No âmbito da saúde mental, os italianos definiram-se por um segundo caminho e enfatizaram a necessidade de partir do interior do manicômio, criando

condições para sua desmontagem e conseqüente subversão de sua lógica e funcionamento. Para Basaglia, a doença mental deveria ser estrategicamente separada da noção de loucura e entendida como sofrimento psíquico, como contradição humana. Importava radicalizar no plano da teoria essa separação, para questionar não apenas a psiquiatria, mas a razão ocidental e sua produção no campo das ciências humanas. O conceito de desinstitucionalização, na acepção da psiquiatria democrática italiana*, significa a desconstrução da cultura asilar e a construção, no território, de serviços responsáveis por toda a demanda, serviços fortes, não hierarquizados, mas de dimensões complexas, podendo, segundo as necessidades de cada pessoa, assumir o caráter daquilo que chamamos unidade básica de saúde, ambulatório, centro social, hospital-dia, hospital-noite e, ainda, ser ponto de partida para trabalhos com outras instituições, para constituição de cooperativas, grupo-apartamento (moradia), acompanhamento terapêutico, entre outros.

No Brasil, a dimensão da cidadania tornou-se elemento central nas reivindicações dos anos 70 e 80 do século XX. No âmbito internacional, os direitos humanos estavam em destaque. Anseios de mudança foram se transformando em diversos movimentos sociais pelo acesso a serviços públicos e pela redemocratização do país: pela anistia, sindical, estudantil, de mulheres, contra a carestia e por melhores condições de vida, por saúde, por educação. Surgiram neste período lutas sociais centradas na questão dos direitos e nos mecanismos de exclusão social** (GOHN, 1997). Foi o que ocorreu com os movimentos de crítica às instituições asilares e carcerárias que exigiram mudanças profundas na ação e na compreensão da terapia ocupacional.

A crítica às instituições totais gerou uma tendência crescente de compreender o usuário como um interlocutor valioso. Pode-se afirmar que os processos de desinstitucionalização desencadearam e possibilitaram o desenvolvimento de uma nova prática em terapia ocupacional, cujas características principais, além daquelas referidas anteriormente, são marcadas pelo princípio de responsabilidade territorial na assistência, considerando:

- • valorização da demanda, sendo o usuário sujeito

* Remetemos ao trabalho de Denise Dias Barros: *Os jardins de Abel - desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EDUSP/Lemos, 1994.

** Categoria predominante nas análises dos movimentos populares dos anos 90 e que compreende tanto os excluídos de processos estruturais (como trabalho), quanto de trocas e que engloba tanto os processos que levam à exclusão como a própria resistência dos excluídos.

de direitos, e cuja principal consequência é o princípio de que toda demanda deverá ser acolhida;

- ênfase nas ações transdisciplinares e conhecimentos sócio-antropológicos;
- capacitação profissional voltada à atenção da população com necessidades e demandas de diferentes graus de gravidade;
- terapeutas ocupacionais como atores políticos e sociais;
- nos espaços extra-hospitalares, valorização da atividade: 1) como meio para socialização e inter-relação, e 2) atividades que possam constituir-se em instrumentos de inserção no universo do trabalho e da emancipação econômica. As atividades são compreendidas no interior de processos reais de vida. Elas são pensadas singularmente para cada pessoa, para cada situação, mas sempre referidas à história grupal, à classe social e ao universo simbólico. Abandona-se, assim, o pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotéticas;
- nos espaços de segregação, ênfase nas atividades de socialização e expressão, assim como naquelas situações que promovam a desmontagem da lógica e do cotidiano institucional.

As ações territoriais em saúde mental e o ressurgimento da questão social na terapia ocupacional

A noção de território que adotamos aqui supõe um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a serem conhecidas. Nele, podem-se observar diferentes maneiras de existir, sonhar, viver, trabalhar e realizar trocas sociais. Essa noção exige que se compreenda uma intervenção em saúde que supere a noção de risco, que vá além de isolar e escolher determinadas variáveis, geralmente de ordem biológica, para o desenvolvimento das ações de saúde. A intervenção em saúde deve estar pautada pela noção de chances de vida, buscando trabalhar a partir de uma visão do ambiente ecológico e social em que as vidas em questão se tecem. Dessa maneira, entende-se que as chances de vida determinam as chances de saúde das pessoas (OLIVER; BARRAS, 1999).

O território implica assim a idéia fundamental de reconhecimento do outro, de encontro com a alteridade. Isto significa, na saúde:

1. descentramento do saber do técnico para a idéia de

saberes plurais diante de problemas e de questões sociais;

2. descentramento das ações da pessoa (considerada corpo/mente doente ou desviante) para o coletivo, para a cultura da qual a pessoa não pode ser separada;
3. descentramento da ação: do *setting* para os espaços de vida cotidiana;
4. descentramento do conceito de atividade como processo unicamente individual para inseri-lo na história e na cultura.

Se esta passagem não se processa, não é possível falar em terapia ocupacional social, pois para isto é necessário romper com o discurso de saúde que se restringe ao modelo médico-psicológico e confrontar-se com a complexidade da vida da comunidade. O trabalho de transformação da assistência exigiu uma competência interdisciplinar que provocou respostas inovadoras para os novos serviços criados. Foi preciso transcender a clínica, a relação dual, superar a necessidade do *setting terapêutico* e confrontar-se com o território.

Emergiu, então, o desafio de buscar novas bases que orientassem a ação e, para isto, foi preciso rever os conceitos de ocupação, de trabalho e de atividade, a fim de ampliar as possibilidades de quem até então vivera apenas dentro da garantia cruel dos muros e do isolamento das trocas sociais e culturais.

Para Galheigo (1999), o terapeuta ocupacional no Brasil, ao rever seu papel de adaptador social em favor do papel de articulador social, tem sido chamado a repensar a especificidade deste campo de ação. A autora percebe a necessidade da constituição de um campo de conhecimento teórico e prático que implica a possibilidade de refletir, articular e produzir o conhecimento necessário em três domínios, a saber: o macro-estrutural e conceitual, o político-operacional e o da atenção pessoal e coletiva. Tais planos se interpenetram no cotidiano, compoem a dinâmica da realidade profissional a que a terapia ocupacional social se filia: uma prática assentada na intersectorialidade e fundada na transdisciplinaridade.

A questão social torna-se novamente imperiosa para os terapeutas ocupacionais.

A terapia ocupacional social e a atenção a grupos sociais em processos de ruptura das redes sociais de suporte

Do ponto de vista sociológico, podemos identificar dois grupos-alvo da ação do discurso disciplinador, tanto médico (em senso amplo) como jurídico, e que se constituem na população da terapia

ocupacional social:

1. Aqueles que sofrem processo de exclusão. A eles foi aplicado o atributo de periculosidade social que justificou sua institucionalização, ou seja, processos de exclusão social para sua recuperação, educação e/ou repressão. Envolvem, entre outros:
 - a. os que povoaram e continuam povoando os espaços fechados e isolados da comunidade como manicômios e hospitais psiquiátricos, asilos e instituições para pessoas com deficiência, prisões, abrigos;
 - b. crianças e adolescentes institucionalizados;
 - c. velhos asilados e destituídos de direitos.
2. Grupos sociais que, devido às transformações sociais, estão expostos diretamente à precarização do trabalho, à vulnerabilidade relacional e portanto à marginalização e à ruptura das redes sociais. Para estes, o déficit de integração está vinculado à degradação do mundo do trabalho e suas conseqüências na qualidade da vida: moradia, educação, sociabilidade, cultura, levando a processos de desfiliação (CASTEL, 1994). Vivem sob ameaça de exclusão.

Assim, sem perder de vista que a luta contra a exclusão implica luta contra a desregulamentação do trabalho e pela distribuição da riqueza; sem negligenciar o fato de que as ações precisam estar inseridas num processo político consciente, acreditamos que por sua história, pelo acúmulo de discussões construídas na crítica às instituições de segregação e, sobretudo, pelo conhecimento da mediação da atividade, a terapia ocupacional pode contribuir em campos de intervenção que têm permanecido distantes de suas preocupações. Para isto, será preciso rever e reformular conceitos e reorientar sua práxis.

Ao analisarmos as estratégias e os recursos adotados para promover a inserção, a inclusão e a participação dos diferentes grupos sociais com os quais se trabalha, verificamos que as atividades (artesanal, artística, cultural, geradora de renda) se tornam o eixo organizador da intervenção. A sociedade as percebe como um recurso valioso, mas poucos terapeutas ocupacionais têm sido sensíveis a esta que se tornou um novo tipo de demanda. Vimos surgir novos profissionais como o educador de rua, o oficineiro, o agente cultural, demonstrando que as atividades foram assumidas como instrumento fundamental. A terapia ocupacional social reformula-se a partir da aceitação deste desafio da busca de criar nexos entre aquilo que o processo social traz como demanda e o acúmulo produzido na terapia ocupacional acerca do conceito e

das implicações das atividades como *mediação*.

A proposta de um campo social na terapia ocupacional assume, nos anos 90, sentidos novos e diversas implicações. Tal proposição resulta de um esforço em renunciar à adoção de modelos redutores e de perspectivas simplificadoras sobre os quais se ergue o conhecimento com base num objeto abstrato: a atividade, bem como em construir uma abordagem dos problemas a partir do aprendizado do reconhecimento de necessidades e do desenvolvimento da capacidade de buscar soluções criativas, o que torna a técnica dependente da interpretação e da compreensão da realidade e não o inverso. Além disto, implica redefinição de objetivos e instrumentos da intervenção, estabelecendo a terapia ocupacional sobre bases mais largas.

Uma nova configuração da questão social, ressaltada por Castel (1999), tem definido outro tipo de demanda. Na década de 80 e de 90, a vulnerabilidade decorrente das transformações no mundo do trabalho levou à degradação das relações de trabalho e dos sistemas de proteção associados. Este processo de transformação das regras sociais leva ao aparecimento de sujeitos considerados “inválidos conjunturais” (DONZELOT, 1986) ou “sobrantes” (CASTEL, 1997) que desenvolvem “déficits de integração” (no trabalho, moradia, educação, cultura) e sofrem desqualificação, invalidação social e dissolução de vínculos, até ameaças de exclusão com tratamento discriminatório explícitos. A sociedade civil organizada se opõe a esses processos. Entende-se sociedade civil em sentido amplo e referido a todos aqueles que, não sendo parte do estatal e do oficial, prestam serviços à comunidade – movimentos populares, igrejas, sindicatos, associações, enfim, as organizações não-governamentais e os movimentos sociais.

Terapia ocupacional social: revisitando conceitos

A terapia ocupacional funda-se sobretudo em processos e ações comunicativas, comunicação que opera simultaneamente por diferentes formas de linguagem-pensamento. Ou seja, falar em atividade é falar em processo e em mediação interpretativa entre nós e os fenômenos: agir, reagir, interagir e fazer são modos marcantes, concretos e materiais de dizer o mundo. Interação dialógica, ao nível da ação, do homem com sua historicidade. Esta mediação interpretativa está, portanto, presa às representações do mundo que nossa historicidade nos impõe. E é esta compreensão da indissolubilidade entre homem e mundo e entre história

pessoal e social que vai conferir sua marca à terapia ocupacional social. Nossas reações à realidade, interações vivas e físicas com a materialidade das coisas e do mundo, se constituem em respostas sgnicas, portanto, de comunicações múltiplas e complexas. Neste contexto, a noção de experiência e também de historicidade são fundamentais.

Os significados e os sentidos atribuídos são percebidos pela pessoa no interior do arcabouço sócio-histórico de que é parte. Aqui nos deparamos com um postulado que afirma uma dicotomia e um dualismo indivíduo-sociedade, homem-natureza, homem-cultura, corpo-psique. Desta forma, os terapeutas ocupacionais tornam-se presas de outra ilusão, aquela que nos faz crer num sujeito em descontinuidade absoluta, separado do meio e da sociedade, isto é, partes destacadas ou ligadas mecanicamente ao todo. Por isto a terapia ocupacional social é historicidade, e só se define no contexto e na inter-relação: compreende a pessoa entre a objetividade de seu problema e a subjetividade da interpretação de suas necessidades, entre seu modo de perceber a vida e aquele do terapeuta ocupacional, entre a técnica e as dificuldades reais do cotidiano.

A terapia ocupacional, neste contexto, é definida por características, problemas e necessidades concretas da população com e para a qual trabalha e, também, a partir de sua responsabilidade social na área da saúde em um sistema em transformação.

Cremos que priorizar o usuário para definir o profissional não seja um procedimento muito usual e, por isso mesmo, difícil de compreender, de fazer e de aceitar.

Trata-se de não mais trabalhar com a atividade como uma abstração esvaziada de sentido concreto para aquele indivíduo, para o qual nossa ação deve buscar equacionar necessidades reais. As atividades absorvem da psicologia a dimensão inconsciente, mas tornam-se um conceito permeado de historicidade, nutrido pela dimensão sócio-política e cultural enquanto instrumento para a emancipação. Um conceito inacabado, indicial; universal por ser trans-situacional, que tem significados distintos em cada situação particular e só ganha sentido no contexto de intercâmbio e das práticas em que se realiza.

A atividade torna-se situada e significativa na imbricação de um caleidoscópio de interpretações: ela é percebida, vivida e interpretada por cada um de seus atores (a pessoa, o terapeuta ocupacional, o grupo mediato, a cultura e os valores buscados) e é modificada pelo intento de transformação presente nos objetivos do

programa em que se inscreve. É por isso que o conceito de atividades em terapia ocupacional social é um construto, uma mediação de relações múltiplas, mas situada no tempo e no espaço culturais; é um conceito inacabado e incorpora em si essa incompletude, constituindo-se pelo movimento, pelo processo de comunicação em linguagem (verbal, gestual, sonora, ou seja, icônica, indicial e simbólica). Trata-se de um conceito que se realiza na experiência e na situação vivida. As atividades possuem matéria irredutível que se empresta à significação, mas que impõe condição para sua atuação e define limites para a interpretação. Tais atividades são objeto que se constrói na comunicação, na experiência e na situação vivida segundo a história, as práticas sociais e os valores culturais que cada pessoa ou grupo social realiza de forma particular. Por isto, são ao mesmo tempo, objeto singular e plural, podendo configurar-se como instrumento de emancipação ou de alienação. Os objetivos, e os processos escolhidos para obtê-los, é que poderão caracterizar as atividades como promotoras de emancipação e de cidadania.

A terapia ocupacional recobre um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na esfera social, devendo desenvolver metodologias adequadas à ação territorial e comunitária. Assim, torna-se imprescindível para a terapia ocupacional aceitar os desafios que se colocam e buscar contribuir, a partir dos saberes que vem acumulando em outras esferas, na formulação e desenvolvimento de ações que possam equacionar problemas vinculados aos processos de ruptura de redes sociais de suporte. Trata-se de fortalecer uma postura epistemológica na terapia ocupacional, em que as intervenções devem ser dimensionadas pela compreensão da demanda (análise de sentido e de processos históricos e sócio-culturais) e pelo uso de atividades como elemento centralizador e orientador na construção complexa e contextualizada do processo (CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP, 1997).

Parece-nos fundamental buscar novos nexos capazes de dar conta de uma terapia ocupacional que vem se constituindo fora do eixo estruturador saúde-doença. Trata-se de problematizar a relação entre a terapia ocupacional e a sociedade e a cultura nas quais sua ação se inscreve, delineando princípios metodológicos que permitam pensar a prática, transcendendo o momento empírico sem, contudo, aprisionar a reflexão em teorias redutoras ou mesmo em modelos predefinidos, que não possuem capacidade de compreender o movimento do real, da história e da vida em seu contexto.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Social occupational therapy. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 13, n. 3, p. 95-103, set./dez. 2002.

ABSTRACT: The aim of this paper is to discuss the unfolding of a new research area – seen both as a field for theoretical reflection and as a praxis of intervention: the so called ‘*social occupational therapy*’, which has been defined to be the body of knowledge related to processes of caring and dealing with people lacking an adequate social support net. To that purpose, we address ourselves to the following tasks: the first is to understand which occupational therapy has emerged outside the main organizing framework ‘health-disease’; the second one is to disclose the intertwining relations between occupational therapy and the society and culture within which it has been effectively developed. We consider that it is important to outline methodological principles that allow us to think out our practices, beyond the empirical moment; but we also believe that this has to be done without narrowing our reflections to the limits of reducing theories or pre-established models, a restriction that would make it impossible to fully understand the movements of the real world, life and history within their own context. In order to do so, we review the recent history of occupational therapy and investigate: the emergence of the ‘*social question*’, concerning reflection and practices in occupational therapy in São Paulo; the ‘*social*’ as a context of intervention of the occupational therapist; the processes of desinstitutionalisation; the importance of territorial actions in occupational therapy and, finally, the concepts that allow us to define the attention to social groups submitted to situations of rupture of their supporting social nets as a practice of occupational therapy.

KEYWORDS: Occupational therapy/trends. Social medicine. Deinstitutionalization.

REFERÊNCIAS

- BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e sociedade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 10, n. 2-3, p. 71-6, 1999.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. **Los crímenes de la paz:** investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. México: Siglo XXI, 1977.
- BASAGLIA, F.; BASAGLIA, F. O. **O homem no pelourinho.** São Paulo: Tradução IPSO - Instituto de Psiquiatria Social, 1979.
- CARVALHO, H. V.; BRUNO, L.; SEGRE, M. **Medicina social.** São Paulo: EDUSP, 1964.
- CASTEL, R. Da indigência à exclusão, à desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde loucura**, n.4. São Paulo: Hucitec, 1994. p.21-48.
- CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: BELFIORE-WANDERLEY, M.; BÓGUS, L.; YAZBEK, M. C. (Org.). **Desigualdade e a questão social.** São Paulo: EDUC, 1997. p.15-48.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social** – uma crônica do salário. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL. **O curso de terapia ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.** São Paulo, 1997.
- DONZELOT, J. **A polícia das famílias.** 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.
- GALHEIGO, S. M. Repensando o lugar do social: a constituição de um campo de conhecimento em terapia ocupacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6., Águas de Lindóia, SP, 1999. **Programas e resumos.** Águas de Lindóia, 1999. p.24.
- GALLIO, G. **A transformação da psiquiatria italiana:** história, teoria e prática. Cidade Universitária – Universidade de São Paulo. São Paulo, 20 de março de 1990 (Gravado).
- GOFFMAN, E. **Prisões, manicômios e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.
- GOHN, M. G. **Teoria dos movimentos sociais** – Paradigmas clássicos e contemporâneos. São Paulo: Loyola, 1997.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura.** 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1985.
- NASCIMENTO, B. **A saúde e a saúde.** São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1986. (Mimeo)
- OLIVER, F. C.; BARROS, D. D. Reflexionando sobre desinstitutionalización y terapia ocupacional. Materia prima – primera. **Rev. Independiente Ter. Ocup.**, Argentina, v. 4, n. 13, p. 17-20, 1999.

Recebido para publicação: 24/05/2002

Aceito para publicação: 19/07/2002