

UNIVERSIDADE DE SOROCABA

PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



Tatiana Doval Amador

TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO ESCOLAR DE SOROCABA

Sorocaba/SP

Outono/2006

Tatiana Doval Amador

TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO ESCOLAR DE SOROCABA

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientação: Prof. Dr. Fernando Casadei Salles.

Sorocaba/SP

Outono/2006.

Ficha Catalográfica

A495t Amador, Tatiana Doval
Terapia ocupacional na educação escolar de Sorocaba / Tatiana
Doval Amador. -- Sorocaba, SP, 2006.
112 f.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Casadei Salles
Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de
Sorocaba, Sorocaba, SP, 2006.
Inclui bibliografias, apêndices anexos.

1. Educação escolar. 2. Terapia ocupacional – Sorocaba, SP. 3.
Terapia ocupacional - Juventude. 4. Terapia ocupacional – História. I.
Salles, Fernando Casadei, orient. II. Universidade de Sorocaba. III.
Título.

Tatiana Doval Amador

TERAPIA OCUPACIONAL NA EDUCAÇÃO ESCOLAR DE SOROCABA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade de Sorocaba, pela banca examinadora formada pelos seguintes professores:

1º. Exam.: Prof. Dr. Jorge Luis Cammarano González

2º. Exam.: Profa. Drª Roseli Esquerdo Lopes

Sorocaba, abril de 2006.

AGRADECIMENTOS

Talvez esta seja a parte mais importante desta dissertação de mestrado, o de agradecer a todos aqueles que participaram, contribuíram e compartilharam comigo este trabalho, que é muito mais que um projeto científico, mas um projeto de vida.

Chego ao fim deste longo estudo, e recomeço uma nova etapa... É o momento de construir novos projetos entrelaçados à ciência. Antes de tudo, quero fazer alguns agradecimentos:

Àquele que me desafiou e norteou minhas idéias de forma tão acolhedora, continente, sábia e crítica: Prof. Dr. Fernando Casadei Salles.

Aos professores doutores Roseli Esquerdo Lopes, Jorge Luis Cammarano González e Wilson Sandano, pelas preciosas contribuições na banca examinadora.

Aos colegas, terapeutas ocupacionais, que, de forma direta ou indireta, exercem a Terapia Ocupacional tão plenamente.

A todos os educadores que passaram pela minha trajetória escolar, da infância ao mestrado, em especial às terapeutas ocupacionais (Rita, Cíntia, Bruneta, Márcia, Gi e Sô), que me apresentaram à Terapia Ocupacional e concederam preciosas informações para esta pesquisa.

Aos usuários do Projeto Recriando (adolescentes e familiares) que, sem dúvida, deram o “tom” deste trabalho.

Aos profissionais, indiretamente, envolvidos com o Projeto Recriando: Joseane Antonio, Isabela Bergamo, Thiago Augusto, Vivian Müller, Ana Laura Aranha, Renata Cé e Leonardo Rariz, pela parceria e eterno apoio.

Àquela que nunca me deixou desistir... minha mãe, educadora, que desde pequena me despertou o gosto pela Educação, pelas brincadeiras de “escolinha” na infância às trocas de experiências profissionais.

Ao meu pai, pelo espírito de luta por uma condição de vida melhor e o acolhimento às minhas angústias/críticas frente ao mundo.

Ao Marino, companheiro de todas as horas, pelo incentivo e afeto.

Aos meus irmãos, Keké e Mel, por compartilharmos uma história traçada por caminhos tão distintos.

Agradeço ao ar que respiro, à luz que enche meus olhos, ao vento que esbarra em minha pele, à melodia que me encanta, ao sabor da vida, e, principalmente, àquele que me provém destas sensações.

A todos, minha sincera gratidão.

Meu sonho

Meu sonho resiste, persiste, insiste.
Meu sonho, tramado no tempo, finge ter medo.
Torna-se silêncio,
Finge ser louco,
Finge ser pouco.
Meu sonho resiste, persiste, insiste.
Meu sonho tramado no tempo,
Perseguido, torturado, exilado;
Enclausurado renasce.
E quando surpreende o inesperado, se transforma,
Em mãos, em abraços,
Em novos espaços,
Em outros segredos.
Meu sonho
Nunca sai do meu lado,
Projeta vidas e mundos,
Provoca inveja no absurdo,
E se espalha nos subúrbios,
Meu sonho
Não pede esmola p' vida,
Se esconde em qualquer esquina,
E a certeza alucina.
Meu sonho
Ora é vela que navega,
Ora é mar que desespera,
E no incômodo da espera,
Outros caminhos trafega.

(González, 2004)

RESUMO

Este trabalho consiste numa dissertação de mestrado, cuja pretensão é discutir a identidade da Terapia Ocupacional na Educação Escolar.

A discussão se dá a partir de três focos distintos, mas complementares entre si. No primeiro momento, foi feito o apontamento dos determinantes históricos da Terapia Ocupacional. No segundo, voltamos-nos ao seu contexto no município de Sorocaba, e, por fim, procedemos à discussão da prática da Terapia Ocupacional, através do Projeto Recriando desenvolvido no Núcleo de Terapia Ocupacional da Universidade de Sorocaba.

A metodologia da pesquisa tem abordagem de natureza qualitativa, de caráter exploratório. Portanto, são analisados dados colhidos em quatro estratégias complementares: revisão bibliográfica, pesquisa documental, entrevistas, atividade realizada por usuários do Projeto Recriando.

Ao final, reportamos-nos aos desafios apontando os limites e perspectivas atuais da Terapia Ocupacional no campo da Educação Escolar.

Palavra-chave: Terapia Ocupacional – Educação Escolar; Terapia Ocupacional – Sorocaba, SP; Terapia Ocupacional – Juventude; Terapia Ocupacional – História.

ABSTRACT

This work consists in a master dissertation, whose pretension is to argue the identity of the Occupational Therapy in school Education.

The discussion begins from three distinct focus, but complementary between itself. At the first moment, the most important part of Occupational Therapy history. In the second, we turn to the context in the city of Sorocaba, and finally, we proceed to the discussion from the practical of Occupational Therapy, through the Recriando Project, developed in the Nucleus of Occupational Therapy, in University of Sorocaba.

The methodology of the research has boarding of qualitative nature, of exploratory character. Therefore, will be analyse four complementary strategies: bibliographical revision, documentary research, interviews and activities by Recriando Project users.

To the end, we refer about the challenges, the limit points and current perspectives of the Occupational Therapy in the area of the school Education.

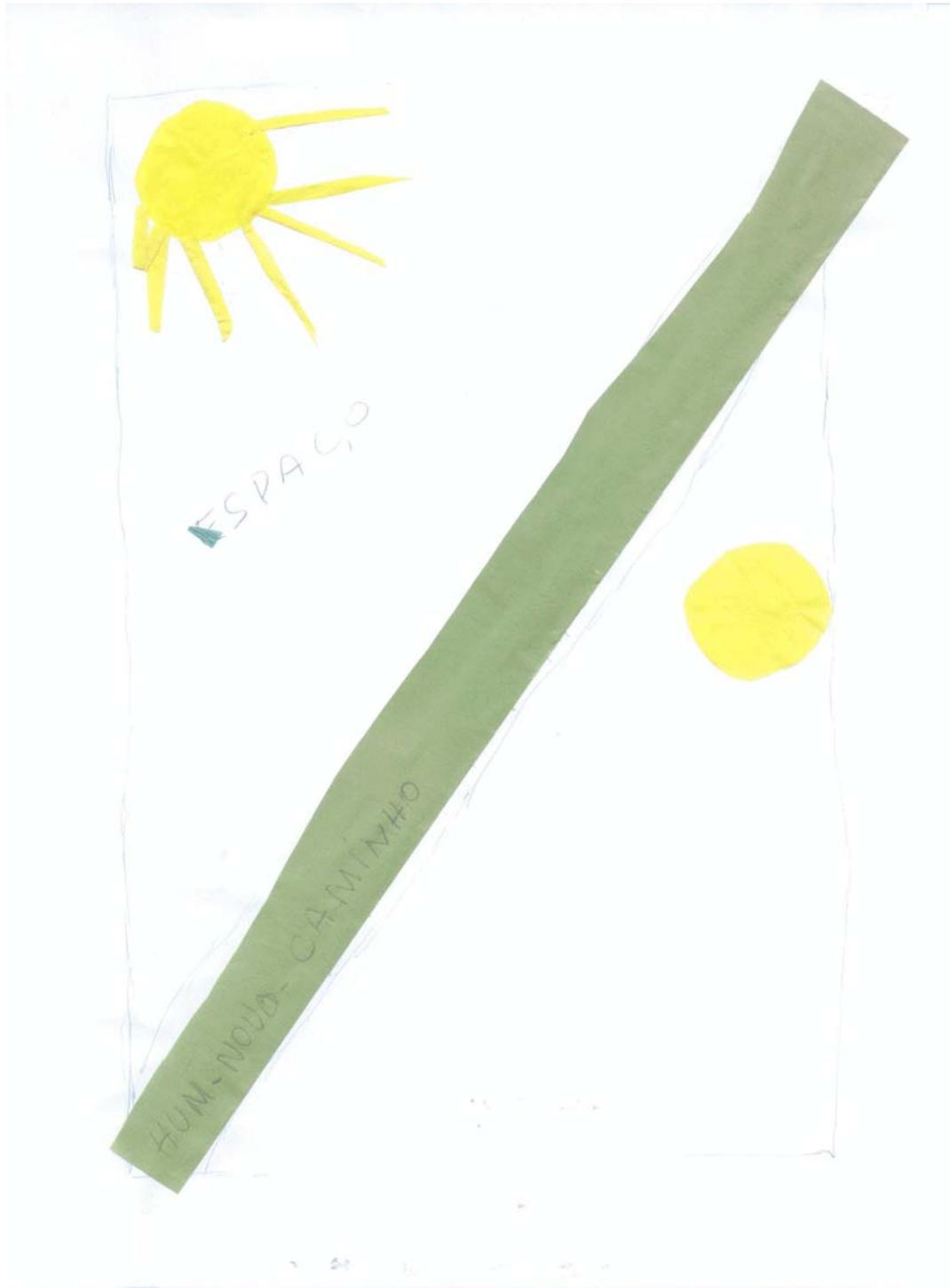
Key words: Occupational Therapy - School Education; Occupational Therapy - Sorocaba, Sao Paulo, Brazil; Occupational Therapy - Youth; Occupational Therapy - History.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
Caminhos Metodológicos da Pesquisa.....	24
CAPÍTULO 1 - TERAPIA OCUPACIONAL E EDUCAÇÃO.....	31
1.1 Breve histórico da Terapia Ocupacional.....	32
1.2 Chegada da Terapia Ocupacional no Brasil.....	37
1.3 Os primeiros cursos e a profissão de Terapia Ocupacional no Brasil.....	43
CAPÍTULO 2 - TERAPIA OCUPACIONAL EM SOROCABA: A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA E SEUS DESAFIOS.....	51
2.1 A Terapia Ocupacional no município de Sorocaba.....	52
2.2 O Curso de Terapia Ocupacional na UNISO.....	56
2.3 O Serviço de Terapia Ocupacional na UNISO – Núcleo de Terapia Ocupacional.....	64
CAPÍTULO 3 – PROJETO RECRIANDO E OS SABERES E PRÁTICAS NO CAMPO EDUCACIONAL.....	68
3.1 A Terapia Ocupacional e a Educação Escolar.....	69
3.2 Projeto Recriando - a que e a quem veio?.....	75
3.3 A voz dos atendidos.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
REFERÊNCIAS.....	90

APÊNDICE A – Atividades realizadas pelas mães dos adolescentes usuários do Projeto Recriando.....	93
APÊNDICE B – Atividades realizadas pelos adolescentes usuários do Projeto Recriando.....	97
ANEXO A – Decreto Lei N. 938 - de 13 de Outubro de 1969.....	101
ANEXO B – Lei N. 6.316 - de 17 de Dezembro de 1975.....	103
ANEXO C – Resolução CNE/CES 6, de 19 de Fevereiro de 2002.....	108

INTRODUÇÃO



O objetivo da presente pesquisa é discutir a identidade da Terapia Ocupacional na Educação Escolar. Há muito se observa um movimento de expansão desta área, mas nem sempre com consciência plena do significado desse processo. Para fazermos esta investigação vamos nos apoiar na experiência da Universidade de Sorocaba - UNISO, junto à rede pública de ensino, desta cidade, através do seu Projeto Recriando.

É importante destacar, desde o início, a vontade política da UNISO com relação ao Curso de Terapia Ocupacional, que aparece como resposta à crise educacional vivida pela escola pública. Nesse sentido, antes de qualquer coisa é importante esclarecer o contexto que a escola pública atravessa, no qual se deu a aproximação da Terapia Ocupacional com a Educação Escolar em Sorocaba.

Poderíamos justificar o início da parceria da Terapia Ocupacional com a Educação Escola por diferentes aspectos, mas optamos por retratá-la rapidamente pelo ângulo da Progressão Continuada.

No ano de 1997, o Governo do Estado de São Paulo constitui o regime de Progressão Continuada no ensino fundamental. O novo sistema implantado tinha por objetivo aumentar o foco de avaliação do aluno, tanto em profundidade como em extensão.

No primeiro caso, propunha-se a uma avaliação para além dos aspectos restritos do desempenho cognitivo de cada aluno. Outros aspectos da prática do aluno deviam ser incorporados à nova sistemática, além da individualização do processo de avaliação, na medida em que se partia do pressuposto da heterogeneidade de condições existentes entre os alunos. No segundo caso, a avaliação continuada

propunha uma revisão radical no processo de avaliação, ao invés de fazê-la centrada em um momento determinado do processo de ensino-aprendizagem, momento este que se realizava geralmente em torno da aplicação de uma prova escrita ou teste, a avaliação se dava com relação ao processo de aprendizagem discente.

Essa passagem de um modelo pedagógico tradicional para um modelo inovador foi no início, talvez, mal compreendido, o que gerou, ao invés de uma flexibilização necessária ao processo de avaliação, certo relaxamento, atribuindo-lhe uma conotação, que de fato ele não tinha: a de promoção automática.

O preço pago por essa inovação, como não podia deixar de ser, visto o papel central da avaliação na cultura escolar, foi o de potencializar ainda mais o número de "analfabetos" com diplomas, fato este que, bem examinado, verifica-se não trazer nenhuma novidade.

Para fazer frente à nova situação, a primeira questão assumida pelos especialistas envolvidos foi a de compreender a fragilidade da estrutura escolar diante daquela novidade, ou seja, a avaliação como uma progressão continuada. A segunda questão foi a de propor a superação daquela situação compreendida erroneamente como de falta de preparo dos educadores, o que levou a atrair profissionais de outras áreas do conhecimento, em especial da Terapia Ocupacional, que, no caso, são aqueles que nos interessam observar neste trabalho.

Feitas estas considerações que, de maneira geral, indiciam a presença da Terapia Ocupacional nas escolas, passamos às questões, propriamente ditas, que explicam e justificam o presente projeto de pesquisa.

A primeira questão foi fazer uma pesquisa bibliográfica capaz de contextualizar a presente investigação na produção acadêmica existente. Era nossa intenção fazer um

estudo da arte que fosse o mais completo possível sobre o tema, mas dadas as condições de tempo, impostas rigidamente para a realização de trabalhos como este, optamos por uma investigação restrita, mais compatível com o prazo de que dispúnhamos.

Em face dessas questões, fixamos como alvo da nossa pesquisa as duas mais antigas universidades públicas existentes no Estado de São Paulo, que contam com Curso de Graduação em Terapia Ocupacional e Pós-Graduação em Educação, mestrado e/ou doutorado, que são a Universidade de São Paulo - USP e a Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, e a própria UNISO.

Examinados os dados colhidos no banco de teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES¹ – de 1987 a 2004, junto a essas Instituições, pudemos observar um número quase insignificante de estudos sobre o assunto. Vale salientar que esta pesquisa foi realizada pelo recorte do binômio Educação-Terapia Ocupacional, considerando o assunto pelo qual o resumo da pesquisa foi cadastrado junto ao órgão citado.

Pudemos constatar que na USP, na área da Educação, não constam dissertações de mestrado e teses de doutorado, cujo assunto é Educação e Terapia Ocupacional, já na UFSCar existem sete pesquisas sobre o tema, divididos entre os programas de Educação e Educação Especial.

Dentre as pesquisas do Programa de Educação Especial, temos: “O trabalho do terapeuta ocupacional com crianças com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor no estado de São Paulo” (VITA, 1997) e “Programa de educação preventiva: uma proposta para os serviços de estimulação/intervenção precoce” (BREDARIOL, 1999),

¹ <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/>>

ambas dissertações de mestrado. Os estudos, em nível de mestrado, encontrados no Programa de Educação são: “As correntes metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo (1970-1985)” (PINTO, 1990), “Terapia Ocupacional: discurso e prática no Estado de São Paulo” (MAROTO, 1991) e “A formação do terapeuta ocupacional – o currículo: histórico e propostas alternativas” (LOPES, 1991). As teses de doutorado do Programa são: “Aprender uma nova forma de viver o corpo: o desenvolvimento da consciência corporal e o ensino do método self-healing” (PINTO, 1998) e “Trabalhando a formação do terapeuta ocupacional reflexivo para atuar junto a crianças com atraso no desenvolvimento” (PFEIFER, 1999).

Em pesquisa realizada no acervo da Biblioteca “Aluísio de Almeida”, da UNISO, encontramos seis trabalhos desenvolvidos por terapeutas ocupacionais, no Programa de Mestrado em Educação da UNISO, são eles: “O material e a atividade enquanto intermediários das interações grupais” (MIRANDA, 2000), “O professor universitário da área da saúde: profissão e qualidade de vida” (ROSA, 2000), “Posso entrar?: um estudo sobre a inclusão de alunos com deficiências físicas em instituições de ensino regular na cidade de Sorocaba” (BERNAL, 2000), “Os jogos de regras e o desenvolvimento de habilidades em crianças de 5 a 6 anos” (FLORIO, 2000), “A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais nas séries iniciais do ensino fundamental: um olhar na sala de aula” (REY, 2003), e “As questões da condição pós-moderna e a formação do terapeuta ocupacional: o caso da Universidade de Sorocaba” (BRANÇAM, 2003).

A conclusão a que chegamos nesta pesquisa é que, além de poucos trabalhos acadêmicos produzidos nessas Instituições sobre a Terapia Ocupacional e Educação Escolar, os poucos existentes não trabalharam com o foco na Terapia Ocupacional nas

escolas. Assim, diante dessa realidade, resolvemos realizar a presente dissertação com a finalidade de investigar o significado da atuação da Terapia Ocupacional nas escolas, isto é, como ela se insere, a partir da sua identidade, nas atividades escolares e qual o caráter dessa inserção.

Cabe antes de qualquer desenvolvimento do tema, uma breve explicação sobre a sua escolha. Podemos dizer que a nossa explicação se fundamenta em três razões básicas. A primeira pela nossa trajetória acadêmica, como aluna do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UNISO. Quando, no decorrer do curso, por motivos diversos, especialmente relacionados com a identidade da profissão, fomos levada a fazer vários questionamentos a respeito do campo de atuação da Terapia Ocupacional.

[...] das poucas informações que tinha a respeito dela, pouco ou quase nada me atraía. Pelo contrário, havia coisas que eu detestava absolutamente, como, por exemplo, ter de saber fazer trabalhos manuais e ter de lidar com pessoas acamadas e dar-lhes suportes para sua higiene, etc... Isso me parecia ser babá de gente doente e ser professora de trabalhos manuais. (MEDEIROS, 2003, p. 20).

Essas inquietações aumentavam ainda mais de intensidade na medida em que percebíamos as dificuldades dos próprios docentes em responder a essas questões. Fato este que aumentava ainda mais as nossas incertezas em relação ao estatuto cultural-profissional da Terapia Ocupacional. Tal situação nos levou inúmeras vezes a nos ver como simples encaminhadora de atividades, muitas vezes insinuadas ou prescritas por profissionais de outras áreas.

Se, no nosso primeiro encontro com a Terapia Ocupacional, havia um sentimento de dúvida acerca do conhecimento proposto por ela, no segundo momento essa

curiosidade assume outra conotação. De simples resposta à dúvida de identidade técnico-profissional, que surgida no nosso tempo de graduação, passamos a vivenciar, já na nossa vida profissional e de mestranda em Educação, novas incertezas trazidas agora pela curiosidade na fundamentação científica que dava base à Terapia Ocupacional.

Ao concluir o curso, apesar do domínio de inúmeros fundamentos teóricos da Terapia Ocupacional, não nos víamos, no entanto, segura quanto à sua identidade epistemológica.

No terceiro momento, já no Programa de Mestrado em Educação da UNISO, passamos a buscar os conhecimentos que compõem a Terapia Ocupacional na escola. Esse impasse nos remete a perguntas acerca da especificidade da Terapia Ocupacional, tais como: trata-se de uma ciência com conhecimento próprio ou tecnologia, e que conhecimentos são esses? Apesar de reconhecer a complexidade de responder a todas essas questões, nossas precárias convicções a respeito delas têm a ver com a identidade epistemológica da Terapia Ocupacional que, pode ser incluída no rol das demais ciências, com um objeto de estudo próprio e rigorosamente definido.

Autores reconhecidos, entre eles, Medeiros (2003, p. 37), atestam a complexidade desta tarefa. Para a autora, o único caminho possível para se obter um estatuto social de ciência para a Terapia Ocupacional é "extrair das numerosas concepções de Terapia Ocupacional existentes um consenso para poder entender o que é esta profissão". Tarefa essa impossível de ser obtida "sem se dar conta da sua historicidade e pressupostos filosóficos existentes em cada uma das concepções".

Acresce-se a essa falta de clareza quanto ao estatuto epistemológico da Terapia Ocupacional a complexidade da expansão do seu campo profissional. Expansão esta

que se pode resumir em três grandes eixos: o campo da clínica, do social e do educacional.

Na área clínica em hospitais gerais, ambulatórios, consultórios particulares e instituições de reabilitação, na área social a Terapia Ocupacional se apresenta com intervenções em comunidades, cooperativas, geração de renda, e na área da Educação em parceria com as escolas regulares e especiais. É evidente a presença da Terapia Ocupacional em diferentes áreas, com características distintas.

Neste contexto, o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO desempenha papel de destaque na medida em que promove e induz a abertura de novos campos de atuação para a profissão no município de Sorocaba, além de provocar discussões acerca de problemáticas específicas. Essa atuação se desenvolve tanto através do Curso de Graduação, que formava os profissionais habilitados a atuar no mercado de trabalho, quanto pela Extensão Universitária, que abria a profissão para um campo variado de atuação.

Um dos novos campos de atuação induzidos pela política do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO foi o da Educação Pública Escolar de Sorocaba, cujas razões discutiremos mais profundamente adiante.

Os sinais recebidos das escolas em busca de alternativas à crise de identidade que vivia a Educação Escolar em decorrência das radicais mudanças que aconteciam na sociedade, serviram muito provavelmente de motivação à entrada do Curso de Terapia Ocupacional na área da Educação Escolar de Sorocaba.

Pode-se dizer que a percepção da realidade, por uma demanda das escolas pelo serviço de Terapia Ocupacional, associada à sua própria crise de identidade, que até então tinha seu campo de atuação restritamente demarcado na área da medicina e em

especial da psiquiatria, explicam a origem deste processo de interface da Terapia Ocupacional com a Educação Escolar na localidade.

O encaminhamento prático dessa nova disposição, por parte da UNISO, foi a criação de um campo de estágio destinado aos alunos do 7º e 8º períodos do Curso de Terapia Ocupacional. Segundo o Projeto Político Pedagógico 2005/2006² (PPP) do Curso de Terapia Ocupacional que formaliza essa disposição, trata-se de “garantir um espaço terapêutico que favoreça a reflexão a respeito dos múltiplos determinantes do fracasso escolar, além de contribuir para o enfrentamento das dificuldades resultantes dessa problemática, tanto em nível pessoal quanto familiar e escolar”.

A proposta de um serviço de extensão à comunidade se refletiu no Projeto “Terapia Ocupacional Educacional: Desenvolvimento e Aprendizagem”, assim denominado pelo seu acolhimento de alunos da rede pública de ensino, tanto estadual quanto municipal, que apresentem queixa de inadaptação escolar, independente de apresentarem ou não alguma patologia que demande necessidades educativas especiais.

Observando retrospectivamente o significado da queixa de inadaptação escolar, pode-se verificar em todas elas, praticamente, um caráter ambíguo e, sobretudo, genérico. A queixa se fundamentava na "inadequação escolar" dos alunos, sem abordar, com objetividade, o sentido da expressão.

Perguntas, no entanto, como: Em que medida a “inadaptação escolar” consistia, de fato, em objeto da atividade do terapeuta ocupacional? e Qual a distinção de ação entre o pedagogo ou o psicólogo educacional e o terapeuta ocupacional? Apesar de

² Vale ressaltar que até o presente momento, este Projeto Político Pedagógico está em fase de aprovação.

sugeridas estas questões, não eram objetivamente abordadas. Não obstante a falta de definição objetiva da queixa genérica de “inadaptação escolar”, este fato não inibiu que o projeto fosse ampliado e desse origem a um projeto mais ambicioso: o Projeto Recriando.

Por outro lado é importante conhecer as circunstâncias que criaram o projeto alocado no Núcleo de Terapia Ocupacional. A primeira destas diz respeito a contratação de uma terapeuta ocupacional para desenvolver projetos de extensão no serviço. Sendo assim, tal projeto foi idealizado por duas terapeutas ocupacionais, nós, recém-contratada pela UNISO e a docente supervisora do serviço e responsável pelo estágio profissional “Terapia Ocupacional Educacional: Desenvolvimento e Aprendizagem”.

Após discussões na equipe o Projeto de Terapia Ocupacional Educacional foi redefinido e estendido a adolescentes. Uma das mudanças mais importantes que resultaram do processo de discussão do Projeto de Terapia Ocupacional Educacional foi relativa à idade das crianças alvo para atendimento. No projeto inicial de atendimento a faixa de idade não ultrapassava crianças com mais de 10 anos. Enquanto na redefinição ficou estabelecido um alargamento na faixa etária, que passou a incluir adolescentes até 20 anos de idade, além de levar a ação terapêutica até familiares e educadores. Se bem que não se possa afirmar que o Projeto Recriando responda às indagações que perpassam o âmago da relação entre a Terapia Ocupacional e a Educação Escolar (o encaminhamento ao serviço via o diagnóstico de "desajuste escolar"), pode-se, no entanto, reconhecer uma posição mais ativa desse projeto em relação à demanda do serviço.

Outra mudança importante decorrente deste processo de reavaliação da ação do Projeto Recriando se deu em torno da forma de se discutir a queixa da “inadaptação escolar”. Na nova maneira de compreender o problema a “inadaptação escolar” passa a ser discutida por diferentes ângulos, levando em conta a essência do encaminhamento, feito inicialmente pela escola (algumas vezes passando por outros serviços da cidade), o relato da família sobre o problema e suas expectativas, e, principalmente, a visão do adolescente-estudante frente à situação. A ampliação do serviço oferecido passa a ser observado qualitativamente, para além da simples extensão cronológica.

As queixas genéricas de “desajuste escolar”, que demandavam as primeiras ações dos terapeutas ocupacionais, passam no novo projeto a servir de apoio à superação das dificuldades na aprendizagem por diversas causas, de origem física, sensorial, psicológica, mental e/ou social apresentadas pelos estudantes da rede pública de ensino de Sorocaba.

O título do projeto, Recriando, é resumidamente justificado pela concepção do adolescer como um processo de ressignificação e reconstrução de si mesmo. Trata-se de um programa de atendimento a adolescentes, com idade cronológica de 10 a 20 anos (para simples delimitação), cujo objetivo consiste em discutir questões relevantes a essa fase. Dessa forma emergem temas como relação familiar, contexto socioeconômico, sexualidade, trabalho, projetos de vida, capacidades e dificuldades, e escola, mesmo que de forma indireta.

Não é preciso dizer que a complexidade da ação de dar fundamento epistemológico ao novo campo de atuação da Terapia Ocupacional e de favorecer a ressignificação da vida de adolescentes não era uma tarefa qualquer, mesmo porque o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, que é quem dava suporte à ação, não tinha

nenhuma prática teórica acerca das relações entre o campo da Terapia Ocupacional e a pedagogia. O curso tinha um caráter generalista, o que implicava buscar suporte teórico para as ações do Projeto Recriando em um campo variado de conhecimento, mas nenhum deles dedicados à escola ou à pedagogia.

Conforme o projeto se desenvolveu, nossos estudos informais também iam sugerindo novas inquietações, como, por exemplo: O que é terapia ocupacional? Qual o seu objeto? Qual a identidade do terapeuta ocupacional na área da Educação Escolar? Como é sua atuação? No que ele se diferencia dos outros profissionais como o pedagogo, psicólogo, educador, dentre outros? Qual a sua importância para a Educação Escolar?

Apesar de simples formulação destas questões consistirem em inegável avanço não se teve sobre elas nenhuma resposta decisiva. Ao contrário, elas levaram a outras mais complexas ainda, que servem inclusive de base a esta investigação, sem nenhuma pretensão de respondê-las completamente, embora, seguramente, isso tampouco seja uma finalidade a perseguir em ciências sociais, tais como: Qual a identidade profissional da Terapia Ocupacional na Educação Escolar de adolescentes em Sorocaba? Como ela é reconhecida pelos adolescentes e familiares usuários e educadores (professores, coordenadores pedagógicos, orientadores pedagógicos, diretores...)? Como a Terapia Ocupacional se insere, a partir da sua identidade, nas atividades escolares? Ela tem espaço próprio e definido nos planos políticos pedagógicos das escolas? Ou não tem e simplesmente é demandada como um serviço técnico especializado?

Para discutir estas indagações me propus a fazê-lo por dois ângulos distintos, porém convergentes entre si. Por um lado, pela história da Terapia Ocupacional em

geral, no Brasil e em Sorocaba, nesta última com destaque ao Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, que tem papel relevante na história da Terapia Ocupacional do município. Por outro lado pela discussão do Projeto Recriando, entendido como uma interface da Terapia Ocupacional e a Educação Escolar.

No primeiro âmbito, que servirá de base para debater a discussão das questões posteriores da investigação, a preocupação será a de contextualizar a prática da Terapia Ocupacional em Sorocaba. No segundo, investigaremos o seu papel na Educação Escolar, tomando por base o Projeto Recriando em execução desde 2002, em parceria com as escolas públicas de Sorocaba, na tentativa de discutir a interface da Educação Escolar e a Terapia Ocupacional no processo escolar.

Uma das hipóteses que norteiam a investigação deste trabalho é a de que apesar de a intervenção da Terapia Ocupacional na área escolar do município, através do Projeto Recriando, ter nascido de condições político-sociais bem determinadas e vontade política consciente do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, não havia compreensão aprofundada teórica e tampouco prática, sobre a natureza epistemológica entre os conhecimentos da área da Educação Escolar e os da Terapia Ocupacional.

Outra hipótese é a de que a presença da Terapia Ocupacional na Educação Escolar está mais ligada a uma consciência político-social de introduzir esse profissional na ação de recuperação da escola pública, do que à clareza quanto ao significado prático da sua atuação profissional diante da queixa de “inadaptação escolar” apresentada como justificativa para o encaminhamento dos usuários.

Considerando a iniciativa e o potencial do Projeto Recriando, desenvolvido pelo Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, este estudo torna-se relevante, uma vez que se propõe a ampliar a discussão sobre a identidade da Terapia Ocupacional e sua

introdução na Educação Escolar, a partir de estudos produzidos na própria Terapia Ocupacional.

O trabalho está organizado em três capítulos, além da descrição dos caminhos metodológicos da pesquisa e as considerações finais. No capítulo I, “Terapia Ocupacional e Educação”, trazemos um breve histórico da Terapia Ocupacional abordando aspectos do seu surgimento, da sua chegada ao Brasil e os primeiros cursos e a profissão.

No capítulo seguinte, “Terapia Ocupacional em Sorocaba”, abordamos a Terapia Ocupacional no contexto sorocabano, das primeiras práticas profissionais à criação do Curso de Terapia Ocupacional na UNISO e a conseqüente criação do seu serviço de Terapia Ocupacional, O Núcleo de Terapia Ocupacional.

No III e último capítulo, “Projeto Recriando”, chegamos à discussão da intervenção da Terapia Ocupacional na interface saúde/educação.

Caminhos Metodológicos da Pesquisa

Neste item da introdução passamos a fazer algumas considerações gerais sobre o caminho metodológico da presente pesquisa. Antes de entrarmos na descrição dos procedimentos metodológicos utilizados gostaríamos de deixar registrado uma premissa básica adotada na pesquisa que foi a de se recusar a procurar em cada questão investigada um olhar único, universal, objetivo e não-histórico, característico da postura metodológica e filosófica do positivismo, mas ao contrário a intenção investigativa foi sempre compreender a Terapia Ocupacional como um campo de conhecimento e de

ação profissional que existe em função de diferentes sistemas de referência, muitas vezes reconhecidos explicitamente como não-redutíveis uns aos outros.

Em outras palavras, o que se trabalhou, em termos de concepção de Terapia Ocupacional, foi a permanente procura pela compreensão do objeto investigado no interior de uma análise contextual, tentando identificar as inúmeras possibilidades de relações da sua identidade com a teoria e a prática nas quais a Terapia Ocupacional fundamenta suas atividades.

Do ponto de vista operacional a pesquisa se desenvolve a partir de três planos distintos, mas complementares entre si. Em um dos planos, o foco privilegiado foi o histórico da Terapia Ocupacional, dos princípios teóricos que fundamentam sua atividade ao contexto atual, no qual esta investigação vem se realizando. No segundo plano nos voltamos aos projetos político pedagógicos do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, a fim de discutir a formação profissional do terapeuta ocupacional. Por fim, no terceiro plano, o foco esteve voltado à discussão crítica e aprofundada da prática da Terapia Ocupacional, tomando por base o Projeto Recriando.

Considerando a existência de poucas referências bibliográficas e experiências práticas, com o mesmo tipo de preocupação do Projeto Recriando conforme pontuamos na introdução do trabalho, a pesquisa tem um caráter exploratório, privilegiando técnicas qualitativas de análise.

Sendo assim, utilizamos instrumentos distintos, na tentativa de compor um mosaico que nos levasse à compreensão do papel da Terapia Ocupacional na Educação Escolar de adolescentes do município de Sorocaba.

Para o desenvolvimento da presente investigação foram usadas quatro estratégias complementares: 1- revisão bibliográfica; 2- pesquisa documental; 3-

entrevistas; 4- atividade realizada por usuários do Projeto Recriando. Cada uma das estratégias, que passamos a descrevê-las, cumpriu uma função específica em relação à obtenção de dados pertinentes à pesquisa.

- 1- A revisão bibliográfica teve como objetivo a análise de pesquisas anteriores pertinentes ao tema pesquisado, tendo em vista a reflexão sobre o campo profissional da Terapia Ocupacional e o levantamento de referenciais teóricos e categorias de análise visando a sua prática junto às escolas públicas, estaduais e municipais, de Sorocaba. Quatro principais trabalhos serviram de base para estas reflexões, são eles: o de Léa Beatriz Teixeira Soares (1991), "Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?"; "A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social", de Maria Heloísa Medeiros (1989); "A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social", de Marília Caniglia (2005); e "A formação do terapeuta ocupacional – o currículo: histórico e propostas alternativas", de Roseli Esquerdo Lopes (1991).
- 2- A pesquisa documental, por sua vez, se concentrou sobre três grupos de documentos escritos. O primeiro grupo relacionado às leis e decretos que regulamentam a profissão do terapeuta ocupacional no Brasil, dentre eles: Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 (ANEXO A), que define e assegura as atividades privativas das profissões de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 (ANEXO B), que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e define suas ações; e Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002 (ANEXO C), que institui as Diretrizes Curriculares

Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. O segundo grupo se refere aos Projetos Políticos Pedagógicos do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, referentes aos anos de 1998, 2000, 2001 e 2005/2006. Vale ressaltar que este último está em processo de aprovação. Por fim, o terceiro grupo de documentos examinados são prontuários de usuários do Projeto Recriando com vínculos nas escolas públicas, estaduais e municipais, do município de Sorocaba. Foram utilizadas apenas as informações contidas nos prontuários de Andréia, Alice, Carlos e Júnior. Em razão da necessidade de mantermos uma postura ética em relação às informações que recebemos, adotamos a posição de preservação da identidade dos usuários envolvidos na pesquisa, utilizando pseudônimos.

- 3- As entrevistas realizadas com seis terapeutas ocupacionais, mestres em Educação, com reconhecida participação e importância no processo de constituição do Curso de Terapia Ocupacional na UNISO. São elas: Bianca, Camila, Graziela, Melissa, Rogéria, e Suzana. Vale ressaltar que optamos por utilizar nomes fictícios a fim de preservar a identidade dos sujeitos. Esse procedimento teve por objetivo conhecer a trajetória da Terapia Ocupacional na cidade de Sorocaba, e os pressupostos que orientaram e determinaram a formação e o desenvolvimento do Curso na Universidade, desde a sua criação até os dias atuais. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas em locais diferentes, tais como: Núcleo de Terapia Ocupacional e biblioteca da UNISO - ambos no campus Seminário da Universidade, e Laboratório de Terapia Ocupacional – campus Raposo. As informações foram registradas em fita cassete, sendo posteriormente transcritas na íntegra e

revisada pelas entrevistadas, com o propósito de preservar a fidedignidade das informações.

- 4- As atividades foram realizadas em dois momentos distintos, no primeiro momento (APÊNDICE A), as mães, e no segundo (APÊNDICE B), os adolescentes. Esse procedimento foi utilizado como estratégia de avaliação do Projeto Recriando, coordenado pela terapeuta ocupacional/pesquisadora. O primeiro contato foi com as mães, para o qual foram convidadas todas as mães dos adolescentes que participam do Projeto, totalizando doze participantes. No entanto, sete mães compareceram ao primeiro encontro e, destas, apenas quatro estiveram no segundo encontro. Ambos os encontros, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, foram realizados na Sala de Atividades Expressivas do Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO.

O primeiro encontro teve início com a apresentação da proposta da pesquisa e das participantes. Já nesse momento as mães se apresentaram apontando os motivos que as traziam ali, ou seja, a dificuldade em lidar com os problemas dos filhos.

Foi proposta uma atividade que aqui chamamos de “aquecimento”. Ao som de uma música, foi solicitado que elas caminhassem pela sala e voltassem seu pensamento à questão: “Qual o papel da Terapia Ocupacional em suas vidas?”. Em seguida foi solicitado que tentassem identificar o que havia naquela sala que pudesse ter relação com essas questões.

No segundo momento do encontro, passamos à realização da atividade de colagem. Utilizando papel sulfite, lápis, cola branca, tesoura e retalhos de

papéis variados, foi solicitado que fizessem uma imagem que explicitasse o papel da Terapia Ocupacional em suas vidas.

Ao final as mães escreveram, a pedido da terapeuta ocupacional/pesquisadora, suas impressões sobre esse encontro, voltando-se para as sensações, os sentimentos, o processo de confecção da colagem, enfim, o que quisessem registrar.

Já o segundo encontro, após uma semana, teve a participação de quatro mães. Assim como no primeiro, foi realizada uma dinâmica de apresentação/aquecimento, na qual as mães escreveram num papel quem eram, utilizando-se de uma qualidade e um defeito. Na seqüência, após sorteio, uma apresentou a outra com mímica.

Em seguida passaram à análise da atividade junto à terapeuta ocupacional/pesquisadora. Tal análise foi realizada através da leitura oral de cada participante sobre a imagem apresentada pela pesquisadora. A pesquisadora selecionou as imagens feitas no encontro anterior pelas mães que ali estiveram.

Para encerrar o encontro, as participantes compartilharam suas impressões sobre a realização da atividade realizada no encontro anterior e a análise da atividade.

Após a coleta de dados com as mães dos adolescentes, na semana seguinte, foi proposto o encontro com os adolescentes. A proposta foi a todos os participantes do Projeto Recriando, embora já tivéssemos consciência de que utilizaríamos apenas os trabalhos de quatro deles. Essa atitude foi tomada a

fim de evitar seleção, ou seja, todos foram convidados, a participação foi arbitrária.

Esse encontro durou aproximadamente duas horas, foi realizado no mesmo espaço do encontro anterior e teve a participação de dez adolescentes.

O encontro seguiu a mesma programação que o das mães, ou seja, primeiramente o aquecimento, para passarmos à realização da atividade, colagem com a mesma temática. A apresentação dos participantes foi dispensada, uma vez que os presentes já se conheciam.

Ao final, foi proposto que fizessem um relato da experiência, de forma escrita ou oral. Nesse momento, o grupo apresentava-se disperso, por um efeito de contaminação, optaram pelo registro das informações de forma escrita, mesmo com extrema precariedade, já que alguns não conseguiram escrever se que uma frase sequer.

Não foi possível a realização da análise da atividade, dado o esgotamento do tempo e o desinteresse por parte dos participantes. Sendo assim, optamos por uma análise comparativa entre as imagens das mães e dos filhos, assim como a comparação dos relatos.

CAPÍTULO I – TERAPIA OCUPACIONAL E EDUCAÇÃO



1.1 Breve histórico da Terapia Ocupacional

Apesar da referência a inúmeros procedimentos terapêuticos com atividade humana³, de cunho restaurador aplicado, às pessoas afetadas por doença ou trauma físico ou psicológico, serem registrados desde a Antigüidade, não se pode considerar que tais ações preestabeleçam o campo de ação da Terapia Ocupacional. Segundo Medeiros (1989, p. 11), “não se pode concordar com a idéia de que se está atualmente dando continuidade ao que se começou há tanto tempo”.

Na realidade, é só a partir do século XX que o uso da atividade humana, que se constitui no elemento central da Terapia Ocupacional, se autonomiza, pretendendo-se como um objeto próprio de estudo. Antes sua existência só se assegurava como ocupação exclusivamente voltada à restauração dos sistemas humanos⁴.

Neste sentido Medeiros (1989, 2003) cita três paradigmas, pelos quais se pode apreciar a idéia do uso de atividade ou ocupação como recurso terapêutico. O primeiro paradigma diz respeito ao paradigma cultural, que teria existido durante a Antigüidade; o segundo teria sido o paradigma filosófico, no século XVIII, quando se sobressai a idéia do Tratamento Moral e, por fim, o terceiro, seria o paradigma médico, que teria influência decisiva para dar uma forma definitiva à Terapia Ocupacional, no sentido de um corpo sistematizado ao conhecimento da atividade humana ocupacional.

É importante destacar que, apesar das diferenças na forma de conceber a atividade humana ou a ocupação como uma capacidade restauradora dos sistemas humanos, em geral, e dos indivíduos, em particular, os paradigmas destacados não

³ Utilizaremos os termos atividade humana e ocupação como equivalentes.

⁴ A idéia de restauração dos sistemas humanos vem do Modelo de Ocupação Humana, desenvolvido por Kielhofner. Este utiliza a Teoria Geral dos Sistemas para descrever e explicar a atividade humana.

diferem entre si quanto ao caráter disciplinador, que emprestam aos diversos tipos de ocupação.

Medeiros (1989, p. 12) comenta a gênese desse processo da atividade humana como Terapia Ocupacional dizendo que “a origem da Terapia Ocupacional está demarcada por uma filosofia humanista, cujas concepções de homem, mundo, ciência e sociedade resultam da crença nas realizações do homem capaz de dominar a natureza”. Soares (1991), por sua vez, destaca que a Terapia Ocupacional nasce de duas premissas. A primeira é a ocupação de doentes crônicos, psiquiátricos e tuberculosos, em hospitais de longa permanência, com intervenções recreativas e laborterápicas. A segunda premissa é a recuperação da capacidade física dos incapacitados físicos, nas duas grandes guerras mundiais, por meio dos programas de reabilitação.

São essas funções, basicamente, de restauração e manutenção dos sistemas humanos que darão sustentação ao início do processo de *construção* da Terapia Ocupacional centrada no conceito de atividade humana como, para uns, uma ciência e, para outros, uma técnica.

Caniglia (2005, p. 52) acrescenta que a

[...] construção do objeto de trabalho da Terapia Ocupacional teve influência das áreas de formação profissional de seus formuladores como enfermagem, medicina, serviço social, artes e da concepção de saúde da época. A saúde era vista como o equilíbrio mente-corpo, atividade-reposo, exercício-descanso, trabalho-lazer e bons hábitos de vida.

Portanto, não é por acaso que a Terapia Ocupacional dá os seus primeiros passos a partir do campo da medicina. Toda sua ação inicial se encontra centrada

como prática da Saúde, tendo como núcleo duro os hábitos e a rotina dos “improdutivos”. Não é assim, por acaso, que a gênese da Terapia Ocupacional tenha ocorrido nos Estados Unidos, lugar aonde o regime capitalista mais se sensibilize aos problemas de produtividade econômica. A vinculação com as guerras mundiais também é um fator expressivo, na medida em que a destruição física dos sistemas humanos pela violência empregada no conflito tenha contribuído para fazer crescer, em padrões imensuráveis, a demanda por esforços restauradores e conservadores.

Mesmo não tendo sido diretamente o país mais atingido pelo efeito das guerras mundiais, os Estados Unidos acumularam grande número de pessoas neuróticas e incapacitadas fisicamente produzidas pela sua participação no conflito. Esse fato teve grande influência do Movimento Internacional de Reabilitação encabeçado pela sociedade civil na Sociedade Internacional para o Bem-Estar do Lesados, a fim de recuperar a mão-de-obra dos incapacitados nas duas grandes guerras. Segundo Soares (1991, p. 107) “o movimento de reabilitação existiu em função das falhas nas instituições sociais, família, escola e medicina organizada”, para tratarem adequadamente das conseqüências físico-psicológicas trazidas pelos referidos conflitos militares.

É assim que Eleonor Clark Slagle, enfermeira norte-americana, serve-nos de base para compreender melhor como se desenvolveu a gênese da Terapia Ocupacional, já que a necessidade de padrões femininos de comportamento foi priorizada no momento de criação da Terapia Ocupacional enquanto serviço organizado.

A tradição fez da Terapia Ocupacional uma profissão de mulheres. As primeiras práticas eram enfermeiras e suas tendências maternais eram consideradas benéficas para o trabalho com o doente mental... As primeiras escolas de Terapia Ocupacional eram abertas somente a jovens refinadas e inteligentes. Durante a Depressão, as mulheres que desejavam se casar, mas que tinham que trabalhar, aumentaram o número de terapeutas ocupacionais, pois esta era considerada uma profissão respeitável para senhoras e o curso era breve”. (WOODSIDE, 1979, p. 44 apud MAGALHÃES, 1989, p. 62).

Slagle, juntamente com George Barton, arquiteto, seriam os primeiros presidentes da National Society for the Promotion of Occupational Therapy. O curioso é que ambos foram os únicos não-médicos a presidir a entidade num período de trinta anos. Esta entidade passaria a chamar-se The American Occupational Therapy Association (AOTA), em 1923. “Os cursos e programas de terapia ocupacional eram conduzidos, patrocinados e supervisionados por médicos com o ‘auxílio’ das enfermeiras e assistentes-sociais que iam ‘transformando’, algumas delas, em terapeutas ocupacionais”. (LOPES, 1991, p. 27).

Três aspectos curiosos, dentre muitos outros, podem ser destacados na origem da Terapia Ocupacional: a feminização da profissão, uma vez que o curso era voltado para mulheres; a docência, que era composta exclusivamente por médicos, o que demonstra a forte vinculação da Terapia Ocupacional com a área da Saúde, em especial com a medicina; e, por fim, o aspecto da guerra, que pela sua natureza se volta todo ele para a restauração dos sistemas humanos e, principalmente, dos indivíduos portadores de fortes traumas físicos e mentais.

Após o primeiro momento, que se pode denominar como de construção do espaço político-científico-profissional, sucedeu um outro, equidistante, que podemos denominar de *desconstrução*. Neste último a Terapia Ocupacional passa a ser alvo de

questionamentos por parte da classe médica. Nesse período, inicia-se um embate, já que a categoria médica solicitava maior aprimoramento técnico-científico, mas colocava os profissionais terapeutas ocupacionais em posição subalterna, sendo obrigados a obedecer às prescrições médicas.

O objeto da Terapia Ocupacional, a atividade humana, passa a ser entendido como meio de tratamento, ou seja, recurso terapêutico. “A Terapia Ocupacional se aprisionou ao uso da atividade como meio, e os profissionais buscavam o “potencial terapêutico” e os “efeitos remediadores da atividade” para fins múltiplos”. (CANIGLIA, 2005, p. 55-56).

Com o advento das grandes guerras e o surgimento de novas doenças, nota-se a ampliação do campo de ação da Terapia Ocupacional para outras áreas médicas, tais como: pneumologia, cardiologia, reumatologia. A visão de “doença” era centrada nos sintomas, na patologia e nos órgãos. Esse período foi marcado pelo reducionismo por se basear em princípios mecanicistas. e a visão organicista sobre os processos de adoecimento do homem.

Medeiros (1989) e Caniglia (2005) apresentam este período como a perda da identidade da Terapia Ocupacional, momento em que ocorre um processo de *pluri* e *hiper* especialização na profissão. Contudo, desenvolveu-se na profissão um debate interno que colocava em evidência os caminhos da Terapia Ocupacional e do objeto da profissão. “A busca de um objeto próprio da profissão continha não só a necessidade de se distinguir daquela medicina ou daquela psicologia, mas também de poder ter um constructo científico ao nível da elaboração e sistematização de sua teoria e prática”. (MEDEIROS, 1989).

É nesse período de “crise” que a Terapia Ocupacional inicia seu terceiro momento, chamada por Caniglia (2005, p. 61-63) de *reconstrução*. Seria resgatar sua origem, reconhecendo a “qualificação da rotina com atividades significativas e saudáveis” como objeto central da profissão. Para a autora um dos caminhos seria:

[...] procurar reconstruir e elucidar o objeto profissional, resgatar conceitos e procedimento que, com o tempo, foram sendo rejeitados pelo terapeuta ocupacional e se fazer uma releitura atualizada; buscar teorias que se articulem com coerência ao objeto de trabalho da profissão, numa visão globalizadora; elaborar e estruturar novas teorias a partir de áreas que têm surgido freqüentemente no campo de atuação e constantemente avaliar modelos teóricos disponíveis, a fim de verificar sua pertinência com a clínica.

1.2 Chegada da Terapia Ocupacional no Brasil

Segundo o percurso traçado por Caniglia (2005), a Terapia Ocupacional inicia sua constituição no Brasil no momento denominado de “desconstrução”. Apesar de ter tido o mesmo precedente histórico dos Estados Unidos quanto à utilização da ocupação como prática terapêutica de restauração e controle social, a Terapia Ocupacional diferiu, no entanto, quanto ao tempo da sua formalização, como profissão e campo de conhecimento autônomo, tal como se encontra concebida atualmente.

Em breve retrospectiva histórica deve-se salientar, ainda, que o nosso passado distante não vai além de 1822, data da Independência do Brasil. É a partir desse período que se observam os primeiros esforços destinados à criação de instituições asilares, os hospitais psiquiátricos. Não é de se estranhar que estas instituições nasçam com o estigma da sociedade da época, uma sociedade tipicamente escravista.

Segundo Rocha (1990, p. 52), “estas instituições, na sua gênese, já surgiram marcadas pela idéia e o modelo de segregação proposto para o atendimento de doentes mentais, hansenianos e tuberculosos: o asilo”. Este tipo de instituição se destinou a substituir as cadeias e enfermarias das Santas Casas, onde muitas vezes, os "diagnosticados" eram acorrentados, sem qualquer intervenção terapêutica.

Pela periodização, anteriormente mencionada, de Medeiros (1989, 2003), esse período corresponde à superação do paradigma cultural, pelo paradigma filosófico. É quando, caracteristicamente, se dá o alvorecer da ciência moderna no país. Até então, este era um processo cultural restrito à Europa, ao qual o nosso acesso era reduzido.

Até que a atividade humana chegasse a ser objeto e meio da Terapia Ocupacional, conforme abordamos no item 1.1, no Brasil, observamos vários outros enfoques e denominações como ergoterapia, laborterapia e praxiterapia. Soares (1991) aponta as possíveis aproximações e distanciamentos entre esses termos. Para ela, laborterapia e ergoterapia são equivalentes, ambos têm o objetivo de manter a capacidade produtiva do indivíduo. Já o termo praxiterapia é mais próximo da Terapia Ocupacional, significa ação, atividade. O termo Terapia Ocupacional só se consolidou quando a profissão começou a adquirir certa autonomia.

Na segunda metade do século XIX já se observa a criação de oficinas de trabalho destinadas a doentes mentais, com o objetivo de combater a ociosidade. Um exemplo é a experiência de Franco da Rocha, no Hospital Juqueri, que utilizava o tratamento pelo trabalho com atividades agrícolas ligadas ao primeiro setor da economia, a chamada laborterapia; na década de 30 temos a praxiterapia, em Recife, com a criação da Assistência ao Psicopata; na década seguinte, 1940, a experiência da psiquiatra Nise da Silveira, com a criação do serviço de Terapêutica Ocupacional em

Engenho de Dentro (RJ). É notável o uso da atividade terapêutica com doentes “mentais”, assim como o seu uso no atendimento às pessoas com deficiências físicas e/ou sensoriais.

Será, todavia, apenas em meados dos 40 do século XX, que se pode observar um processo de equiparação da Terapia Ocupacional, como atividade autônoma, como a atividade desenvolvida nos Estados Unidos. Segundo Medeiros (2003, p. 43-44),

[...] os primeiros reflexos da absorção dos programas de reabilitação profissional para incapacitados [...] são captados no discurso populista de Getúlio Vargas e na instituição desses serviços como atividade da previdência social. [...] Neste período, o trabalho como parte do processo de tratamento foi desenvolvido com base nos modelos de reabilitação, a saber, os que têm o objetivo de desenvolver as capacidades funcionais e residuais para retorno a atividade útil.

A Organização Mundial das Nações Unidas (ONU) tem papel fundamental nesse processo de constituição da Terapia Ocupacional no Brasil. (LOPES, 1991; ROCHA, 1990; SOARES, 1991). Em 1946, numa Assembléia Geral da ONU é criado um programa de consultoria em diversas áreas do bem-estar-social. Esse programa consistia na possibilidade de captação de recursos financeiros e técnicos oferecidos aos países subdesenvolvidos interessados.

No início da década de 50, a ONU estabelece estratégias mais efetivas para a implantação de projetos de reabilitação a serem distribuídos pelos quatro continentes do mundo. Foram enviados missionários à América Latina a fim de eleger o local mais adequado para a instalação de um possível “Centro de Reabilitação”. A cidade de São Paulo foi a escolhida dentre Santiago (Chile) e Cidade do México (México). O Hospital da Faculdade de Medicina da USP viria abrigar o centro.

Alguns fatores favoreceram essa escolha, dentre eles: o fato de já funcionar no hospital um serviço de recuperação; por se tratar de um complexo hospitalar vinculado a um centro universitário de referência nacional e internacional; localização privilegiada devido ao fato de São Paulo ser um pólo industrial em expansão, além de ser o lugar de maior concentração da indústria nacional acresce-se a esses fatores o fato da demanda de acidentados do trabalho e incapacitados ser grande, além de haver algumas condições especiais bastante favoráveis a re-colocação dos usuários do sistema de atendimento a ser implantado. Por fim não é desprezível o interesse e apoio do governo local e federal na liberação de recursos financeiros e espaço físico.

Dessa forma, em 1956, o centro passa a ser chamado de “Instituto Nacional de Reabilitação” (INAR), vinculado ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da USP, passando mais tarde a denominar-se Instituto de Reabilitação (IR). A equipe era formada por técnicos que já dispunha, além de profissionais de Terapia Ocupacional, Assistência Social, Psicologia e Enfermagem. Até então os profissionais eram formados nos Estados Unidos, com bolsas da OMS, somente mais tarde, em 1959, o Instituto passa a formar técnicos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, conforme veremos no próximo item, 1.3.

O IR tinha duas principais finalidades: assistencial e de ensino. Na questão da assistência tratava-se de um serviço de reabilitação e possível colocação nas atividades do trabalho, oferecido a portadores de deficiências físicas. No que tange à proposta de ensino seria o oferecimento de cursos regulares para formação de profissionais nos diferentes campos da reabilitação.

É importante se ressaltar que a constituição da Terapia Ocupacional acontece no Brasil como resultado de uma prática social voltada aos esforços de modernização

enfrentados pelo país, especialmente, a partir da proclamação da República no final do século XIX e nos primeiros anos do século XX. Sem dúvida alguma havia inegavelmente um processo próprio, mesmo que lentamente, se desenvolvia no país.

Esse igualamento do status da Terapia Ocupacional nacional com a que se desenvolvia, naquele momento, em outros países, de capitalismo avançado, em particular nos Estados Unidos pela sua hegemonia, acabou representando para o seu desenvolvimento no país um fato de duplo significado. Por um lado, nos colocou diretamente no mesmo plano da Terapia Ocupacional dos países desenvolvidos, mas, por outro lado, interrompeu o processo histórico próprio no qual a Terapia Ocupacional brasileira vinha sendo desenvolvida.

Duas características principais marcaram este processo de desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. A primeira é essa equiparação que aconteceu com base, exclusivamente, na importação de idéias da Terapia Ocupacional, vindas na sua maior parte, dos Estados Unidos. A segunda é a que o momento em que esse processo se desenvolve coincide com o período de forte aceleração do desenvolvimento econômico brasileiro, designado como período de “substituição de importação”.

Nesse momento, na política o país assiste à transição da era Vargas para a era de Kubitschek. Enquanto a primeira se marca pela política econômica e alfandegária austera de caráter nacionalista, a segunda se marca pela opção política desenvolvimentista, tendo por foco a aceleração da industrialização “pesada”.

Na avaliação dos estudiosos sobre essa época, a opção pela aceleração do processo de industrialização implicou contornar no plano político interno as grandes resistências aos investimentos estrangeiros. Assim, com a política de adoção alfandegária “livre”, que, para os estrategistas do governo, significava a superação dos

obstáculos à transferência de tecnologia por parte do capital estrangeiro para o país, realmente aconteceu o esperado, ou seja, um grande volume de capital foi transferido ao Brasil.

Sem querer estabelecer qualquer vínculo entre a liberalização da política alfandegária e a chegada no país do modelo de Terapia Ocupacional, que exigiria análise mais aprofundada, o que não é objetivo desta pesquisa, sugerimos a título de simples chamada de atenção para a necessidade de se estudar em profundidade esta curiosa coincidência. Ou seja, o modelo de Terapia Ocupacional implantado no país foi trazido dos Estados Unidos quase no mesmo período em que importamos deles o nosso modelo de industrialização, o que possibilita que aventemos, com muito cuidado, uma possível relação de causa e efeito estabelecida entre os citados fenômenos.

É importante a consignação desse fato, mesmo que não seja para extrairmos dele maiores conseqüências, dada a importância do papel restaurador da Terapia Ocupacional para a indústria, de maneira geral. No caso do Brasil, em que os efeitos da guerra foram restritos, a Terapia Ocupacional que desenvolveu seu processo em um contexto de "tempo de paz", pode ter sua gênese bastante apoiada no incremento do processo industrial do país.

Seja como tenha sido a relação da Terapia Ocupacional com a "guerra de produção" o foco da psiquiatria não foi abandonado. Ao contrário, eles conviveram normalmente, mesmo porque a "guerra da produção" que mutilava fisicamente, também provocava os seus efeitos no âmbito da saúde mental.

Vale, em todo caso, assinalar para finalizar essa breve discussão sobre a gênese da Terapia Ocupacional nos país a marca de ruptura do processo autônomo atribuído por Medeiros (1989, 2003). Segundo a autora este período é marcado pelo duplo

movimento e opção pela subordinação do modelo de Terapia Ocupacional em gestação no país, ao desenvolvimento dos Estados Unidos, formalizado segundo condições histórico-político-culturais específicas com relação àquele país.

1.3 Os primeiros cursos e a profissão de Terapia Ocupacional no Brasil

A Terapia Ocupacional começa a sua consolidação no país com os cursos pioneiros de formação, na década de 1950. Os primeiros cursos de formação, inicialmente em nível técnico, surgiram, ao final da década de 50, formatados a partir do modelo norte-americano, sob influência do Movimento Internacional de Reabilitação, liderados pela ONU e OMS.

Os alunos eram formados segundo o modelo reducionista, vigente na medicina, cuja ênfase recaía no estudo de sintomatologia, processo patológico, intervenção médica específica à patologia e princípios da terapêutica. As matérias técnicas, Fisiologia, Patologia e Psicologia, eram ministradas por médicos, e as demais ministradas por artesãos⁵.

Os dois cursos pioneiros aconteceram, um na cidade do Rio de Janeiro, com início em 1956, patrocinado pela Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR, e o outro, na cidade de São Paulo, iniciado em 1957, patrocinado pela ONU.

Uma curiosidade desse processo é que em 1959, Maria Auxiliadora Cursino Ferrari conclui o curso técnico de Terapia Ocupacional, oferecido pelo IR, e passa a ser

⁵ Indivíduos que dominavam e ensinavam aos alunos de Terapia Ocupacional técnicas de produção manual de artigos confeccionados em madeira, couro, argila, tecido, dentre outros.

a primeira terapeuta ocupacional do Estado de São Paulo, pelo que se sabe, a integrar o corpo docente do Curso de Terapia Ocupacional, junto aos médicos. Posteriormente, essa terapeuta ocupacional torna-se coordenadora deste curso.

No início da década de 60 os cursos de Terapia Ocupacional começam a se expandir por outras escolas de Estados brasileiros, tais como: Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (MG), Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (BA) e Universidade Federal de Pernambuco (PE).

À medida que os profissionais concluíam o curso de formação, passaram a organizar-se em associações e discutir suas reivindicações, dentre elas a necessidade de uma formação mais abrangente e de nível superior, além do reconhecimento da profissão. Esse fato impulsionou o movimento pelo estabelecimento das diretrizes curriculares, na época chamado currículo mínimo para os cursos.

Dessa forma, em 1963, a primeira instituição a patrocinar um curso de Terapia Ocupacional, a ABBR, inicia o processo de constituição das diretrizes curriculares dos cursos de Terapia Ocupacional, enviando ao Conselho Nacional de Educação uma proposta curricular. Com essa atitude, a ABBR deflagra a luta pelo credenciamento e oficialização dos cursos de Terapia Ocupacional no Brasil. Em 1964, apenas um ano após a entrada do pedido de credenciamento, os cursos são aprovados com 2.160 horas, passando a ser de nível superior, com duração de três anos letivos.

Regulamentados os cursos, os esforços se deram para a regularização da profissão. Em 13 de outubro de 1969, através do Decreto - Lei 938, a Junta Militar, formada pelos ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, reconhece os terapeutas ocupacionais, diplomados pelos cursos reconhecidos pelo

Ministério da Educação e Cultura - MEC, como profissionais de nível superior, aptos a desenvolver métodos e técnicas específicas à categoria.

O decreto regulamentava e definia as atividades dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, cabendo aos primeiros “executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” e aos segundos “executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente”.

Embora o decreto tivesse grande repercussão sobre a constituição da profissão, seu conteúdo ainda deixa a desejar na medida em que mantinha indefinida a questão dos métodos e técnicas específicos da Terapia Ocupacional e da Fisioterapia, e ao mesmo tempo consolida a dicotomia corpo-mente, atribuindo aos fisioterapeutas as capacidades físicas do paciente e aos terapeutas ocupacionais as capacidades mentais.

Uma implicação direta desse processo de autonomização da categoria, acontecido na passagem dos anos 60 para 70, foi a de colocá-la, mais uma vez, em linha de frente com a categoria dos médicos. Este fato, pela periodização de Caniglia (2005), corresponde à transição da fase obscura da Terapia Ocupacional para a fase da reconstrução do seu objeto profissional.

Para usar a linguagem de Bourdieu, pode-se afirmar que se tratava de entender esse movimento como uma disputa entre dominantes e pretendentes, visto tratar-se da imposição de padrões culturais considerados superiores aos demais, na tentativa de manter a posição privilegiada, ou seja, a hegemonia médica sobre a categoria dos terapeutas ocupacionais. Brançam (2003, p. 51) reforça esse raciocínio ao afirmar que se tratava, na verdade, de “garantir ao médico o diagnóstico clínico, bem como a

seleção, indicação, aplicação e acompanhamento periódicos da aplicação das técnicas da Terapia Ocupacional e principalmente da Fisioterapia”.

Na década de 70, segundo Soares (1991, p. 163), “no processo de ressurgimento das entidades representativas e movimentos sociais, as associações científicas por categoria profissional vão se fortalecendo e buscando alternativas de reconhecimento oficial face às políticas de saúde recessivas e privatizantes”.

O grande momento desse processo de fortalecimento da organização dessa categoria profissional acontece em 1975, quando terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas se mobilizam em busca de maior legitimidade oficial e conquistam em 17 de dezembro, através do Decreto - Lei 6.316, a criação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO –, e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFFITOS⁶ –, todos vinculados ao Ministério do Trabalho. O objetivo destas autarquias é “normatizar e exercer o controle ético, científico e social das atividades da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional, das profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional e das empresas prestadoras de tais tipicidades assistenciais ao meio social”.

Em 1979, esses órgãos juntamente com a Associação Brasileira de Fisioterapia – ABF – e Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil – ATOB – iniciam processo de consulta às escolas de Terapia Ocupacional e associações de classe a fim de elaborar as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação.

⁶ Os CREFITOS foram divididos por Estados brasileiros. Sendo: CREFITO 01 – Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte; CREFITO 02 – Rio de Janeiro e Espírito Santo; CREFITO 03 – São Paulo; CREFITO 04 – Minas Gerais; CREFITO 05 – Rio Grande do Sul; CREFITO 06 – Ceará e Piauí; CREFITO 07 – Bahia e Sergipe; CREFITO 08 – Paraná; CREFITO 09 – Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Acre e Rondônia; CREFITO 10 – Santa Catarina; CREFITO 11 – Goiás e Distrito Federal; CREFITO 12 – Maranhão, Pará, Amazonas, Tocantins, Roraima e Amapá.

O principal argumento usado pelas entidades para a mudança das diretrizes curriculares foi que a formação, tanto do fisioterapeuta quanto do terapeuta ocupacional, era deficiente e defasada com relação às necessidades a que se destinariam esses profissionais. Dentre as reivindicações corporativas, está a necessidade de possibilitar a continuidade existencial das profissões, além de apontarem:

[...] as inadequações técnicas das definições constantes no currículo mínimo em vigor, bem como a falta de condições infra-estruturais para o funcionamento dos cursos [...]. Estão igualmente presentes anseios de legitimação através de uma certa redenção técnico científica. Coexiste com esses considerandos, contudo, preocupação de caráter progressista e crítico, no que diz respeito a uma formação humanística e geral de melhor qualidade e também no tocante à inserção do trabalho de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas dentro da atuação dos profissionais da saúde como um todo, entendida esta como extensiva às fases de prevenção, cura e reabilitação. (LOPES, 1991, p. 60).

Baseados nesses argumentos e nos padrões internacionais da Federação Mundial de Terapia Ocupacional – WFTO, têm início as discussões acerca da modificação dos currículos mínimos desses cursos. As principais propostas giravam em torno de um currículo que atendesse à necessidade do profissional requerido para atuar nos três níveis de atenção em saúde: prevenção, cura e reabilitação. Para Lopes (1991, p. 62) com a proposta de tais currículos “evidencia-se a necessidade de se conhecer o ser humano na sua globalidade bio-psico-social e de compreendê-lo no contexto mais amplo da realidade em que vive”. Conforme Lopes (1991, p. 62), o documento encaminhado ao MEC, elaborado pela ABF e ATOB, apresentava situações a serem equacionadas, ou seja, as reivindicações de mudanças nos currículos

[...] visavam de um lado prover condições de existência e credibilidade para a profissão, o que em certa medida correspondia aos interesses do Estado; de outro, extravasavam os estreitos limites das lutas puramente corporativistas ingressando ao domínio do político-ideológico e se contrapondo à direção em que, do ponto de vista oficial, mais conviria alterar aqueles currículos e perfis.

Assim, em 1983, o novo currículo é aprovado pelo Conselho Federal de Educação com 3.620 horas, com quatro anos de duração. As novas diretrizes curriculares ampliam as disciplinas, hoje chamadas componentes curriculares, voltadas à formação específica do terapeuta ocupacional, favorecendo o equilíbrio entre conhecimentos da base humanista e a base biológica do ser humano. Com isso, passa a ser traçado um novo perfil profissional para o terapeuta ocupacional, definindo como um profissional que faz uso de atividades a fim de avaliar, prevenir ou tratar indivíduos que apresentam alterações de suas funções, com objetivo de promoção da saúde e da qualidade de vida.

Caniglia (2005), conforme a discussão desenvolvida no item 1.1, faz severas críticas a essa definição do profissional terapeuta ocupacional, uma vez que ela coloca em evidência a atividade humana como recurso terapeuta, ou seja, um meio para atingir tal objetivo.

Outro fato importante para a categoria dos terapeutas ocupacionais foi relativo ao COFFITO. Nascido vinculado ao Ministério do Trabalho, o COFFITO, após 20 anos de exercício, pela Lei nº 9.098/1995, foi desvinculado deste ministério, tornando-se, então, órgão de última instância recursal, funcionando como Tribunal Superior de Ética nas questões que envolvam profissionais fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Não há dúvida de que esses mecanismos de oficialização e representação da Terapia Ocupacional contribuíram para aumentar as garantias legais aos profissionais

da categoria, não obstante, contraditoriamente, pode-se observar certa marginalização da Terapia Ocupacional. De um lado ou de outro, fica explícita a crise epistemológica vivida pela Terapia Ocupacional, no que tange aos princípios filosóficos da profissão e as práticas requeridas. Ao analisarmos o processo de consolidação da Terapia Ocupacional, esse conflito vem à tona à medida que ela se ajusta às exigências do sistema econômico.

A luta pela legalização da profissão de Terapia Ocupacional passa, sem dúvida nenhuma, pela luta a favor do aumento pelo espaço profissional, o que significa colocá-la em contradição com a categoria dos médicos. É importante registrar que apesar de maior visibilidade da luta pelo espaço profissional ela não é a única e tampouco a mais importante. Outra luta, a travada em torno das questões epistemológicas, nas quais a Terapia Ocupacional encontra-se localizada, talvez, seja-lhe mais significativa.

No âmbito da saúde física, a Terapia Ocupacional, ao contrário da Fisioterapia, não consume insumos de saúde, principalmente os equipamentos médico-hospitalares. Portanto ocupa posição desprivilegiada no sistema de saúde. Já na assistência à saúde mental, a Terapia Ocupacional está inserida nas três redes de atendimento aos doentes mentais crônicos, na estatal, particular e beneficente.

Vale ressaltar que atualmente tramita no Senado projeto de lei condicionando à autorização do médico o acesso aos serviços de saúde, além de estabelecer hierarquia entre a medicina e as demais profissões da área da Saúde. A existência desse processo, em tramitação no Senado, evidencia as dificuldades enfrentadas pela Terapia Ocupacional. Embora, do ponto de vista legal, a atividade tenha autonomia, do ponto de vista da prática ela encontra-se submetida a inúmeros constrangimentos. Rogéria

(2005) chega mesmo a duvidar das possibilidades de nos desprendermos do modelo médico de intervenção da Terapia Ocupacional, além de questionar a sua necessidade.

Mas apesar das considerações feitas por Rogéria (2005) invalidarem as possibilidades de desprendimento da atividade da Terapia Ocupacional do âmbito das ciências médicas, bem como a sua necessidade, é invisível o embate entre os defensores de um estatuto mais autônomo da atividade e os médicos defensores de uma posição conservadora, a favor de menos autonomia para a Terapia Ocupacional. Se ao longo da história a literatura aponta a Saúde, tanto no plano físico como mental, como a recuperação da mão-de-obra para o trabalho, o que vemos hoje é a necessidade de pensar a função reabilitadora da Terapia Ocupacional num sentido mais político, como podemos observar nas considerações de Saraceno (1999, apud Ferriotti, 2004).

Para o autor, reabilitar compreende:

Conjunto de estratégias orientadas a aumentar as oportunidades de troca de recursos e afetos, a partir dos quais se poderá criar uma rede de negociações onde a ênfase é dada não à autonomia e adaptação do paciente, mas sim à sua participação como agente de transformação de seu ambiente, em busca de qualidade de vida e construção de cidadania, mesmo diante da diversidade.

Desta forma, ser saudável possibilita a atividade do homem no seu enfrentamento dos desafios do cotidiano, no sentido de transformá-lo a seu favor.

CAPITULO 2 – TERAPIA OCUPACIONAL EM SOROCABA: A EDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA E SEUS DESAFIOS



2.1 A Terapia Ocupacional no município de Sorocaba

Existem poucos estudos realizados sobre a Terapia Ocupacional no município de Sorocaba. Os poucos estudos existentes estão na UNISO, e nenhum deles destaca a história sorocabana da Terapia Ocupacional, por isso fez-se necessário entrevistar terapeutas ocupacionais da cidade. As informações contidas neste subitem foram constituídas, basicamente, a partir dos depoimentos dos terapeutas ocupacionais entrevistados. Vale pontuar que esses profissionais se formaram em gerações distintas, que vão desde o ano de 1979 até o de 1992.

A primeira notícia que se tem da prática da Terapia Ocupacional em Sorocaba, como não poderia deixar de ser, é junto aos hospitais psiquiátricos. Esse fato não surpreende, na medida que é do conhecimento público que a cidade concentra o maior foco de leitos psiquiátricos da América Latina, aproximadamente 3.500 leitos.

Segundo o relato da terapeuta ocupacional Bianca (2005), até o final dos anos 70 e meados de 80, havia grande desconhecimento da atividade do terapeuta ocupacional no município. Tal desconhecimento partia inclusive dos médicos. A terapeuta ocupacional relata que a primeira profissional da cidade de Sorocaba foi “Helenice”, sua colega de classe, formada em 1979, pela segunda turma de Terapia Ocupacional da Universidade Metodista de Piracicaba - UNIMEP. Sua prática profissional era no Hospital Psiquiátrico Vera Cruz, situado na região periférica da cidade. A terapeuta ocupacional Rogéria (2005) diz que em 1982 fez estágio num dos hospitais psiquiátricos da cidade. O estágio realizado no Setor de Terapia Ocupacional, curiosamente não contava com nenhuma terapeuta ocupacional.

Nessa época, novos profissionais, formados por escolas da região, tais como Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUCCAMP - e UNIMEP, chegam a Sorocaba e ampliam as ações da Terapia Ocupacional na cidade. Segundo os relatos, os profissionais, em sua maioria recém-formadas, iniciavam suas atividades nos hospitais psiquiátricos, embora já houvesse algumas práticas em outras áreas, como reabilitação física, principalmente em consultórios particulares e atenção ao deficiente mental, em instituições filantrópicas, como APAE.

É notável como a história da Terapia Ocupacional se desenvolve em Sorocaba com as mesmas características das suas origens no Brasil, mesmo após quase 30 anos de desenvolvimento no país. Dentre essas características, destacamos a feminização da profissão, a formação realizada no modelo reducionista e sua prática voltada à recuperação das incapacidades físicas e/ou mentais.

Nesse período podemos observar a despolitização das profissionais terapeutas ocupacionais. De acordo com Rogéria (2005), essas se encontravam uma vez ao ano, mas o propósito do encontro não era discutir a Terapia Ocupacional, mas sim os “Jogos da Primavera”, ainda existentes. A atividade era promovida pelos hospitais psiquiátricos da cidade e as terapeutas ocupacionais responsáveis pela organização das equipes do local em que trabalhavam, tendo em vista a referida competição.

Por volta de 1985, o Estado de São Paulo promove o concurso público abrindo várias vagas para terapeutas ocupacionais no Estado. O município de Sorocaba recebe uma dessas profissionais, além de uma fonoaudióloga. O intuito desse concurso era compor uma equipe multidisciplinar para atuar no Ambulatório de Saúde Mental, tratava-se do primeiro serviço, no município, de atenção ao doente mental,

desvinculado do sistema hospitalocêntrico⁷. Esse serviço, inicialmente vinculado ao governo do Estado, na década de 90 passa à tutela do governo municipal.

Ainda nesse período, o serviço de fiscalização aos hospitais psiquiátricos passa a ser mais severo, fazendo desencadear um processo de contratação em massa de técnicos, não só terapeutas ocupacionais, mas também psicólogos, pedagogos, professores de Educação Física... Rogéria (2005) relata esse período como o da “prostituição⁸” da Terapia Ocupacional. Talvez, esse tenha sido um importante momento da Terapia Ocupacional no município mascarando uma proposta político-ideológica de intervenção.

Segundo o relato da terapeuta ocupacional Graziela (2005), no início da década de 90 a fiscalização volta com rigor e esses episódios voltam a acontecer. Ao contrário da década de 80, quando os profissionais terapeutas ocupacionais, recém-formados estavam retornando à cidade, nos anos 90 parece haver certo esvaziamento de profissionais na cidade de Sorocaba, o que favoreceu a contratação de pessoas vindas de outras cidades.

No que se refere à organização da categoria, de modo geral, os terapeutas ocupacionais, do município de Sorocaba, nunca se reuniu para discutir a profissão. O primeiro sinal de agrupamento de terapeutas ocupacionais, com fins científicos, foi a formação de um grupo para supervisão, coordenado por uma terapeuta ocupacional vinda da cidade de São Paulo, Gilda.

Esse grupo, em 1996 promove o “1º Encontro de Terapia Ocupacional de Sorocaba e Região”. O encontro tinha o objetivo de reunir terapeutas ocupacionais para

⁷ Modelo de intervenção centrado em ações hospitalares.

⁸ Período em que grande número de terapeutas ocupacionais era contratado pelos hospitais psiquiátricos a fim de desenvolverem suas práticas somente durante a fiscalização ao serviço.

uma discussão de suas práticas, desafios e perspectivas da Terapia Ocupacional na região.

A adesão ao encontro foi pequena, tanto que no ano seguinte, 1997, o reitor da UNISO, Aldo Vannucchi, dado o interesse pela implantação do Curso de Terapia Ocupacional na Universidade, contatou Rogéria a fim de reunir terapeutas ocupacionais de Sorocaba e região para discutirem a proposta curricular do curso, surpreendendo-se ao constatar que os terapeutas ocupacionais estavam desenvolvendo suas práticas de forma isolada e ofuscada.

Diante deste fato a UNISO, interessada na implantação do Curso de Graduação de Terapia Ocupacional, se propõe a patrocinar a 2ª e a 3ª Jornada de Terapia Ocupacional e Região, respectivamente 1997 e 1998. Apesar da importância do evento para a categoria dos terapeutas ocupacionais é só durante os primeiros anos de fundação do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO que se poderão ver os primeiros sinais de reunião e organização dos profissionais dedicados a atividade da Terapia Ocupacional na cidade de Sorocaba e região.

Até que em 27 de maio de 2004, duas terapeutas ocupacionais de Sorocaba se juntam a fim de desenvolver um grupo de estudos que pudessem reunir profissionais, terapeutas ocupacionais, não só da cidade, mas de toda a região. Dentre os principais objetivos do grupo, em funcionamento, estão: “permanecer como um espaço para encontro dos terapeutas ocupacionais com trocas de informações e vivências; buscar o fortalecimento da categoria; divulgar a profissão, o trabalho e o papel do terapeuta ocupacional nos diferentes campos de atuação; proporcionar momentos de estudo, organizados por temas, bimestralmente”. Este fato evidencia a vontade política dos terapeutas ocupacionais pelo desenvolvimento da profissão.

2.20 Curso de Terapia Ocupacional na UNISO

Apesar da forte ligação da Terapia Ocupacional com a saúde mental no município de Sorocaba, o Curso de Terapia Ocupacional na UNISO, criado em 1997, não orienta a sua proposta inicial para essa direção. Daí, talvez, seu caráter mais aberto, é voltado para o desenvolvimento de atuação de natureza mais multidisciplinar.

É importante registrar que o momento da implantação do Curso de Terapia Ocupacional é o mesmo de quando a UNISO buscava sua consolidação como universidade. É bom lembrar que se constituía em exigência para a obtenção do status universitário que suas atividades de ensino, pesquisa e extensão se desenvolvessem nas áreas de Humanas, Exatas e Biológicas.

Se bem que não tenha sido possível precisar exatamente o motivo para a escolha do Curso de Terapia Ocupacional, é certo que a ausência ou a falta de um curso deste tipo na região motivou a UNISO lançar o Curso de Terapia Ocupacional.

A primeira turma do Curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional na UNISO teve início em 1998, com aulas no período noturno, das 19h às 22h40min.. Segundo o primeiro Projeto Político Pedagógico – PPP – instituído em 1998, o objetivo do curso era “formar profissionais para atuar no campo da saúde, visando implementar o atendimento e contribuir, juntamente com os demais cursos da área na melhoria da qualidade de vida do cidadão”.

A proposta envolvia apenas o Projeto de Estrutura Curricular elaborado de acordo com o currículo formal mínimo - Parecer nº 622/82, homologado pela Resolução

nº 4/83, em 1997, pela enfermeira Dra. Carmem Silvia Gardenal, especialista em currículos. O projeto, neste sentido, não apresentava novidades, propunha 4.000 horas, divididas em quatro ciclos de disciplinas, distribuídas em oito semestres. No Ciclo I, se contemplavam as disciplinas biológicas⁹, no Ciclo II, as disciplinas de formação geral¹⁰, no Ciclo III as matérias pré-profissionalizantes¹¹ e por fim, no Ciclo IV¹², as disciplinas profissionalizantes.

A opção preferencial pelas disciplinas com maior ênfase no desenvolvimento humano não pode ser vista, no ambiente, como um desprendimento radical das relações da Terapia Ocupacional com a medicina. Como é o caso da disciplina de Dermatologia, conforme as observações feitas por Rogéria (2005), em consonância com o compromisso da UNISO, enquanto universidade comunitária, de assistir às necessidades da comunidade local e regional, os componentes curriculares de Terapia Ocupacional Aplicada à Dermatologia recebia destaque. Esse fato se dava, principalmente, porque o município de Itu, situado na região de Sorocaba, abriga um hospital de longa permanência para os casos de tratamento de hanseníase.

⁹ Biologia, Anatomia Humana, Histologia, Bioquímica, Fisiologia, Biofísica, Patologia Geral e Patologia de Órgãos e Sistemas.

¹⁰ Introdução ao Pensamento Teológico, Antropologia Filosófica, Metodologia do Trabalho Científico I e II, Psicologia, Sociologia, Introdução à Saúde Humana e Saúde Pública, Métodos e Técnicas de Pesquisa em Terapia Ocupacional (Bioestatística), Ética e Legislação I, Ética e Deontologia.

¹¹ Análise de Atividades I, II, III, História da Terapia Ocupacional, Cinesiologia, Atividades e Recursos Terapêuticos I, II, III e IV, Cinesioterapia e Reeducação Funcional, Métodos e Técnicas de Avaliação em Terapia Ocupacional I e II.

¹² Disciplinas Institucionais - Introdução ao Pensamento Teológico II, Métodos e Técnicas de Pesquisa II, Trabalho de Conclusão de Curso I e II; Disciplina Complementar Obrigatória - Administração em Serviço de Saúde I e II; e Prática Supervisionada - Prática Supervisionada I, II, III, IV, V, VI, VII e VIII, Terapia Ocupacional Aplicada à Infância e Adolescência I e II, Terapia Ocupacional Aplicada à Dermatologia, Terapia Ocupacional Aplicada à Ortopedia e Traumatologia I, II e III, Terapia Ocupacional Preventiva e Social, Terapia Ocupacional Aplicada às Deficiências Sensoriais e Mentais, Terapia Ocupacional Aplicada à Neuropsiquiatria da Criança e Adolescência, Terapia Ocupacional Aplicada à Geriatria e Gerontologia I, II e III, Terapia Ocupacional Aplicada à Clínica Geral e Cirúrgica, Terapia Ocupacional Aplicada à Saúde Coletiva e do Trabalhador, Terapia Ocupacional aplicada à Neurologia e Pediatria, Terapia Ocupacional Aplicada à Psiquiatria, Arteterapia, Recreação e Lazer Aplicado à Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional Aplicado à Reumatologia, Terapia Ocupacional Aplicada à Saúde Mental e Reinserção Social.

Essa proposta de estrutura curricular continha ementas de disciplinas baseadas em propostas curriculares de outras instituições de ensino superior, tais como: PUCCAMP, PUC – SP e UFSCar e Universidade de Fortaleza – UNIFOR, além da Universidade Católica de Brasília - UCB, mesmo sem o Curso de Terapia Ocupacional.

É importante destacar que essa proposta pedagógica teve curta duração não sustentando se quer por um ano. Verificando retrospectivamente essa situação pode-se verificar que nem bem instalado, o Curso de Terapia Ocupacional com a sua proposta médico-reducionista se dá intenso processo de discussão entre os professores, que estavam à frente do curso, dando novos rumos para a proposta pedagógica. No novo modelo que surge desse processo de discussão se percebe uma maior ênfase nas disciplinas voltadas ao desenvolvimento humano e nas ações cotidianas do que nas disciplinas relacionadas às patologias.

Talvez a proposta inicial modificada rapidamente pelo processo de discussão instituído pelos professores do Curso possa ser explicada por dois tipos de influência. Primeiramente, pelo espírito de se ater fielmente as exigências oficiais impostas pelo Ministério da Educação – MEC – e em seguida pelo fato de a elaboração do plano do curso ter sido de autoria de uma profissional da enfermagem.

É curioso observar como o desenvolvimento desse processo de renovação da estrutura curricular trouxe à tona o movimento da categoria dos terapeutas ocupacionais, motivado pela busca da autonomia da atividade em relação à medicina, proposta na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB – de 1998.

No fim do ano de 1998, parte da equipe docente, formada por quatro terapeutas ocupacionais, assessoradas pela também terapeuta ocupacional Dra. Maria Luiza

Guillemon Emmell (UFSCar), discutem a proposta curricular do Curso de Terapia Ocupacional e optam por revisar e reestruturar o seu Projeto Político Pedagógico.

Com isso foi possível responder a algumas das necessidades teóricas quanto a concepção ideológica-filosófica do curso, bem como algumas definições quanto as questões operacionais do curso, tais como: carga horária, componentes curriculares, período das aulas (noturno), abertura de campos para aulas práticas (parcerias com instituições da cidade), entre outras.

Rogéria (2005) é convicta de que essa mudança foi de grande impacto não só para a política pedagógica do curso, mas, principalmente, para a formação do futuro profissional de terapeutas ocupacionais, tendo em vista o seu foco principal ter sido dirigido para a formação do aluno voltada às questões contemporâneas da Terapia Ocupacional. Esta postura vem de encontro com as convicções de Medeiros (2003, p. 176) para quem essa forma de conceber a formação de terapeutas ocupacionais implica “posturas mais abertas, atentas, menos estereotipadas”. A autora reforça ainda mais essa opinião ao destacar que a ação da Terapia Ocupacional não pode ser isolada do contexto sociopolítico-econômico em que ela se desenvolve. A mesma diretriz, portanto, perseguida pelas mudanças empreendidas no final do ano de 1998.

Assim sendo, entra em vigor em 1999 a nova matriz curricular. Observa-se, neste momento, grande empenho dos profissionais terapeutas ocupacionais envolvidos em romperem as relações de dependência da Terapia Ocupacional em relação a medicina. Exemplo prático desta postura é facilmente verificável na diminuição relativa dos componentes curriculares baseados nas patologias em relação ao conjunto das disciplinas que compõem a grade curricular do curso.

É bom que se note que as mudanças realizadas contemplavam em boa parte as novas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas para o Ensino de Graduação em Terapia Ocupacional. Por estas diretrizes a nova proposta curricular passa a ser compreendida em dois núcleos, sendo o primeiro Núcleo de Conhecimentos Básicos, subdividido em Área Biológica¹³ e Área de Humanas¹⁴, e o segundo Núcleo de Conhecimentos Específicos, subdividido em Área de Formação Específica¹⁵ e Área de Formação em Serviço¹⁶.

Uma característica interessante do Curso de Terapia Ocupacional é que essa revisão da sua estrutura curricular não foi a única, o que mostra certo dinamismo e a possibilidade de tentar atender às questões contemporâneas da Terapia Ocupacional. A segunda mudança no PPP ocorre em 2001, com redução de 20 horas/aula no curso. No ano seguinte, em 2002, a UNISO propõe um novo roteiro de elaboração dos projetos pedagógicos dos cursos, “permitindo assim a atualização dos mesmos e a possibilidade de discussão de novas propostas que permitem cada vez mais a formação de profissionais críticos e agentes transformadores da Sociedade”. Neste PPP aparece Saraceno (1999) referendando a justificativa do Curso.

Com isso, parece ficar mais intenso o processo de autonomização da Terapia Ocupacional, uma vez que, inspirado na Reabilitação Psicossocial, trazida pelo referido

¹³ Biologia, Anatomia Humana, Fisiologia Humana, Bioquímica e Biofísica, Fundamentos de Patologia e Patologia Aplicada.

¹⁴ Sociologia, Antropologia Filosófica, Psicologia, Psicomotricidade, Desenvolvimento Humano, Metodologia do Trabalho Científico, Métodos e Técnicas de Pesquisa, e Ética.

¹⁵ Fundamentos e História da Terapia Ocupacional, Atividades e Recursos Terapêuticos, Cinesiologia, Cinesioterapia, Administração em Serviços de Saúde, Dinâmica e Atividade Grupal, Formação e Desenvolvimento Profissional, Métodos e Técnicas de Pesquisa em Terapia Ocupacional, Métodos, Técnicas e Procedimentos de Intervenção em T. O., Saúde Ocupacional, Próteses, Órteses e Adaptação, e Trabalho de Conclusão de Curso.

¹⁶ Prática em Terapia Ocupacional I, II, III e IV, Terapia Ocupacional em Disfunções Sensoriais, Geriatria e Gerontologia, Infância e Adolescência I e II, Saúde Física I e II, Saúde Mental I e II, Saúde do Trabalhador, Estágio Profissional – Módulo A (ênfase em Saúde Física ou Mental), módulo B (ênfase em Saúde Física ou Mental), Módulo CI e CII – outras áreas.

autor, o PPP norteia a proposta de intervenção pedagógica, clínica e institucional em Terapia Ocupacional.

Dessa forma, observamos que os conteúdos dos componentes curriculares do Curso de Terapia Ocupacional passam a centrar-se no “processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em Terapia Ocupacional”. (PPP, 2002).

É evidente que a primeira revisão no PPP, de 1998, foi a mais radical, tendo em vista a profundidade das mudanças no sentido de que se passa de um modelo altamente técnico para um modelo social-crítico. Assim sendo, as mudanças seqüentes procuraram apenas aprofundar e definir com mais precisão a formação crítica dos profissionais de Terapia Ocupacional.

O que parecia ser uma tendência acabou se consolidando, as mudanças ocorridas vieram fielmente ao encontro das posições sustentadas por Medeiros (2003, p. 137), para quem

O terapeuta ocupacional, como profissional da saúde pertence a um campo multiprofissional e deve engajar-se em práticas que correspondam a uma demanda determinada pelas reivindicações de saúde da população e não como resposta às políticas “econômicas” (medicinas de grupos, indústrias farmacêuticas, consumo de tecnologia, etc.).

O novo Curso de Terapia Ocupacional que emerge, ao menos na intenção, parece interessado em responder às demandas do sujeito, entendido este como um sujeito social historicamente determinado. O que está subjacente a toda esta questão de mudança de diretriz, consolidada no PPP não é a formação de um profissional

terapeuta ocupacional neutro, mas ao contrário, é um tipo de profissional crítico engajado na realidade política e social do país. Como aponta Brançam (2003 p. 83),

A formação generalista deve contemplar de forma equilibrada conhecimentos gerais nas áreas biológicas e humanas, conhecimentos específicos no campo da Terapia Ocupacional além de atividades de complexidade crescente que envolvam a observação, a prática autônoma supervisionada nas diferentes áreas, equipamentos e níveis de atuação, proporcionando, desta forma, condições para o desenvolvimento de um profissional crítico e reflexivo, capaz de atuar nas áreas clássicas da terapia ocupacional ou sob novas perspectivas, como agente transformador da realidade local. O ensino de graduação deve ser entendido como uma etapa inicial de um processo de formação continuada e permanente.

Em profundidade o que podemos perceber no Curso de Terapia Ocupacional da UNISO é que ele se introduz como parte importante e estruturante de uma proposta universitária, caracterizada pelo ensino, pesquisa e extensão. Há nítida intenção de articular o conhecimento empírico ao conhecimento científico.

Atualmente, em fase de aprovação, o PPP 2005/2005 vem atender a solicitações da própria UNISO de uma nova proposta de estrutura curricular, com componentes curriculares organizados em créditos divididos em três grupos. O primeiro grupo contempla as Ciências Biológicas e da Saúde¹⁷, que totaliza 22 créditos em 440 h/a, o segundo grupo é o das Ciências Sociais e Humanas¹⁸, com 22 créditos também em

¹⁷ Inclui os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, compreendendo estudos de Biologia Humana, Anatomia, Fisiologia, Patologia Geral e Aplicada. (PPP, 2005/2006).

¹⁸ Abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais compreendendo estudos de Sociologia; Antropologia; Psicologia Geral, da Personalidade e do Desenvolvimento; Práticas de Pesquisa em Terapia Ocupacional; Filosofia; Ética; Administração em Serviços de Saúde e Planejamento e Gestão de Serviços. (PPP, 2005/2006).

440h/a, e o terceiro, das Ciências da Terapia Ocupacional¹⁹, com 136 créditos, em 2720 h/h, totalizando 3.600 horas.

No PPP 2005/2006, o objetivo do curso é proporcionar a formação generalista, assim como o PPP 2002, mas vai além, na medida que estabelece o propósito de formar profissional humanista, crítico e reflexivo.

O terapeuta ocupacional deve conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional, seus diferentes modelos de intervenção e atuar com base no rigor científico e intelectual.

Sua formação deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Coincidentemente com Medeiros (2003, p. 150), o PPP aponta para a necessidade de formação de um novo profissional terapeuta ocupacional, que seja “consciente das intencionalidades políticas subjacentes à sua prática clínica, mediante análise cuidadosa das propostas institucionais”. Nesse sentido, o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO se mostra empenhado em formar profissionais na área da Saúde, comprometidos com “questões da qualidade de vida no processo das ocupações humanas”.

No entanto, quando pensamos na Terapia Ocupacional na área da Educação como algo novo, ao observarmos PPP 2005/2006, notamos a carência de especificações relacionada à Educação Escolar, especialmente no que se refere às ementas dos componentes curriculares.

¹⁹ Inclui os conteúdos referentes aos Fundamentos de Terapia Ocupacional, as Atividades e Recursos Terapêuticos, a Cinesiologia, a Cinesioterapia, a Ergonomia, aos Processos Saúde-Doença, Saúde Coletiva, aos estudos de Grupos e Instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação. (PPP, 2005/2006).

Notamos que apenas dois componentes curriculares mencionam os termos educação ou escola, são eles: Administração em Serviços de Saúde²⁰ - que traz em seu quinto item a Educação em Saúde - e Psicomotricidade²¹ - que menciona no seu quarto item inclusão escolar.

Apesar da introdução desses itens que se referem à Educação Escolar, ainda questionamos se o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, em seu novo PPP, mesmo tendo como princípio a formação generalista, está formando profissionais terapeutas ocupacionais preparados para atuar na área da Educação Escolar.

2.3O serviço de Terapia Ocupacional na UNISO – Núcleo de Terapia Ocupacional

O Curso de Terapia Ocupacional da UNISO prevê, em seu PPP atual (2005/2006), Programa de Intervenções da Terapia Ocupacional com ações institucionais e ações territoriais. Dentre as ações institucionais estão programas subvencionados pela UNISO, nos quais se inserem o Núcleo de Terapia Ocupacional e instituições parceiras.

Desde 2001, a UNISO mantém seu serviço de Terapia Ocupacional de atenção à comunidade. Criado pelo Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, o serviço nasceu de uma posição política do colegiado, com o propósito de um conjunto de estratégias orientadas para oportunidades de troca de recursos e relações pessoais.

²⁰ Componente curricular: Administração em Serviços de Saúde (CCEVF). Créditos: 04 - 80h/aula. Ementa: 1. História da Assistência da Saúde no Brasil; Conceitos de Saúde-Doença. 2. Políticas Públicas e Sistemas de Saúde no Brasil; Programas e Projetos de Saúde. 3. Conceitos Básicos em Epidemiologia; 4. Planejamento e Gerenciamento de Serviços de Saúde; 5. Educação em Saúde.

²¹ Componente curricular: Psicomotricidade (CCEsp). Créditos: 02 - 40h/aula. Ementa: 1. Desenvolvimento Infantil; 2. Desenvolvimento Emocional; 3. Psicomotricidade; 4. Inclusão Escolar 5. Desenvolvimento Adolescente.

Segundo o PPP (2001), a criação do Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO está justificada através dos seguintes documentos: Projeto Institucional Pedagógico da UNISO, Normatização de Diretrizes Curriculares para o Curso de Terapia Ocupacional, além da estrutura curricular do curso que prevê 1000 horas mínimas para formação em serviço.

O Projeto Institucional Pedagógico da Universidade de Sorocaba prevê a participação ativa da universidade na comunidade, fomentando a integração entre professores, alunos e comunidade, além da implantação de espaços específicos para as práticas profissionais. As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Terapia Ocupacional prevêem que os Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional devem assegurar à formação de profissionais oportunidades de “vivências em atividades profissionais para competência teórico-prático”, tornando-os aptos a atuar nos diferentes níveis de atenção em Saúde (programas de proteção, promoção e recuperação da saúde ou programas de promoção e inclusão social, educação, habilitação e reabilitação) com *diferentes grupos populacionais*.

A metodologia utilizada no projeto inicial do serviço, elaborado em 2001, está baseada na Reabilitação Psicossocial proposta por Saraceno (1999). Este autor propõe a intervenção terapêutica em três grandes eixos: Programa de Apoio ao Desenvolvimento Humano, Programa de Integração ao Trabalho e Programa de Atividades Relacionadas ao Habitat.

Na época de sua implantação foram programadas as seguintes atividades: Acompanhamento do Pré-Escolar, Intervenção Essencial em Terapia Ocupacional, Apoio à Educação Inclusiva, Grupo “Espaço Criança”, Grupo “Galera Teen”, Grupo de Geração de Renda, Programa Geriatria e Gerontologia, Grupo “Só para Mulheres”,

Terapia Ocupacional nas Disfunções Sensoriais, além de grupos de acompanhamento e orientação. Todos esses programas apresentavam objetivos específicos dentro do Projeto do Serviço.

Saraceno (1999) fundamenta a proposta do Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO, no entanto a prática parece ter sido contraditória, uma vez que os projetos desenvolvidos tinham as características pessoais do profissional responsável.

Atualmente, o Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO tem como objetivo:

[...] manter um serviço de Terapia Ocupacional em diferentes níveis de atenção à saúde, ampliando as áreas de atuação na comunidade, com objetivo de melhoria da qualidade de vida da população de baixa renda do município de Sorocaba, privilegiando medidas preventivas e de educação em saúde que possibilitem uma reorganização interna e uma adaptação individual e social. (PPP, 2005/2006).

Nesse sentido, modificações ocorreram e implicaram a re-organização das propostas de atenção aos usuários do Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO. Dessa forma, existem projetos desenvolvidos sob responsabilidade de docentes/supervisores de estágio e outros sob a responsabilidade da terapeuta ocupacional do serviço.

Atualmente Saraceno não aparece mais referendando a metodologia do serviço, assim, na sua organização geral, o Núcleo de Terapia Ocupacional se desenvolve em torno dos seguintes projetos: Projeto Terapia Ocupacional Educacional-Desenvolvimento e Aprendizagem²², Projeto Recriando, Projeto de Atenção em Saúde

²² Serviço terapêutico ocupacional destinado aos alunos que apresentam necessidades educativas especiais, aos familiares e profissionais envolvidos com a escola. A abordagem desse programa parte do reconhecimento da inter-relação entre desenvolvimento e aprendizagem, numa perspectiva histórico-cultural.

Mental²³, Projeto de Atenção em Saúde Física²⁴, Projeto de Atenção ao Idoso²⁵, Projeto Oficinas²⁶.

Nesta investigação nos deteremos na descrição e análise do Projeto Recriando, na área de Educação, nosso objeto de estudo. Embora destaques a importância de se investigar minuciosamente os demais projetos de extensão, desenvolvidos no Núcleo de Terapia Ocupacional da UNISO, a fim de apontar novas perspectivas.

²³ Esse projeto mantém atendimentos individuais e grupais a crianças, adultos e adolescentes com queixas na organização do cotidiano e nas relações interpessoais e intrapessoais. Tem o objetivo de proporcionar um espaço acolhedor capaz de favorecer a identificação dos conflitos, a aquisição de autonomia na reorganização do cotidiano e a vivência de relações interpessoais satisfatórias. Existe a preocupação em buscar parcerias na rede social do sujeito, na tentativa de promovê-lo no seu próprio território. Outra proposta se caracteriza pelos espaços alternativos de convivência (oficina e grupo aberto) na modalidade da clínica ampliada, oferecida ao público em geral, para desenvolver atividades grupais de interesse comum, como, por exemplo, trabalhos corporais, teatro, entre outros.

²⁴ Atendimento individual e/ou grupal à clientela em idade adulta que apresente disfunções motoras e/ou senso-perceptivas, com o objetivo de proporcionar a esse cliente a compreensão da sua patologia, trabalhando suas potencialidades e buscando torná-los independentes em suas atividades de vida diária e prática. Outra intervenção se dá junto à família e/ou cuidadores, na perspectiva de oferecer acolhimento e orientação para suporte das situações vividas, facilitando as relações de convivência e praxidade.

²⁵ Oferecido a idosos com quadros de disfunções neurológicas, demência (Doença de Alzheimer e outros tipos), distúrbios de memória e da função cerebral superior (depressão, distúrbios de ansiedade, amnésias), individualmente ou em grupo. Atende também aos cuidadores (familiares ou não) de idosos de alta dependência.

²⁶ Esse projeto surge da necessidade de atender à comunidade, independente de patologias específicas, com o intuito de: proporcionar um espaço de trocas sociais; ampliar a conquista de habilidades pessoais e sociais; favorecer processos de criação e possibilitar ao aluno da UNISO a coordenação de grupos e o aprendizado das novas técnicas.

CAPÍTULO 3 – PROJETO RECRIANDO E OS SABERES E PRÁTICAS DO CAMPO EDUCACIONAL



3.1 A Terapia Ocupacional e a Educação Escolar

Como já foi escrito anteriormente, a Terapia Ocupacional tem sua gênese no campo da Saúde, proposta por médicos e desenvolvida por enfermeiros e assistentes sociais. A Terapia Ocupacional não surge com objeto de estudo claramente determinado. Seu conhecimento inicial está mais para auxiliar do conhecimento médico do que para um conhecimento especulativo-científico fundado em aspectos teóricos bem determinados.

Essa circunstância histórica que de certa forma ainda não foi superada é tributária de todo um processo de busca de uma identidade própria para a Terapia Ocupacional. Por conta desse desenvolvimento, tem-se assistido a uma grande proliferação de modelos teóricos e práticos em torno do que cada um desses posicionamentos consideram no momento do seu surgimento que seria o verdadeiro “devia ser” da Terapia Ocupacional.

Medeiros (2003, p. 31) parece tirar conseqüências dessa busca de conceituação e/ou definição para a Terapia Ocupacional ao sugerir que os “conflitos gerados pela coexistência e convivência de diferentes modelos em suas práticas” estariam por de trás deste momento de ebulição que vive atualmente a Terapia Ocupacional.

No fundo dessa discussão o que verdadeiramente está se buscando é uma definição de um campo de conhecimento próprio para a Terapia Ocupacional. Galheigo (1988, p. 2) reforça a reivindicação por uma definição epistemológica mais objetiva, ao afirmar que esse processo de tensões e inquietações por parte dos terapeutas ocupacionais parece característico da profissão e é imprescindível para ela,

[...] cujo conhecimento tem sido produzido e transmitido basicamente pela comunicação oral e que é mal interpretada, confundida, reinventada a cada dia tanto pelo senso comum, como por profissionais que lhes são até próximos, precisa ter seus pressupostos e objetivos estudados, clarificados e debatidos.

O COFFITO traz em seu *site* oficial a definição da profissão e o perfil do terapeuta ocupacional, assim como os campos de sua atuação.

É uma área do conhecimento, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psico-motoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos. (COFFITO, 2005).

Há nesta posição assumida pelo Conselho da categoria uma deliberada intenção de definir a Terapia Ocupacional como uma espécie de “ciência da atividade”. Sem desmerecer a essência deste esforço de definição por um estatuto científico-profissional para a Terapia Ocupacional, Medeiros (2003) nos alerta quanto à dificuldade de querermos encaminhar o desenvolvimento desse processo de busca de definição para a Terapia Ocupacional pela procura de um consenso na concepção da Terapia Ocupacional, uma vez que a partir da visão de mundo que se tem, poderíamos pensar em diferentes concepções, ideologias, teorias e práticas.

Ferioti (2004), assim como Caniglia (2005) propõem pensarmos a definição da Terapia Ocupacional a partir do seu objeto de estudo e de intervenção que é a atividade humana.

A definição do *objeto* da Terapia Ocupacional favorece alguma estabilidade na compreensão de sua identidade, no entanto, não garante a universalidade de sua prática ou mesmo de sua

constituição teórica, pois um mesmo objeto tem muitas facetas e pode ser contemplado a partir de diferentes ângulos e pontos de vista. (FERIOTTI, 2005).

Não obstante a contribuição das autoras na localização de um estatuto epistemológico para a Terapia Ocupacional, esta não impede que outros autores continuem questionando se a Terapia Ocupacional deve ser vista como simples técnica de reabilitação ou como ciência, que detém, como todas as outras, um campo epistemológico autônomo e definido. A discussão travada por Medeiros (2003), Benetton (1999) e Tassara (1993), só para citarmos alguns dos autores envolvidos, é exemplo típico dessa afirmação. Enquanto Medeiros (2003) concebe a Terapia Ocupacional como a ciência da atividade humana, Benetton (1999) acredita ser prematuro pontuá-la como ciência. Para esta autora, a Terapia Ocupacional se define ainda como uma técnica ou um conjunto de técnicas de origem estritamente científica; como uma tecnologia, portanto, que faz uso de ciências e conhecimentos científicos para atender a uma demanda específica. Entre as duas autoras se coloca a posição intermediária de Tassara (1993, p. 47) que afirma:

[...] 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.

Rogéria (2005), por sua vez, reforça essa idéia e aprofunda-a afirmando que não podemos desconsiderar que estamos construindo “um conhecimento a partir de outros conhecimentos, quanto mais a gente avança nessa discussão, mais a gente vai estar construindo uma Terapia Ocupacional ciência, [...], não é uma passagem, [...] a gente

não precisa se despir de uma coisa pra ser outra”. Assim, é possível pensar a Terapia Ocupacional como ciência e uma técnica ao mesmo tempo.

Muitos autores podem ainda ser incluídos nessa polemização e talvez os escolhidos nem sejam os mais significativos para pontuarem os marcos dessa discussão, mas o que se pretende com estes autores foi tão-somente demarcar posições gerais existentes, atualmente, no debate epistemológico que envolve a Terapia Ocupacional.

É nessa conjuntura de falta de consenso sobre o seu estatuto científico, em que se dão diferentes práticas da Terapia Ocupacional na Educação, algumas mais voltadas para prevenção de processos de adoecimento, e outras para reabilitação.

Bianca (2005), cujo envolvimento se dá diretamente com a Educação Especial, conta que há alguns anos, o terapeuta ocupacional só fazia intervenções propondo adaptações de mobiliário, utensílios, com foco na questão motora do indivíduo.

Bueno (2001), ao comentar a complexidade que representa a aplicação do princípio da Educação Inclusiva nos nossos sistemas de ensino, abre, mesmo sem se referir especialmente ao profissional de Terapia Ocupacional, importante espaço de atuação para a Terapia Ocupacional nas políticas de Educação Inclusiva. “A consecução do princípio da educação inclusiva, por sua vez, não se efetuará simplesmente por decreto, sem que se avalie as reais condições que possibilitem a inclusão gradativa, contínua, sistemática e planejada de crianças deficientes nos sistemas de ensino”. (BUENO, 2001).

Embora, nesta dissertação, não estejamos tratando da educação especial, a colocação do autor é pertinente se pensamos na Terapia Ocupacional como um apoio à Educação Escolar. É possível transpor essa questão à educação escolar comum, uma

vez que ele enfatiza que a educação especial vem se aproximando da educação regular no que se refere à falta de acompanhamento, avaliação e aprimoramento da qualidade do ensino, seja no sistema escolar, na instituição escolar, ou seja na sala de aula.

Nesse sentido, os profissionais de apoio, dentre eles o terapeuta ocupacional, teriam propostas integradas ao trabalho docente efetuado nas salas de aula. É à luz de esforços e na perspectiva de uma ação conjunta que se torna possível pensar a relação da Terapia Ocupacional com a escola.

Dessa forma, nota-se que a partir do momento em que a escola foi reconhecida como muito mais que uma questão pedagógica, a Terapia Ocupacional veio como um suporte. Em consonância com Rogéria (2005), a Terapia Ocupacional na Educação é um campo de intervenção muito novo, com discussão ainda “*incipiente*”. Para a terapeuta ocupacional, ainda existe

[...] um campo a ser delimitado, mas eu tenho um pouco de receio ainda com essa questão escolar, da gente também ficar achando que a gente vai entrar na escola pra fazer algumas coisas que acho que a gente não tem competência ainda pra isso. Que pode até vir a ter, mas eu não sei, [...] transformar a escola em clínica não é o objetivo. [...] não vejo a entrada da gente na Educação excluindo a Saúde, no binômio Saúde-Educação mesmo.

Nesse sentido, torna-se possível pensar a Terapia Ocupacional num novo campo de ação, no campo social, cujo marco principal é o desenlace com a área da Saúde. Essa possibilidade permite à Terapia Ocupacional trabalhar com problemáticas que emergem dos problemas de uma sociedade marcada pelas desigualdades sociais e conflitos sociais. “A ação do terapeuta ocupacional permanece em movimento constante e tem incorporado elementos que permitem formular uma outra base e

campo de atuação onde novas proposições e estudos são possíveis”. (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2005, p. 12).

A contribuição do terapeuta ocupacional, neste contexto de desigualdade social, seria para o equacionamento de questões inerentes a tais desigualdades, contradições sociais e confrontos culturais, no que tange a uma prática voltada para constituição de “intervenções coerentes com as culturas e contextos locais e específicos, fato que determina uma ruptura com ações moduladas por procedimentos técnicos preestabelecidos”. (Ibid., p. 15).

Portanto, pensar a Terapia Ocupacional na Educação Escolar não poderia ser a posição de medicalização de problemas pedagógicos. A inserção da Terapia Ocupacional na Educação Escolar tem de se dar a partir de uma intervenção no campo social, uma vez que ela assume outra conotação, distante dos princípios médicos.

Segundo Lopes (1993, p. 33), só faz sentido a Terapia Ocupacional na Educação Escolar a partir da sua inserção dentro do esforço de democratização da escola. Democratizar a escola é agir em prol de processos de transformação que possibilitem a criação de

[...] 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 conseqüências sociais, econômicas, políticas e culturais.

Essa posição que defende uma escola que propicie maior compreensão da complexidade social tem como princípio “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”. (Ibid., p.). De acordo com Bueno (2001) e Lopes (1993), reconhecemos a necessidade de se pensar a Terapia Ocupacional na Educação Escolar como um processo de ação mediado pela relação dialética entre o indivíduo e seu meio, em direção à formação do cidadão.

3.2 Projeto Recriando - a que e a quem veio?

Este projeto teve início em 2002, como uma idéia piloto a ser institucionalizada posteriormente. O título do projeto, Recriando, é resumidamente justificado pela concepção do adolescer como um processo de ressignificação e reconstrução de si mesmo. Ele surgiu como extensão do Programa de Terapia Ocupacional, desenvolvido no componente curricular “Estágio Profissional” – módulo CI e CII, respectivamente no 7º e 8º período do curso.

O Projeto Recriando surgiu devido à dificuldade em atender a tal demanda escolar. Por isso, ele foi projetado nos mesmos moldes que o Programa de Terapia Ocupacional Educacional, que se trata de:

[...] um serviço terapêutico destinado aos alunos que apresentam necessidades educativas especiais, aos familiares e profissionais da escola envolvidos, já que, na perspectiva da inclusão escolar, profissionais da saúde e da educação encontram-se envolvidos na construção de uma nova forma de conceber e por em prática o processo de ensino e aprendizagem. (PROJETO: NÚCLEO DE TERAPIA OCUPACIONAL, Universidade de Sorocaba, 2000).

Desde a criação desse Programa sentia-se a necessidade de atender adolescentes, considerando que parte dessa população, principalmente aqueles com

idade entre 13 e 20 anos, encontra-se desprivilegiada na cidade de Sorocaba, por não contar com nenhum tipo de assistência que envolva as questões relacionadas à saúde, à educação e ao social. Neste sentido, é evidente a ausência de políticas públicas que atendam a tais necessidades no município de Sorocaba.

No Projeto de Extensão apresentado à UNISO, no primeiro semestre de 2005²⁷, o Projeto Recriando surge da necessidade em atender aos adolescentes, de 10 a 20 anos, matriculados em instituições comuns de ensino, podendo ser municipais e estaduais, que apresentem queixa genérica de “desajuste escolar”. Essa delimitação cronológica segue o parâmetro da OMS, embora se tenha consciência de outra legislação para essa população, tal como o Estatuto da Criança e do Adolescente que entende a pessoa adolescente, aquela entre doze e dezoito anos de idade.

A queixa de “desajuste escolar” é determinante para inclusão do adolescente no Projeto. Ela significa, segundo o discurso dos usuários do serviço, presença de comportamentos que instabilizam a dinâmica predeterminada da escola, freqüentemente citada como comportamentos transgressores à regra. Seja o aluno que não quer fazer as tarefas por mero desinteresse, aquele que não tem motivação para ir às aulas, aquele que tem dificuldade em se relacionar com as pessoas, ou o que, muitas vezes, agride colegas e professores quando ridicularizado. Portanto, essa queixa é entendida como não decorrente de patologia específica, mas sim causada por fatores que indicam dificuldades no processo ensino-aprendizagem.

Grande parte dos encaminhamentos é feito pelas instituições escolares, mas não por via direta, ou seja, os adolescentes passam por diversos serviços do município, tais como Serviço de Apoio Psicológico e Terapêutico – SAPT –, Centro Unificado da

²⁷ O Projeto Recriando foi institucionalizado em 2005, embora estivesse em execução desde 2002.

Criança e do Adolescente – CUCA –, Ambulatório de Saúde Mental, Associação Pró-Reintegração Social da Criança, dentre outros, até serem encaminhados ao Núcleo de Terapia Ocupacional, muitas vezes, este último recurso, por falta de outra opção. No entanto, o serviço se propõe a olhar também para uma demanda espontânea, cuja iniciativa em procurar o serviço parte dos próprios familiares.

Sendo assim, a intervenção da Terapia Ocupacional se apresenta com:

[...] caráter terapêutico sem desconsiderar a papel político do profissional frente às discussões acerca da Educação Escolar no município de Sorocaba. A análise cotidiana do usuário permeia o processo terapêutico ocupacional, sendo que a Terapia Ocupacional é concebida, especificamente neste projeto, como a ‘ciência do fazer humano’. (Projeto de Extensão: Projeto Recriando, 2005).

Dentre os objetivos do projeto, o principal é “oferecer um espaço terapêutico que possibilite o enfrentamento de temas relevantes a essa fase do desenvolvimento humano, na interface da Saúde e Educação”, seguido dos objetivos relativos à UNISO: “atender à missão extensionista das universidades comunitárias; proporcionar subsídios para pesquisas de docentes e discentes da Uniso e fortalecer a intervenção da Terapia Ocupacional no campo da Educação”, e o objetivo frente aos usuários de “favorecer a ressignificação do cotidiano da população atendida”.

A idéia do projeto consiste numa intervenção que envolva impreterivelmente três aspectos, sendo o desenvolvimento humano, as questões do trabalho e a abordagem das atividades relacionadas à sua rotina. A atuação da Terapia Ocupacional está apoiada no Método de Terapia Ocupacional Dinâmica (Benetton, 1997). Ao apresentá-lo a autora aponta a Terapia Ocupacional como “um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social”, uma vez que o profissional,

terapeuta ocupacional, se mune de tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por problemas específicos de ordem física, sensorial, psicológica, e/ou social, apresentam dificuldades de inserção e participação na vida social.

Outros autores norteiam o Projeto Recriando no que se refere à adolescência. O autor Tiba aponta aspectos psicossociais e biológicos da adolescência; Spósito descreve a “juventude” como uma categoria indefinida; e Calligaris caracteriza essa fase pela imposição da moratória, ou seja, um período de suspensão entre a infância e a vida adulta.

Apoiados nesses referencias teóricos, o projeto se organiza numa dinâmica que atende não só ao adolescente, mas também à família, com quem é feito o primeiro contato, e aos profissionais da escola. O contato com a instituição escolar consiste na discussão do caso e propostas de parceria profissional, especialmente, com o intuito de provocar uma discussão num plano mais geral sobre a Educação Escolar.

Os atendimentos são organizados em etapas. A primeira consiste na avaliação do caso, pelos seguintes procedimentos: 1º entrevista com o familiar; 2º entrevista com o adolescente; 3º visita escolar. Na seqüência é realizada uma devolutiva aos envolvidos, com o parecer e a conduta a ser seguida, segundo determinações da terapeuta ocupacional²⁸ para que objetivos comuns sejam estabelecidos, seguindo a inserção do adolescente no atendimento propriamente dito. Os atendimentos são organizados semanalmente, nos quais o adolescente pode ser atendido individualmente ou em grupo, existindo flexibilidade conforme a demanda.

²⁸ O referido projeto é coordenado por uma terapeuta ocupacional que é a própria autora desta pesquisa.

Especificamente no Projeto Recriando, o diagnóstico clínico não é privilegiado. A metodologia que embasa a prática terapêutica ocupacional é o Método de Terapia Ocupacional Dinâmica, que propõe o diagnóstico situacional.

Este tipo de diagnóstico consiste numa análise das atividades cotidianas, principalmente a maneira como o indivíduo se organiza em sua rotina. Esse procedimento tem objetivo de reconhecer as dificuldades e habilidades apresentadas pelo indivíduo. Essa metodologia de intervenção é um movimento efetivo de fundamentação própria e específica da Terapia Ocupacional, uma vez que se distancia do diagnóstico clínico. Portanto, nos prontuários consultados não há registros de diagnósticos clínicos.

Os atendimentos são organizados prioritariamente em grupo, com o objetivo não só de atender a um maior número de usuários ao mesmo tempo, mas principalmente de fomentar as trocas sociais, de tal forma que possibilitem o enfrentamento de temas relevantes a essa fase do desenvolvimento humano e que favoreçam a ressignificação do cotidiano da população atendida.

Em consonância com Caniglia (2005, p. 73), a ressignificação do cotidiano seria uma postura de “promover o fazer qualificado e saudável”. Por trás dessa postura, há, sem dúvida, uma ideologia filosófica de concepção humanista. O papel do terapeuta ocupacional frente aos usuários está pautado em Ballarin, autora que aponta quatro atribuições que cabem ao profissional: planejar, facilitar, instrumentalizar e coordenar o grupo.

Em pesquisa realizada no calendário em que se inclui a presença dos usuários do Núcleo de Terapia Ocupacional, do momento de sua criação, maio de 2002, até o momento da institucionalização do Projeto Recriando, maio de 2005, o serviço assistiu

124 adolescentes, a maioria meninos. Esta relação, dificuldade de aprendizagem e gênero, não será abordada neste trabalho, mas fica em aberto para futuros estudos.

Salientamos que, desses 124 casos, nem todos entraram em atendimento propriamente dito, considerando que o Projeto Recriando oferece dois momentos de intervenção. Portanto, muitos dos adolescentes passam por toda a primeira fase e desistem do serviço por diversos motivos, dos quais, temos, por hipótese, que a principal causa que provoca esse movimento de evasão é a demora nesse processo de inclusão no serviço.

Atualmente o serviço assiste, aproximadamente, 20 adolescentes, considerando aqueles que estão tanto na primeira fase do processo de atenção quanto os que já estão sendo atendidos no serviço. Sobre os desligamentos por alta terapêutica, temos registro de apenas um caso.

Observando os prontuários dos usuários, notamos que não há nenhuma formalidade no encaminhamento para o serviço de Terapia Ocupacional, de forma que inexistem documentos solicitando o acompanhamento terapêutico ocupacional. Em alguns casos há relatório de visita escolar e, em um dos casos, consta uma observação feita pela terapeuta ocupacional justificando a impossibilidade de tal procedimento, dada a indisponibilidade de a escola recebê-la.

Em face dessa questão, vem à tona certo descaso da escola, o que nos leva a questionar a efetivação da relação necessária entre a escola e o serviço de Terapia Ocupacional. Fica explícito nos prontuários a precária relação entre o serviço de Terapia Ocupacional e a instituição escolar, o que nos leva a pensar na legitimação do fracasso escolar. Embora este não seja o nosso foco, valemos-nos desse fato para evidenciar a difícil relação entre a Terapia Ocupacional e a Educação Escolar.

Com isso nos sustentamos no questionamento de Medeiros (2003): Será que a sistematização e estruturação dadas à Terapia Ocupacional correspondem às reais necessidades dos seus usuários, ou apenas camuflam a problemática que exige um processo maior de transformação social. Esse é o móvel desta investigação: entender qual a lógica da Terapia Ocupacional no Projeto Recriando.

Diante dessas indagações, emergem outras, sustentadas ainda pela autora, em que ela discute a “onipotência” da Terapia Ocupacional, questionando até que ponto esta pode “abraçar” problemas sociais tão complexos, como os preconceitos, a discriminação, a pobreza, a violência, a vulnerabilidade da vida, a falta de habitação, a fome, a devastação ambiental...?

Essa postura da Terapia Ocupacional pode advir do fato de ela ter como objeto e, ao mesmo tempo, recurso de intervenção as atividades humanas. E o que é atividade humana? Poderíamos pensar que é a forma de o homem preencher as suas necessidades? A atividade humana é a maneira como o homem interage no mundo? Enfim, dadas a amplitude e diversificação da atividade do terapeuta ocupacional, torna-se possível colocá-la em diferentes situações e contextos. Talvez, a partir daí seja possível explicar a Terapia Ocupacional como uma atividade de múltiplas funções. Neste ponto, está sendo apresentada como dispositivo auxiliar no processo de ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a intervenção da Terapia Ocupacional parece objetiva, profissionais terapeutas ocupacionais se deparam com a falta de amparo legal para as intervenções em áreas paralelas à Saúde. Nessa ausência de legalização está implícita a falta de clareza do papel da Terapia Ocupacional na sociedade.

Ao contrário das políticas de Saúde que requisitam, mesmo como complemento, a Terapia Ocupacional no Sistema de Saúde, na Educação Escolar, não encontramos nenhuma regulamentação a esse respeito, o que nos leva a pensar que, mesmo sendo fundamental para a Educação Escolar, sua entrada e participação nesta área ainda se apresenta de forma “clandestina”, sem amparo legal.

3.3 A voz dos atendidos

Para Medeiros (1989, p. 119), os reais benefícios da intervenção terapêutica se dará efetivamente a partir do momento em que

[...] puderem responder globalmente a um sujeito, não somente com intuito de treinamento ou recuperação de suas partes consideradas patológicas, mas como forma de possibilitar seu desenvolvimento e reconhecimento como sujeito pertencente a uma classe social determinada, que possa lidar adequadamente com suas deficiências e capacidades e que se valorize como alguém que se relaciona com e está no mundo para atuar e transformá-lo criticamente.

Neste discurso fica evidente a necessidade de um profissional engajado nas questões políticas do seu campo de ação. Caniglia (2005) acrescenta que o papel do terapeuta ocupacional é investigar as habilidades e dificuldades no cotidiano do indivíduo, de tal forma que facilite sua relação com o mundo.

Se, por um lado, ficam evidentes algumas fragilidades do Projeto Recriando, por outro, segundo a leitura dos usuários não. Conforme Graziela (2005) o reconhecimento da ação do terapeuta ocupacional por parte dos usuários é muito positiva, ao contrário

do reconhecimento político. “A Terapia Ocupacional foi e é um incentivo a mais na vida da minha filha, uma opção a mais, onde ela se desenvolveu mais, aprendeu novos caminhos, isso ajudou muito na escola, em casa, no lazer...”. (Júlia, mãe de Alice).

Outra questão importante de se colocar é com relação ao reconhecimento da especificidade da Terapia Ocupacional, apontada por Caniglia (2005) como uma atividade humana e suas implicações. Nos relatos, tanto das mães, como de seus filhos, não há nenhuma menção ao “fazer”, em contrapartida fica visível a mudança em suas rotinas, colocadas como positivas.

Às vezes, esse encantamento com a Terapia Ocupacional - vendo-a como um forte paliativo para aspectos que refletem a falência do sistema público de ensino, acaba por não levar para a comunidade escolar a se empenhar para construir uma escola pública de qualidade, cumprindo o que é de sua própria essência e especialidade: ensino e aprendizagem - nos soa como um processo passivo por parte dos usuários frente à problemática da queixa escolar. E quando nos reportamos a Medeiros (1989), através das palavras acima, e às idéias de Barros; Lopes; Galheigo (2005), colocamos em questão os reais benefícios da Terapia Ocupacional ao usuário.

Para Galheigo (1988) é necessário “*cuidar-se para que uma prática terapêutica transformadora não se manifeste meramente panfletária*”. Com isso, entendemos a importância de uma assistência consciente e objetiva às pessoas atendidas pelo Projeto Recriando, levando-se em conta o que envolve os pressupostos – sejam eles históricos, político-ideológicos, implicados na teoria e prática profissional - da Terapia Ocupacional frente à necessidade de seus usuários, mas sem perder a visão crítica das possibilidades e limites de cada uma das áreas: Terapia Ocupacional e Educação Escolar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Este texto final apresenta algumas conclusões sobre a temática da Terapia Ocupacional na Educação Escolar, considerando sua relevância muito mais no sentido de levantar questões sobre a identidade da Terapia Ocupacional e sua introdução na Educação Escolar a partir de estudos produzidos acerca da própria Terapia Ocupacional, do que pontuar conclusões únicas e absolutas.

Valemo-nos de retomar as questões norteadoras desta pesquisa, apresentadas na introdução deste trabalho, a fim de elucidá-las. São elas: “Qual a identidade profissional da Terapia Ocupacional na Educação Escolar de adolescentes em Sorocaba? Como ela é reconhecida pelos adolescentes e familiares usuários e educadores (professores, coordenadores pedagógicos, orientadores pedagógicos, diretores...)? Como a Terapia Ocupacional se insere, a partir da sua identidade, nas atividades escolares? Ela tem espaço próprio e definido nos planos políticos pedagógicos das escolas? Ou não tem e simplesmente é demandada como um serviço técnico especializado?”. (p. 18-19).

Como respostas hipotéticas a estas questões tínhamos: 1ª.) “apesar de a intervenção da Terapia Ocupacional na área escolar do município, através do Projeto Recriando, ter nascido de condições político-sociais bem determinadas e vontade política consciente do Curso de Terapia Ocupacional da UNISO, não havia uma compreensão aprofundada, nem teórica e nem prática, sobre a natureza epistemológica da relação entre os conhecimentos da área da Educação Escolar e os da Terapia Ocupacional”; 2ª.) a presença da Terapia Ocupacional na Educação Escolar “está mais ligada a uma consciência político-social de introduzir esse profissional na ação de recuperação da escola pública, do que à clareza quanto ao significado prático da sua

atuação profissional diante da queixa de “inadaptação escolar” apresentada como justificativa para o encaminhamento dos usuários”. (p. 19-20).

Ao nos debruçarmos sobre o tema, um fato importante esteve presente em todos os momentos: a inexistência da relação direta entre a Terapia Ocupacional e a Educação Escolar. Isto foi observado na legislação, nos relatos dos usuários do Projeto Recriando, na falta de um plano de atuação conjunto entre o Projeto Recriando e as escolas públicas estaduais e municipais e também na prática profissional da pesquisadora.

Na legislação não encontramos nenhum amparo que regulamentasse a relação da Terapia Ocupacional com a escola, ao contrário das políticas de saúde. Exemplo disso são as diretrizes curriculares para os cursos de Terapia Ocupacional que não privilegiam ações acadêmicas no campo da Terapia Ocupacional na Educação Escolar. Em contrapartida, o Curso de Terapia Ocupacional da UNISO apresenta essa preocupação, com um campo de estágio profissional opcional.

Já os usuários do Projeto Recriando, tanto os adolescentes quanto as mães, não conseguem identificar, de forma consciente, a relação da Terapia Ocupacional com a escola. Embora pontuem a Terapia Ocupacional como fundamental para o processo de desenvolvimento humano, principalmente, pelo seu compromisso com um cotidiano saudável.

A pesquisadora, por sua vez, pelas suas experiências profissionais enquanto terapeuta ocupacional, sempre notou que a escola, ao efetuar o encaminhamento à Terapia Ocupacional, parecia estar delegando sua função de ensinar, a outro campo de conhecimento, se colocando em posição alheia à situação do fracasso escolar do aluno. Estas situações foram observadas, primeiramente, pela ausência de documento

formalizando o encaminhamento do adolescente ao serviço de Terapia Ocupacional, especificamente o Projeto Recriando e, no caso da existência de encaminhamento formal, quando eram observados diagnósticos educacionais imprecisos e descontextualizados; indisponibilidade de a escola em recebê-la; rigidez frente às propostas da terapeuta ocupacional, no que se refere às estratégias de adaptação do método de ensino à necessidade do aluno, dentre outras.

Por outro lado, dada a carência de assistência aos usuários (adolescentes e familiares) e até mesmo aos educadores, o Projeto Recriando admite-os, inconscientemente colocando-os num “espaço protegido”. Com isto, a lógica excludente passa para o cerne da Terapia Ocupacional, dificultando a mediação das ações cotidianas do indivíduo em discussão. A nosso ver este é um importante desafio para a prática da Terapia Ocupacional: favorecer a articulação das questões do processo terapêutico do usuário com a sua vida cotidiana.

Por isso “é necessário se perguntar qual a finalidade dessa intervenção, quais suas conseqüências não só para aquele indivíduo, mas para o conjunto das práticas de saúde. Perguntar se, com isso, está reproduzindo a lógica fragmentária das ciências hegemônicas e suas conseqüências sociais com a alienação e exclusão ou efetivamente se está tentando recuperar um homem capaz de transformar a si a as condições que o prejudicaram”. (MEDEIROS, 2003, p. 153).

É impossível após este longo estudo deixar de evidenciar o papel político do profissional terapeuta ocupacional. E esse, a nosso ver, é o maior desafio da profissão, ou seja, se organizar internamente no sentido de se apropriar das questões político-ideológicas referentes à categoria e ao serviço oferecido ao usuário.

Seguindo nessa discussão nos deparamos com necessidades mais gerais da profissão, em que se coloca hoje um grande desafio: administrar a multiplicidade do seu campo de atuação. Isto implica “administrar as “fronteiras do campo, as demarcações de espaço, as apropriações de conhecimentos, teorias, métodos, e a preservação do espaço profissional”. (CANIGLIA, 2005, p. 22). Especialmente no caso da Terapia Ocupacional, há necessidade de se tentar uma organização interna da profissão para buscar um consenso quanto à forma de “ser”, ou seja, quanto à sua especificidade. E qual a especificidade da Terapia Ocupacional? Com segurança colocamos a “atividade humana”, não somente como um recurso terapêutico, mas como sinalizador de um cotidiano saudável.

Outro ponto importante é a observação sobre as diretrizes curriculares para os cursos de Terapia Ocupacional. Este documento direciona a formação de profissionais segundo demandas contemporâneas, por isso passou por várias revisões, sendo a última em 2002.

Conforme observamos, as atuais diretrizes curriculares de Terapia Ocupacional ainda se pautam, em sua maioria, em componentes curriculares essencialmente reducionistas, principalmente, à medida que se coloca como campo de estágio profissional obrigatório a saúde física e a saúde mental. É notável que houve avanço, mas a tendência, conforme os próprios relatos dos docentes da UNISO, é que estejamos caminhando para uma nova proposta curricular para os cursos de Terapia Ocupacional no Brasil, direcionados a campos de intervenção interdisciplinar, como as ações na educação, saúde do trabalhador, no social, na gerontologia, na infância, dentre outras.

Apesar de o curso da UNISO, de acordo com as diretrizes curriculares, privilegiar a formação generalista, segundo análise da grade curricular, trata-se de ações fragmentadas e independentes. Um caminho possível talvez seja a articulação entre os componentes curriculares, tanto do ponto de vista teórico quanto prático.

Segundo Medeiros (2003, p. 146), a Terapia Ocupacional requisitada na atualidade é a “Terapia Ocupacional da ‘ocupação’. A Terapia Ocupacional da ‘ocupação’ é a que entende que a atividade por si só tem caráter terapêutico como reguladora do homem – homem este que tem por essência uma natureza ativa”.

Neste sentido, avaliando o Projeto Recriando reconhecemos que o mesmo acaba por atender muito mais à lógica excludente da escola do que às reais necessidades do indivíduo, uma vez que o serviço de Terapia Ocupacional acolhe o adolescente sem dialogar com a escola. Nesse acolhimento está implícito a legitimação do fracasso escolar.

Uma possibilidade para esta problemática seria a oficialização da relação da Terapia Ocupacional com as escolas públicas, estaduais e municipais, da cidade de Sorocaba, através de leis regulamentadoras, com intuito de colocar em discussão a Educação Escolar e, não somente os casos isolados recebidos no Projeto Recriando.

Chegamos ao fim desta longa jornada conscientes da importância deste estudo não só para a comunidade acadêmica, mas também para a prática profissional de terapeutas ocupacionais. Não há dúvida das limitações das questões aqui expostas, portanto, faz-se necessário uma leitura crítica e fica em aberto para o desenvolvimento de novas pesquisas acerca da interface da Terapia Ocupacional – Educação Escolar.

REFERÊNCIAS

- BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. (Org.) **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005/6. (prelo)
- BENETTON, Maria José. **Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional**. São Paulo: Diagrama&Texto/ CETO – Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, 1999. 141p.
- BERNAL, Cíntia de Menezes Fernandes. **Posso entrar?: um estudo sobre a inclusão de alunos com deficiências físicas em instituições de ensino regular na cidade de Sorocaba**. 2000. 140f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba.
- BRANÇAM, Gisleine Scatena; LIMA, Leonardo José Costa; ROSA, Soraya Diniz. Estágio em saúde mental na comunidade: perspectivas de uma nova atuação em Terapia Ocupacional. In: **Encontro de Pesquisadores e de Iniciação Científica da Universidade de Sorocaba**. Sorocaba, SP: Universidade de Sorocaba, 2004. p. 42-43.
- BRANÇAM, Gisleine Scatena. **As questões da condição pós-moderna e a formação do terapeuta ocupacional: o caso da Universidade de Sorocaba**. 2003. 108 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade de Sorocaba, Sorocaba, 2003.
- BRASIL. **Decreto nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.crefito3.com.br/download/lei938.doc>. Acesso em: 27/10/2005.
- BRASIL. **Decreto nº 6316, de 17 de dezembro de 1975**. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://www.crefito3.com.br/download/LEI_6316.doc. Acesso em: 27/10/2005.
- BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/LEIS/L8069.htm>. acesso em: 27/10/2005.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>. Acesso em 27/10/2005.
- BUENO, José Geraldo. A inclusão de alunos deficientes nas classes comuns do ensino regular. **Temas sobre desenvolvimento**, São Paulo, v. 9, n. 54, p. 21-27, jan. 2001.

CANIGLIA, Marília. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Oficina de Arte & Prosa, 2005. 180p.

CATANI, Afrânio; NOGUEIRA, Maria Alice (Orgs.). **Escritos de educação: Pierre Bourdieu**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. 251p.

FERIOTTI, Maria de Lourdes. **Terapia Ocupacional: identidade e vocação**. In: Semana de Estudos de Terapia Ocupacional (UNISO), (7., 2004, Sorocaba/SP). Informação Verbal.

FLORIO, Sandra Regina. **Os jogos de regras e o desenvolvimento de habilidades em crianças de 5 a 6 anos**. 2000. 133f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba.

FRANZONI, Vilma (Org.). **Manual de normalização de apresentação de teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso – TCC da Universidade de Sorocaba**. 3ª ed. Sorocaba, SP: Universidade de Sorocaba, 2003.

GALHEIGO, Sandra Maria. **Terapia ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar: em busca de um depoimento coletivo**. 1988. 83f. Dissertação (Mestrado em Educação – Administração e Supervisão Educacional) – Universidade Estadual de Campinas.

LAVILLE, Christian; DIONEA, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Christian Laville e Jean Dionea. Trad. Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPES, Roseli Esquerdo. **A formação do terapeuta ocupacional: o currículo: histórico e propostas alternativas**. 1991. 215f. Dissertação (Mestrado em Educação – Fundamentos de Educação) – Universidade Federal de São Carlos.

_____. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 4/7, p. 27-35, 1993.

MAGALHÃES, Lílian Vieira. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição**. 1989. 145f. Dissertação (Mestrado em Educação – Administração e Supervisão Educacional) – UNICAMP.

MEDEIROS, Maria Heloisa da Rocha. **A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social**. 1989. 129f. Dissertação (Mestrado em Filosofia – Filosofia da Educação) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

_____. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2003. 176p.

NOGUEIRA, Maria Alice. **Bourdieu e a Educação**. Maria Alice Nogueira e Cláudio M. Martins Nogueira. Belo Horizonte: Autêntica, 2004, v. 4., 152p. (Pensadores & Educação).

PRADO DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do; BARTALOTTI, Celina Camargo. Caminhos da Terapia Ocupacional. *In*: _____. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

PROJETO Político Pedagógico do curso de graduação em Terapia Ocupacional – Universidade de Sorocaba. 1998.

PROJETO Político Pedagógico do curso de graduação em Terapia Ocupacional – Universidade de Sorocaba. 2000.

PROJETO Político Pedagógico do curso de graduação em Terapia Ocupacional – Universidade de Sorocaba. 2002.

PROJETO Político Pedagógico do curso de graduação em Terapia Ocupacional – Universidade de Sorocaba. 2005/2006.

REY, Bruneta. **A inclusão de alunos com necessidades educativas especiais nas séries iniciais do ensino fundamental: um olhar na sala de aula**. 2003. 137f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba.

ROCHA, Eucenir Fredini. **Corpo deficiente: em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência físicas**. 1990. 371f. Dissertação (Mestrado em Psicologia - Psicologia Escolar) – Universidade de São Paulo.

ROSA, Soraya Diniz. **O professor universitário da área da saúde: profissão e qualidade de vida**. 2000. 105f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba

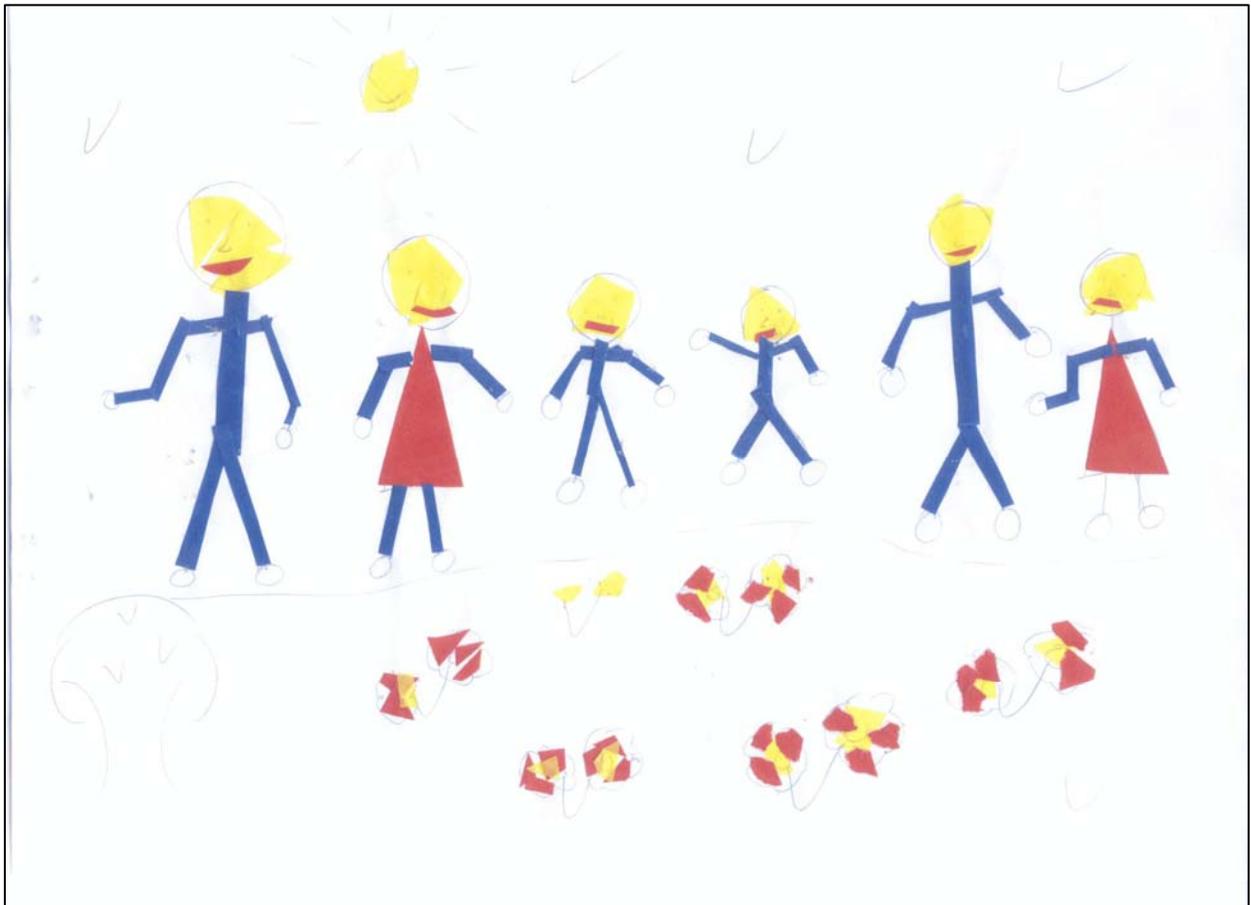
SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Trad. de Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini.. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro: Te Cora Editora/ Instituto Franco Basaglia, 1999. 176p.

SOARES, Lea Beatriz Teixeira. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Editora HUCITEC, 1991. 217p.

SILVANO, Rita de Cássia Gianolla Miranda. **O material e a atividade enquanto intermediários das interações grupais**. 2000. 101f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Sorocaba.

TASSARA, Eda Terezinha de Oliveira. **Terapia Ocupacional: ciência ou tecnologia? Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, SP, v. 4/7, p. 43-52, 1993.

APÊNDICE A – Atividades realizadas pelas mães dos adolescentes usuários do Projeto Recriando.



Família Restaurada

Tenho como objetivo principal o bem estar e harmonia da minha família.

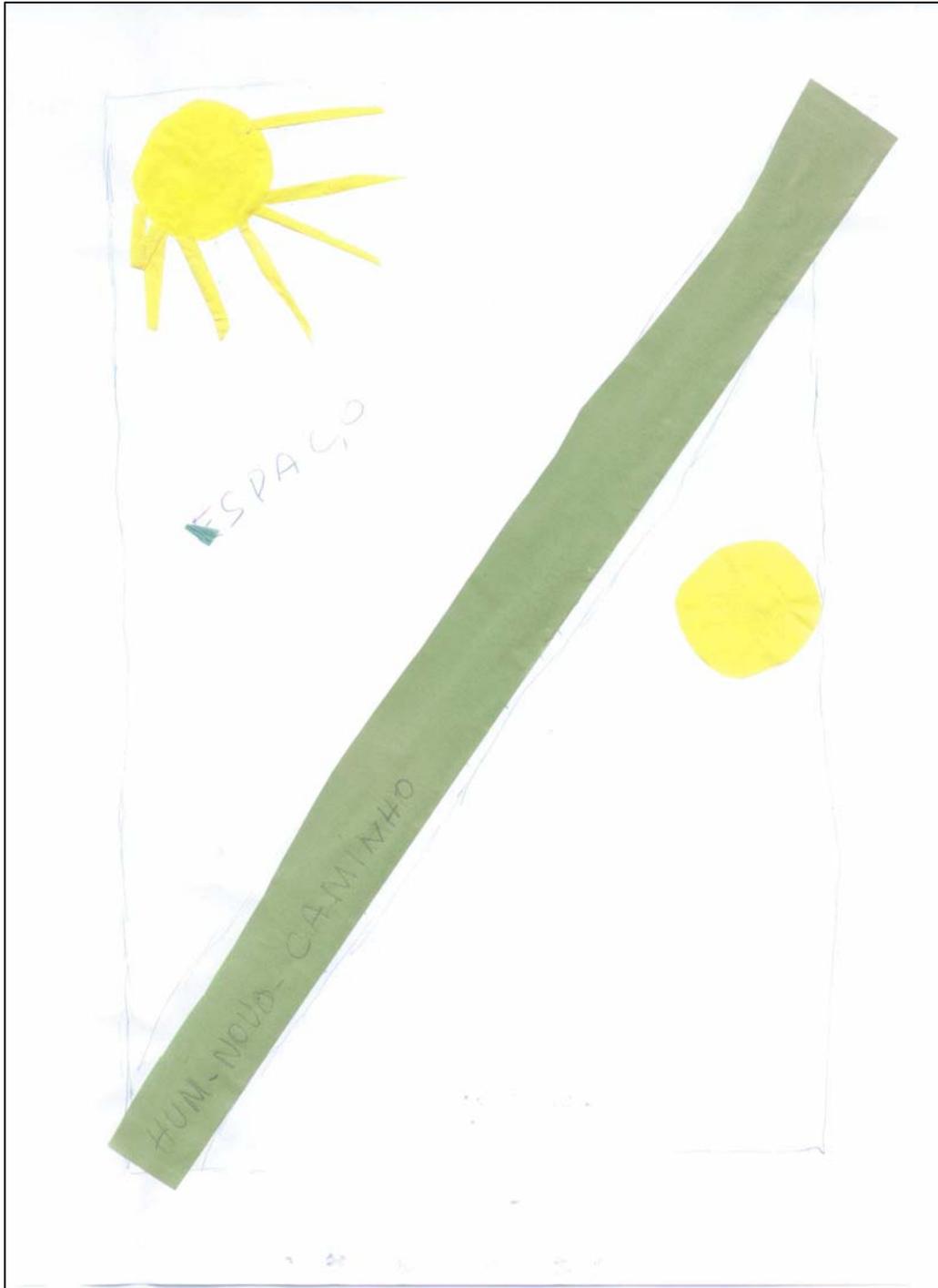
Ao encontrar o grupo de Terapia Ocupacional, foi mais um passo importante nessa direção. Somos juntamente com os nossos filhos orientados, no que diz respeito às dificuldades que encontramos no tratamento daqueles que apresentam certas dificuldades.

É como se fosse uma “válvula de escape” ou “tábua de salvação” nos tem feito muito bem.

Com respeito ao dia de hoje, achei tudo muito doido, mas gostei da colocação à respeito de trabalho em mosaico, pois havia desenhado minha família que deveria reconstruí-la e é bem o meu objetivo e também a minha fé pois creio que somos como vaso na mão do oleiro que é o nosso Deus criador.

Sem mais agradeço.

Maria (mãe de Júnior)



Um Caminho no espaço

Eu acho que é um novo caminho dentro deste espaço e, que vivemos observei na Tatiana um desejo enorme de vencer apesar de ser tão jovem ela passa para nos segurança força eu acho que isto tudo para todos nos que aqui estamos é um novo caminho principalmente para minha filha que o mundo dela é tão pequeno agora já acho que existe um grande espaço criado para nos além de vemos o sol ou a lua opostos podemos nos encontrar neste novo caminho aberto para nos um novo caminho.

Iolanda (mãe de Andréia)



Quando começamos a andar e foi pedido p/ que se fixasse em algo que chamou atenção eu parei no cartaz que a mulher é um bicho esquisito. Mais que nunca desiste. Me chamou atenção porque é assim mesmo que eu penso "nunca desistir". Chegou haver um momento em minha vida que de tanto desespero, que de achar que tudo era só escuridão muitas vezes eu pense em desistir não via saída p/ nada. Quando nos foi aconselhado a procurar a Terapia Ocupacional, quando tivemos o 1º contato c/ você uma esperança pequena começou a brotar em nossos corações. Muitas vezes quase chegamos a desistir também. Mais aos poucos fomos percebendo mudanças embora pequenas mais... Quando um dia, você disse após eu dizer: que o Carlos tinha brigado na Escola – Que bom ele se defendeu!!! Eu parei e pensei na hora – Mais como isso? Ele brigou? Aí aos poucos eu entendi. Ele reagiu a um sentimento que até então estava dormindo dentro dele.

E assim foi hoje já temos fruto em tudo. Pela primeira vez em tantos anos Ele disse Eu te amo mãe.

A Terapia contribuiu p/ o crescimento e amadurecimento dele, nosso também, pois foi c/ orientação sua de modificar certos atos nossos que passamos a compreendê-lo melhor.

Vi na mãe que me chamou atenção certo desespero escondido atrás daquele sorriso. Me vi nela pois eu sempre procurei rir para que o pior não tomasse conta de mim. Sei que ela é guerreira e tem fé e vai vencer.

Ontem vivíamos na incerteza hoje enchemos a luz.

NÃO DESISTIR NUNCA.

Sônia (mãe de Carlos)



A Terapia Ocupacional foi e é um incentivo a mais na vida da minha filha, uma opção a mais, onde ela se desenvolveu mais, aprendeu novos caminhos, isso ajudou muito na escola, em casa, no lazer. O contato com outras pessoas que não à ignorase, que aceitase ela, como ela é, os trabalhos de artesanato fizeram ela sentir que ela é capaz. A admiração das pessoas de casa, vizinhos, colegas fizeram ela acreditar na capacidade dela.

É muito bom!

Júlia (mãe de Alice)

APÊNDICE B – Atividades realizadas pelos adolescentes usuários do Projeto Recriando.



Arte de prastico

É um monteiro lobato de obra prima de irmão de atur é bom ter vindo aqui porque é bom ter amigos pra conversar todos os dias ter amigos para conversar para conversar concerteza uma dia com a ? (participante do grupo) e ? (participante do grupo) e Andréia e com Carlos e com ? (bolsista de Teatro/Arte Educação) e com ? (estagiária administrativo) e Tatiana e com ? (participante do grupo) e ? (participante do grupo e ? (estagiária administrativa), e com ? (secretária) e uma grande emoção ter amigos para conversar todos os dias.

Júnior (20 anos, 3ª série do Ensino Médio)



Amigos

Eu custo muito de fase alterapia ajente faz amizades eu esqueso os problemas de figa pensando por que se eu figo pensando eu comeso lepra das coisa e comeso chorar.
Essa e minha estoria.

Andréia (18 anos, 8ª série)



Tipo assim:

Eu desenhei uma escada.

Desenhei porque nós somos que nem uma escada;

Bom, médio, ótimo, péssimo;

Eu me achei péssimo; ainda tenho muito que melhorar;

O que tem a ver:

As pessoas tem dificuldades em muitas coisas;

Por isso coloquei como tema: melhorar. Cada vez que melhoramos subimos um degrau;

Quando pioramos descemos um degrau.

Fim.

Carlos (17 anos, expulso da escola na 3ª série do Ensino Médio)



Os árvore gostosa

Era árvorês e você e gostosa: Por que meu lindo.
 Por que! Qual é a são azul meu bonito! Os menino e que a tudo não por que flor r casa e ao está muito.
 Os casa não por que gostosa. Por que e esta tudo meu.
 Você tudo gostosa menino.
 Por que qual e meu não árvorê.
 Por que qual a e meu muito não esta que são flor gosto.
 Por que for casa que são e a meu esta qual.
 Por que: Os árvore
 Por que e muito e você! Os meu duo sul e esta você não muito gostosa arduo a e árvore gostosa.
 Por que e a esta muito.
 Por que muito audora menino e esta são gotosa.
 Por que muito! Os muito menino esta são gosoto.

ANEXO A – DECRETO LEI N. 938 - DE 13 DE OUTUBRO DE 1969.

DECRETO LEI N. 938 - DE 13 DE OUTUBRO DE 1969
 DOU nº.197 de 14/10/69 - retificado em 16-10-1969Sec. I - Pág. 3.658
Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências

Os Ministros da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar, usando das atribuições que lhes confere o artigo 1º. do Ato Institucional nº. 12, de 31 de agosto de 1969, combinado com o parágrafo 1º. do artigo 2º. do Ato Institucional nº. 5, de 13 de dezembro de 1968, decretam:

Art. 1º. É assegurado o exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, observado o disposto no presente.

Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional, diplomados por escolas e cursos reconhecidos, são profissionais de nível superior.

Art. 3º. É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicas com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente.

Art. 4º. É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacionais, com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente.

Art. 5º. Os profissionais de que tratam os artigos 3º. e 4º. poderão, ainda, no campo de atividades específicas de cada um:

I - dirigir serviços em órgãos e estabelecimentos públicos ou particulares, ou assessorá-los tecnicamente;
 II - exercer o magistério nas disciplinas de formação básica ou profissional, de nível superior ou médio;
 III - supervisionar profissionais e alunos em trabalhos técnicos e práticos.

Art. 6º. Os profissionais de que trata o presente Decreto-lei, diplomados por escolas estrangeiras devidamente reconhecidas no país de origem, poderão revalidar seus diplomas.

Art. 7º. Os diplomas conferidos pelas escolas ou cursos a que se refere o artigo 2º. deverão ser registrados no órgão competente do Ministério da Educação e Cultura.

Art. 8º. Os portadores de diplomas expedidos até a data da publicação do presente Decreto-Lei, por escolas ou cursos reconhecidos, terão seus direitos assegurados, desde que requeiram, no prazo de 120 (cento e vinte) dias, o respectivo registro, observando-se quando for o caso, o disposto no art. 6º.

Art. 9º. É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou terapia ocupacional, o direito de requerer seu reconhecimento, dentro do prazo de 120 (cento e vinte) dias, a partir da data da publicação do presente Decreto-lei.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação do presente Decreto-lei, exerçam sem habilitação profissional, em serviço público, atividades de que cogita o artigo 1º. serão mantidos nos níveis funcionais que ocupam e poderão ter as denominações de auxiliar-de-fisioterapia e auxiliar de terapia ocupacional, se obtiverem certificado em exame de suficiência.

§ 1º. O disposto no artigo é extensivo, no que couber, aos que, em idênticas condições e sob qualquer vínculo empregatício, exerçam suas atividades em hospitais e clínicas particulares.

§ 2º. A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e cultura promoverá a realização, junto às instituições universitárias competentes, dos exames de suficiência a que se refere este artigo.

Art. 11. Ao órgão competente do Ministério da Saúde caberá fiscalizar, em todo o território nacional, diretamente ou através das repartições sanitárias congêneres dos Estados, Distrito Federal e Territórios, o exercício das profissões de que trata o presente Decreto-lei.

Art. 12. O Grupo da Confederação Nacional das Profissões Liberais, constante do Quadro de Atividades e Profissões, anexo à Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-lei no. 5.452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, auxiliar de fisioterapia, terapeuta ocupacional e auxiliar de terapia ocupacional.

Art. 13. O presente Decreto-Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

Brasília, 13 de outubro de 1969; 148º. da Independência e 81º. da República.

Augusto Homann Rademaker Grünewald
Aurélio de Lyra Tavares
Márcio de Souza e Mello
Tarso Dutra
Leonel Miranda

ANEXO B – LEI N. 6.316 - DE 17 DE DEZEMBRO DE 1975

LEI N. 6.316 - DE 17 DE DEZEMBRO DE 1975
 DOU nº. 242 - de 18-12-1975 - Seç. I, Pág. 16805 à 16807
Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências

CAPÍTULO I – Dos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Art. 1º. São criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, com a incumbência de fiscalizar o exercício das profissões de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional definidas no Decreto-Lei nº. 938, de 13 de outubro de 1969.

§ 1º. Os Conselhos Federal e Regionais a que se refere este artigo constituem, em conjunto, uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho.

§ 2º. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional terá sede e foro no Distrito Federal e jurisdição em todo o País e os Conselhos Regionais em Capitais de Estados ou Territórios.

Art. 2º. O Conselho Federal compor-se-á de 9 (nove) membros efetivos e suplentes, respectivamente, eleitos pela forma estabelecida nesta Lei.

§ 1º. Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes, com mandato de 4 (quatro) anos, serão eleitos por um Colégio Eleitoral integrado de 1 (um) representante de cada Conselho Regional, por este eleito em reunião especialmente convocada.

§ 2º. O Colégio Eleitoral convocado para a composição do Conselho Federal reunir-se-á, preliminarmente, para exame, discussão, aprovação e registro das chapas concorrentes, realizando as eleições 24 (vinte e quatro) horas após a sessão preliminar.

§ 3º. Competirá ao Ministro do Trabalho baixar as instruções reguladoras das eleições nos Conselhos Federal e Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Art. 3º. Os membros dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e os respectivos suplentes, com mandato de 4 (quatro) anos, serão eleitos pelo sistema de eleição direta, através do voto pessoal, secreto e obrigatório, aplicando-se pena de multa em importância não excedente ao valor da anuidade ao membro que deixar de votar sem causa justificada.

§ 1º. O exercício do mandato de membro do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, assim como a respectiva eleição, mesmo na condição de suplente, ficarão subordinados, além das exigências constantes do artigo 530 da Consolidação das Leis do Trabalho e legislação complementar, ao preenchimento dos seguintes requisitos e condições básicas.

I - cidadania brasileira;

II - habilitação profissional na forma da legislação em vigor;

III - pleno gozo dos direitos profissionais, civis e políticos;

IV - inexistência de condenação por crime contra a segurança nacional.

Art. 4º. A extinção ou perda de mandato de membro do Conselho Federal ou dos Conselhos Regionais ocorrerá:

I - por renúncia;

II - por superveniência de causa de que resulte a inabilitação para o exercício da profissão;

III - por condenação a pena superior a 2 (dois) anos, em virtude de sentença transitada em julgado;

IV - por destituição de cargo, função ou emprego, relacionado à prática de ato de improbidade na administração pública ou privada, em virtude de sentença transitada em julgado;

V - por falta de decoro ou conduta incompatível com a dignidade do órgão;

VI - por ausência, sem motivo justificado, a 3 (três) sessões consecutivas ou 6 (seis) intercaladas em cada ano.

Art. 5º. Compete ao Conselho Federal: I - eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e o Vice-Presidente;

II - exercer função normativa, baixar atos necessários à interpretação e execução do disposto nesta Lei e à fiscalização do exercício profissional, adotando providências indispensáveis à realização dos objetivos institucionais;

III - supervisionar a fiscalização do exercício profissional em todo o território nacional;

IV - organizar, instalar, orientar e inspecionar os Conselhos Regionais e examinar suas prestações de contas, neles intervindo desde que indispensável ao restabelecimento da normalidade administrativa ou financeira ou a garantia da efetividade do princípio da hierarquia institucional;

V - elaborar e aprovar seu Regimento, ad referendum do Ministro do Trabalho;

VI - examinar e aprovar os Regimentos dos Conselhos Regionais, modificando o que se fizer necessário para assegurar unidade de orientação e uniformidade de ação;

VII - conhecer e dirimir dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais e prestar-lhes assistência técnica permanente;

VIII - apreciar e julgar os recursos de penalidade imposta pelos Conselhos Regionais;

IX - fixar o valor das anuidades, taxas, emolumentos e multas devidas pelos profissionais e empresas aos Conselhos Regionais a que estejam jurisdicionados;

X - aprovar sua proposta orçamentária e autorizar a abertura de créditos adicionais, bem como operações referentes a mutações patrimoniais;

XI - dispor, com a participação de todos os Conselhos Regionais, sobre o Código de Ética Profissional, funcionando como Tribunal Superior de Ética Profissional;

XII - estimular a exatidão no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom nome dos que a exercem;

XIII - instituir o modelo das carteiras e cartões de identidade profissional;

XIV - autorizar o presidente a adquirir, onerar ou alienar bens imóveis;

XV - emitir parecer conclusivo sobre prestação de contas a que esteja obrigado;

XVI - publicar, anualmente, seu orçamento e respectivos créditos adicionais, os balanços, a execução orçamentária e o relatório de suas atividades.

Art. 6º. Os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional serão organizados nos moldes do Conselho Federal.

Art. 7º. Aos Conselhos Regionais compete:

I - eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e o Vice-Presidente;

II - expedir a carteira de identidade profissional e o cartão de identificação aos profissionais registrados;

III - fiscalizar o exercício profissional na área de sua jurisdição representando, inclusive, às autoridades competentes, sobre os fatos que apurar e cuja solução ou repressão não seja de sua alçada;

IV - cumprir e fazer cumprir as disposições desta lei, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal;

V - funcionar como tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos;

VI - elaborar a proposta de seu Regimento, bem como as alterações, submetendo-a à aprovação do Conselho Federal;

VII - propor ao Conselho Federal as medidas necessárias ao aprimoramento dos serviços e do sistema de fiscalização do exercício profissional;

VIII - aprovar a proposta orçamentária e autorizar a abertura de créditos adicionais e as operações referentes a mutações patrimoniais;

IX - autorizar ao Presidente adquirir, onerar ou alienar bens imóveis;

X - arrecadar anuidades, multas, taxas e emolumentos e adotar todas as medidas destinadas à efetivação de sua receita, destacando e entregando ao Conselho Federal as importâncias correspondentes à sua participação legal;

XI - promover, perante o juízo competente, a cobrança das importâncias correspondentes a anuidades, taxas, emolumentos e multas, esgotados os meios de cobrança amigável;

XII - estimular a exatidão no exercício da profissão, velando pelo prestígio e bom conceito dos que a exercem;

XIII - julgar as infrações e aplicar as penalidades previstas nesta Lei e em normas complementares ao Conselho Federal;

XIV - emitir parecer conclusivo sobre prestação de contas a que esteja obrigado;

XV - publicar, anualmente, seu orçamento e respectivos créditos adicionais, os balanços, a execução orçamentária, o relatório de suas atividades e a relação dos profissionais registrados.

Art. 8º. Aos Presidentes dos Conselhos Federal e Regionais incumbe a administração e a representação legal dos mesmos, facultando-se-lhes suspender o cumprimento de qualquer deliberação de seu Plenário que lhes pareça inconveniente ou contrária aos interesses da instituição, submetendo essa decisão à autoridade competente do Ministério do Trabalho ou ao Conselho Federal, respectivamente.

Art. 9º. Constitui renda do Conselho Federal:

I - 20% (vinte por cento) do produto da arrecadação de anuidades, taxas, emolumentos e multas de cada Conselho Regional;

II - legados, doações e subvenções;

III - rendas patrimoniais.

Art.10. Constitui renda dos Conselhos Regionais:

I - 80% (oitenta por cento) do produto da arrecadação de anuidades, taxas, emolumentos e multas;

II - legados, doações e subvenções;

III - rendas patrimoniais.

Art. 11. A renda dos Conselhos Federal e Regionais só poderá ser aplicada na organização e funcionamento de serviços úteis à fiscalização do exercício profissional, bem como em serviços de caráter assistencial, quando solicitados pelas Entidades Sindicais.

CAPÍTULO II – Do Exercício Profissional

Art. 12. O livre exercício da profissão de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional em todo território nacional, somente é permitido ao portador de Carteira Profissional expedida por órgão competente. Parágrafo único. É obrigatório o registro nos Conselhos Regionais das empresas cujas finalidades estejam ligadas à fisioterapia ou terapia ocupacional, na forma estabelecida em Regulamento.

Art. 13. Para o exercício da profissão na administração pública direta e indireta, nos estabelecimentos hospitalares, nas clínicas, ambulatórios, creches, asilos ou exercícios de cargo, função ou emprego de assessoramento, chefia ou direção, será exigida como condição essencial, a apresentação da carteira profissional de Fisioterapeuta ou de Terapeuta Ocupacional.

Parágrafo único. A inscrição em concurso público dependerá de prévia apresentação da Carteira Profissional ou certidão do Conselho Regional de que o profissional está no exercício de seus direitos.

Art. 14. O exercício simultâneo, temporário ou definitivo, da profissão em área de jurisdição de dois ou mais Conselhos Regionais submeterá o profissional de que trata esta Lei às exigências e formalidades estabelecidas pelo Conselho Federal.

CAPÍTULO III – Das anuidades

Art. 15. O pagamento da anuidade ao Conselho Regional da respectiva jurisdição constitui condição de legitimidade do exercício da profissão.

Parágrafo único. A anuidade será paga até 31 de março de cada ano, salvo a primeira que será devida no ato do registro do profissional ou da empresa.

CAPÍTULO IV – Das infrações e Penalidades

Art. 16. Constitui infração disciplinar:

I - transgredir preceito do Código de Ética Profissional;

II - exercer a profissão, quando impedido de fazê-lo, ou facilitar, por qualquer meio, o seu exercício aos não registrados ou aos leigos;

III - violar sigilo profissional;

IV - praticar, no exercício da atividade profissional, ato que a Lei defina como crime ou contravenção;

V - não cumprir, no prazo assinalado, determinação emanada de órgão ou autoridade do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, em matéria de competência deste, após regularmente notificado;

VI - deixar de pagar, pontualmente, ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, as contribuições a que está obrigado;

VII - faltar a qualquer dever profissional prescrito nesta Lei;

VIII - manter conduta incompatível com o exercício da profissão.

Parágrafo único. As faltas serão apuradas, levando-se em conta a natureza do ato e as circunstâncias de cada caso.

Art. 17. As penas disciplinares consistem em:

I - advertência;

II - repreensão;

III - multa equivalente a até 10 (dez) vezes o valor da anuidade;

IV - suspensão do exercício profissional pelo prazo de até 3 (três) anos, ressalvada a hipótese prevista no parágrafo 7º;

V - cancelamento do registro profissional.

§ 1º. Salvo os casos de gravidade manifesta ou reincidência, a imposição das penalidades obedecerá à gradação deste artigo, observadas as normas estabelecidas pelo Conselho Federal para disciplina do processo de julgamento das infrações.

§ 2º. Na fixação da pena serão considerados os antecedentes profissionais do infrator, o seu grau de culpa, as circunstâncias atenuantes e agravantes e as conseqüências da infração.

§ 3º. As penas de advertência, repreensão e multa serão comunicadas pelo Conselho Regional, em ofício reservado, não se fazendo constar dos assentamentos do profissional punido, senão em caso de reincidência.

§ 4º. Da imposição de qualquer penalidade caberá recurso com efeito suspensivo, ao Conselho Federal: I - voluntário, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da ciência da decisão; II - "ex-offício", nas hipóteses dos incisos IV e V deste artigo, no prazo de 30 (trinta) dias a contar da decisão.

§ 5º. As denúncias somente serão recebidas quando assinadas, declinada a qualificação do denunciante e acompanhada da indicação dos elementos comprobatórios do alegado.

§ 6º. A suspensão por falta de pagamento de anuidades, taxas ou multas só cessará com a satisfação da dívida, podendo ser cancelado o registro profissional, após decorridos 3 (três) anos.

§ 7º. É lícito ao profissional punido requerer, à instância superior, a revisão do processo, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da ciência da punição.

§ 8º. Das decisões do Conselho Federal ou de seu Presidente, por força de competência privativa, caberá recurso, em 30 (trinta) dias, contados da ciência para o Ministro do Trabalho.

§ 9º. As instâncias recorridas poderão reconsiderar suas próprias decisões.

§ 10. A instância ministerial será última e definitiva, nos assuntos relacionados com a profissão e seu exercício.

Art. 18. O pagamento da anuidade fora do prazo sujeitará o devedor à multa prevista no Regulamento.

CAPÍTULO V – Disposições Gerais

Art. 19. Os membros dos Conselhos farão jús a uma gratificação, por sessão a que comparecerem, na forma estabelecida em legislação própria.

Art. 20. Aos servidores dos Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional aplica-se o regime jurídico da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 21. Os Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional estimularão, por todos os meios, inclusive mediante concessão de auxílio, segundo normas aprovadas pelo Conselho Federal, as realizações de natureza cultural visando ao profissional e à Classe.

Art. 22. Os estabelecimentos de ensino superior, que ministrem cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, deverão enviar, até 6 (seis) meses da conclusão dos membros, ao Conselho Regional da jurisdição de sua sede, ficha de cada aluno a que conferir diploma ou certificado, contendo seu nome, endereço, filiação e data da conclusão.

CAPÍTULO VI – Disposições Transitórias

Art. 23. A carteira profissional de que trata o Capítulo II somente será exigível a partir de 180 (cento e oitenta) dias contados da instalação do respectivo Conselho Regional.

Art. 24. O primeiro Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional será constituído pelo Ministro do Trabalho.

Art. 25. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 17 de dezembro de 1975; 154º. da Independência e 87º. da República.

ERNESTO GEISEL

Ney Braga

Arnaldo Prieto

Paulo de Almeida Machado

ANEXO C – RESOLUÇÃO CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR RESOLUÇÃO CNE/CES 6, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.*

Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional.

O Presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, tendo em vista o disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CES 1.210/2001, de 12 de setembro de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologado pelo Senhor Ministro da Educação em 7 de dezembro de 2001, resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior do País.

Art. 2º As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino de Graduação em Terapia Ocupacional definem os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de terapeutas ocupacionais, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional das Instituições do Sistema de Ensino Superior.

Art. 3º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional tem como perfil do formando egresso/profissional o Terapeuta Ocupacional, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado ao exercício profissional em todas as suas dimensões, pautado em princípios éticos, no campo clínico-terapêutico e preventivo das práticas de Terapia Ocupacional. Conhece os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção e atua com base no rigor científico e intelectual.

Art. 4º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo;

II - Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custoefetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV - Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança

* CNE. Resolução CNE/CES 6/2002. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 12.

envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V - Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

VI - Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação através de redes nacionais e internacionais.

Art. 5º A formação do Terapeuta Ocupacional tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas:

I - relacionar a problemática específica da população com a qual trabalhará, com os seus processos sociais, culturais e políticos e perceber que a emancipação e a autonomia da população atendida são os principais objetivos a serem atingidos pelos planos de ação e tratamento;

II - conhecer os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos da vida do país, fundamentais à cidadania e a prática profissional;

III - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

IV - compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais;

V - reconhecer as intensas modificações nas relações societárias, de trabalho e comunicação em âmbito mundial assim como entender os desafios que tais mudanças contemporâneas virão a trazer;

VI - inserir-se profissionalmente nos diversos níveis de atenção à saúde, atuando em programas de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, assim como em programas de promoção e inclusão social, educação e reabilitação;

VII - explorar recursos pessoais, técnicos e profissionais para a condução de processos terapêuticos numa perspectiva interdisciplinar;

VIII - compreender o processo de construção do fazer humano, isto é, de como o homem realiza suas escolhas ocupacionais, utiliza e desenvolve suas habilidades, se reconhece e reconhece a sua ação;

IX - identificar, entender, analisar e interpretar as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e a utilizar, como instrumento de intervenção, as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o auto-cuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras;

X - utilizar o raciocínio terapêutico ocupacional para realizar a análise da situação na qual se propõe a intervir, o diagnóstico clínico e/ou institucional, a intervenção propriamente dita, a escolha da abordagem terapêutica apropriada e a avaliação dos resultados alcançados.

XI - desempenhar atividades de assistência, ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.

XII - conhecer o processo saúde-doença, nas suas múltiplas determinações contemplando a integração dos aspectos biológicos, sociais, psíquicos, culturais e a percepção do valor dessa integração para a vida de relação e produção;

XIII - conhecer e analisar a estrutura conjuntural da sociedade brasileira em relação ao perfil de produção e da ocupação dos diferentes indivíduos que a compõe;

XIV - conhecer as políticas sociais (de saúde, educação, trabalho, promoção social e, infância e adolescência) e a inserção do terapeuta ocupacional nesse processo;

XV - conhecer e correlacionar as realidades regionais no que diz respeito ao perfil de morbi-mortalidade e as prioridades assistenciais visando à formulação de estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional;

XVI - conhecer a problemática das populações que apresentam dificuldades temporárias ou permanentes de inserção e participação na vida social;

XVII - conhecer a influência das diferentes dinâmicas culturais nos processos de inclusão, exclusão e estigmatização;

XVIII - conhecer os fundamentos históricos, filosóficos e metodológicos da Terapia Ocupacional e seus diferentes modelos de intervenção;

XIX - conhecer métodos e técnicas de investigação e elaboração de trabalhos acadêmicos e científicos;

XX - conhecer os princípios éticos que norteiam os terapeutas ocupacionais em relação as suas atividades de pesquisa, à prática profissional, à participação em equipes interprofissionais, bem como às relações terapeuta-paciente/cliente/usuário;

XXI - conhecer a atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis;

XXII - conhecer os principais métodos de avaliação e registro, formulação de objetivos, estratégias de intervenção e verificação da eficácia das ações propostas em Terapia Ocupacional;

XXIII - conhecer os principais procedimentos e intervenções terapêutico ocupacionais utilizados tais como: atendimentos individuais, grupais, familiares, institucionais, coletivos e comunitários;

XXIV - desenvolver habilidades pessoais e atitudes necessárias para a prática profissional, a saber: consciência das próprias potencialidades e limitações, adaptabilidade e flexibilidade, equilíbrio emocional, empatia, criticidade, autonomia intelectual e exercício da comunicação verbal e não verbal;

XXV - desenvolver capacidade de atuar enquanto agente facilitador, transformador e integrador junto às comunidades e agrupamentos sociais através de atitudes permeadas pela noção de complementaridade e inclusão;

XXVI - conhecer, experimentar, analisar, utilizar e avaliar a estrutura e dinâmica das atividades e trabalho humano, tais como: atividades artesanais, artísticas, corporais, lúdicas, lazer, cotidianas, sociais e culturais;

XXVII - conhecer as bases conceituais das terapias pelo movimento: neuroevolutivas, neuro-fisiológicas e biomecânicas, psicocorporais, cinesioterápicas entre outras;

XXVIII - conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software;

XXIX - desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;

XXX - vivenciar atividades profissionais nos diferentes equipamentos sociais e de saúde, sejam hospitais, unidades básicas de saúde, comunidades, instituições em regime aberto ou fechado, creches, centros de referência, convivência e de reabilitação, cooperativas, oficinas, instituições abrigadas e empresas, dentre outros;

XXXI - conhecer a estrutura anátomo-fisiológica e cinesiológica do ser humano e o processo patológico geral e dos sistemas;

XXXII - conhecer a estrutura psíquica do ser humano, enfocada pelos diferentes modelos teóricos da personalidade;

XXXIII - conhecer o desenvolvimento do ser humano em suas diferentes fases enfocado por várias teorias;

XXXIV - conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos.

Parágrafo único - A formação do Terapeuta Ocupacional deverá atender ao sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe.

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em terapia ocupacional. Os conteúdos devem contemplar:

I - Ciências Biológicas e da Saúde – incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de base moleculares e celulares dos processos biológicos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos.

II - Ciências Sociais e Humanas – abrange o estudo dos seres humanos e de suas relações sociais, do processo saúde-doença nas suas múltiplas determinações, contemplando a integração dos aspectos psicossociais, culturais, filosóficos, antropológicos e epidemiológicos norteados pelos princípios éticos. Também deverão contemplar conhecimentos relativos às políticas sociais.

III - Ciências da Terapia Ocupacional - incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, as atividades e recursos terapêuticos, a cinesiologia, a cinesioterapia, a ergonomia, aos

processos saúde-doença e ao planejamento e gestão de serviços, aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação.

Art. 7º A formação do Terapeuta Ocupacional deve garantir o desenvolvimento de estágios curriculares, sob supervisão docente. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá atingir 20% da carga horária total do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância, a saber: monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

Art. 9º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência.

Art. 10. As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e Diversidade cultural.

§ 1º As diretrizes curriculares do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso.

§ 2º O Currículo do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional poderá incluir aspectos Complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso, a flexibilidade individual de estudos e os requerimentos, demandas e expectativas de desenvolvimento do setor saúde na região.

Art. 11. A organização do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Art. 12. Para conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

Art. 13. A estrutura do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá assegurar que:

I - as atividades práticas específicas da Terapia Ocupacional deverão ser desenvolvidas gradualmente desde o início do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional, devendo possuir complexidade crescente, desde a observação até a prática assistida.

II - estas atividades práticas, que antecedem ao estágio curricular, deverão ser realizadas na Instituição de Ensino Superior ou em instituições conveniadas e sob a responsabilidade de docente terapeuta ocupacional.

III - as instituições de ensino superior possam flexibilizar e otimizar as suas propostas curriculares para enriquecê-las e complementá-las, a fim de permitir ao profissional a manipulação da tecnologia, o acesso a novas informações, considerando os valores, os direitos e a realidade sócio-econômica. Os conteúdos curriculares poderão ser diversificados, mas deverá ser assegurado o conhecimento equilibrado de diferentes áreas, níveis de atuação e recursos terapêuticos para assegurar a formação generalista.

Art. 14. A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares devem orientar e propiciar concepções curriculares ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários ao seu aperfeiçoamento.

§1º As avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referência as Diretrizes Curriculares.

§ 2º O Curso de Graduação em Terapia Ocupacional deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular definidos pela IES à qual pertence.

Art. 15. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

ARTHUR ROQUETE DE MACEDO
Presidente da Câmara de Educação Superior