

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DERIVAN BRITO DA SILVA

A TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

CURITIBA

2017

DERIVAN BRITO DA SILVA

A TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL NA PERSPECTIVA SOCIOLÓGICA

Tese apresentada ao curso de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para à obtenção do grau de Doutor em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia

CURITIBA

2017

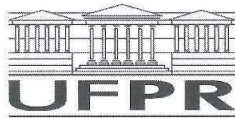
Catálogo na publicação  
Mariluci Zanela – CRB 9/1233  
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Silva, Derivan Brito da  
A Terapia Ocupacional no Brasil na perspectiva sociológica /  
Derivan Brito da Silva – Curitiba, 2017.  
476 f.; 29 cm.

Orientador: José Miguel Rasia  
Tese (Doutorado em Sociologia) – Setor de Ciências Humanas  
da Universidade Federal do Paraná.

1. Sociologia das Profissões. 2. Terapia Ocupacional – Brasil.  
3. Profissões - Aspectos sociais. I. Título.

CDD 331.7




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
Setor CIÊNCIAS HUMANAS  
Programa de Pós-Graduação SOCIOLOGIA


### TERMO DE APROVAÇÃO

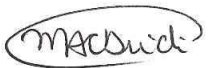
Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em SOCIOLOGIA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da tese de Doutorado de **DERIVAN BRITO DA SILVA** intitulada: **A Terapia Ocupacional no Brasil na Perspectiva Sociológica**, após terem inquirido o aluno e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de doutor está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 31 de Outubro de 2017.

  
JOSE MIGUEL RASIA  
Presidente da Banca Examinadora

  
ADRIANA BELMONTE MOREIRA  
Avaliador Externo

  
MARIA APARECIDA DA CRUZ BRIDI  
Avaliador Interno

  
MARIA MARCE MOLIANI  
Avaliador Externo

  
LEIDE DA CONCEIÇÃO SANCHES  
Avaliador Externo

*recomenda*  
A Banca ~~recomenda~~ a publicação do Trabalho em formato de livro.  
Realta a qualificação e o rigor metodológico da tese e sua importância para o campo da T.O.

*Dedico esta tese:  
afetivamente  
à mainha Zenilde e painho Domingos,  
que me mostraram o mundo;  
e profissionalmente  
aos práticos em TO,  
que cultivaram a semente da Terapia Ocupacional no Brasil.*

## **AGRADECIMENTOS**

Apreendi desde cedo que agradecer é um ato de reconhecer que sempre precisamos do outro. Agradecer também é um ato de respeito pelo esforço empreendido por outros para criar condições de existência, de amadurecimento, de possibilidades.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPR pelas oportunidades e experiências acadêmicas. Em especial, ao Prof. Dr. José Miguel Rasia, a Profa. Dra. Ana Luisa Fayet Sallas, o Prof. Dr. Marcio Sérgio B. S. Oliveira, o Prof. Dr. Alexandro Dantas Trindade, a Profa. Dra. Simone Meucci e o Prof. Dr. Pedro Rodolfo Bodê de Moraes, e ao secretário Katiano Miguel Cruz.

Ao Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde (CNPq/UFPR) agradeço a acolhida e convivência. Estar com vocês é sempre momento de afeto, de crítica, de aprendizado.

Ao meu orientador Prof. Dr. José Miguel Rasia agradeço a amizade. Amizade que permitiu caminhar, tropeçar, levantar e seguir em frente com a certeza de estar sendo orientado na medida necessária. Um bom “rolo de macarrão” é fundamental para dar elasticidade as ideias, sem perder a consistência.

Ao Departamento e ao Curso de Terapia Ocupacional do Setor de Ciências da Saúde da UFPR agradeço a compreensão e apoio.

Agradeço a Profa. Dra. Rúbia Carla Formighieri Giordani e a Profa. Dra. Ana Luisa Fayet Sallas pelas contribuições na Banca de Qualificação de Tese.

Para conhecer a Terapia Ocupacional, que se pratica e se estuda, no Brasil, foi necessário percorrer as cinco regiões brasileiras. Meu muito obrigado aos terapeutas ocupacionais que acreditaram em minha proposta de pesquisa e se tornaram mais que participantes, se tornaram meus guias. Por ordem do percurso de viagens de pesquisa: Victor Augusto C. Correa e Meibia M. S. Bentes (região norte); Márcia de S. Rodrigues, Érika M. Nobre, Luziana C. de A. Maranhão, Leiliane H. Gomes, Sônia Maria P. dos Santos, Camila S. Nascimento e Carmem Teresa Costa (região nordeste); Tiago R. da Silva; Amara Lúcia H. T. Battistel, Rita de Cássia Barcellos Bittencourt (região sul); Ana Rita C. de S. Lobo; Caroline de O. Alves e Daniela da S. Rodrigues, Vagner dos Santos e José Naum de M. Chagas (região centro-oeste); Sandra R. G. Pacheco; Ricardo Lopes Correia, Leonardo Valesi Valente, Ana Raquel Silva e Gustavo Artur Monzeli (região sudeste).

Agradeço aos terapeutas ocupacionais participantes da pesquisa por compartilhar sua trajetória pessoal, acadêmica e profissional. E aos estudantes de Terapia Ocupacional que ao

me contar suas motivações e expectativas com o futuro profissional demonstraram seu encantamento com a Terapia Ocupacional, mas sem deixar de questioná-la.

À Ingrid e Leide, colegas do seminário de tese, muito obrigado pela acolhida e cuidado. Também agradeço à Ana Vanalli, Éder e André Mindoso pela companhia nas disciplinas do doutorado.

Muito obrigado aos colegas que leram meus rascunhos e ouviram meus *derivaneios* sobre a Terapia Ocupacional no Brasil, em especial a Adriana Belmonte, Andréa, Ana Beatriz, Ana Silvello e Regina. Agradeço também os demais colegas do Departamento de Terapia Ocupacional pelo incentivo constante, em especial, ao Renato, Milton, Rita, Majo e Rosibeth. Um agradecimento especial à terapeuta ocupacional Lisandra pela contribuição na organização de questionários e entrevistas.

Aos estudantes do curso de TO da UFPR, desde as primeiras turmas de 2004 até as atuais, muito obrigado pelos questionamentos, base da minha motivação para reflexão diária acerca da TO no Brasil. Muitos hoje são colegas de profissão, alguns estão longe outros mais perto e continuam a me instigar, como a Ana Beatriz Zimmermann, a Aline Zulian, a Carolina R. Rabitto, o Cristiano P. de J. Fagundes, entre outros, que a cada vez que encontro a prosa é proveitosa e divertida. Agradeço também, Em especial do secretário do Curso de TO da UFPR, Adelson, e secretário do Departamento de TO da UFPR, Caiubi.

Aos colegas e residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UFPR, em especial às terapeutas ocupacionais Núcleo da Área Profissional de Terapia Ocupacional: Michele, Léa, Dione e Luciane.

Aos meus amigos, antigos e atuais, perto e de longe, obrigado por tornar a minha vida mais alegre, representados nesse momento por: Paulo, Cau e Jorge; Creusa, Raimundo e família; Gildásio José dos Santos; Maria Olindina (a mama) e o Vagner (o mano de coração); Edna e Rogério; Éber, Rebeca e Davi; Ir. Cida; Dema e Telma; Ervino e Max; João e William, Lourival e Aline, Ana e Claudio; Clodo e Taninha, Claudet, Rosane e Dona Gê; João (mineiro); Hilton, Cleverson e Jonas; Agno e Jamário; Aldemar; Maria e Lúcia;

Simplicidade, afeto, cuidado, risos, vinho, espumante, cerveja, café... são nossas marcas, Grupo da Garrafa: Adri, Ana, Bia, Déa, Clau e Rê. Vamos precisar de mais bolhas. Viva a amizade!

Ao Vlad, obrigado por dizer: “nem falo nada, sei que você vai dar conta”. Um jeito meio duro, mas necessário, de não me deixar abater com as dificuldades. A mesa da sala voltará à sua função original. Obrigado por caminhar comigo, lado a lado. Agradeço à Família Poltronieri e Vendt, em especial minha afilhada Amanda e a Zenaide.

Somos os “D” de “Z”: Derival, Derinalva, Derinal, Daniel, Davi, Denildes e Daiane. Obrigado meus irmãos pelo incentivo, pela compreensão da ausência. Amo a cada um de vocês de modo singular. Aos sobrinhos, cunhados e cunhadas e agregados muito obrigado.

Painho e Mainha, muito obrigado por tudo. Vocês estão na minha essência. Amo muito vocês.

Finalizo os *agradecimentos* com uma frase do meu orientador, que me acompanhou durante a escrita desta tese:

PARE GURI! ESCUTE!

Eis o incômodo nos ouvidos.

Escutar o quê? Quem?

Fui descobrindo que eu era um surdo de mim mesmo.

A batalha travada era entre eu e o objeto que eu criei.

Os objetos que criamos nos levam à relação com o outro e transformam nossa visão do objeto  
e do mundo.

Obrigado Rasia, por me fazer escutar, ser escutado e perceber que os ruídos clamam por uma  
crítica à nossa forma de pensar e agir.

Eles precisam ser escutados se almejarmos uma atitude reflexiva em relação ao mundo das  
coisas e as coisas do mundo.

Não era só você que eu precisava escutar, mas a mim mesmo, enquanto narrador dos mundos  
que habitei durante a pesquisa e a escrita dessa tese.



A experiência humana do tempo é uma experiência de processo: o presente é sempre um “vir-a-ser” [...]. Uma geração sucede à outra, aparecem gerações novas e desaparecem as velhas, e as gerações vivas mudam no processo [...] e reescrevem sua própria história. A identidade pessoal está ligada com a identidade de grupo, que por sua vez repousa num passado histórico.

**Anselm Strauss**

## RESUMO

Esta tese trata da Terapia Ocupacional no Brasil na perspectiva sociológica e busca compreender a constituição e o desenvolvimento da profissão no país, a partir da abordagem da Sociologia das Profissões e Sociologia Histórica. A Terapia Ocupacional (TO) teve sua gênese vinculada à crença do efeito curativo das ocupações e às preocupações científicas que buscavam compreender a sua influência na saúde. No Brasil, a origem da TO está relacionada ao tratamento de doentes mentais e incapacitados físicos. A profissão de terapeuta ocupacional está regulamentada pelo Decreto Lei nº 938/1969. O terapeuta ocupacional busca resolver problemas práticos do homem leigo relacionados à realização das atividades da vida diária e da participação social. Independente da técnica, método e instrumental de trabalho utilizados, o terapeuta ocupacional visa melhorar as habilidades físicas, psíquicas e sociais de indivíduos frente aos desafios da vida prática. O problema de pesquisa foi construído a partir dos desdobramentos das relações de interdependências entre a introdução do uso da ocupação no Brasil e a criação num mesmo curso das habilitações de Fisioterapia e TO. A TO como profissão decorre daqueles desdobramentos, no que diz respeito à formação e ao exercício profissional. Embora a Fisioterapia e a TO se constituam em profissões com objetos e métodos próprios, o sistema de conselho é único, o que acarreta conflitos entre essas profissões. Participaram da pesquisa terapeutas ocupacionais e estudantes de TO das cinco regiões brasileiras, realizada no período de 2013 a 2016. Foram utilizadas, como técnicas de coleta de dados dos participantes, entrevistas semiestruturadas, questionários, grupos focais e a observação participante (eventos científicos da TO e visitas a cursos de graduação e serviços de TO). A pesquisa documental consistiu no levantamento da documentação legal relativa à história dos cursos de formação, da regulamentação e do seu exercício profissional, da década de 1940 a 2017. A operacionalização do trabalho analítico se deu em três etapas: a organização, a classificação e a análise dos dados. A presente tese está estruturada em sete capítulos apresentadas numa cronologia do próprio desenvolvimento da profissão. Esta estrutura nos permite analisar a constituição e o desenvolvimento da TO, onde o passado encontra seu lugar na história dessa profissão no Brasil e projeta seu futuro. Objeto e identidade profissional compõem o núcleo do objeto de uma profissão. Embora a TO tenha completado 100 anos, no Brasil, permanece opaco o seu objeto profissional, opacidade que dificulta a elaboração da identidade profissional.

Palavras-chave: Sociologia das Profissões. Profissão. Terapia Ocupacional.

## ABSTRACT

The present thesis addresses Occupational Therapy in Brazil through a sociological perspective, and seeks to understand the formation and development of the profession in the country with the approach of the Sociology of the Professions and the Historical Sociology. Occupational Therapy (OT) emerged from the belief of the healing effect of occupation and from scientific interest to understand its influence on health. In Brazil, OT derives from the treatment of the mentally ill and the physically handicapped. The profession of the occupational therapist is regulated under Decree number 938 of 1969. The occupational therapist seeks to solve the practical problems of the common person, those related to the fulfillment of daily tasks and social activities. Regardless of the technique, method or instrument used, the occupational therapist aims to improve the physical, psychological and social abilities of individuals with regard to daily life challenges. The research question originated from the consequences of the interdependent relationships established between the introduction of the use of occupation in Brazil and the development of the majors Physiotherapy and OT within the same undergraduate program. OT as a profession derives from those consequences when it comes to academic degree and professional practice. Even though both Physiotherapy and OT are professions with their own objects and methods, they belong to the same Council, causing disputes between the professions. Occupational therapists and OT students from the five regions in Brazil took part in the study, which was carried out from 2013 to 2016. Data collection from participants, semi-structured interviews, questionnaires, focus groups, and participant observation (scientific seminars in OT and OT undergraduate programs and services) were utilized. The document search consisted of collecting legal documents related to the history of the undergraduate programs, regulations and professional practice from the 1940s to the year 2017. The analysis was performed in three stages: organization, classification and data analysis. The thesis is divided in seven chapters presented in chronological order, following the history of the profession's development. This structure enables us to analyze the formation and development of OT, since the past not only plays a role in the history of this profession in Brazil, but also shapes its future. Object and professional identity forms the core of a profession's object. Although OT has celebrated its 100<sup>th</sup> anniversary, its professional aim remains obscure in Brazil, making it difficult to establish professional identity.

Keywords: Sociology of the Professions. Profession. Occupational Therapy.

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	VIAGENS DE PESQUISA.....	42
QUADRO 02	ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	44
QUADRO 03	PRIMEIRO MAPEAMENTO DOS DADOS PRODUZIDOS POR REGIÃO.....	49
QUADRO 04	ROL DE DISCIPLINA DO CURRÍCULO DO CURSO DE TO DA UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA, TURMA 1977.....	178
QUADRO 05	CONTRADIÇÕES ENTRE RESOLUÇÕES E ENDEREÇOS DO CREFITO.....	202
QUADRO 06	RESOLUÇÕES QUE REGULAM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL.....	208
QUADRO 07	COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS PELO COFFITO, NO PERÍODO DE 1980 A 2000....	209
QUADRO 08	RESOLUÇÕES DO COFFITO QUE TRATAM DAS ESPECIALIDADES DA TO.....	219
QUADRO 09	RESOLUÇÕES DO SISTEMA COFFITO/CREFITO, QUE TRATAM DE TEMAS RELACIONADOS À TERAPIA OCUPACIONAL.....	222
QUADRO 10	NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1970 PELO COFFITO.....	235
QUADRO 11	NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1980 PELO COFFITO.....	236
QUADRO 12	NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1990 PELO COFFITO.....	238
QUADRO 13	NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NO ANO 2000 COFFITO.....	244
QUADRO 14	PARÂMETROS ASSISTENCIAIS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAIS.....	251
QUADRO 15	ÁREAS DETALHADAS E PROGRAMAS E/OU CURSOS DA ÁREA BÁSICA SAÚDE E BEM-ESTAR, CONFORME A SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR 2015.....	267

QUADRO 16	FICHA DE DESCRIÇÃO DA CBO (2002).....	314
QUADRO 17	COMPETÊNCIAS ESPERADAS DO TERAPEUTA OCUPACIONAL.....	323

## LISTA DE TABELAS

TABELA 01	NÚMERO DE RESOLUÇÕES APROVADAS PELO COFFITO NO PERÍODO DE 1975 A 2017.....	224
TABELA 02	NÚMERO DE RESOLUÇÕES APROVADAS NO PERÍODO DE 1970 A 2000, PELO COFFITO.....	247
TABELA 03	NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995 E DE 2000.....	259
TABELA 04	NÚMERO DE CONCLUINTES EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.....	261
TABELA 05	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), SEGUNDO A CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES.....	265
TABELA 06	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES.....	265
TABELA 07	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES.....	266
TABELA 08	NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTES, VAGAS OFERTADAS, INSCRITOS, INGRESSOS E MATRÍCULA, SEGUNDO A ÁREA BÁSICA DE CURSOS.....	266
TABELA 09	NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995 E DE 2000.....	268
TABELA 10	NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO DE 2005 E 2010.....	268
TABELA 11	NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO DE 2015.....	269

TABELA 12	NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.....	270
TABELA 13	NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANOS DE 2005 E 2010.....	270
TABELA 14	NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2015.....	271
TABELA 15	NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.....	271
TABELA 16	NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2005 E 2010.....	272
TABELA 17	NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2015.....	273
TABELA 18	NÚMERO DE CONCLUINTES EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.....	274
TABELA 19	NÚMERO DE CONCLUINTES EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 2005 E 2010.....	275
TABELA 20	NÚMERO DE CONCLUINTES EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO ANO 2015.....	276

TABELA 21	PERFIL OCUPACIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	309
TABELA 22	PANORAMA GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL DAS IFES - 2013.....	311
TABELAS 23	SEXO DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	327
TABELA 24	FAIXA ETÁRIA DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	330
TABELA 25	REGIÃO EM QUE RESIDEM OS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	330
TABELA 26	NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO, MATRÍCULAS E CONCLUINTES, POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995.....	332
TABELA 27	NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO, MATRÍCULAS E CONCLUINTES EM CURSOS PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.....	332
TABELA 28	EXPANSÃO DO NÚMERO DE VAGAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL EXISTENTES NAS IFES, A PARTIR DE 2008.....	333
TABELA 29	EXPANSÃO DO NÚMERO DE VAGAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL EXISTENTES NAS IFES, A PARTIR DE 2008.....	334
TABELA 30	NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES (PÚBLICAS E PRIVADAS).....	334
TABELA 31	NÚMERO DE CURSOS* DE TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E DEMAIS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES,	



	CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.....	335
TABELA 32	PERÍODO DA CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	336
TABELA 33	TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO ONDE OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS CURSARAM A GRADUAÇÃO.....	340
TABELA 34	ÁREAS DE ESTÁGIO CURSADOS DURANTE A GRADUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	341
TABELA 35	FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	346
TABELA 36	ÁREA DO CONHECIMENTO DO MAIOR TÍTULO ACADÊMICO..	348
TABELA 37	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, PELAS REGIÕES BRASILEIRAS.....	3
		53
TABELA 38	NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL, POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995.....	353
TABELA 39	NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.....	354
TABELA 40	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, POR TIPO DE IES.....	354
TABELA 41	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR IES PÚBLICAS E PRIVADAS DAS REGIÕES BRASILEIRAS.....	355
TABELA 42	PANORAMA GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL DAS IFES – 2013, COM A PROPORÇÃO DE ESTUDANTES POR PROFESSOR DE TO.....	356

TABELA 43	DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ANO DE INÍCIO DA GRADUAÇÃO.....	359
TABELA 44	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, PELOS PERÍODOS DO CURSO.....	360
TABELA 45	FAIXA ETÁRIA DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.....	360
TABELA 46	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, SEGUNDO O SEXO.....	361
TABELA 47	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES DE ACORDO COM A PREVISÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO.....	361
TABELA 48	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES PELOS ESTÁGIOS CURSADOS OU NÃO.....	362
TABELA 49	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES PELOS ESTÁGIOS CURSADOS NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SUS.....	364
TABELA 50	DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR ENVOLVIMENTO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES.....	365

## LISTA DE ABREVIATURAS

- ABBR – Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
- ABRATO – Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais
- ABS – Atenção Básica à Saúde
- ACTOEP – Associação Cultural dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Paraná
- AFITO – Associações de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
- ATOB – Associação de Terapia Ocupacional do Brasil
- ATOHosp – Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
- CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
- CBTO – Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional
- CER – Centro Especializado de Reabilitação
- CREFITO – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CONNTO – Congresso Norte-Nordeste e Terapia Ocupacional
- COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
- CPTO – Congresso Paranaense de Terapia Ocupacional
- DCN – Diretrizes Nacionais Curriculares
- DCNTO – Diretrizes Curriculares Nacionais para a graduação em Terapia Ocupacional
- ENDTO – Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional
- FAESI – Faculdade de Ensino Superior de São Miguel do Iguaçu
- FENAFITO – Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais
- IES – Instituição de Ensino Superior
- IFRJ – Instituto Federal do Rio de Janeiro
- INSS – Instituto Nacional do Seguro Social
- NSPOT – National Society for the Promotion of Occupational Therapy
- RENETO – Rede de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO)
- REUNI – Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
- REVISBRATO – Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional (REVISBRATO).
- PPGTO – Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional
- SINFITO – Sindicato dos Fisioterapeutas e dos Terapeutas Ocupacionais
- SNPTO – Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional

SPSS – *Statistical Package for Social Science*  
SUAS – Sistema Único de Assistência Social  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
TO – Terapia Ocupacional  
UEPA – Universidade Estadual do Pará  
UFES – Universidade Federal do Espírito Santo  
UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais  
UFPA – Universidade Federal do Pará  
UFPB – Universidade Federal da Paraíba  
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco  
UFPR – Universidade Federal do Paraná  
UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro  
UFSCar – Universidade Federal de São Carlos  
UFSM – Universidade Federal de Santa Maria  
UnB – Universidade de Brasília  
UNIFOR – Universidade de Fortaleza  
UNIFRA – Centro Universitário Franciscano  
UP – Universidade Potiguar  
UTP – Universidade Tuiuti do Paraná  
USP – Universidade de São Paulo  
WFTO – World Federation of Occupational Therapists

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	22
<b>2</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	34
2.1	CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E ESCOLHAS METODOLÓGICAS.....	34
2.2	A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL.....	42
2.3	A PESQUISA EMPÍRICA .....	45
2.3.1	Percurso da Pesquisa.....	45
2.3.2	Instrumento e Técnicas de Pesquisa.....	48
2.3.3	Questões Éticas.....	51
2.4	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS .....	53
2.4.1	Organização dos Dados.....	53
2.4.2	Classificação e Análise dos Dados.....	56
<b>3</b>	<b>A TERAPIA OCUPACIONAL: DA PRÁTICA MÉDICA À PROFISSÃO DE SAÚDE</b> .....	61
3.1	O SURGIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL: A DIVISÃO DO TRABALHO DE CURA.....	61
3.2	PROFISSÃO, IDENTIDADE E OBJETO DE TRABALHO.....	69
3.3	OS PRIMEIROS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL.....	91
3.3.1	As Ocupações, a Cinesiologia, a Neurologia e a Psicanálise.....	95
3.3.2	Modelos de Intervenção e a Profissionalização da Terapia Ocupacional no Brasil.....	108
<b>4</b>	<b>PRÁTICOS E TÉCNICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL 1940-1950</b> .....	118
4.1	USO DA OCUPAÇÃO, FORMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL EM TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL.....	120
4.1.1	Formação de Práticos e Terapeutas Ocupacionais no Brasil.....	130
4.2	OS PRÁTICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL: O NASCIMENTO DO PRIMEIRO MODELO DE INTERVENÇÃO EM TO NO BRASIL.....	149
4.2.1	A Trajetória de Octacília Josefa de Melo.....	151
<b>5</b>	<b>PRÁTICOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E FISIOTERAPEUTAS: 1960-1980</b> .....	164
5.1	A FORMAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL.....	164
5.1.1	Os Primeiros Cursos de Formação Profissional: Rio de Janeiro e São Paulo.....	167
5.1.2	O Reconhecimento com Curso Superior e a Regulamentação Profissional.....	172
5.1.3	A Expansão dos Cursos de Formação Profissional.....	177

5.1.4	Dos Cursos de Reabilitação para Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.....	184
<b>6</b>	<b>ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS DA TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL.....</b>	<b>197</b>
6.1	CONSELHOS DE CLASSE, ASSOCIAÇÕES CIENTÍFICAS E SINDICATOS.....	197
6.2	O SISTEMA DE CONSELHOS DE CLASSE.....	201
6.2.1	Desmembramentos e Escolha de Representantes .....	206
6.2.2	Marcos para Regulação e Fiscalização do Exercício Profissional .....	214
<b>7</b>	<b>A REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL E FORMAÇÃO PROFISSIONAL .</b>	<b>241</b>
7.1	ANÁLISE COMPARATIVA DE RESOLUÇÕES.....	241
7.2	A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL E A REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL.....	260
7.3	IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL NA EXPANSÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL.....	266
7.3.1	Formação em Terapia Ocupacional no Brasil - 1995 a 2015.....	271
<b>8</b>	<b>PROFISSÃO, MOTIVAÇÕES E PERCEPÇÕES.....</b>	<b>286</b>
8.1	A ABORDAGEM SINGULAR DE UMA PROFISSÃO: OBJETO DE TRABALHO E IDENTIDADE PROFISSIONAL.....	286
8.2	MOTIVAÇÕES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS.....	299
8.2.1	Motivações para cursar Terapia Ocupacional.....	300
8.2.2	Percepção do Exercício Profissional em Terapia Ocupacional.....	310
<b>9</b>	<b>TERAPIA OCUPACIONAL: DE 1980 ATÉ A ATUALIDADE.....</b>	<b>316</b>
9.1	A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES E A TERAPIA OCUPACIONAL.....	317
9.1.1	Terapeutas Ocupacionais e Professores de TO.....	335
9.2	ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL.....	360
<b>10</b>	<b>CONCLUSÕES.....</b>	<b>374</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>387</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>407</b>
	<b>APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS 1 .....</b>	<b>408</b>
	<b>APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS 2 .....</b>	<b>409</b>
	<b>APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1 .....</b>	<b>410</b>
	<b>APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2 .....</b>	<b>413</b>
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>416</b>

<b>ANEXO 1: DECRETO LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969 .....</b>	<b>417</b>
<b>ANEXO 2: DECRETO Nº 17.185, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1944 .....</b>	<b>419</b>
<b>ANEXO 3: DECRETO Nº 72.493, DE 19 DE JULHO DE 1973 .....</b>	<b>422</b>
<b>ANEXO 4: LEI Nº 6.316, de 17 DE DEZEMBRO de 1975 .....</b>	<b>425</b>
<b>ANEXO 5: LEI Nº 3.780, DE 12 DE JULHO DE 1960 .....</b>	<b>430</b>
<b>ANEXO 6: DECRETO Nº 51.169/61 DE 9 DE AGOSTO DE 1961 .....</b>	<b>428</b>
<b>ANEXO 7: DECRETO-LEI Nº 299, DE 28 DE FEVEREIRO DE 1967 .....</b>	<b>430</b>
<b>ANEXO 8: DECRETO Nº 90.640, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1984 .....</b>	<b>435</b>
<b>ANEXO 9: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL .....</b>	<b>439</b>
<b>ANEXO 10: DADOS DAS SINOPSES DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995, 2000, 2010 e 2015 .....</b>	<b>446</b>
<b>ANEXO 11: ENDEREÇOS DOS CONSELHOS REGIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL .....</b>	<b>448</b>
<b>ANEXO 12: LEI Nº 5.645, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1970 .....</b>	<b>451</b>
<b>ANEXO 13: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2236 FISIOTERAPEUTAS .....</b>	<b>454</b>
<b>ANEXO 14: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2239 TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E ORTOPTISTAS .....</b>	<b>463</b>
<b>ANEXO 15: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2344 PROFESSORES DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DO ENSINO SUPERIOR .....</b>	<b>470</b>

## 1 APRESENTAÇÃO

Esta tese trata da Terapia Ocupacional no Brasil em uma perspectiva sociológica. Inicialmente, apresento uma breve descrição de minha trajetória pessoal para situar as motivações que me levaram a tomar a Terapia Ocupacional como objeto de pesquisa. Em seguida, em linhas gerais, apresento minha hipótese inicial de pesquisa e como, a partir dela, fui compondo a artesanaria intelectual<sup>1</sup>, com a finalidade de refletir sobre a constituição e desenvolvimento da profissão que conhecemos hoje no Brasil por Terapia Ocupacional.

Falar de minha trajetória pessoal é reconhecer que nascemos como fruto da interação de outros, somos cuidados e inseridos em redes sociais complexas e interdependentes. Nessas redes, marcamos nossas diferenças e nos integramos na trama da vida social. Nelas aprendemos a conviver cotidianamente, equilibrando aspirações individuais e coletivas, conforme os moldes sociais e seus códigos de conduta. Assim, aprendemos como brincar, estudar, trabalhar, se divertir, cuidar de nós mesmos e de outros. Esse aprendizado é resultado das interações sociais, que se criam e recriam-se a partir do nosso cotidiano – a vida de todos os dias. Do nascimento à morte nos envolvemos em ocupações diárias, por meio das quais transformamos a realidade e somos transformados por ela.

Sou natural de Itabuna-BA, o quarto de oito filhos. Meu pai cursou apenas as primeiras séries do Ensino Fundamental e exerceu o ofício de feirante, pedreiro e mestre de obras; atualmente aposentado, não abre mão de se envolver com pequenas tarefas relacionadas ao seu histórico ocupacional. Minha mãe não frequentou a escola, trabalhou como feirante, gari e serviços gerais na escola onde estudei - da 5ª série do 1º grau ao 3º ano do 2º grau; atualmente aposentada, continua trabalhando em escola e se envolve em atividades voluntárias junto ao seu grupo religioso. Fui criado num ambiente de tradição cristã.

A situação financeira familiar me levou, aos dez anos de idade, às atividades do mundo do trabalho para ajudar no sustento da família. Além de trabalhar cuidava dos irmãos mais novos. Nessa trajetória, fui compondo meu jeito de ser, a partir das interações que estabeleci, na vizinhança, na escola, na igreja e demais espaços sociais que transitei.

O final da adolescência chegou e, com ela, a questão da escolha do que fazer no 2º grau. A situação financeira familiar e a necessidade de inserção no mercado de trabalho

---

<sup>1</sup> Tomo aqui as ideias de MILLS (1965) em torno da imaginação sociológica.



formal motivaram a minha matrícula no *Curso Profissionalizante de Magistério*<sup>2</sup>. Assim, em 1991, aos 18 anos iniciei o curso profissionalizante de magistério, no Instituto Municipal de Educação Aziz Maron, em Itabuna, que foi concluído em 1994.

A falta de oportunidades de emprego em Itabuna e a motivação para continuar meus estudos foram determinantes para que eu deixasse a casa dos meus pais em busca de oportunidades em Curitiba. Essa decisão não foi facilmente aceita pelos meus pais.

Em 05 de novembro de 1995, aos 21 anos de idade, cheguei em Curitiba cheio de planos pessoais. O primeiro plano era a inscrição para o vestibular. Lamentavelmente, ou não, as inscrições para o concurso vestibular na Universidade Federal do Paraná já haviam encerrado, só me restavam as universidades privadas. Com muitas incertezas, próprias da escolha profissional, resolvi prestar vestibular para o curso de graduação em Pedagogia<sup>3</sup>, considerando que tinha feito o magistério no 2º grau, e para o curso de graduação em Terapia Ocupacional<sup>4</sup>. Fui aprovado nos dois vestibulares e decidir pelo de Terapia Ocupacional (TO). Naquele momento, minha decisão se baseou nas possibilidades de inserção no mercado de trabalho, pois conforme informações disponíveis o número de terapeutas ocupacionais era pequeno em relação ao número de profissionais de outras profissões.

A mudança para Curitiba me fez vivenciar uma série de situações agradáveis e outras constrangedoras. Ao relatar fatos da minha trajetória pessoal e meu interesse em ingressar no ensino superior, era questionado se me sentia preparado para o vestibular. Como estudei o 1º e 2º grau em escola pública no nordeste, em Curitiba as pessoas apontavam que eu precisava frequentar um curso preparatório intensivo. Parecia que os nordestinos oriundos de escola pública tinham que fazer esse curso. Na realidade, os argumentos denunciam o preconceito que sofre os nordestinos que migram para o sul-sudeste do Brasil. Até hoje não sei, se por curiosidade ou sarcasmo, alguns colegas e professores da faculdade, por vezes, me questionavam se eu era filho de fazendeiro de cacau<sup>5</sup>. Enfim, era o que estava dado nos

---

<sup>2</sup> Após a conclusão do curso, os diplomados estavam aptos a exercer a docência no Ensino Fundamental do 1º grau.

<sup>3</sup> Para esse curso prestei vestibular na Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

<sup>4</sup> Aceitei a indicação do Gildásio, um amigo que me acolheu em sua casa e na época trabalhava no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – 8ª Região (CREFITO-8), e prestei vestibular para o curso de graduação em TO, na então Faculdades Integradas de Ensino Tuiuti, hoje Universidade Tuiuti do Paraná. Na época esse era o único curso de graduação em TO do Estado do Paraná.

<sup>5</sup> Jorge Amado, em seus romances sobre a “Região Cacaueira” nos oferece detalhes da vida cotidiana naquela região. Nelas, Jorge Amado retrata a vida social naquela região, no período que podemos denominar “*Ciclo de ouro do Cacau*”, onde fazendeiros e os trabalhadores travaram uma luta em torno do poder, dando forma peculiar ao fenômeno do *Coronelismo no Brasil*. Para maiores detalhes sobre a região cacaueira consultar as obras de Jorge Amado entre elas: AMADO (1987; 1997).

espaços sociais que eu transitava, algo que me incomodava e me fazia sentir um estranho, deslocado.

Assim, a minha chegada em Curitiba e a aprovação no vestibular para o curso de Graduação em TO, em 1995, marcam o início da minha história com o objeto de pesquisa que dá origem a essa tese: A Terapia Ocupacional no Brasil.

Assim, narrar, ainda que parcialmente, minha trajetória é uma tentativa de explicitar o meu imbricamento com o objeto de pesquisa, numa tentativa limitada de objetivação crítica<sup>6</sup>. Durante a graduação, fui adentrando no campo profissional da TO a partir das relações que fui estabelecendo com os colegas de turma, professores e colegas de outros cursos com os quais cursava algumas disciplinas das ciências biológicas e das humanas e sociais. Passavam-se os dias, meses e semestres e os questionamentos iniciais em relação à profissão me levaram a algumas certezas e produziram novos questionamentos mais profundos.

Lembro-me com clareza que, desde os primeiros dias de aula na graduação, inúmeras vezes os professores indagavam a nós estudantes acerca da nossa compreensão do que era a profissão. Havia uma certa troca de olhares entre os colegas de turma, como que questionando tal indagação. Afinal, em um primeiro plano, seriam eles que nos deveriam responder tal indagação. Mas, em segundo plano, nós mesmos, apesar da nossa escolha pelo curso de TO, nos deparávamos com a nossa falta de conhecimento sobre o que era a profissão. Sempre me questioneei o porquê de tal indagação insistente dos meus professores. Em determinados momentos, pareciam que eles queriam se autoafirmar frente a essa questão tão cara à profissão: Afinal, o que é Terapia Ocupacional?

Partindo do princípio que eu era recém-chegado à cidade de Curitiba e nunca tinha ouvido falar em Terapia Ocupacional, imaginava que a ignorância era apenas minha, mas com o passar do tempo percebi que era de todos, inclusive dos professores que não expressavam com clareza o que era a profissão. Para além do espaço acadêmico, também me inquietava ter que explicar o que era TO aos outros. Bastava surgir a pergunta que curso você faz? Ao responder, era interpelado com a questão: O quê?! Terapia Ocupacional é curso superior? Faz o quê? Era um duplo desconforto: primeiro meu sotaque baiano que gerava problemas de entendimento, e o segundo era o objeto de trabalho da TO que me era desconhecido.

---

<sup>6</sup> Essa é uma necessidade se desejarmos ultrapassar as oposições que dividem a ciência social, entre elas o subjetivismo e objetivismo. Assim essas oposições precisam ser submetidas a “uma objetivação crítica as condições epistemológicas e sociais que tornam possíveis tanto o retorno reflexivo sobre a experiência subjetiva do mundo social quanto a objetivação das condições objetivas dessa experiência (BOURDIEU, 2013, p. 43).

Durante a graduação, fui construindo a representação do que era a profissão e as possibilidades de inserção no mercado de trabalho. Neste percurso, me deparei muitas vezes questionando se realmente era esta a profissão que desejava. Me dediquei ao estudo e ao questionamento diário. Lembro-me de alguns professores que diziam que eu perguntava demais, e que por vezes me respondiam: “calma, uma hora você vai entender”.

A partir da graduação desenvolvi a perspectiva de olhar o homem, a sociedade e as ocupações humanas. Neste sentido passei a conceber: a) o homem como um ser ocupacional<sup>7</sup>; b) o ambiente - físico, cultural e social como espaço de possibilidades ou não para o indivíduo se engajar em determinadas ocupações; c) o processo saúde-doença, como experiência individual e coletiva, constituindo-se em objeto de investigação e intervenção do terapeuta ocupacional; e d) as atividades, tarefas, ocupações humanas significativas<sup>8</sup> como o recurso terapêutico central da TO.

Em 2000, fui graduado Bacharel em Terapia Ocupacional pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP). Logo após a conclusão da graduação, em paralelo ao exercício do magistério no Ensino Fundamental, em escolas da rede pública de Curitiba, busquei continuar minha formação em pós-graduação em TO. Fiz especialização em Saúde Mental e aperfeiçoamento em Reabilitação Física (Neurologia) por entender, naquele momento, que estes eram os principais campos de atuação do terapeuta ocupacional e que eu precisava aprofundar os conhecimentos teóricos e práticos para adquirir competência técnica.

Após a conclusão do curso de aprimoramento e de especialização, iniciei minhas atividades profissionais. Atuei em consultório e atendimento domiciliar, em unidades básicas

---

<sup>7</sup> Os teóricos da TO utilizam a expressão ‘ser ocupacional’ para se referir à perspectiva ocupacional como uma dimensão do homem. Essa perspectiva está alicerçada na integração de conhecimentos biológicos, psicológicos e sociais para a compreensão das ocupações humanas enquanto atividades que estruturam a vida cotidiana. Assim, podemos entender por ‘Ser Ocupacional’, o conhecimento estruturado “do homem-ativo, de suas possibilidades de ação e das interdeterminações de suas diferentes dimensões e contextualização histórico-social, na construção de si mesmo e de um mundo humanizado”, sendo esta perspectiva o ponto de partida para a intervenção do terapeuta ocupacional (MEDEIROS, 2003, p. 28).

<sup>8</sup> Tendo resguardados as contradições, convenções em torno do objeto-teoria-método no campo da Terapia Ocupacional Brasileira, durante a minha formação na graduação era praticamente consensual que, as atividades humanas constituíam o *locus* de investigação e, ao mesmo tempo, o meio e fim da intervenção do terapeuta ocupacional. Um exemplo do que estamos a dizer é que: o terapeuta ocupacional ao atender/cuidar de um indivíduo que por algum motivo não consegue realizar uma atividade do dia a dia (por exemplo, tomar banho/escovar os dentes, se vestir, se alimentar, trabalhar, se envolver em atividade prazerosas como as de lazer, passatempo ou socializantes), em linhas gerais, avalia como esse indivíduo se envolve e desempenha essa atividade para descobrir suas limitações, potencialidades e necessidades e pode utilizar dessa mesma atividade para restaurar, remediar, adaptar, promover a capacidade de realizá-la dentro de seu contexto de vida diária. Ainda que, o terapeuta ocupacional lance mão de outros recursos, o seu foco de investigação e intervenção é na atividade que o indivíduo e/ou sua rede social (família e/ou outros) enuncia, em termos de significado e expectativa social, como sendo o problema que motivou a busca pelos serviços do terapeuta ocupacional.

de saúde, em instituições asilares filantrópicas (com indivíduos de diferentes faixas etárias com deficiências físicas e transtornos mentais e/ou em vulnerabilidade social) e privadas. Os cursos de aprimoramento e especialização foram essenciais para que eu conseguisse oferecer meus serviços em Terapia Ocupacional com mais segurança técnica. Em paralelo à minha prática clínica, aos poucos fui me aproximando do espaço político da profissão e atuei em organizações profissionais da TO (associação científica, conselho de classe e sindicato).

À medida que fui construindo a minha trajetória, algumas questões em relação à Terapia Ocupacional foram respondidas e outras que ficaram submersa na experiência da graduação em TO, por vezes, emergiam no exercício profissional e na participação em organizações profissionais, enquanto membro de colegiados ou colaborador.

O interesse pela docência em Terapia Ocupacional foi despertado a partir do convite para prestar um Teste Seletivo para Professor Substituto no curso de Terapia Ocupacional da UFPR. Ingressei em 2004 como professor substituto no referido curso, nas disciplinas de Fundamentos de Terapia Ocupacional e de Atividades e Recursos Terapêuticos - que abordavam as bases históricas e epistemológicas da profissão - e supervisionando estágio curricular na área de Atenção Básica à Saúde. Nesse período, fui paralelamente terapeuta ocupacional e professor de TO.

Em 2005, me inscrevi para o Concurso Público para Professor Efetivo do curso de graduação em TO da UFPR, em regime de Dedicção Exclusiva. Fui aprovado e iniciei as atividades como primeiro professor efetivo na área de Saúde Coletiva. A partir de então, minha prática profissional se concentrou na formação de terapeutas ocupacionais, com ênfase no estudo dos fundamentos teóricos da profissão e de atividades profissionalizantes no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente em Atenção Básica à Saúde e Gerontologia. No âmbito da extensão participei em projetos de extensão como o Projeto *Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS)*<sup>9</sup>. Na Administração Superior, assumi o cargo de conselheiro no Conselho Planejamento e Administração (COPLAD), por duas gestões.

Tendo optado pela docência no ensino superior, optei também pelo desafio da formação *stricto sensu*, necessária ao desenvolvimento das atividades de ensino-pesquisa-extensão. Conforme a dinâmica institucional da UFPR e, mais especificamente, no âmbito do

---

<sup>9</sup> Esse projeto era de caráter interdisciplinar e envolvia professores e estudantes de cursos do setor de saúde, do setor de ciências humanas, do direito e da educação. O VER-SUS “é um projeto estratégico do ministério da Saúde em parceria com a Rede Unida que acontece desde 2002, com foco na formação de trabalhadores para o SUS” (BRASIL, 2017). Para saber mais ver: BRASIL (2017) *Você sabe o que é o VER-SUS?*

Curso de TO, aguardei a sinalização do coletivo de professores do curso para dar início a minha formação *stricto sensu*.

Assim, em 2008, iniciei a busca por um Programa de Pós-Graduação para cursar o Mestrado. Naquele momento, a supervisão direta de estágio, em uma Unidade Básica de Saúde, na periferia de Curitiba, aguçou minhas inquietações em torno da relação entre atividade física e saúde, enquanto prática de cuidado para pessoas com hipertensão arterial. Esta questão levou-me ao Mestrado na Linha de História e Sociologia do Esporte e Lazer, do Programa de Pós-graduação em Educação Física da UFPR. No Mestrado, os aportes teóricos da Sociologia e da Saúde Coletiva me guiaram na pesquisa e me ajudaram a compreender como a dimensão individual e coletiva nos coloca questões para reflexão e avanço no entendimento das práticas de cuidado em saúde.

Tendo concluído o mestrado em 2010, e ocupado a vice-chefia do Departamento de Terapia Ocupacional, na primeira gestão - 2009-2011 - assumi a chefia departamental para o período de 2011-2013. Vale ressaltar que a criação do Departamento foi uma das consequências, positivas, advindas da adesão ao Programa de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI).<sup>10</sup>

Em 2012, fui acolhido pelo Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde da UFPR, com as minhas inquietações acerca da Terapia Ocupacional e me matriculei como aluno-ouvinte na Disciplina Estrutura e História na Teoria Social do Programa Pós-Graduação em Sociologia. Após essa disciplina, decidi prestar a seleção para o doutorado, partindo da ideia de investigar sociologicamente a constituição da Terapia Ocupacional.

O exposto até o momento, sobre a minha trajetória pessoal e acadêmica, se apresenta para situar, ainda que parcialmente, as minhas motivações para tomar a profissão de Terapia Ocupacional no Brasil como objeto de pesquisa desta tese.

A tese que ora se apresenta intitulada *Terapia Ocupacional no Brasil: uma análise sociológica* busca refletir sobre a constituição e desenvolvimento da profissão que conhecemos hoje no Brasil por Terapia Ocupacional.

---

<sup>10</sup> A adesão do Curso de Terapia Ocupacional a este programa do Governo Federal ampliou o número de vagas de 30/ano para 120/ano, sendo 60 no primeiro semestre e 60 no segundo semestre. Essa ampliação elevou o número de docentes de 12 para 23, e contribuiu para a criação do Departamento de Terapia Ocupacional (DTO) em 2009. Oficialmente, o quadro de docentes do DTO é composto por 24 docentes, sendo 01 docente em regime de 20h e os demais em regime de Dedicção Exclusiva.

A Terapia Ocupacional (TO)<sup>11</sup> como prática surge nos Estados Unidos, no século XX, em meio às mudanças sociais e culturais do campo científico e da Medicina. Enquanto prática no campo da Medicina, foi utilizada inicialmente para o tratamento de doentes mentais, esperando-se que a prescrição e utilização das ocupações humanas como tratamento promovesse hábitos e estilos de vida adequados. Naquele período, a prática baseada no uso terapêutico das ocupações foi difundida por toda comunidade médica. (GORDON, 2011).

Ainda no século XX, a prática do uso terapêutico das ocupações passou a ser denominado de “Terapia pela Ocupação”, ou ainda, “Terapia Ocupacional”. E continuou a ser indicada por médicos para responder aos problemas decorrentes dos males do corpo e da mente. Médicos, assistentes sociais e enfermeiros estão entre os primeiros profissionais a utilizar a terapia ocupacional no contexto de hospitais gerais e instituições asilares. Dessa forma, a TO sofreu influências da Medicina e do contexto social, político, econômico e cultural das sociedades em que se inseriu.

A prática da TO teve sua gênese vinculada às crenças dos efeitos curativos das ocupações e às preocupações científicas que buscavam compreender a influência das ocupações na saúde humana. As crenças sobre o efeito curativo das ocupações datam de longo tempo, e fundamentaram a tradição do uso da ocupação como medida curativa, como por exemplo, na abordagem denominada Tratamento Moral.<sup>12</sup> As preocupações científicas que impulsionaram a criação e desenvolvimento da profissão de TO datam início do século XX, por meio do uso sistematizado da ocupação buscando integrar formações de conhecimento científico para a compreensão do efeito terapêutico da ocupação.<sup>13</sup> (GORDON, 2011).

O uso de ocupações com fins terapêuticos se desenvolveu e ganhou destaque no campo profissional e científico. Exemplo desse desenvolvimento foi a criação de diversas

---

<sup>11</sup> O termo *Terapia Ocupacional* grafado com iniciais maiúsculas e sua respectiva sigla serão utilizados em referência à terapia ocupacional como profissão. Já o termo *terapia ocupacional* grafado com iniciais minúsculas será utilizado para se referir à terapia ocupacional como uma prática médica.

<sup>12</sup> A partir do surgimento dos asilos no séc. XIX surgiu o Tratamento Moral, que apesar de não ser “um tratamento especificamente médico” foi considerado um dos três avanços mais significativos na medicina. Se caracterizou como um movimento de reforma social que visava substituir as antigas práticas de tratamento do insano, por práticas mais humanitárias, “substituindo a brutalidade pela gentileza e a ociosidade pela ocupação”. Com os avanços no campo científico a Medicina assumiu a responsabilidade pelo tratamento doente mental e frente à necessidade de rigor científico o termo Tratamento Moral caiu em desuso e teve seu declínio no final do século XIX, dando lugar a uma nova abordagem de tratamento: a psicoterapia. Essa mudança na abordagem ao doente mental juntamente com o crescimento da ciência prepararam o cenário para o surgimento da Terapia Ocupacional (GORDON, 2011, p. 205).

<sup>13</sup> No século XX, o conhecimento científico detém o poder de legitimar uma profissão, enquanto ciência. Persistia no início do séc. XX a visão antiga de ciência, que faziam com que “quase todas as técnicas ou processos que produziam resultados positivos fossem vistos como “ciência”. Nesse sentido, a busca pelos médicos pela compreensão dos efeitos terapêuticos da terapia ocupacional em termos científicos, fez parte do processo de implementação da Terapia Ocupacional, legitimando-a enquanto profissão.

entidades técnico-científicas no início do século XX nos países norte-americanos, entre elas a *National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT)*<sup>14</sup> nos Estados Unidos da América, em 1917; a *Ontário Society for Occupational Therapy*<sup>15</sup>, em 1918, a *Society of Occupational Therapists of Manitoba* em 1920 e a *Canadian Association of Occupational Therapists*<sup>16</sup> em 1926, no Canadá. Essas entidades buscavam a promoção e desenvolvimento da Terapia Ocupacional (GORDON, 2011; QUIROGA, 1995; FRIEDLAND, 2011).

Em março 1917, a partir da ideia de que a ocupação poderia desempenhar um papel importante na cura e na saúde, a então *National Society for the Promotion of Occupational Therapy (NSPOT)*, em sua reunião em Nova York, agrupou essas práticas no intuito de criar a profissão de Terapia Ocupacional. (GORDON, 2011).

A partir de então, a profissão firmou-se como área própria nos países norte-americanos, fortaleceu as suas associações profissionais, oficializou seus currículos, criou seus códigos de ética, e por fim, organizou a Federação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais, em 1951. (MEDEIROS, 2003, p. 41).

No Brasil, as intervenções em TO tiveram início no campo da Psiquiatria na década de 1940<sup>17</sup> e no campo da Reabilitação Física na década de 1950. Essas intervenções tinham por finalidade a remissão de sintomas patológicos e a reabilitação social e econômica do doente (SOARES, 1991; MEDEIROS, 2003). Nessas duas décadas, a prática da Terapia Ocupacional esteve subordinada aos médicos, tendo em vista que ainda não se constituía em profissão regulamentada.

Na década de 1960, os cursos de formação de terapeuta ocupacional e fisioterapeuta foram reconhecidos com de nível superior e as respectivas profissões foram regulamentadas pelo Decreto Lei nº 938 de 13 de outubro de 1969. Na década de 1970, é criado o sistema de conselhos de classe – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e três conselhos regionais. A partir de então, amplia-se o número de organizações profissionais e são criados novos cursos superiores de TO. O exercício profissional inicialmente se concentra na área da Reabilitação Física, posteriormente se expande para a Psiquiatria e outras áreas da

---

<sup>14</sup> Atualmente, essa entidade é denominada *American Occupational Therapy Association (AOTA)* e mantém um papel de destaque na produção científica e de documentos que influenciam a prática em Terapia Ocupacional no mundo.

<sup>15</sup> Em 1968, passou a ser denominada *Ontário Society of Occupational Therapists*.

<sup>16</sup> A teoria desenvolvida por esta associação tem influência na prática em Terapia Ocupacional no Brasil, no que diz respeito a abordagem centrada no cliente, ou seja, o processo de terapia é guiado pelo terapeuta a partir dos desejos e interesses do cliente buscando respeitar à sua perspectiva sobre seu estado de saúde.

<sup>17</sup> “Nessa década foi criado o serviço de Terapêutica Ocupacional em Engenho de Dentro, cuja direção foi entregue à psiquiatra Nise da Silveira”, que atuou como terapeuta e desenvolveu trabalhos (pesquisas e publicações) importantes na área de Terapia ocupacional. (MEDEIROS, 2003, p. 43).

saúde. Atualmente, o terapeuta ocupacional está inserido em diferentes serviços da saúde, da educação, da assistência social, da cultura e da justiça.

Concretamente, os terapeutas ocupacionais se preocupam com as dificuldades dos indivíduos em realizar as ações mais corriqueiras do dia a dia, como por exemplo, as atividades de autocuidado (alimentar-se, vestir-se, higienizar-se, entre outras), de interação social (comunicar-se, expressar desejos e emoções, etc.) e da esfera produtiva e econômica (trabalhar, consumir bens e serviços, etc.). Para tanto, os terapeutas ocupacionais estruturam um programa que envolve os indivíduos na execução de atividades, de forma que lhes permitam avaliar e tratar os indivíduos, com o objetivo de responder à problemática que justificou sua ação profissional, tanto na esfera individual quanto social.

Observa-se que, independente da técnica, método, instrumental de trabalho utilizado, os terapeutas ocupacionais buscam estimular, desenvolver, melhorar as habilidades físicas, psíquicas e sociais daqueles que estão sob seus cuidados para a realização das ocupações desejadas, necessárias e esperadas socialmente.

Assim, a partir da perspectiva sociológica, busco nessa tese compreender a constituição e desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. Para construir sociologicamente o objeto de pesquisa dessa tese, tomei como ponto de partida as minhas experiências no campo profissional da TO. Em seguida articulei a coleta de dados com a pesquisa bibliográfica e documental sobre TO, em diálogo com referenciais sociológicos.

Meu interesse inicial partiu da hipótese que as formas de pensar e agir em TO estavam relacionadas com a formação e a atuação profissional e as organizações profissionais. Assim, inicialmente com base no meu plano de pesquisa viajei pelas regiões brasileiras para coleta de dados. Durante essas viagens, convidei terapeutas ocupacionais e estudantes e professores de TO das cinco regiões do país para um diálogo acerca da TO no Brasil, a partir de três temas: a) o processo de formação profissional; b) o exercício profissional; e c) e as organizações profissionais.

Essas viagens me permitiram problematizar a TO no Brasil, enquanto objeto de investigação sociológica, pela seguinte questão norteadora de pesquisa: como o processo de formação, o exercício profissional e as organizações profissionais determinam formas de pensar e agir em TO no Brasil?

A partir da questão norteadora, inicialmente foram estabelecidos os seguintes objetivos de pesquisa:



- a) investigar o processo de formação, da inserção/atuação profissional no mercado de trabalho e das organizações profissionais na construção das práticas em Terapia Ocupacional no cenário brasileiro, dos anos 1980 até a atualidade;
- b) conhecer e descrever a perspectiva dos estudantes e de terapeutas ocupacionais acerca do processo formativo, da inserção e atuação profissional no mercado de trabalho e das organizações profissionais na atualidade;
- c) analisar as influências do processo de formação, do campo profissional e das organizações profissionais na forma de pensar e agir do terapeuta ocupacional.

A partir da questão norteadora inicial da pesquisa que guiou a coleta de dados, foi possível avançar na construção de novas questões de pesquisa, que requisitaram o aprofundamento da pesquisa bibliográfica e documental sobre a TO. Na problematização e análise do objeto de pesquisa, busquei dar passagem às diferentes opções epistemológicas e metodológicas.

À medida que a investigação evoluiu, a questão norteadora da pesquisa foi se desdobrando e requisitando novos pontos de vista para análise dos dados que foram emergindo, tanto da pesquisa empírica, quanto da pesquisa bibliográfica e documental.

A partir desses procedimentos metodológicos o objeto de pesquisa ganhou novos contornos que requisitaram um aporte teórico sociológico capaz de oferecer uma estrutura para a exposição e explicação do objeto de pesquisa. Optei pela abordagem da Sociologia das Profissões e da Sociologia Histórica. A análise dos dados, a partir dessas abordagens, permitiu a atualização da questão norteadora da pesquisa, que culminou nas seguintes indagações: como a criação num mesmo curso das habilitações de fisioterapia e terapia ocupacional gerou interdependências que foram determinantes na constituição e desenvolvimento da TO no Brasil, em termos de regulamentação do exercício profissional, da criação de organizações profissionais, da elaboração e atualização das diretrizes para formação profissional e da produção de seu conhecimento? Como esse processo de desenvolvimento da TO influenciou a recriação do seu objeto de trabalho, no sentido de constituir uma abordagem singular aos problemas da vida prática do homem leigo, promovendo mudanças na identidade profissional? E, por fim, quais as repercussões das mudanças na identidade profissional para o reconhecimento social da profissão no Brasil, na atualidade?

Essas indagações se constituíram em pontos de partida para ajustar os objetivos de pesquisa, que ofereceram o fio condutor para estruturação dos capítulos da presente tese.

No capítulo 2, está o percurso metodológico da pesquisa. Nele, busco explicitar os procedimentos operacionais que assumi durante a investigação que permitiram a estruturação

dos capítulos dessa tese. No capítulo 3 apresento o processo de desenvolvimento da Terapia Ocupacional (TO) buscando compreender as permanências e ressignificações que ocorreram na TO, nos Estados Unidos e Canadá e no Brasil, desde sua fundação. O capítulo 4 apresenta a TO no Brasil a partir do surgimento dos práticos nas décadas de 1940 e 1950. O termo *práticos de TO* se refere aos indivíduos que participaram na divisão do trabalho de cura sem curso de formação universitária em TO, e que atuaram sob a orientação dos médicos. O uso da ocupação com fins terapêuticos foi objeto de trabalho desses práticos que, juntamente com terapeutas ocupacionais, constituíram a primeira geração da TO no Brasil.

No capítulo 5, foi dada continuidade ao processo de constituição de TO no Brasil. Para isso, toma-se como fio condutor a criação dos cursos para formação de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, no período de 1957 a 1980, e do processo de regulamentação profissional, no período de 1978 a 2015. O objetivo do capítulo 6 é apresentar as organizações formais da TO, buscando-se compreender a repercussão da relação estreita dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas na criação das organizações profissionais formais e do código de ética profissional. A criação dessas organizações e do código de ética tem uma função essencial na elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho desses profissionais. O capítulo 7 apresenta uma análise comparativa entre as resoluções publicadas entre 1978 e 2015 pelo COFFITO e os dados das Sinopses da Educação Superior de 1995, 2000, 2005, 2010 e 2015 publicadas pelo Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), para demonstrar possíveis relações entre a regulamentação profissional, produção de conhecimento em TO e a expansão da formação profissional que repercutem no exercício profissional.

O capítulo 8 retoma a relevância da formação profissional em nível superior para sobrevivência de uma profissão. Em seguida, a partir da narrativa de uma terapeuta ocupacional, é demonstrado como, a partir da formação profissional, os indivíduos entram em contato com a abordagem singular da profissão e constroem a sua concepção do objeto de trabalho e identidade profissional. Para avançar na discussão do processo de elaboração da identidade profissional, na segunda parte, apresentam-se as motivações para opção pelo curso de graduação em TO e as percepções acerca do exercício profissional.

Por fim, o capítulo 9 apresenta a situação atual da Terapia Ocupacional no Brasil tomando o período compreendido entre 1980 aos dias atuais, tendo como fonte empírica principal o perfil dos profissionais formados após a regulamentação da profissão e dos estudantes ainda em formação.

Os capítulos estão estruturados com a finalidade de responder ao objetivo geral desta tese. Esta estrutura nos permite a análise da constituição e desenvolvimento da Terapia Ocupacional, onde o passado encontra seu lugar na história dessa profissão no Brasil e projeto seu futuro. Assim, recriar o objeto de trabalho e atualizar a identidade profissional da TO no Brasil foi o desafio que enfrentamos na realização dessa tese.

## 2 PERCURSO METODOLÓGICO

Inicialmente, meu interesse foi investigar a percepção de estudantes e terapeutas ocupacionais sobre a Terapia Ocupacional (TO), no Brasil, com o propósito de compreender como o processo de formação profissional, a atuação profissional e a organização profissional influenciaram a construção das práticas profissionais em TO, no cenário brasileiro, dos anos 1980 até a atualidade. Minha expectativa primeira era a de compreender formas de pensar e agir no campo profissional da TO e, em seguida, refletir acerca da contribuição ou não dessas formas de pensar e agir para o reconhecimento social da profissão. Foi a partir desse interesse que busquei estruturar o projeto de pesquisa, que ofereceu os elementos essenciais para estruturação da presente tese.

Assim, optei por alicerçar o processo de investigação em três perspectivas metodológicas, de forma complementar, cíclica e retroalimentadora, a saber: pesquisa bibliográfica; pesquisa empírica; e pesquisa documental.

Neste capítulo, apresento como a pesquisa foi metodologicamente organizada e desenvolvida. Didaticamente, estruturei o capítulo metodológico iniciando com algumas pontuações em relação as orientações metodológicas de forma articulada com os procedimentos operacionais. Este capítulo está dividido em quatro partes: (1) Caracterização da pesquisa e escolhas metodológicas; (2) A pesquisa bibliográfica e documental; (3) A pesquisa empírica; e (4) Procedimentos para análise dos dados.

### 2.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA E ESCOLHAS METODOLÓGICAS

O entendimento das questões de ordem epistemológica e dos instrumentos operacionais como questões interdependentes balizou o processo de tomada de decisão em torno das ideias e das opções teóricas e práticas. Neste sentido, a caracterização da pesquisa tem por finalidade enunciar as questões de ordem epistemológicas que foram requisitadas pelo objeto de investigação – A Terapia Ocupacional no Brasil – e expor e justificar meus métodos, técnicas e instrumentos operativos (MINAYO, 2014). Também, essa caracterização tem por finalidade demonstrar como se deu a arteficialização intelectual, isto é, a imaginação sociológica<sup>18</sup> com vistas à articulação da teoria-método-objeto, no sentido de encontrar as respostas às indagações iniciais e as produzidas, durante a investigação e a estruturação da

---

<sup>18</sup>Tomo aqui as ideias de MILLS (1965) em torno da imaginação sociológica.

tese (MILLS, 1965; MINAYO, 2014, p.44). Analogicamente, como um barco no mar, no processo de investigação ajustei velas, reví as rotas, fiz escolhas, tomei decisões, a partir do entendimento de que

o labor científico caminha sempre em duas direções: numa, elabora marcos teóricos-metodológicos e instrumentais operativos para conseguir resultados; noutra, inventa, ratifica caminhos, abandona certas vias, faz novas indagações e se orienta por outras direções. Ao fazer essas trilhas, os investigadores aceitam os critérios de historicidade, de colaboração e da única certeza possível: a de que qualquer conhecimento é aproximado, é construído (MINAYO, 2014, p. 47)

Assim, durante a investigação e elaboração da tese, acatei o desafio de trabalhar em termos metodológicos qualitativos<sup>19</sup> numa perspectiva sociológica, no sentido de “incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e as estruturas sociais” (MINAYO, 2014, p. 22). Inicialmente, convidei estudantes e terapeutas ocupacionais das cinco regiões do país para um diálogo acerca da TO no Brasil. Nesse primeiro momento, com base na proposta da “Entrevista Compreensiva”<sup>20</sup>, de Kaufmann (2013), busquei uma aproximação com os participantes da pesquisa a partir das minhas experiências profissionais enquanto terapeuta ocupacional, na tentativa de provocar o seu envolvimento na situação da conversa, da troca, do diálogo.

Em um segundo momento, busquei efetivar um exercício de aproximação e, ao mesmo tempo, de distanciamento da TO, por meio de referenciais sociológicos, como por exemplo Eliot Freidson (2009), Anselm L. Strauss (1999), Elias (1994), Bourdieu (1996) e Portocarrero (2013). Reitero que enquanto no primeiro momento parti de uma construção em primeiro grau do objeto de pesquisa, entendendo-o como objeto construído por indivíduos e estruturas sociais, no segundo momento parti de uma construção de segundo grau, tomando-o

---

<sup>19</sup> A partir dos apontamentos de Minayo, a opção pelo adjetivo “qualitativo” são significa aqui uma oposição ao “quantitativo”, apenas auxilia na indicação dos procedimentos metodológicos assumidos nessa pesquisa. A preferência aqui é, assumir uma postura dialética para lidar com esta questão do quali/quantitativo, buscando considerar a “relação inseparável entre o mundo natural e social; entre o pensamento e base material; entre objeto e suas questões; entre a ação do ser humano enquanto sujeito histórico e as determinações que a condicionam. [...] A realidade social é o próprio dinamismo da vida individual e coletiva com toda a riqueza de significados que transborda dela” (MINAYO, 2014, p. 26; 42).

<sup>20</sup> De forma sintética, a “Entrevista Compreensiva” proposta por Jean-Claude Kaufmann tem influências marcantes da sociologia compreensiva de Max Weber - no sentido da complementariedade entre compreender/interpretar e demonstrar/explicar - e outros importantes autores da sociologia como Wright Mills - a partir das ideias em torno do ‘artesão intelectual’-, Norbert Elias - no sentido da ‘sociologia dos processos’, em que faz necessário a inversão da forma como se constrói os objetos de pesquisa - , Pierre Bourdieu - uma influência central, enquanto seguidor de ideias Max Weber -, além da antropologia de Clifford Geertz, com destaque para à *Grounded Theory*, ou ainda Teoria Fundamentada de Barney Galser e Anselm Strauss - de tradição da sociologia norte-americana de Chicago. (CAVALCANTI, 2003, p. 09-16).

enquanto objeto construído em acordo com os procedimentos metodológicos, por mim assumidos durante o processo investigativo (PIRES, 2014, p. 60).<sup>21</sup>

Analogicamente, tomo nessa tese a figura da construção de um *mosaico interpretativo* para explicitar como a pesquisa empírica, bibliográfica e documental me ofereceram as peças desse *mosaico*. Para essa interpretação busquei, na abordagem da Sociologia das Profissões e da Sociologia Histórica, os elementos necessários para a articulação, alocação e sustentação dessas peças em certa coerência. A abordagem da Sociologia das Profissões me permitiu emoldurar o objeto de pesquisa a partir de sua constituição como uma profissão na divisão do trabalho de cura. Essa moldura facilitou o levantamento de questões acerca do processo de fundação, profissionalização e desenvolvimento da TO. Esse emolduramento requisitou a abordagem da Sociologia Histórica, a partir do entendimento de que a história não é um dos elementos a ser considerado na investigação sociológica, mas a base onde se buscam explicações (TILLY, 2003).

Ressalto que esse *mosaico interpretativo* explicita imagens da TO no Brasil em acordo com os aspectos recortados da realidade, que me permitiram lançar luz sobre questões cruciais relacionadas à constituição dessa profissão, sua identidade profissional e seu objeto de trabalho. Assim, inicialmente parti da hipótese de que a formação e o exercício profissional e as organizações profissionais mantinham uma relação de interdependência que influenciavam a forma de pensar e agir do terapeuta ocupacional no Brasil. No decorrer da investigação essa hipótese foi sendo reformulada, ganhando novos contornos.

Ao enunciar uma hipótese *a priori*, é necessário esclarecer dois pontos que envolvem a questão de se ter ou não uma hipótese em uma pesquisa qualitativa. O primeiro deles é que minhas opções teóricas para o diálogo com a pesquisa empírica partem do princípio da indução, e não da dedução. Logo, não busquei em si a verificação de hipóteses. Do primeiro, origina-se o segundo, isso é, “o trabalho de campo não é mais uma instância de verificação de uma problemática preestabelecida, mas o ponto de partida desta problematização” (KAUFMANN, 2013, p. 44).

---

<sup>21</sup> Pires (2014, p. 58-60) busca esclarecer conceitualmente a noção de “objeto construído” chamando atenção para a construção em primeiro grau que, inspirado em Schutz (1987, p.11) se refere ao fenômeno da pré-construção social do objeto de estudo entendendo por pré-construção a concepção do objeto “por um trabalho de espírito, ou criado por meio de instituições e de práticas sociais, de uma determinada maneira anterior a que o pesquisador empreendesse sua pesquisa sobre o objeto”. A construção em segundo grau se refere ao procedimento metodológico do pesquisador, na medida em que o mesmo “seleciona fatos, escolhe ou define conceitos, interpreta resultados, etc.: em suma, ele constrói, de sua parte, seu objeto técnica e teoricamente.

Deslauriers (2014) busca uma espécie de conciliação entre o ter e o não ter hipótese no delineamento de uma pesquisa qualitativa e aponta que a hipótese, juntamente com a teoria, deve ser considerada como ponto de chegada do processo evolutivo de uma investigação sociológica, ou seja, “elas são elaboradas durante a pesquisa, pela interação da explicação e das informações, até sua formulação final. Assim, teoria e hipótese são, simultaneamente, fim e meio”. Para ele, “a evolução do conhecimento e a prática permitiram alargar a panóplia<sup>22</sup> de que os pesquisadores dispõem atualmente: a indução analítica foi completada por outros métodos, ela se integrou a eles e se viu transformada” (DESLAURIERS, 2014, p. 350).

Ainda em relação à enunciação da hipótese, com base nas ideias de Deslauriers e Kérisit (2014, p. 137), é possível acrescentar que na pesquisa qualitativa as hipóteses funcionam como postulados. No entanto, esses postulados não priorizam as relações de causa e efeito. Suas preposições iniciais, primeiramente, são enunciadas na perspectiva de questões iniciais, e mesmo das intuições a verificar.

Desta forma, esses postulados orquestram a operacionalização do procedimento de pesquisa, podendo ser elaborados e reformulados à medida que o trabalho de investigação evolua em torno da construção do objeto de pesquisa, tornando essas questões mais seletivas. Os mesmos autores também apontam que, “um bom postulado ‘caminha’: ele é eficaz, dá conta das informações, e possibilita compreender e agir. Ele ganha espaço, gradualmente, na teoria produzida”, e ainda que não visem verificar postulados, as pesquisas qualitativas podem propor questões iniciais, que no momento é o nosso caso. (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2014, p. 137).

Desta forma, durante a investigação e estruturação da presente tese, busquei me manter atento ao princípio de que “o postulado não provém apenas do conhecimento teórico do pesquisador, mas também e, sobretudo, de sua sensibilidade aos dados que colhe, e de seu conhecimento íntimo do meio que pesquisa” (DESLAURIERS e KÉRISIT, 2014, p. 137).

Neste sentido, esta tese parte de uma questão que se apresenta constantemente em minha vida profissional, seja como professor no Curso de Terapia Ocupacional da UFPR, seja enquanto Terapeuta Ocupacional. De forma muito simples a enuncio: como se constitui no Brasil o que conhecemos hoje por Terapia Ocupacional?

A tentativa de responder a esta questão me levou a uma aproximação com o movimento histórico de sua criação no início do século XX. As mudanças nas formas de

---

<sup>22</sup> Entendido aqui como um conjunto de técnicas, instrumentos, métodos de pesquisa.

tratamento da loucura introduzidas principalmente por Pinel, e o grande contingente de mutilados produzidos pela Primeira Guerra Mundial, motivaram o uso da ocupação como recurso terapêutico de forma complementar ao trabalho do médico. Compreender esse processo foi o primeiro passo no sentido de construir uma hipótese que permitisse dar sustentação ao meu trabalho. Assim, tive que tomar a história da TO como a base para minha busca de resposta: que profissão é esta? Qual sua contribuição para o tratamento da doença mental e física<sup>23</sup>, em termos de reabilitação e inserção social? Que ferramenta de trabalho utiliza para suas intervenções? Que importância se pode atribuir à Terapia Ocupacional na divisão do trabalho social e do trabalho de cura? Na medida em que essas perguntas foram sendo respondidas, as respostas não resolviam minhas inquietações com a profissão que havia escolhido.

As informações que consegui durante o curso de graduação e a prática clínica, a qual exerci por 5 anos, antes de me tornar professor, continuaram sendo insuficientes para dar conta daquelas questões e das que surgem em minha prática docente na formação de terapeutas ocupacionais. Neste sentido, me aproximei de uma outra fonte de possíveis respostas: a Sociologia.

A Sociologia me forneceu os elementos para retomar as questões e as respostas que havia construído até então. Com isto, voltei meu olhar para as respostas e tentei organizá-las de forma que me permitissem avançar na produção de uma nova compreensão dessas questões, articulando a história da profissão, seus métodos e técnicas, os conflitos profissionais individuais e coletivos dos Terapeutas Ocupacionais, e destes com os demais participantes na divisão do trabalho de cura, em especial os fisioterapeutas. Se no início as questões são de ordem mais geral, aqui as questões se definem num quadro mais específico que envolve profissionais que compartilham a reabilitação (física e mental) e a inserção social do indivíduo enquanto objeto fronteiro. E é como tal que a TO tem definido seu lugar na divisão do trabalho social, em especial no trabalho de cura. Assim, as questões acima tomaram nova forma: como a criação de um mesmo curso de habilitações de fisioterapia e

---

<sup>23</sup> Utiliza-se esses termos, nesta tese, de forma abrangente, empregando-se o termo “doença mental” para se referir a disfunções, distúrbios, doenças, alterações, deficiências relacionadas ao sofrimento psíquico que causam problemas nas relações afetivas e sociais como, por exemplo, dificuldade de manter relações interpessoais na vida familiar, produtiva e social; e o termo “doença física” para se referir às disfunções, distúrbios, doenças, alterações, deficiências relacionadas ao aparato neurológico e musculoesquelético (por exemplo, função muscular, coordenação motora e habilidades sensoriais, perceptuais e cognitivas) que causam problemas, como a incapacidade de se mover e locomover pelo espaço físico, recordar informações, planejar e executar uma tarefa rotineira, realização de tarefas da vida cotidiana (autocuidado, produtividade, lazer, etc). Tanto as doenças mentais quanto físicas estão em relação com questões de cunho social, como as vulnerabilidades sociais, condições de trabalho, acesso a bens culturais. Nesse sentido, as questões sociais podem ser causa ou consequência do problema em si, ou ambos.



terapia ocupacional gerou interdependências que são determinantes na constituição e desenvolvimento da TO no Brasil? Isto se mostra na regulamentação do exercício profissional, na criação e na dinâmica das organizações profissionais, na elaboração e na atualização das diretrizes curriculares e produção do conhecimento próprio da TO.

Desta forma, a hipótese desta tese considera que estas interdependências marcam o objeto de trabalho e a identidade profissional na TO, bem como o estabelecimento do lugar da TO na divisão do trabalho de cura. Essa hipótese se desdobra na identificação do Terapeuta Ocupacional como profissional de saúde e, diferentemente dos demais, tem como ferramentas principal de intervenção o uso da ocupação.

Na década de 1990, a produção de conhecimento da TO sofre uma mudança radical, pois aquilo que era reabilitação física ou mental pelo uso da ocupação, baseada numa perspectiva funcionalista (positivismo) e/ou fenomenológica, passa a ser questionado pela perspectiva do materialismo histórico. A perspectiva do materialismo histórico foi introduzida em cursos de graduação em TO, em especial no estado de São Paulo, por terapeutas ocupacionais que, frente a necessidade de capacitação docente, buscaram a formação *stricto sensu* em programas de pós-graduação ligados em especial à área da Educação. As análises acerca da constituição e desenvolvimento da TO no Brasil pela perspectiva do materialismo histórico<sup>24</sup> e sua incorporação em cursos de graduação de TO contribuíram de forma significativa para acirrar a disputa em torno da nomeação do que é TO e do seu objeto de estudo e intervenção.

Se, por um lado, a perspectiva do materialismo histórico contribuiu para a crítica aos rumos que a profissão tomava no Brasil em relação ao objeto de estudo e trabalho do terapeuta ocupacional e sua função na divisão do trabalho social, por outro lado não produziu elementos suficientes para a atualização do objeto da TO (uso da ocupação), a ponto de fortalecer a identidade e o reconhecimento social da profissão. Assim, cada perspectiva de TO (funcionalista, fenomenológica e materialista histórica) buscou colocar uma ênfase no objeto de trabalho a partir de disciplinas das ciências biológicas, humanas e sociais. Essas ênfases em si não contribuíram para dar transparência ao objeto de trabalho a ponto de criar possibilidades de articular os conhecimentos daquelas ciências para compreensão e elucidação do objeto e identidade profissional do terapeuta ocupacional. Reafirmo com isso a hipótese

---

<sup>24</sup> Pode-se citar como exemplo de análises materialista histórica a desenvolvida por Lea Beatriz Teixeira Soares (1987 - dissertação), Berenice Rosa Francisco (1988), Jussara de Mesquita Pinto (1990 - dissertação) e Maria Heloisa da Rocha Medeiros (1989 - dissertação; 1994 - tese). As análises de Soares (1987), Francisco (1988) e Medeiros (1989;1994) foram publicadas em forma de livros, e em especial, os livros de Francisco (1988) e Medeiros (2003) ocupam estantes de bibliotecas de Instituições de Ensino Superior que possuem cursos de graduação em TO.

de que as disputas entre as perspectivas funcionalista, fenomenológica e materialista histórica tornaram opaco o objeto da TO, com repercussões na atualização da identidade profissional do terapeuta ocupacional e no processo de elaboração desta identidade por parte de estudantes de TO.

O último desdobramento da hipótese considera a necessidade de retomar, de forma crítica, o objeto da TO, na perspectiva de estabelecer claramente a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. Sem esta retomada, a profissão não reconhece seu lugar na divisão social do trabalho e muito menos no trabalho de cura, o que enfraquece a aliança com o homem leigo no sentido de ajudá-lo na solução dos problemas da vida prática.

A abordagem da sociologia das profissões aliada à sociologia histórica se constitui no fio condutor para a análise da hipótese e seus desdobramentos, que se coloca ao objeto de pesquisa: a Terapia Ocupacional no Brasil.

Em linhas gerais, justifico a operacionalização da pesquisa a partir dos princípios diretivos defendidos por Tremblay (2014, p. 09), enquanto elementos básicos a se considerar em uma pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Desta forma:

a) realizei uma pesquisa do tipo indutiva, a partir do momento que propus uma questão à realidade: a profissão de Terapia Ocupacional no Brasil. Em seguida, selecionei procedimentos operacionais necessários à produção de dados que me direcionaram à resposta da questão de pesquisa, bem como à sua reescrita, para articular os dados produzidos no campo com as minhas percepções de pesquisador e os referenciais teóricos da sociologia;

b) me esforcei para efetivar a conexão entre os procedimentos metodológicos e as perspectivas teóricas e vice-versa, necessária à articulação do objeto-teoria-método;

c) considerando que minha graduação foi em Terapia Ocupacional e de lá trouxe um conhecimento interdisciplinar – Ciências Biológicas, Humanas e Sociais, da Saúde e da Terapia Ocupacional –, busquei aprofundar meus conhecimentos sobre as Ciências Sociais e seus métodos de pesquisa<sup>25</sup>, em especial no campo da Sociologia.

Confesso que desde o meu ingresso no doutorado em Sociologia, o desafio no estudo da teoria sociológica, foi sempre o de perceber em que medida seria possível pensar sociologicamente meu objeto de pesquisa: A Terapia Ocupacional no Brasil. E isso era bem maior que minhas inquietações iniciais em relação à própria profissão de TO. Me debrucei no

---

<sup>25</sup> Tanto para cientistas sociais quanto para aqueles provenientes de outras áreas do conhecimento, a pesquisa em ciências sociais coloca o desafio de dar conta, a grosso modo, do conteúdo da realidade por meio de um instrumental intelectual. Tendo em vista que apesar da linguagem científica advogar por uma unicidade em torno das construções teóricas e procedimentos metodológicos, por outro lado ela precisa dar conta da pluralidade em torno dos conteúdos das disciplinas (TREMBLAY, 2014, p. 9).

estudo da teoria e seus métodos para compreender os possíveis caminhos para construir, delimitar e investigar, e vice-versa, o objeto de pesquisa numa perspectiva sociológica (MILLS, 1965; KAUFMANN, 2013).

Como mencionado anteriormente, optei por estruturar a pesquisa em três perspectivas: a) pesquisa bibliográfica; b) pesquisa empírica e c) pesquisa documental. Essas perspectivas ocorreram de forma simultânea. Inicialmente, busquei por meio da pesquisa bibliográfica e documental elementos que me permitissem uma compreensão ampla do objeto de pesquisa necessária à estruturação da pesquisa empírica. Como aponta Minayo (2014):

a primeira tarefa do investigador, uma vez definido seu objeto, é proceder a uma ampla pesquisa bibliográfica, capaz de projetar luz e permitir melhor ordenação e compreensão da realidade empírica. A pesquisa bibliográfica pode ter vários níveis de aprofundamento, mas deve abranger, minimamente, os estudos clássicos sobre o objeto em questão (ou sobre os termos de sua explicitação) e os estudos mais atualizados sobre o assunto. (MINAYO, 2014, p. 184)

O problema de pesquisa, inicialmente, foi enunciado a partir da seguinte questão: *como o processo de formação profissional, a inserção/atuação profissional e a organização profissional influenciaram a construção das práticas em Terapia Ocupacional, no cenário brasileiro, dos anos 1980 até a atualidade?*

A partir desta questão inicial, construí o plano de pesquisa, que sinteticamente incluiu: (1) a construção de um Roteiro de Coleta de Dados (apêndices 1 e 2 ) para guiar a condução das entrevistas, aplicação de questionários, coordenação dos grupos focais, e subsidiar as conversas informais durante os eventos científicos da TO, as visitas a cursos de graduação e serviços de TO; (2) a elaboração do cronograma de viagem para realização da etapa de pesquisa empírica; (3) a realização da pesquisa empírica; (4) a utilização de técnicas para organização e análise dos dados; (5) a pesquisa bibliográfica e documental; (6) a escrita da tese. As etapas 2, 3, 4, 5 e 6 foram sendo ajustadas no decorrer da investigação, bem como a sua ordem. Assim, à medida que a investigação foi se desenrolando, as etapas foram ganhando uma função retroalimentadora entre si. Neste sentido, as três perspectivas foram complementares no processo de investigação e estruturação da tese.

A pesquisa empírica foi realizada nas cinco regiões brasileiras, no período entre 2013 e 2016. Os eventos científicos de área de Terapia Ocupacional, em especial, os congressos (paranaense, norte-nordeste e brasileiro) e o encontro de docentes, se constituíram como campo empírico e, a partir deles, esse campo se expandiu para os cursos de graduação e serviços de TO. Durante os eventos científicos, foi possível participar das audiências

(conferências, mesas redondas, apresentação de trabalho orais e pôsteres, rodas de conversa), reuniões de organizações profissionais e atividades culturais, realizar entrevistas, aplicar questionários e dialogar informalmente com participantes dos eventos.

Participaram da pesquisa empírica estudantes de TO de diferentes períodos do curso e terapeutas ocupacionais envolvidos no exercício e formação profissional de diferentes áreas de atuação, bem como terapeutas ocupacionais que ocupavam cargos em organizações profissionais. Também, durante a pesquisa empírica, foi possível estabelecer interações com indivíduos que não estudantes de TO e nem terapeutas ocupacionais, como fisioterapeutas, psicólogos e pacientes de serviços de TO. Esses indivíduos surgiram no campo empírico e foram relevantes para ampliar as percepções acerca da TO. Durante a pesquisa empírica, ainda foi possível acompanhar o processo de reformulação curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e participar ao longo de um ano de conferências de saúde nas etapas: municipal, estadual e nacional.

Ao final da investigação, a construção e a delimitação do objeto de pesquisa de forma articulada com o método e a teoria sociológica permitiu a reelaboração da questão inicial da pesquisa. Essa reelaboração da questão de pesquisa culminou nas seguintes indagações: como a criação em um mesmo curso de habilitações de fisioterapia e terapia ocupacional gerou interdependências que foram determinantes na constituição e desenvolvimento da TO no Brasil, em termos de regulamentação do exercício profissional, da criação de organizações profissionais, da elaboração e atualização das diretrizes para formação profissional e da produção de seu conhecimento? Como esse processo de desenvolvimento da TO influenciou a recriação do seu objeto de trabalho, no sentido de constituir uma abordagem singular aos problemas da vida prática do homem leigo, promovendo mudanças na identidade profissional? E, por fim, quais as repercussões das mudanças na identidade profissional para o reconhecimento social da profissão no Brasil, na atualidade?

A seguir, apresento sinteticamente como se deu a pesquisa bibliográfica e documental e, em mais detalhes, como se deu a pesquisa empírica. Por fim, apresento os procedimentos utilizados no processo de análise de dados.

## 2.2 A PESQUISA BIBLIOGRÁFICA E DOCUMENTAL

Em linhas gerais, a pesquisa bibliográfica foi realizada em diferentes bases de dados com o objetivo de coletar e selecionar publicações (artigos, dissertações, teses) e livros

(online e/ou cópia física). A pesquisa bibliográfica se concentrou em publicações que permitissem articular os seguintes temas: o processo de fundação da TO nos Estados Unidos, como uma profissão paramédica; o uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil, na divisão do trabalho de cura, em especial na área da Psiquiatria; a criação dos primeiros cursos de formação para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, em especial na área da Reabilitação Física; e a produção do conhecimento em TO.

Em relação à produção do conhecimento, em âmbito nacional, inicialmente foram selecionadas publicações que influenciaram o pensamento em TO no Brasil no âmbito da formação profissional, por exemplo, a obra de Berenice Rosa Francisco *Terapia Ocupacional*, publicada em 1988, a de Lea Beatriz Teixeira Soares *Terapia Ocupacional: lógica do Capital ou do Trabalho?*, publicada em 1991, e a de Maria Heloísa da Rocha Medeiros *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*, publicada em 2003. Durante as visitas às bibliotecas de curso de graduação em TO e leitura de Projetos Pedagógicos (PP) de curso de graduação em TO espalhados pelo país, observei que essas obras estão presentes nas prateleiras das bibliotecas e são citadas em PP dos cursos. Além disso, essas obras são mencionadas em outras publicações, como livros e artigos que tratam de diferentes temas relacionados à prática da TO.

Outras obras foram selecionadas para compor outros pontos de vista, como por exemplo a obra de Henrique de Oliveira Mattos *Labortherapia nas afecções mentaes*, tese publicada em 1929; Octacília Josefa de Melo, *Terapia Ocupacional: minhas experiências*, publicada em 1978; Jorge Augusto Ortiz Finger, *Terapia Ocupacional*, publicada em 1986; Nise da Silveira, *Gatos, a emoção de lidar*, publicada em 1998; Luiz Gonzaga Pereira Leal, *Terapia Ocupacional: guardados de gaveta e outros guardados*, publicada em 200; e as obras de Marília Caníglio, em especial *Terapia Ocupacional: objeto e metodologia*, publicada em 1991, e *Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar*, publicada em 2005.

Esse conjunto de obras me permitiu selecionar outras publicações como artigos, dissertações, teses e livros, de forma a ampliar a compreensão dos diferentes pontos de vista presentes na produção de conhecimento em TO no Brasil e que, em certa medida, influenciam a formação, o exercício e a regulamentação profissional. A busca por publicações se deu em sítios eletrônicos, arquivos pessoais, bibliotecas da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e de colegas terapeutas ocupacionais. O critério de seleção e inclusão, ou não, de uma determinada publicação se deu pela sua contribuição e relevância para construção, exposição e explicação do objeto de pesquisa. As obras que satisfizeram esse critério foram incluídas nos capítulos da tese.

O mesmo critério adotado para inclusão, ou não, de publicações nacionais foi utilizado para publicações internacionais. Entre as publicações internacionais tem destaque a obra Willard & Spackaman, *Terapia Ocupacional*, editada por Elisabeth Blesedell Crepeau, Ellen S. Cohn e Barbara A. Boyt Schell, publicada em 2009<sup>26</sup>; a obra de E.M. Macdonald *Terapia Ocupacional em Reabilitação*, publicado em 1960<sup>27</sup>; e o estudo realizado por Gary Kielhofner e Janice Burke, *Occupational Therapy after 60 years: An account of changing identity and knowledge*, publicado em 1977, traduzido para o português por professores<sup>28</sup> do curso de TO da USP (s/d).

O estudo de Gary Kielhofner e Janice Burke é um marco na produção de conhecimento em TO em âmbito mundial. No Brasil, ele é utilizado em análises acerca da fundação e desenvolvimento da TO, como por exemplo, na obra de Medeiros (2003), supracitada. As ideias desse estudo são discutidas, em especial, no capítulo 3 da tese.

Em suma, durante a pesquisa bibliográfica selecionei publicações que tratassem da Terapia Ocupacional por diversos pontos de vista, com a finalidade de delimitar o objeto de pesquisa, ou seja, emoldurá-lo. Também busquei efetivar um exercício compreensivo, como primeira aproximação para então passar a uma abordagem crítica, de modo a contribuir para a abordagem empírica (MINAYO, 2014, p. 184-185).

A pesquisa documental foi realizada em arquivos públicos (órgãos governamentais, instituições e organizações de profissionais dos terapeutas ocupacionais) e arquivos particulares -pesquisador. Em relação aos documentos oficiais, se destacam as resoluções do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a Classificação Brasileira de Ocupações, atualizada em 2002 (CBO-2002), as Sinopses da Educação Superior - Graduação do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e marcos regulatórios para formação do terapeuta ocupacional, em especial as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (DCNTO). Também selecionei leis e decretos relacionados com a formação e o exercício profissional em TO no Brasil. O ponto de partida para a busca das leis e decretos que estão assentados, em especial, no capítulo 4, foi a leitura do material coletado na pesquisa bibliográfica, empírica e em dados da própria pesquisa documental. Assim, a pesquisa documental e a bibliográfica foram sendo retroalimentadas entre si e pela pesquisa empírica.

<sup>26</sup> Utilizamos a versão dessa obra em português, publicada em 2011, com revisão técnica de Eliane Ferreira e tradução de Antônio Francisco Dieb Paulo et al.

<sup>27</sup> Utilizamos a versão dessa obra em português, publicada em 1990, com tradução de Lauro S. Blandy.

<sup>28</sup> Na cópia física do texto que conseguir ter acesso, não permitiu a identificação dos professores responsáveis pela tradução, nem tampouco da data (mês/ano). Agradeço a professora Adriana Belmonte Moreira pelo empréstimo dessa cópia, tendo em vista a dificuldade de acesso ao mesmo.

A seguir, apresentam-se os contornos da pesquisa empírica.

## 2.3 A PESQUISA EMPÍRICA

Tendo em vista a participação de estudantes de TO e terapeutas ocupacionais, de diferentes regiões do país, nos eventos científicos da TO (congressos, seminários, encontros, etc.), a participação nesses eventos se constituiu como o fio condutor para a produção dos dados, bem como para as reformulações do cronograma de viagens. A minha condição de terapeuta ocupacional com histórico de atuação na Associação Cultural dos Terapeutas Ocupacionais do Estado do Paraná (ACTOEP), na Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região (CREFITO-8), associado ao papel de professor no curso de graduação em TO da UFPR, facilitou o contato com terapeutas ocupacionais que ocupavam cargos diretivos nas organizações profissionais, ou em coordenação de curso de graduação em TO e ainda professores de TO. Foi a partir desse contato que consegui efetivar o convite aos terapeutas ocupacionais e estudantes de TO, que participaram da pesquisa, por meio de entrevistas, grupo focal ou respostas ao questionário.

Assim, em outubro de 2013 iniciei a pesquisa empírica a partir da participação no XIII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO), em Florianópolis/SC. Nesse CBTO, comecei a construir a rede de contatos para estruturação do cronograma de viagem de pesquisa às regiões brasileiras.

### 2.3.1 Percurso da Pesquisa

Inicialmente, identifiquei terapeutas ocupacionais de diferentes regiões do país que poderiam se constituir como participantes-chave para a ampliação da minha rede de contatos, presentes no XIII CBTO. Durante as interações neste congresso, fui convidando terapeutas ocupacionais para participar da pesquisa, bem como para se tornar um participante-chave para a realização da pesquisa em sua região/capital/cidade.

Posteriormente ao XIII CBTO, entrei em contato com aqueles terapeutas ocupacionais que aceitaram participar da pesquisa e, também, os que aceitaram participar e se tornar participantes-chave. Desta forma, fui estruturando o cronograma de pesquisa e a cada viagem de pesquisa emergiram novos participantes-chave, que me conectaram a outros participantes e regiões do país, ou cidades/capitais de uma mesma região. Nesse processo,

utilizei das interações face a face, e virtuais, para efetivar contatos, programações, enfim, estabelecer redes interativas que me levaram aos lugares, espaços, instituições e a indivíduos, que integram o recorte da realidade da TO Brasileira, que estrutura e dá forma ao objeto de pesquisa da presente tese.

Entre outras estratégias que utilizei para ampliar a minha rede de contatos estão: a submissão de trabalhos para alguns dos eventos (resumos, propostas de cursos e oficinas); o aceite para participar da programação científica; e a criação de uma lista de contatos virtuais (por exemplo, *Facebook*, *Messenger*, E-mail, celular).

Em relação ao cronograma de viagens para traçar os trajetos, tomei como ponto de partida os eventos científicos. Assim, tracei rotas que me permitiram ampliar o tempo de permanência nas regiões em que aconteceram congressos, com a finalidade de viajar por outras cidades da mesma região. Por exemplo, o roteiro da viagem ao X Congresso Norte-Nordeste de Terapia Ocupacional (CONNTO) que aconteceu em Belém, e ao III Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional (SNPTO) e XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional (ENDTO) que aconteceu em João Pessoa, me permitiram viajar por outras capitais do Nordeste entre um e outro evento. Durante o CONNTO, o SNPTO e o ENDTO, consegui fortalecer e ampliar a rede de contatos para viagens a outras regiões do país.

Os vínculos que fui estabelecendo em cada evento facilitaram a realização da pesquisa empírica. Esses vínculos ainda permitiram a audiência em reuniões de organizações profissionais – que aconteceram nos eventos científicos da TO – e facilitaram as viagens às cidades onde não havia nem previsão de evento e nem existia curso de graduação. Desta forma, a cada viagem fui estabelecendo e ampliando a rede de contatos, que me levou a lugares, espaços, instituições das diferentes regiões do Brasil, que mantêm relações como o campo profissional da Terapia Ocupacional. O Quadro 01 apresenta, sintética e cronologicamente, o percurso das viagens de pesquisa em cada região brasileira.

QUADRO 01 – VIAGENS DE PESQUISA

(continua)

REGIÃO	ANO	PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	TEMÁTICA
SUL	2013	13 a 16 de outubro Florianópolis-SC	XIII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO)	Terapia Ocupacional e Políticas Públicas: diretrizes, compromissos e ações.



## QUADRO 01 – VIAGENS DE PESQUISA

(continuação e conclusão)

REGIÃO	ANO	PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	TEMÁTICA
Sul	2014	21 a 23 de agosto Curitiba-PR	VI Congresso Paranaense de Terapia Ocupacional (CPTO)	A formação do Terapeuta Ocupacional no Universo de Possibilidades: Cultural, Político e Científico
	2015	CAPITAIS e CIDADES SEM PREVISÃO DE EVENTO CIENTÍFICO		
		Viagem a Foz do Iguaçu-PR e São Miguel do Iguaçu-PR de 16 a 22 de julho – Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ensino Superior São Miguel do Iguaçu e Serviços de Saúde de Foz do Iguaçu-PR.		
		Viagem a Porto Alegre e Santa Maria no período de 31 de agosto a 04 de setembro – Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria e ao Centro Universitário Franciscano e Serviços de Saúde de Santa Maria-RS.		
REGIÃO	ANO	PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	TEMÁTICA
Norte	2014	17 a 20 de setembro Belém-PA	X Congresso Norte-Nordeste e Terapia Ocupacional (CONNTO)	Terapia Ocupacional: Diversidade de Saberes, Práticas e Políticas Públicas.
REGIAO	ANO	CAPITAIS/CIDADES SEM PREVISÃO DE EVENTO CIENTÍFICO		
Nordeste	2014	Viagens pela Capitais/cidades do Nordeste de 22 de setembro a 12 de outubro:		
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Viagem à São Luiz-MA – Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade Santa Terezinha e Serviços de Saúde de São Luiz-MA;</li> <li>2. Viagem à Fortaleza – Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza e Serviço de Saúde de Fortaleza;</li> <li>3. Viagem à Natal – Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Potiguar;</li> <li>4. Viagem à Recife – Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco;</li> <li>5. Viagem à Salvador– Serviços de Saúde de Salvador;</li> <li>6. Viagem à Itabuna-BA Visita – Serviço de Saúde de Itabuna-BA</li> </ol>		
		PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	
		13 e 16 de outubro João Pessoa-PB	III Seminário Nacional de Pesquisa em Terapia Ocupacional (SNPTO) e XIV Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional (ENDTO).	
REGIÃO	ANO	REGIÃO SEM PREVISÃO DE EVENTO CIENTÍFICO		
Centro-Oeste	2015	Viagem à Brasília de 22 a 24 de setembro - Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Brasília e Serviços de Saúde do Distrito Federal.		
REGIÃO	ANO	PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	TEMÁTICA
Sudeste	2015	12 a 15 de outubro Rio de Janeiro-RJ	XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional	Cidadania e Direitos Humanos: do Financiamento à Prática
		CAPITAL SEM PREVISÃO DE EVENTO CIENTÍFICO		
		Viagem à Vitória - Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Espírito Santo.		
	2016	PERÍODO/CIDADE	EVENTO/CIDADE	TEMÁTICA
		28 e 29 de abril São Carlos- SP	III Simpósio Internacional de Terapia Ocupacional Social	Desenhos Teóricos e Contornos Práticos

Fonte: o autor (2016).

Tendo explicitado o ponto de partida para a realização da pesquisa empírica que permitiu o contato com os participantes da pesquisa, a seguir apresento os instrumentos e técnicas de pesquisa.

### 2.3.2 Instrumento e Técnicas de Pesquisa

A partir das minhas experiências no campo profissional da TO (exercício profissional, formação profissional e membro de organização profissional, optei por elaborar um Roteiro de Coleta de Dados para facilitar a condução das entrevistas semiestruturadas e dos grupos focais (MINAYO, 2014, p. 189).

Para a construção do Roteiro de coleta de dados, adotei os seguintes princípios: que constituísse parte do delineamento do objeto para dar forma e conteúdo ao mesmo; que facilitasse a ampliação e aprofundamento da comunicação; que evidenciasse a perspectiva dos interlocutores em relação a sua visão, juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto de pesquisa (MINAYO, 2004, p. 99).

Ressalta-se que o Roteiro de coleta de dados foi utilizado como um dispositivo destinado a orientar a condução da pesquisa empírica. No uso desse roteiro se buscou uma atitude compreensiva, flexível, aberta que permitisse a observação e interação com os participantes da pesquisa. (MINAYO, 2014, p.195). O Roteiro de coleta de dados foi estruturado em três partes, conforme Quadro 02.

QUADRO 02 – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

(continua)

PARTE	CONTEÚDO
Parte 1:	1. Características Pessoais do Participante Nome completo; idade; sexo; endereço de residência; contato (telefone/e-mail)
Parte 2	2. Informações Gerais sobre o Processo de Formação e Atuação Profissional Sobre a Instituição de Ensino onde cursa/concluiu o Curso de Graduação: a) Instituição de Ensino; Cidade/Estado; b) Ano de início e o de Conclusão do Curso de Graduação; c) Áreas/Campos de Estágios Profissionalizantes durante a Graduação:  Específico para o participante Terapeuta Ocupacional d) Formação: Especialização; Mestrado; Doutorado.  Específico para o participante Estudante de Terapia Ocupacional d) Experiências em atividade de ensino, pesquisa e extensão.

## QUADRO 02 – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS

(continuação e conclusão)

PARTE	CONTEÚDO
Parte 3	<p>Questões Temáticas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. O que o levou a cursar Terapia Ocupacional?</li> <li>2. Durante seu processo formativo você teve influências por parte do ambiente acadêmico (professores, colegas, amigos) do campo profissional (estágios profissionalizantes) e das Entidades Representativas da Terapia Ocupacional? Se sim, quais, como e em que lhe influenciaram?</li> <li>3. O que acha da prática profissional em Terapia Ocupacional?</li> <li>4. Para você qual o papel das Entidades Representativas?</li> <li>5. Você tem algum tipo de envolvimento em atividades de representação profissional? Se sim, comente.</li> </ol> <p>Específico para o participante Terapeuta Ocupacional</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Você tem algum tipo de envolvimento em atividades de docência? Se sim, comente sobre.</li> <li>2. Atualmente a formação profissional, a prática profissional cotidiana e as entidades representativas influenciam ou não a sua forma de pensar e agir, enquanto terapeuta ocupacional? Se sim como? Se não, por que?</li> </ol>

Fonte: o autor (2016).

Devido às particularidades que foram surgindo durante a pesquisa empírica, buscou-se adaptar a utilização do Roteiro de Coleta de Dados (MINAYO, 2014). Uma adaptação necessária foi a aplicação do roteiro em forma de questionário-aberto, isto é, nas situações em que não foi possível a realização de entrevista ou grupo focal, por exemplo, quando o participante não disponibilizava de tempo para agendamento de entrevista ou participação em grupo focal, mas aceitava responder por escrito. Em especial, durante os eventos científicos, foram entregues cópia do Roteiro de Coleta de Dados e combinado com o participante uma forma de retorno do roteiro ao pesquisador. Foi explicado ao participante sobre a sua liberdade em entregar, ou não, o roteiro ao pesquisador, bem como responder apenas às questões de seu interesse.

O Roteiro de Coleta de Dados foi formatado e impresso em papel sulfite, uma lauda. A Parte 1 e 2 do Roteiro de Coleta de Dados tinha espaço delimitado para as respostas. Na Parte 3, constavam as questões temáticas ordenadas e sem espaço para respostas; no caso da aplicação em forma de questionário-aberto, era solicitado que o participante utilizasse o verso da folha de papel – que possui linhas – e se necessário poderia utilizar uma segunda lauda apenas com linhas, que era disponibilizada no momento da entrega do Roteiro de Coleta de Dados.

A diferença entre o uso do Roteiro de Coleta de Dados na condução de entrevista semiestruturada para a aplicação como questionário-aberto se deu na medida em que, para as duas primeiras técnicas, os participantes preenchiam apenas a Parte 1 e 2 do referido roteiro, liam as questões da Parte 3 e depois iniciava-se a entrevista, ou grupo focal propriamente dito

– que eram gravados em áudio. No caso do questionário-aberto, o participante inicialmente recebia orientações de como proceder para responder por escrito as partes 1, 2 e 3 do Roteiro.

Para a condução do grupo focal, foi utilizada a Parte 2 e 3 do Roteiro de Coleta de Dados. A Parte 1 foi substituída por uma Lista de Presença. No caso de estudantes, constava ainda na Lista de Presença o período do curso que estavam cursando e, no caso de haver participantes de diferentes instituições de ensino, era solicitado para indicar a instituição de seu curso de graduação. O registro do grupo focal foi feito por meio da gravação em áudio (RICHARDSON, 1999, p. 96; 207-219; 259-264; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p.61; MINAYO, 2014, p.99).

Para a aplicação do questionário-aberto e condução de entrevista e grupo focal, inicialmente era esclarecido o objetivo da pesquisa, os resultados esperados e abordavam-se as questões éticas<sup>29</sup>.

As entrevistas e as repostas aos questionários foram efetivadas durante os eventos científicos e às visitas aos cursos de graduação e serviços de TO. Em relação aos grupos focais que aconteceram durante eventos, busquei realizá-los com dinâmica de grupo aberto, ou seja, inicialmente convidava estudantes e terapeutas ocupacionais informando o local, horário e duração aproximada; no horário e local informado, eu aguardava e à medida que chegavam os convidados iniciávamos a discussão. A duração da conversa obedeceu à disponibilidade de tempo dos participantes. No caso dos grupos de discussão com estudantes, realizados durante a visita aos cursos, estes aconteceram após a anuência do professor e concordância dos estudantes, sendo garantida a liberdade de participar ou não.

Por fim, participaram da pesquisa empírica, por meio do Roteiro de Coleta de Dados, 88 terapeutas ocupacionais e 137 estudantes de TO das diferentes regiões brasileiras, totalizando 225 participantes. Os profissionais participantes estão posicionados no campo profissional da TO a partir da posição de: terapeuta ocupacional, professor de TO com graduação em TO e/ou membro de terapeuta ocupacional. Há terapeutas ocupacionais que ocupam uma única posição e outros que ocupam diferentes posições. Por exemplo, há profissionais que estão na posição de terapeuta ocupacional e de professor de TO, terapeuta ocupacional de membro de organizações profissionais, bem como terapeutas ocupacionais que ocupam as três posições – terapeuta ocupacional, professor de TO e membro de organização profissional. Os estudantes de TO são de diferentes períodos do curso de graduação.

---

<sup>29</sup> Como por exemplo, a liberdade de expressão, o respeito à opinião do outro, o direito de sigilo, a liberdade para ao final do grupo solicitar a retirada de suas falas, isso é, o seu não uso para a pesquisa.

Ressalta-se que os participantes da pesquisa não se restringem aos 225 participantes que responderam ao Roteiro de Coleta de Dados. Houve outros participantes que, de forma indireta, contribuíram para a pesquisa, a saber: (a) participantes dos eventos científicos com os quais dialoguei; (b) terapeutas ocupacionais que foram os interlocutores em cada cidade e capital na qual desenvolvi atividades de pesquisa; (c) profissionais das instituições onde estavam alocados os serviços de TO que visitei; (d) funcionários de organizações profissionais visitadas; (e) professores e estudantes de TO das disciplinas em que observei atividades de ensino e extensão; (f) professores e coordenadores de cursos com os quais dialoguei nos eventos científicos e visitas aos cursos; (g) pacientes que estavam sendo atendidos no momento de visita às Clínicas-Escola e Serviço de TO com os quais interagi; (h) meus colegas do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR, em especial aqueles com os quais mantive um diálogo constante sobre o processo de investigação.

### 2.3.3 Questões Éticas

Em relação aos riscos que a pesquisa empírica poderia submeter os participantes, apesar do cuidado ético e metodológico tomado na construção do Roteiro de Coleta de Dados, em algumas situações percebi certos desconfortos no decorrer da entrevista, da participação no grupo focal ou no preenchimento do questionário. Por exemplo, no caso dos estudantes, por vezes, estes por meio de silêncios, risos e/ou expressões faciais indicavam que suas respostas poderiam influenciar na sua relação com professores, colegas de curso presente e/ou ausente da cena da pesquisa em que participávamos. O mesmo ocorreu com professores e terapeutas ocupacionais, por imaginarem que suas respostas poderiam levar a conflitos interpessoais no ambiente de trabalho e/ou da representação profissional e os possíveis desdobramentos que isto traria à sua posição no campo profissional da TO, seja como terapeuta ocupacional, professor e/ou membro de organização profissional.

Frente a essas reações busquei manter uma atitude compreensiva por meio de orientações como, por exemplo, a não obrigatoriedade de responder a todas as questões, a liberdade de opinião e a questão do sigilo. Busquei também evitar situações constrangedoras aos participantes, a partir do estímulo à reflexão acerca de questões e das discussões que estavam colocadas no campo profissional da TO em relação às questões temáticas do Roteiro de Coleta de Dados, entendendo que o momento da pesquisa era uma construção entre o participante e pesquisador, no qual se tramam identidades individuais e coletivas em torno do próprio objeto de pesquisa – A Terapia Ocupacional no Brasil.

Em suma, durante a condução das entrevistas e grupos focais e as orientações para o preenchimento do questionário-aberto, ao perceber que alguma questão ou comentários de minha parte, ou de outro participante (no caso grupos focais), geravam desconforto no participante da pesquisa, busquei esclarecê-lo sobre sua liberdade em abordar/responder ou não determinados temas, sobre garantia de sigilo e a liberdade em qualquer tempo de solicitar a retirada de sua participação na pesquisa.

Outros cuidados tomados durante a pesquisa empírica foram: (1) em relação às entrevistas e grupos focais tomei alguns cuidados durante as interações com os participantes da pesquisa nos diálogos estabelecidos, como: tom da voz, falar devagar, esperar que o participante em seu tempo responda a cada questão e oferecer esclarecimentos em casos de dúvidas; (2) no que se refere ao questionário-aberto, mantive a preocupação com a estética do Roteiro de Coleta de Dados (tipo e tamanho da letra/fonte, espaços para resposta) e seus procedimentos de aplicação, como: orientar o participante sobre sua liberdade de responder ou não, liberdade para utilização dos espaços destinados à transcrição de sua resposta.

Os participantes foram consultados sobre a forma como desejavam expressar o seu consentimento livre esclarecido, sendo respeitada a sua decisão. Alguns optaram pela assinatura Termo do Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e outros optaram apenas por expressaram verbalmente o seu consentimento. Independente da assinatura do TCLE (apêndices 3 e 4), busquei me manter atento aos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos contidos nas Resoluções Nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2016).

Durante a elaboração da tese, fui percebendo que algumas narrativas utilizadas no corpo do texto dos capítulos apontavam para a necessidade de não deixar o narrador no anonimato. Assim, entrei em contato com alguns participantes que tiveram suas narrativas inseridas no texto de alguns capítulos para consultá-los acerca da possibilidade, ou não, de revelar seu nome à medida que sua narrativa fosse incorporada ao texto da tese. Os participantes que concordaram tiveram seus nomes revelados, em especial no capítulo 4. Em específico, o participante da pesquisa Virgílio Cordeiro Mello teve seu nome revelado devido ao fato de que sua entrevista foi realizada de forma coletiva por pesquisadores de três universidades, e os dados dessa entrevista já foram publicados em trabalho científico<sup>30</sup>, contendo o nome verdadeiro do referido participante. Também o participante Luiz Gonzaga Leal teve seu revelado frente ao próprio processo de conversação durante a pesquisa e da

---

<sup>30</sup> Ver: BATTISTEL (2016).

relevância que tal revelação traz para a memória da TO no Brasil, em especial, pela sua relação com Nise da Silveira e tudo que essa relação representou em sua trajetória profissional e acadêmica.

Ressalto que, mesmo tendo utilizado de todas as estratégias para garantir o anonimato dos demais participantes, considerando o tamanho da população de terapeutas ocupacionais e de estudantes de TO, e que nesta tese os dados são inseridos termos qualitativos, como mencionei anteriormente ao caracterizar esta pesquisa, é possível que certos participantes sejam identificados, em especial os que são representantes oficiais da TO no âmbito das organizações profissionais. (FREIDSON, 2009).

## 2.4 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

O objetivo desse tópico é o de apresentar a operacionalização do trabalho analítico dos dados produzidos durante a investigação, que culminou na estruturação dos capítulos da presente tese. Esse processo, em linhas gerais, envolveu a identificação, seleção, agrupamento e articulação de diferentes arquivos em torno do objeto de pesquisa. (MILLS, 1965).

Para a operacionalização do trabalho analítico, três etapas foram essenciais: a organização, a classificação e a análise dos dados. Essas etapas permitiram a articulação entre a pesquisa empírica, bibliográfica e documental. A partir dessa articulação, foi possível estruturar os capítulos da tese, apresentados a seguir, em cada uma das etapas.

### 2.4.1 Organização dos Dados

Para organização dos dados da pesquisa empírica, documental e bibliográfica foram realizados cinco mapeamentos. Cada um desses mapeamentos teve por finalidade organizar os conjuntos de dados, de acordo com suas diferentes naturezas, de forma a facilitar a articulação entre a pesquisa empírica, bibliográfica e documental, necessária à exposição e explicação do objeto de pesquisa.

O primeiro mapeamento foi a organização do material produzido por meio de entrevistas, questionários-abertos, dos grupos focais. As gravações e os documentos físicos (questionários, fichas de entrevistas, listas de participantes em grupos de discussão, etc.) foram separados e organizados de acordo com as viagens realizadas. Os materiais em áudio foram arquivados no computador e em um HD Externo, nos quais foram criadas pastas específicas para cada conjunto de dados. Os dados escritos, em cópia física, foram arquivados

em pastas físicas, seguindo a mesma lógica dos materiais em áudio, sendo utilizados envelopes que foram guardados em pastas físicas.

Em relação aos dados em áudio foi elaborada uma tabela de oito colunas: (1) região do país; (2) entrevista; (3) grupos focais; (4) observações de atividades de ensino ou assistência; (5) conversas informais, (6) visitas a cursos ou serviços de TO. Esta tabela ofereceu uma imagem das atividades de investigação que foram realizadas por meio da pesquisa empírica. Após esses procedimentos os dados da pesquisa empírica foram organizados em dois grandes grupos, os dados nucleares e os dados contextuais, conforme o Quadro 03.

QUADRO 03 – PRIMEIRO MAPEAMENTO DOS DADOS PRODUZIDOS POR REGIÃO

TIPO DE DADO	FORMA DE PRODUÇÃO
Dados Nucleares	Produzidos por meio das entrevistas, grupos focais, questionários e conversas informais
Dados Contextuais	Produzidos por meio das visitas aos cursos de graduação e serviços de TO e depoimentos

Fonte: o autor.

O conjunto de dados nucleares é composto por 247 arquivos, dos quais: 149 são entrevistas, sendo 75 realizadas com terapeutas ocupacionais e 74 com estudantes de TO; 78 são questionários, sendo 14 respondidos por terapeutas ocupacionais e 64 por estudantes de TO e 20 são conversas informais, totalizando 247 arquivos. E o conjunto de dados contextuais é composto por 25 registros de visitas e 05 depoimentos, totalizando 30 arquivos.

Nesse primeiro mapeamento, busquei construir uma imagem quantitativa do processo de produção de dados, por região do país, por exemplo: quantas entrevistas foram realizadas; quantos questionários foram aplicados; quantos estudantes e quantos profissionais participaram em cada procedimento de produção de dados; de qual região do país eram os participantes, etc. E, ao mesmo tempo, uma imagem qualitativa a partir da escuta dos dados buscando uma articulação preliminar com dados da pesquisa documental e bibliográfica. Este procedimento além de facilitar os ajustes no cronograma de viagem de pesquisa, auxiliou na construção da percepção acerca da constituição da TO no Brasil e do momento atual da formação e exercício profissional em TO e das suas organizações profissionais.

O segundo mapeamento foi elaborado a partir da Parte 1 e 2 do Roteiro de Coleta de Dados e a Lista de Presença dos grupos focais. A partir desse segundo mapeamento foi possível estruturar duas tabelas: (1) Dados dos profissionais; (2) Dados dos estudantes de TO. Cada tabela foi estruturada com 15 colunas; cada coluna recebeu uma nomeação, a saber:



código numérico; participante da pesquisa (iniciais do nome); papel no campo da TO (se professor, se terapeuta ocupacional ou ambos; e se estudante, o período do curso); idade; sexo; cidade-estado; região do país, IES de formação; início da graduação; conclusão da graduação; estágios profissionalizantes; especialização; mestrado; doutorado. As tabelas elaboradas para ordenar os dados dos estudantes seguiram a mesma estrutura, apenas com mudanças nas quatro últimas colunas que, ao invés de constar especialização, mestrado, doutorado, foram nomeadas de: extensão, pesquisa, monitoria, outras atividades.

Essas tabelas foram essenciais para a etapa classificação e análise dos dados da Parte 1 e 2 do Roteiro de Coleta de Dados, para a qual foi utilizada o *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*<sup>31</sup>.

O terceiro mapeamento foi realizado a partir dos questionários. Após uma primeira leitura das respostas aos questionários, elaborou-se uma tabela com para assentar as respostas dos participantes à Parte 3 – Questões Temáticas – do Roteiro de Coletas de Dados, em acordo com as seguintes categorias empíricas e operacionais<sup>32</sup>: (1) Motivações para prestar vestibular para o curso de Graduação em TO representada pelo termo *Motivações*; (2) Percepção acerca do exercício profissional representada pelo termo *Prática*; (3) Influências do ambiente acadêmico representada pelo termo *Influências*; (4) O papel das organizações profissionais representada pelo termo *Entidades*; (5) Envolvimento em organizações profissionais e/ou docência representada pelo termo *Envolvimento*; (6) Influências na forma de pensar e agir representada pelo termo *Pensar e Agir*. Nessa tabela, foi possível incluir os dados dos participantes (código numérico; idade; ano de conclusão do curso; IES de formação) para facilitar a articulação entre esse mapeamento e os dados do SPSS.

O quarto mapeamento foi em relação à pesquisa documental. Esse mapeamento ocorreu durante todo o processo de análise dos dados empíricos, e se concentrou em três sítios eletrônicos: (1) do COFFITO, onde se fez um levantamento de Leis, Decretos, Resoluções e informações de outra natureza, que regulamentam o exercício profissional em TO e Fisioterapia; (2) do Ministério do Trabalho e Emprego, em relação à Classificação Brasileira de Ocupações exportando o Relatório de Famílias Ocupacionais de interesse para a pesquisa; (3) do Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), do qual foram extraídas as Sinopses da Educação Superior – Graduação dos anos de 1995, 2000, 2005, 2010

<sup>31</sup> Registro aqui meu agradecimento ao colega Prof. Dr. Renato Nickel, pela colaboração nessa etapa da análise, ao me ensinar e orientar no uso do referido programa.

<sup>32</sup> Entende-se por categorias empíricas e operacionais aquelas categorias que são “criadas a partir do material de campo, contendo expressando relações e representações típicas e específicas do grupo em questão” (MINAYO, 2014, p. 355).

e 2015. Outros sítios eletrônicos foram consultados como o da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), do Ministério da Educação e Cultura (MEC) e de organizações profissionais. A consulta a esses e outros sítios teve por finalidade confirmar determinadas informações, bem como extrair informações de forma mais pontual, diferentemente dos três primeiros, em destaque, dos quais se extraiu documentos na íntegra para posterior classificação e análise.

O quinto e último mapeamento foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica. Esse mapeamento se iniciou antes da realização da pesquisa empírica e continuou durante todo o processo de análise dos dados empíricos e construção dos capítulos da tese. Nesse mapeamento buscou-se organizar uma lista de produções bibliográficas, em especial, livros, dissertações e teses que tratam da Terapia Ocupacional em âmbito nacional e internacional, que mantivessem relação com as questões que foram surgindo durante a investigação. Também foram selecionadas produções bibliográficas do campo da Sociologia que permitissem a compreensão das categorias analíticas, tais como profissão, identidade, divisão do trabalho de cura, além de outros temas que auxiliasse na exposição e explicação do objeto de pesquisa como interações sociais e relações de interdependências. À medida em que foram se estruturando os capítulos da tese, a lista de produções bibliográficas foi sendo atualizada.

Os três primeiros mapeamentos foram essenciais para a operacionalização do trabalho analítico da Parte 3 – Questões Temáticas –, no que se refere ao material registrado em áudio, ao facilitarem a busca por participantes de diferentes regiões do país, de diferentes períodos de formação, e que ocupam diferentes posições no campo profissional da TO, entre outros critérios que auxiliaram na integração de diferentes pontos de vistas acerca do objeto de pesquisa. Em especial, no que diz respeito às entrevistas, a partir desses mapeamentos foi possível localizar os dados do perfil dos participantes, necessários à contextualização de suas narrativas que, de forma articulada com a pesquisa bibliográfica e/ou documental, estruturam os capítulos da tese.

#### 2.4.2 Classificação e Análise dos Dados

Nessa etapa, tendo organizado os dados dos 247 participantes que responderam ao Roteiro de Coleta de Dados, apenas 225 estavam foram inseridos no Programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*<sup>33</sup>. A partir do SPSS, os dados do segundo

---

<sup>33</sup> Registro aqui meu agradecimento ao colega Prof. Dr. Renato Nickel, pela colaboração nessa etapa da análise, ao me ensinar e orientar no uso do referido programa.

mapeamento foram ajustados em 17 categorias. No caso dos terapeutas ocupacionais, os dados foram classificados em acordo com as seguintes categorias: sexo; regiões do país; instituição de ensino onde se graduou; ano de início e conclusão da graduação; áreas de estágios cursados durante a graduação; titulação. No caso dos estudantes: período do curso de graduação; sexo; regiões do país; instituição de ensino; ano de início e de previsão de conclusão da graduação; áreas de estágios cursados; atividades formativas complementares.

Assim, os dados processados pelo programa SPSS auxiliou a descrição do perfil dos participantes da pesquisa. Essa descrição foi articulada com dados da pesquisa bibliográfica e documental e compõe o último capítulo da tese, que trata do panorama da Terapia Ocupacional no Brasil tomando como referências o período compreendido de 1980 aos dias atuais.

Para a classificação e análise dos dados da Parte 3 – Questões Temáticas – que foram respondidas por meio do questionário-aberto utilizou-se da *Proposta Operativa* para análise de material qualitativo de Minayo (2014), que propõe três etapas: ordenação, classificação e análise (Minayo, 2014, p. 356-359).

A etapa de ordenação incluiu a organização dos questionários em dois grupos: questionários aplicados aos estudantes e os aplicados aos terapeutas ocupacionais. Na etapa de classificação, realizei uma leitura das respostas que os participantes deram as questões temáticas com a finalidade de estabelecer uma articulação entre as categorias analíticas<sup>34</sup> e as categorias empíricas e operacionais (MINAYO, 2014, p. 355). Em seguida, buscou-se a constituição de *Corpus* de comunicações por meio de uma leitura transversal, das repostas ao questionário. Posteriormente, utilizou-se do terceiro mapeamento, no qual as respostas foram agrupadas em cada categoria central a fim de elaborar uma lógica unificada. As colunas da tabela foram nomeadas sequencialmente por: código do participante, idade, sexo, ano de conclusão do curso, instituição do curso e pelas categorias centrais motivações, influências do ambiente acadêmico, exercício profissional, organizações profissionais, influências na forma de pensar e agir.

Na etapa de análise realizou-se uma etapa de inflexão acerca das respostas buscando-se uma articulação com dados empíricos de outras naturezas (entrevistas, grupos de discussão, participação em eventos científicos e as visitas a cursos de serviços de TO) para posterior diálogo com a pesquisa bibliográfica e documental (BERTAUX, 1980 *apud* PIRES, 2014;

---

<sup>34</sup> Minayo (2014) aponta que as categorias analíticas geralmente surgem desde o início da investigação, elas “são capazes de desvendar as relações mais abstratas e mediadoras para a parte contextual” (MINAYO, 2014, p. 355).

MINAYO, 2004; 2011; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Essa abordagem analítica proposta por Minayo (2014) foi utilizada no decorrer do trabalho analítico da Parte 3 do Roteiro de Coleta de Dados. A sua utilização no conjunto de dados que emergiu dos questionários contribuiu na estruturação do capítulo da tese que trata das motivações e percepções de terapeutas ocupacionais e estudantes de TO acerca da formação profissional.

Em relação à análise do conjunto de dados oriundo das entrevistas e grupos focais e demais arquivos em áudio, optei por seguir as ideias de Kaufmann (2013) em torno da *Entrevista Compreensiva*. As ideias de Kaufmann (2013) se assemelham às de Minayo (2014) e se diferenciam por apontar para uma fase inicial que denomina de escuta repetida dos dados. Essa etapa proposta por Kaufmann (2013) antecede a etapa de ordenação proposta por Minayo (2014). Para Kaufmann (2013), é a partir dessa escuta que se toma a decisão do material a ser transcrito.

Assim, em relação aos arquivos de áudio das entrevistas e grupos focais, optei por iniciar o tratamento dos dados da Parte 3 – Questões Temáticas – pela proposta de Kaufmann (2013). A abordagem da *Entrevista Compreensiva* me levou a aguçar a minha escuta e extrair e transcrever, dos áudios e material escrito, apenas aquilo que interessa à exposição e explicação do meu objeto de pesquisa. A etapa de escuta dos dados envolveu além da audição de entrevistas, grupos focais, conversas informais e palestras dos eventos, a leitura dos questionários, das minhas anotações de campo e das tabelas que foram construídas na etapa de organização e classificação dos dados da Parte 1 e 2 do Roteiro de Coleta de Dados.

Por outro lado, a Proposta Operativa de Minayo (2014) me ofereceu os procedimentos operacionais para ordenar, classificar e analisar os dados. Dessa forma, juntando a proposta de Kaufmann e Minayo, em síntese, os dados das entrevistas e grupos focais passaram por quatro fases: escuta, ordenação, classificação e análise.

Esse procedimento aprofundou a familiarização com os dados e a articulação com dados da pesquisa bibliográfica e documental, a partir de uma perspectiva sociológica. A cada escuta e linha da tabela preenchida, o desafio da transcrição integral de cada entrevista ou grupo focal *verbatim* foi sendo superado, na medida que ações como selecionar, recortar, desprezar foram se constituindo em um processo analítico que buscou dar contorno ao que havia de representativo nas entrevistas, questionários, grupos focais ou conversa informal, de forma a manter os detalhes que me chamavam a atenção e de relevância para a pesquisa.

Neste sentido, primeiramente após a escuta, busquei elaborar notas onde foi possível separar e guardar cada assunto, tópico e tema, para então reagrupá-los em torno das categorias analíticas: formação profissional, exercício profissional e organizações profissionais. Além

destas categorias analíticas durante o processo de investigação emergiram três categorias analíticas que se tornaram centrais para a estruturação da tese: o uso terapêutico da ocupação, a profissionalização da TO e a regulamentação profissional. Dessas três categorias analíticas emergiram outras categorias: divisão do trabalho de cura, identidade profissional, objeto de estudo e objeto de trabalho (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 74; MINAYO, 2004, p. 236). Essas novas categorias analíticas requisitaram uma abordagem sócio-histórica da Terapia Ocupacional no Brasil para que fosse possível um diálogo entre a pesquisa empírica, documental e bibliográfica.

Efetivar esse diálogo foi possível a partir do elenco de questões que os terapeutas ocupacionais e estudantes de TO apontaram como relevantes e que, na minha perspectiva, apontam para a elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho da TO. Observei que a nomeação e delimitação do objeto de trabalho da TO está em disputa no interior do campo da TO e no espaço social. Essa nomeação e delimitação mantém relação de interdependência com a identidade profissional e o reconhecimento social da TO no Brasil.

Tendo elencado tais questões busquei observar como a literatura nacional em TO e os documentos oficiais tratam essas questões. Acredito que tais questões estão relacionadas à própria definição da profissão no país e das áreas de atuação do terapeuta ocupacional. Também estão relacionadas ao processo de constituição da Terapia Ocupacional no Brasil, de sua regulamentação profissional e da produção de seu conhecimento.

A partir de referenciais sociológicos, tais como Freidson (2009), Portocarrero (2009), Strauss (1999), Elias (1994), Bourdieu (1996) e Mannheim (2013) que tratam de temas relevantes para compreensão de como se constitui uma profissão, a necessidade de uma abordagem sócio-histórica se confirmou, no sentido de que essa abordagem pudesse trazer elementos para resposta à questão de incômodo para mim e para os terapeutas ocupacionais e estudantes de TO: Afinal, o que é Terapia Ocupacional no Brasil.

Assim, optei por falar sobre o que é TO em termos de como ela se constituiu, de como seu objeto de trabalho foi elaborado, nomeado e delimitado, e de como os indivíduos, que a ela se afiliaram, elaboraram a sua identidade profissional, seu *habitus*. Partindo do princípio que para falar de identidade profissional, é preciso compreender como se constrói o *habitus* profissional que está em constante mudança, e que exige um esforço no sentido de se manter atento ao objeto de trabalho para mantê-lo transparente. A transparência do objeto de trabalho de uma profissão é um dos elementos para ela alcance o reconhecimento social. Essa transparência permite que o objeto de trabalho profissional se articule a diferentes objetos de estudos, no espaço social, sem se confundir com esses objetos, ou seja, sem perder a sua

abordagem singular aos problemas do homem leigo que motivou a criação da profissão, seu desenvolvimento e sua constante atualização.

Assim, o conjunto dessas categorias analíticas permitiu a estruturação dos capítulos da tese, sendo que as categorias emergentes estruturam os cinco primeiros capítulos e as categorias iniciais estruturam os dois últimos capítulos. Estas categorias analíticas permitiram o diálogo entre os dados produzidos e a teoria, a fim de reconhecer a historicidade do campo Terapia Ocupacional, suas racionalidades e suas formas de intervenção nos contextos em que se insere na atualidade no Brasil (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 75; MINAYO, 2014, p. 236).

Assim, ao finalizar esse capítulo, utilizo da ideia acerca do tempo explicitada no poema de T.S. Eliot, para ressaltar que o processo de investigação se constituiu numa espécie de arco parabólico, no qual eu parto de minhas inquietações para voltar a elas:

*Nós não devemos cessar nossa exploração  
E o final de toda nossa exploração  
Será chegar ao ponto do qual partimos  
E conhecer o lugar pela primeira vez. (ELIOT, s/d)*

### 3 A TERAPIA OCUPACIONAL: DA PRÁTICA MÉDICA À PROFISSÃO DE SAÚDE

No presente capítulo apresenta-se o processo de desenvolvimento da Terapia Ocupacional (TO)<sup>35</sup> buscando-se compreender as permanências e ressignificações que ocorreram no campo<sup>36</sup> da TO, nos Estados Unidos e Canadá – países fundadores – e no Brasil. Para dar conta do objetivo deste capítulo, utiliza-se do diálogo entre a literatura da área da TO, que trata de seu processo de profissionalização com os referenciais teóricos da sociologia das profissões e dados da pesquisa empírica.

O capítulo foi subdividido em três partes e apresenta uma discussão acerca do surgimento da terapia ocupacional na divisão do trabalho de cura; do processo de elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho, de forma vinculada à Medicina; e dos primeiros modelos de intervenção em TO nos Estados Unidos e suas influências na profissionalização da TO no Brasil.

#### 3.1 O SURGIMENTO DA TERAPIA OCUPACIONAL: A DIVISÃO DO TRABALHO DE CURA

No início do século XX, a terapia ocupacional surge no mundo social da Medicina. Nesse mundo ela é posicionada como uma prática complementar no trabalho de cura, dirigido pelos médicos para tratamento das doenças mentais e físicas<sup>37</sup>. Inicialmente, ela foi concebida como uma forma de terapêutica ocupacional – conjunto de práticas médicas baseadas no uso da ocupação. Isto é, a terapia ocupacional nasce como uma prática médica. Mais tarde, essa

---

<sup>35</sup> O termo *Terapia Ocupacional*, grafado com iniciais maiúsculas, e sua respectiva sigla, são utilizados em referência à terapia ocupacional como profissão. Já o termo *terapia ocupacional* grafado com iniciais minúsculas será utilizado para se referir à terapia ocupacional como uma prática médica.

<sup>36</sup> Esclarece-se que o termo *campo* é utilizado, nesta tese, de forma ampla, para além da conotação que esse termo possui na abordagem bourdieusiana. No sentido utilizado aqui, *campo* pode ser entendido como um conjunto de saberes e práticas, disciplinas, áreas de atividade profissional.

<sup>37</sup> Esses termos, nesta tese, são utilizados de forma abrangente, empregando-se o termo “doença mental” para se referir a disfunções, distúrbios, doenças, alterações, deficiências relacionadas ao sofrimento psíquico que causam problemas nas relações afetivas e sociais, como por exemplo, dificuldade de manter relações interpessoais na vida familiar, produtiva e social; e o termo “doença física” para se referir às disfunções, distúrbios, doenças, alterações, deficiências relacionadas ao aparato neurológico e musculoesquelético (por exemplo, função muscular, coordenação motora e habilidades sensoriais, perceptuais e cognitivas) que causam problemas, como por exemplo, de incapacidade de se mover e locomover-se pelo espaço físico, recordar informações, planejar e executar uma tarefa rotineira, realização de tarefas da vida cotidiana (autocuidado, produtividade, lazer, etc). Tanto as doenças mentais quanto físicas estão em relação com questões de cunho social como as vulnerabilidades sociais, condições de trabalho, acesso a bens culturais. Nesse sentido, as questões sociais podem ser causa ou consequência do problema em si, ou ambos.

prática inicia sua profissionalização e passa a ser executada por um profissional denominado *terapeuta ocupacional*, como aponta Macdonald (1990):

o terapeuta ocupacional do passado era o próprio “médico”. Mais tarde, com as crescentes exigências da época, e à medida que as vantagens do tratamento se tornaram mais evidentes, fazendo com que fosse usado de modo mais amplo, ele [o médico] teve que pedir auxílio de outros especialistas, e o terapeuta ocupacional atual tornou-se aos poucos um trabalhador no campo da Medicina. Esse terapeuta ocupacional é agora um especialista treinado que, por meio de um estudo dos aspectos específicos de certas ciências [em especial as biológicas, humanas e sociais e da saúde], e dos métodos práticos de avaliação de capacidade, juntamente com uma análise dos elementos de um certo número de atividades. (MACDONALD, 1990, p. 2).

Neste sentido, o terapeuta ocupacional desenvolveu seu *habitus*, sua visão e divisão do mundo social e, mais tarde, se firmou como profissional paramédico. É nesses termos que a TO nasce como uma profissão paramédica<sup>38</sup>, atendendo aos pré-requisitos da biomedicina, da ciência positiva. Sua meta era resolver problemas práticos do homem leigo, que estavam relacionados às incapacidades decorrentes de doenças mentais ou físicas, e que impediam a realização das atividades da vida diária, do cotidiano.

Essa condição nascente da terapia ocupacional, já aponta as implicações para a elaboração da futura identidade profissional: um campo de lutas onde estará em jogo nomear, minimamente, o que é TO e o que compete ao terapeuta ocupacional. Assim, do processo histórico interessa apontar aqui o que foi a terapia ocupacional enquanto prática médica e como profissão. Sinteticamente, a TO nasceu e se desenvolveu sob o domínio médico, com forte influência da biomedicina. Essa é a base na qual os terapeutas ocupacionais buscaram explicações para definir o seu objeto de trabalho e elaborar sua identidade profissional, no início do século XX.

Em março de 1917, nos Estados Unidos, um grupo heterogêneo de profissionais (enfermeiras, médicos, assistentes sociais, arquitetos, secretárias e professores de arte e trabalhos manuais) propôs a discussão acerca da relação entre ocupação e os processos de saúde-doença. Essas discussões centravam-se na crítica às práticas tradicionais do século XIX no uso de ocupações para fins de tratamento da insanidade mental (GORDON, 2011). A finalidade daquele grupo de profissionais era avançar na construção de um novo papel para a

---

<sup>38</sup> Freidson, em seu estudo sobre a profissão médica, aponta que existem poucas atividades tradicionais de cura desempenhadas pelo médico que não sejam executadas também pelo pessoal não-médico. Na verdade, muitas das atividades desempenhadas por este pessoal já foram consideradas prerrogativas ordinárias dos médicos em si. [...]. O termo “paramédico” refere-se às atividades organizadas em torno do trabalho de cura, que são em última instância, controladas por médicos. (FREIDSON, 2009, p. 65).



ocupação humana na cura dos males do corpo e da mente e, conseqüentemente, na criação de uma nova profissão (GORDON, 2011).

A crença no efeito terapêutico da ocupação impulsionou os fundadores da profissão no estudo e desenvolvimento de práticas que respondessem às demandas sociais em saúde. Essas demandas estavam relacionadas às populações que estavam afastadas da vida social por problemas de saúde, fossem eles decorrentes de doenças mentais ou físicas. Uma das questões que preocupava os fundadores da profissão no início do século XX era a distinção entre o uso da ocupação e a TO:

a diferença fundamental entre as antigas práticas e a terapia ocupacional estava na natureza sistemática de como a ocupação era utilizada e na integração das formações de conhecimento científico para compreensão do efeito terapêutico da ocupação. (GORDON, 2002 *apud* GORDON, 2011, p. 207).

Observa-se que o desafio dos fundadores era criar uma sistematização do uso de ocupações com fins terapêuticos, que já estava em uso no campo da Medicina. Entretanto, conforme os ditames da ciência médica, ou seja, para que a terapia ocupacional alcançasse o *status* de profissão, ela precisava responder às pressões da própria Medicina em relação à validade científica de suas práticas. Durante a profissionalização da terapia ocupacional, seus fundadores travaram uma luta em prol da recriação da ocupação humana, a fim de conferir à ocupação um caráter de objeto profissional autônomo. Uma questão importante era se a Terapia Ocupacional devia ou não se manter vinculada ao objeto profissional da Medicina, ou seja, como recurso complementar à divisão do trabalho de cura a serviço dos médicos.

Um exemplo dessa luta se deu com a escolha do nome que deveria ter a profissão. Segundo Gordon (2001),

os fundadores eram um tanto ambivalentes em relação ao nome dessa nova profissão [...] títulos, como “trabalho-cura”, “ergoterapia” (com *ergo* sendo a raiz de trabalho) e “ocupações criativas” foram discutidos como substitutos, mas, na verdade, nenhum apresentava o significado amplo que a prática da terapia ocupacional exigia a fim de agrupar as muitas formas de tratamento que existiam desde o início [...]. A insistência de Barton [um dos fundadores] para o uso do termo *terapia ocupacional* reforçou a inclusão da futura profissão no campo da ciência médica. Ele também incentivou o uso da linguagem médica para promover a legitimidade da base profissional da terapia ocupacional. [...]. Os anos 1920 e 1930 foram a época de estabelecimento dos padrões de formação e consolidação dos fundamentos da profissão e sua organização. Embora os profissionais continuem a se debater com a natureza abstrata do termo *terapia ocupacional* até hoje, o nome da profissão parece ter sido bem escolhido. (GORDON, 2011, p. 208).

No final do jogo travado, logrou êxito a continuidade do objeto profissional da TO vinculado ao campo da Medicina. Afinal, propor o uso da ocupação humana como objeto profissional, de forma autônoma, traria perdas e conflitos com os médicos, o que poderia significar a frustração do processo de profissionalização.

Essa é uma questão fundamental da profissionalização da TO. Por vezes, a vinculação da TO ao campo médico é entendida como “abandono do objeto fundante da TO”. Kielhofner e Burke (1977) alegam que a ocupação foi deixada de lado e os terapeutas ocupacionais passaram a responder aos problemas de ordem médica e não da ocupação em si. Para o referido autor, essa vinculação fez com que o uso da ocupação passasse ao lugar de meio, de recurso médico, e não de meta em si. No entanto, com base na obra de Eliot Freidson sobre a profissão médica<sup>39</sup>, acredita-se que não se tratou de uma questão apenas de abandono do objeto fundante. Ao deixá-lo sob o domínio da Medicina, como recurso complementar na divisão do trabalho de cura, levou-se à identificação da TO como uma profissão paramédica e, ao mesmo tempo, permitiu-lhe participar e ser aceita na divisão do trabalho. É importante atentar-se para o fato de que os critérios técnicos não podem ser considerados como o diferencial entre os médicos e os demais paramédicos. O que o médico faz é parte de uma ampla divisão técnica do trabalho (FREIDSON, 2009, p. 65)

Freidson (2009) aponta que a Associação Médica Americana (AMA), a partir dos poderes que lhe foram outorgados pelo Estado “exerceu uma influência enorme e singular sobre toda a organização dos cuidados médicos nos Estados Unidos” (FREIDSON, 2009, p. 47). Essa associação desempenhou um papel crucial na luta contra a prática dos não-médicos<sup>40</sup> estabelecendo normas para o treinamento do pessoal paramédico. Neste aspecto, é relevante atentar-se para a influência da AMA no campo da TO:

finalmente deve ser feita uma menção ao papel da AMA em estabelecer padrões de treinamento, registro, licenciamento ou certificação de muitas especialidades paramédicas – ela exerceu uma colaboração direta e formal no caso dos bibliotecários especializados em obras médicas, tecnologistas médicos e terapeutas ocupacionais. (FREIDSON, 2009, p. 50).

Importante abrir parênteses para ressaltar que os Estados Unidos foi um dos agentes centrais nas articulações para a expansão da profissão no mundo. Os primeiros terapeutas

---

<sup>39</sup> Essa obra foi publicada em 1970, uma década de relevância para a profissionalização da TO e marcada pela crise de identidade da TO nos Estados Unidos. A grande questão parecer ser: como avançar para além de uma profissão paramédica.

<sup>40</sup> Considerados aqueles que desenvolvem práticas de cura não reconhecidas pela Medicina, ou seja, que não fazem parte da divisão do trabalho de cura, sob o domínio médico como, por exemplo, os curandeiros.

ocupacionais brasileiros foram formados naquele país, na década de 1950, e sua influência na implantação dos primeiros cursos oficiais de TO é marcante. Os cursos criados no final da década de 1950 receberam influência do modelo norte-americano, de nível universitário, da época; seus professores foram formados por meio de treinamento com profissionais estrangeiros da área de fisioterapia e terapia ocupacional, oriundos dos Estados Unidos, Canadá e Reino Unido (SOARES, 1991, p. 153-155).

Retomando a questão da posição da TO na divisão do trabalho, observa-se que o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional passou a se constituir como um recurso, uma técnica complementar. Aqui se localiza a dependência da TO em relação à Medicina. Neste sentido, para justificar a ação do terapeuta ocupacional era preciso identificar uma doença, um distúrbio, uma alteração, uma deficiência que causasse um problema prático na vida cotidiana do indivíduo. Neste contexto, a ação profissional em TO dependia do encaminhamento médico; era a Medicina que cancelava a necessidade do atendimento.

De acordo com Freidson (2009), é preciso atentar para o fato de que as profissões paramédicas<sup>41</sup> não se distinguem adequadamente a partir das tarefas que desempenham no processo de cura, pois elas em si indicam as relações que cada uma estabelece com a profissão médica. Ou seja, “não são apenas parte de uma divisão tecnologicamente diferenciada de trabalho; mas, mais importante, são parte de uma divisão de trabalho organizada em torno de uma profissão central que a controla e domina” (FREIDSON, 2009, p. 69).

Desta forma, acrescenta o autor,

o maior problema ocupacional de todos os trabalhadores reside em seu status de paramédico, que os obriga a trabalhar sob a direção do médico porque a atividade só adquire legitimidade por meio de sua relação com o trabalho médico. Então, ou eles aprendem a encontrar satisfação em tal subordinação ou descobrem alguma fonte de legitimação independente. No primeiro caso, eles continuam fazendo parte da hierarquia dominada pelo médico, que constitui atualmente a maior parte da divisão de trabalho paramédico; no último caso se obtiverem sucesso, eles assumem uma posição externa, senão paralela à hierarquia médica. (FREIDSON, 2009, p. 87).

A título de exemplo, durante a pesquisa empírica ao questionar os participantes sobre o que é TO, muitos partiram de determinados diagnósticos médicos para justificar a ação profissional. De forma geral eles respondiam à questão com explicações como: uma criança

---

<sup>41</sup> Segundo Freidson (2009), mesmo ocupando uma posição subalterna na divisão de trabalho médico, algumas ocupações paramédicas “se denominam e são frequentemente denominadas de ‘profissão [...] essas ocupações paramédicas [...] têm claramente uma posição bem diferente daquela ocupada pela Medicina, pois é legítimo que [...] [elas] recebam ordem dos médicos e sejam avaliadas por eles, mas não é legítimo que elas deem ordens a eles ou avaliem seu trabalho. Sem essa reciprocidade, nós dificilmente poderíamos considerá-las iguais a eles.” (FREIDSON, 2009, p. 98).

com paralisia cerebral, síndrome de Down, vai precisar de estimulação no desenvolvimento infantil e é aí que entra a terapia ocupacional; um idoso com Alzheimer, um adulto com depressão, o jovem cadeirante, todos vão precisar de TO para as suas atividades da vida diária.

Acrescentando à discussão as ideias de Norbert Elias, em torno da relação indivíduo-sociedade<sup>42</sup>, é possível observar como o processo de trabalho de cura, sob o domínio da Medicina, influenciou a construção da identidade do terapeuta ocupacional. A ideia de Norbert Elias em torno da constituição de *habitus* traz dois conceitos vinculados ao termo identidade: a identidade-eu e a identidade-nós. O referido autor utiliza esses dois conceitos para explicar como um indivíduo constrói o seu *habitus* social – sua identidade; eles são representativos do par indivíduo-sociedade. Trazendo essa ideia para a discussão da identidade profissional, entende-se que é a partir dessas duas identidades que se constrói a identidade profissional. Uma profissão, enquanto coletividade, é dotada de uma identidade-nós, que se articula às identidades-eu dos indivíduos que a ela se vincula. No entanto, no caso da TO, analogicamente, é possível perceber que, no processo de profissionalização da TO, a identidade-eu dos terapeutas ocupacionais se vinculou à identidade-nós da Medicina, formando assim a balança nós-eu<sup>43</sup>. Baseada nessa relação simbiótica, a TO alcança o *status* de profissão. Mais tarde, por volta da década de 1960, a relação simbiótica produziu uma busca por parte dos terapeutas ocupacionais para a elaboração de uma identidade-nós, própria da TO.

Na literatura do campo da TO, o tema é tratado como “crise de identidade”. No entanto, acredita-se ter se tratado de um incômodo pelo fato da profissão ter sido reconhecida socialmente como paramédica. A hipótese é de que, ao contrário do pensamento corrente no campo da TO, que aponta para uma crise de identidade profissional, o reconhecimento como profissão paramédica influenciou a elaboração de uma identidade profissional, vinculada ao

<sup>42</sup> Norbert Elias é enfático em suas obras da necessidade de uma crítica “à dicotomia “*indivíduo*” versus “*sociedade*”, criadas ao longo do tempo no/pelo campo científico, é central nas obras de Elias (ELIAS, 1994). [...]. Neste sentido, Elias busca demonstrar a existência de relações de interdependências nas mudanças em longo prazo que ocorreram nas estruturas da personalidade e na estrutura social. Para ele, é necessário compreender estas relações de interdependências, se quisermos avançar em nossas análises sociológicas” (SILVA, 2016, p. 133-134).

<sup>43</sup> Os “comportamentos quando automatizados constituem-se em *habitus*, ou seja, se constituem na forma como o indivíduo se comporta dentro de sua teia de interdependências. Isto decorre do entrelaçamento entre duas dimensões do indivíduo: **a identidade-eu** e **a identidade-nós**. [...] Assim a identidade eu-nós “é parte integrante do *habitus* social de uma pessoa e, como tal, está aberta à individualização” (ELIAS, 1994, p.151). Isto é, quem sou eu como ser social e individual pode ser expresso na forma da minha existência como uma pessoa/como ser individual, de maneira indissociável de minha existência social (eu-nós) [...]. Neste sentido, Elias faz surgir, em sua obra, um novo conceito para lidar com a questão indivíduo-sociedade: **a balança nós-eu**. Para ele, esse conceito deve ser utilizado como um instrumento de observação e reflexão para ampliar a discussão a partir da atenção ao aspecto multiestratificado do conceito-nós”. (SILVA, 2016, p. 158-159).

campo da saúde. Também que tal crise não resultou no abandono da ocupação humana em si, em certa medida; o uso da ocupação permaneceu como parte da identidade do terapeuta ocupacional. Observa-se que a aplicação de uma ocupação, e suas finalidades, talvez não estivessem em acordo com as pretensões dos terapeutas ocupacionais em relação à autonomia profissional, no que diz respeito ao estabelecimento de padrões para formação e a prática profissional, ao processo de trabalho e à criação de associações profissionais próprias.

Como alude Freidson (2009),

é interessante notar que as ocupações paramédicas frequentemente procuram dar a si status profissional, criando instituições idênticas àquelas das profissões que os possuem. Elas desenvolvem um currículo formal padronizado de formação, se possível na universidade. Criam ou descobrem uma teoria abstrata para ensinar a seus alunos. Escrevem códigos de ética. E são propensas a procurar apoio para o credenciamento e o registro para serem capazes de exercer um certo controle sobre quem está autorizado a exercer seu trabalho. Mas o que estas ocupações nunca conseguem é obter a autonomia plena, nem na formulação de seus padrões de treinamento e credenciamento, nem no exercício concreto de seu trabalho. Sua autonomia é sempre parcial, porque ela é apenas uma parte limitada pela profissão dominante. (FREIDSON, 2009, p. 98).

A TO, na busca pelo *status* profissional, seguiu os passos descritos acima criando instituições, desenvolvendo um currículo formal, desenvolvendo teorias e escrevendo o código de ética profissional. Destarte, no final do século XX, a motivação dos terapeutas ocupacionais para pensar o retorno à ocupação humana, esteve ligada à necessidade de assumir a determinação e o controle da essência do seu próprio trabalho, ou seja, assumir o monopólio da autonomia profissional. Para Freidson (2009), do ponto de vista da hierarquia dentro da divisão do trabalho, a autonomia parece mediar as relações entre as profissões e os serviços. A autonomia diz respeito ao

grau em que o trabalho pode desenvolver-se independentemente do controle organizacional, ou da supervisão médica, e o grau em que pode ser sustentado atraindo os próprios clientes independentemente do referendo organizacional ou do referendo de outras ocupações, incluindo os médicos. De maneira geral, quanto mais a ocupação [profissão] é autônoma, quanto mais o seu trabalho se sobrepõem ao do médico, maior o potencial de conflito, legalmente ou de outra forma. (FREIDSON, 2009, p.73).

Como aponta Freidson (2009, p. 67), a Medicina ao passo que conseguiu, por meio da ação do Estado, o direito de limitar e supervisionar o seu exercício, conseguiu também autorização e reconhecimento para dirigir as atividades que se relacionasse com ela, tornando-se a profissão hegemônica no campo da saúde. Essa posição se manteve e se mantém, por três motivos:

em primeiro lugar, muitos dos conhecimentos técnicos que o pessoal paramédico aprende durante a sua formação e utiliza no exercício de sua atividade foi, em geral descoberto, aprovado ou tornou-se aplicável por médicos. Em segundo lugar, as tarefas exercidas pelos paramédicos tendem mais a prestar assistência do que substituir a atividade verdadeiramente decisiva no diagnóstico e tratamento. Em terceiro lugar, os empregos paramédicos são quase sempre subordinados, na medida em que seu trabalho é exercido a pedido do médico sob a sua “ordem” e, muito frequentemente, sob sua supervisão. Finalmente, o prestígio que essas atividades recebem do público é geralmente inferior ao dos médicos. (FREIDSON, 2009, p. 68-69).

Neste sentido, em relação à divisão do trabalho paramédico sob o controle da Medicina, o autor afirma que,

as ocupações paramédicas não conseguem conquistar autonomia ocupacional, independentemente da inteligência e agressividade de seus líderes. Para alcançar a autonomia de uma profissão, uma ocupação paramédica tem de controlar razoavelmente um domínio de trabalho específico, que possa estar separado do campo global da Medicina e que a prática não exija o contato cotidiano com os médicos ou dependência da Medicina. Existem poucas ocupações paramédicas atualmente, para não dizer nenhuma, que ocupe tal setor potencialmente autônomo. (FREIDSON, 2009, p. 90).

Observa-se que, a partir da consolidação da TO nos Estados Unidos, nos anos 1960, eclodiram questionamentos acerca da relação entre os fundamentos originários da TO e a prática, que foi instituída a partir de modelos de intervenção baseado no modelo biomédico, orientado pelo paradigma reducionista da ciência. Frente às críticas em relação à obediência da TO à Medicina, os estudiosos retomaram o passado da prática baseada no uso da ocupação em busca de um objeto de trabalho próprio, capaz de produzir uma identidade profissional desarraigada da Medicina.

Reilly<sup>44</sup> acreditava que a profissão havia perdido seu foco na ocupação e a desafiou a trabalhar de maneira mais diligente para a compreensão da ocupação a partir de uma perspectiva interdisciplinar, incluindo os recentes achados em sociologia, psicologia, filosofia, economia e biologia. (GORDON, 2011, p. 212).

A crítica em relação aos rumos que a profissão tomou nos Estados Unidos contou com a adesão de muitos teóricos da área. Como resultado das lutas que foram travadas no

---

<sup>44</sup> Mary Reilly foi membro fundadora da *Academy of Research of the American Occupational Therapy*, criou a estrutura de referência conhecida como comportamento ocupacional. (GORDON, 2011, p. 213).

campo da TO em âmbito mundial, no final do século XX e início do século XXI, pode-se citar a criação da Ciência Ocupacional.<sup>45</sup>

No Brasil, o final do século XX, mais especificamente os anos de 1980, foi marcado por mudanças na identidade profissional e no objeto de trabalho da TO. Estavam em expansão os cursos de graduação e de organizações profissionais, em especial de conselhos regionais e associações profissionais.

Considerando a relevância da prática baseada no uso da ocupação na divisão do trabalho de cura, e no processo de profissionalização da TO, a seguir apresentam-se alguns entendimentos teóricos acerca da constituição da profissão em relação à elaboração da identidade profissional e do seu objeto de trabalho. Esses entendimentos são relevantes aos temas que serão tratados nas demais subdivisões deste capítulo. Para tanto, toma-se como ponto de partida algumas das ideias de Anselm L. Strauss e Norbert Elias, em diálogo com dados empíricos da pesquisa de campo desta tese.

### 3.2 PROFISSÃO, IDENTIDADE E OBJETO DE TRABALHO

A TO surge no início do século XX nos Estados Unidos e, portanto, é uma profissão relativamente nova se comparada à Medicina. Sua história é permeada pela história do desenvolvimento da compreensão científica da ocupação (GORDON, 2011). Seu processo de constituição epistemológica está demarcado pela existência de diferentes perspectivas teóricas que produziram diferentes formas de interpretar e intervir na realidade. Essas perspectivas podem ser entendidas, temporalmente, como constituintes do núcleo do seu objeto de trabalho, e, portanto, possuem relevância no processo de elaboração da identidade profissional.

Parte-se do pressuposto que uma profissão é uma construção sócio-histórica, composta por estruturas sociais e por indivíduos que interagem a partir de valores, interesses e posições que ocupam no mundo social. Strauss, em sua obra *Espelho e Máscaras*,

---

<sup>45</sup> Apenas a título de esclarecimentos, a ciência ocupacional é descrita como uma disciplina emergente, com contribuições para a TO. “Foi fundada nas ciências sociais interdisciplinares e continua a se sustentar as inter-relações com diversas destas disciplinas, incluindo a sociologia, a antropologia, a filosofia e a psicologia [...] a neurociência, a biologia, a Medicina preventiva, a ciência da reabilitação, a gerontologia, a engenharia biomédica, a saúde pública e a fisiologia. [...] A ciência ocupacional é reconhecida por sua relação única com a terapia ocupacional [...] de comandar a interseção das disciplinas acadêmicas e das práticas profissionais. [...] A ciência ocupacional foi definida como uma ciência básica dedicada ao estudo do ser humano como um ser ocupacional (YERXA, 1993, p. 5) [...] [ela] aborda a centralidade do engajamento em ocupações e na vida humana, principalmente como elas se relacionam com a saúde e o bem-estar, e a participação social.” Possui organizações internacionais em países como: Austrália, Canadá, Estados Unidos, e Japão, além de países europeus e um grupo na Federação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais. (CLARK; LAWLOR, 2011, p.2).

problematiza a questão da construção da identidade para demonstrar como os indivíduos elaboram suas identidades<sup>46</sup>. As ideias de Strauss (1999) oferecem elementos que permitem abordar a questão da construção da identidade profissional. É a identidade profissional que permite ao indivíduo se identificar e ser identificado como profissional de uma determinada profissão.

De acordo com Strauss (1999), a construção da identidade resulta de processos sociais, por meio dos quais os indivíduos afiliados a grupos interagem entre si e com o mundo social mais amplo, global. Para o referido autor, o mundo social global é constituído de mundos sociais particulares, por meio dos quais, os indivíduos interagem entre si, se reconhecem e são reconhecidos como pertencentes, ou não, ao mundo social particular em questão. A partir desse entendimento, é possível conceber uma profissão como um mundo social particular, composta por estruturas sociais e por indivíduos que a ela se afilia.

Conforme alude Strauss (1999), além das interações que os indivíduos estabelecem entre si, os mesmos também estabelecem interações enquanto representantes de coletividades, pelas quais as mesmas coletividades se expressam. Desta forma,

a estrutura social e a interação estão intimamente associadas, e também afetam reciprocamente uma à outra (novamente) no tempo. Trata-se de uma concepção temporal não só da interação, mas também da própria estrutura, sendo esta última moldada pelos atores por meio da interação. (STRAUSS, 1999, p.27).

A relação que a profissão, enquanto um mundo social particular, estabelece com o mundo social global, se dá por meio de uma rede de relações de interdependências, presente nas configurações sociais das quais a profissão participa. Essa rede de relações de interdependências se constitui no *locus* a partir do qual os indivíduos, afiliados à profissão, elaboram sua identidade profissional. Isto posto, entende-se que a identidade profissional é resultado da articulação entre identidades individuais e coletivas, as quais se constituem reciprocamente numa matriz temporal, marcadas por mudança e continuidade e por uma tensão entre liberdade e coerção (STRAUSS, 1999).

Os indivíduos, ao se afiliarem a uma profissão, desempenham diferentes papéis, e a partir deles constroem a sua identidade profissional. No caso da TO, um terapeuta ocupacional pode desempenhar papéis, como por exemplo o de professor, membro de uma organização profissional, ou apenas um clínico. Cada um desses papéis é desempenhado em

---

<sup>46</sup> Utiliza-se o termo identidades a partir de Strauss (1999), que toma a identidade não como atribuição imutável do indivíduo, mas como processo de constante mudança que envolve a continuidade e descontinuidade das situações, dos papéis e das interações vividas.



uma ou mais estruturas sociais. Assim, as experiências vivenciadas pelos profissionais nessas estruturas sociais influenciarão a elaboração da identidade profissional.

Seguindo as ideias de Strauss para compreender a identidade profissional, é necessário não isolar a identidade individual da coletiva, pois “as identidades coletivas são historicamente elaboradas, atuando nas identidades pessoais como memória permanentemente atualizadas” (STRAUSS, 1999, p. 17). Neste sentido, a identidade profissional pode ser entendida como sendo associada às avaliações decisivas que os profissionais fazem de si mesmos, por eles mesmos e pelos outros.

Toda pessoa se apresenta aos outros e a si mesma, e se vê nos espelhos dos julgamentos que eles fazem dela. As máscaras que ela exhibe então e depois ao mundo e a seus habitantes são moldadas de acordo com o que ela consegue antecipar desses julgamentos. Os outros se apresentam também; usam as suas próprias marcas de máscaras e, por sua vez, são avaliados. (STRAUSS, 1999, 29).

No Brasil, estudantes de TO e terapeutas ocupacionais (professores, profissionais de campo e membros da organização profissional) podem ser entendidos como os principais indivíduos que compõem o mundo social particular da TO e portadores de sua identidade. Esses indivíduos estão vinculados às diferentes estruturas sociais associadas ao mundo social particular da TO, como por exemplo, as instituições asilares ou hospitalares, as instituições de formação profissional e as organizações civis e profissionais. Essas estruturas sociais emergiram dentro de contextos sócio-históricos específicos como, por exemplo, o tratamento ao doente mental e doentes com incapacidades físicas decorrente de doenças como a poliomielite. A partir desses contextos sócio-históricos, a TO emerge no mundo social como uma prática médica, para posteriormente se profissionalizar.

No Brasil, em especial, a formação profissional, o exercício profissional e as organizações profissionais permitem a identificação das estruturas sociais vinculadas à profissão de TO. Entre as estruturas sociais ligadas à formação profissional estão as instituições de ensino e os serviços públicos e privados, onde são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão. O exercício profissional se desenvolve em estruturas sociais, como por exemplo, a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) e a do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No caso das organizações profissionais, são exemplos de estruturas sociais os conselhos de classe, os sindicatos e as associações científicas.

A partir das experiências específicas vivenciadas nessas estruturas sociais durante a formação, o exercício ou na representação profissional, estudantes e terapeutas ocupacionais interagem com indivíduos que compõem outros mundos sociais particulares (membros de

outras profissões, gestores e usuários de serviços, etc.). Por meio dessas interações, terapeutas ocupacionais e estudantes vão elaborando temporalmente a sua identidade profissional de forma compartilhada com os demais membros da profissão, e também, a partir das avaliações que fazem de si e recebem dos outros indivíduos de outros mundos sociais particulares. Na percepção de um dos participantes da pesquisa a identidade profissional da TO no Brasil ainda está em processo de elaboração. Segundo relatou o participante:

[...] Parece que [é preciso] firmar o que é que a Terapia Ocupacional é no Brasil... ela é uma área técnica voltada para assistência social... para reabilitação... recreação... para saúde do trabalhador... falta criar a identidade... pra mim em nível de Brasil ela não tem uma área definida... ela está ainda em definição... o que eu vejo em Minas Gerais [é] a área reabilitativa física muito forte... comparado com a nossa [Pará] eu vejo a área infantil/social mais forte... [...]eu definiria [a TO] como uma ciência ainda em formação no Brasil, buscando uma identidade específica brasileira... que atende o ser humano buscando melhorar sua interação... seja o ser humano... a pessoa com o seu familiar... trabalho... ambiente de lazer... enfim... a gente ainda carece ainda de uma identidade. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 2005 docente, ex-membro de organizações profissionais, Região Norte).

Assim, ao tomar uma profissão como objeto de pesquisa, é necessário buscar compreender como essa profissão surgiu em uma determinada sociedade e como elaborou a sua identidade profissional. Buscar essa compreensão pela perspectiva da Sociologia Histórica implica em conceber o presente a partir de suas relações com o passado e as expectativas futuras, enquanto elemento, em algum grau, do próprio processo de civilização. Conforme alude Norbert Elias, é preciso assumir que,

planos e ações, impulsos emocionais e racionais de pessoas isoladas constantemente se entrelaçam de modo amistoso ou hostil. *Esse tecido básico, resultado de muitos planos e ações isolados, pode dar origem a mudanças e modelos que nenhuma pessoa isolada planejou ou criou. Dessa interdependência das pessoas que surge uma ordem sui generis, irresistível e mais forte do que a vontade e a razão das pessoas isoladas que a compõem.* É essa ordem de impulsos e anelos humanos, essa ordem social determina o curso da história, e que subjaz ao processo civilizador. (ELIAS, 1993, p. 194, itálicos no original)

Neste sentido, a compreensão do processo de constituição de uma profissão, entre outros aspectos, requer o rompimento com a dicotomia indivíduo-sociedade, rumo à abordagem sócio-histórica, marcada pela processualidade e pelas interdependências dos fenômenos sociais. Buscar compreender as relações de interdependência entre indivíduo e

sociedade presentes no processo de profissionalização<sup>47</sup> de uma determinada prática social, pode se constituir num caminho para a compreensão de como se construiu o *habitus* social que identifica uma profissão seu objeto de trabalho, e que, em certa medida, motiva os indivíduos a se afiliarem à profissão. Conforme apontaram dois participantes da pesquisa em relação à sua decisão em ingressar no curso de graduação em TO:

[...] na época não tinha um conhecimento de Terapia Ocupacional... tinha um conhecimento de fato era de Fisioterapia... quando fui buscar as informações das áreas de reabilitação como eram chamadas... me foi apresentada a Terapia Ocupacional... eu gostei do escopo de trabalho... daquilo que era apontado como áreas de atuação do terapeuta ocupacional... comparei com aquelas que o fisioterapeuta poderia também executar... me interessei pela Terapia Ocupacional e resolvi prestar vestibular pro curso... Eu tava cursando Enfermagem e já tinha cursado Farmácia... [...] eu já vinha passando por outros processos de graduação...eu acho que uma informação relevante é que quando eu estava na Enfermagem... entrando nos estágios... no terceiro ano... eu participei de uma atividade conjunta com outros profissionais... entre eles o terapeuta ocupacional... isso... foi esse encontro com no ambiente hospitalar que me fez interessar pelo curso. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado 2005, docente, ex-membro de organização profissional, Região Norte).

[...] eu tinha um envolvimento muito forte com a arte... eu fui músico desde pequeno... e eu queria ter uma relação com arte que não fosse apresentação... e vi na TO nesse momento de conflito [escolha profissional] uma possibilidade, um outro caminho... e foi isso que me convocou, de certa forma... essa relação com a arte e esse conhecimento prévio de o que era a profissão... na década de 90... final de 80... minha prima era TO... ela trabalhava, naquela época... num antigo sistema... era como se fosse um INSS... mas de reabilitação profissional... e ela trabalhava na área de reabilitação física... só que eu conhecia que ela trabalhava com pintura... aquelas coisas muito antigas da TO... macramê... eu vejo como uma forma de artesanato... foi chamativo na época... fui ao atendimento... só pra ver o que ela fazia... no dia que eu fui, por acaso... ela estava com uma cartolina pendurada na parede e o paciente estava pintando algo elevado... imagino que era alguma coisa pra trabalhar coordenação motora... e daí eu comecei a pensar... “ah, tem uma questão com a arte que é bacana...” aí me interessei (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sudeste).

Os relatos acima são evidências de como os indivíduos iniciam a elaboração da identidade de uma profissão a partir das interações em diferentes mundos sociais particulares. Essas interações se constituem em pontos de partidas para a motivação a ingressar no curso de graduação. Durante as interações que o estudante estabelece durante a graduação, ele vai adquirindo o *habitus* profissional que o identifica como pertencente a um grupo, postulante a membro de uma profissão.

Partindo das ideias de Elias (1994) por meio do *habitus*, o indivíduo – um estudante ou um técnico de um campo profissional específico – internaliza o controle social imposto

<sup>47</sup> Conforme aponta Coelho (1999, p.26), em seu ensaio *As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930*, “é por meio desse processo que uma ocupação adquire o *status* de profissão”.

pelas estruturas sociais que compõem a profissão e o externaliza via autocontrole no desempenho dos papéis profissionais numa determinada configuração social.

Nos termos da abordagem Elisiana, o *habitus* é composto pelas mudanças e continuidades na *identidade-eu* (diferenças individuais) e na *identidade-nós* (igualdade), formando uma balança, em que o equilíbrio “eu” e “nós”, de forma recíproca, produz as mudanças e continuidades na identidade (ELIAS, 1994). Nesse sentido, as organizações profissionais, os cursos de formação profissional e os serviços onde se desenvolve o exercício profissional se constituem em configurações sociais motivadoras e geradoras de igualdades, do “nós”. E por sua vez, esse “nós” atua como memória permanentemente atualizada da identidade profissional.

Nas configurações sociais, cada indivíduo desempenha uma função social no processo de divisão do trabalho. No caso do exercício das profissões médicas ou da saúde, a função central está ligada ao que se denomina de *divisão do trabalho de cura*. Os profissionais (trabalhadores da saúde) precisam se autorregular a fim de sintonizar suas condutas às dos outros que estão inseridos no processo de trabalho, que envolve: doentes, profissionais e o serviço de saúde onde se dão as interações, tendo em vista a cura.

Na atualidade, o campo da saúde conta com um rol de profissões implicadas na divisão do trabalho de cura. Cada profissão possui um conjunto de procedimentos caracterizados como gerais e específicos, os quais integram o seu *habitus*. Os procedimentos gerais se referem a métodos e técnicas que são compartilhados entre duas ou mais profissões e desempenhados por seus profissionais como, por exemplo, os métodos e técnicas para prevenção de doenças. Os procedimentos gerais estão relacionados ao objeto de estudo do campo da saúde como um todo, ou seja, o processo saúde-doença. Quanto aos específicos, eles dizem respeito aos métodos e às técnicas privativas de uma profissão, ou ainda considerados pelos membros da profissão como constituintes de seu objeto de trabalho e da sua identidade profissional. É por meio desses procedimentos que os profissionais buscam resolver os problemas práticos do homem leigo. E também, é por meio dos procedimentos específicos que estudantes, profissionais e o homem leigo constroem sua concepção acerca de uma profissão, de sua função social e a distingue das demais.

Vale ressaltar que a simples nomeação de um método não é suficiente para definir se ele é ou não um procedimento específico, sendo preciso observar o objeto de trabalho das profissões. Os métodos cirúrgicos podem ser utilizados por médicos e odontólogos; os métodos de instrução para uso de medicação podem ser aplicados por médicos, odontólogos,

enfermeiros e farmacêuticos; os métodos de reabilitação podem ser aplicados por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos.

Ademais, o objeto de trabalho pode auxiliar a indicar a especificidade de uma profissão, e, conseqüentemente, seus procedimentos específicos. Por exemplo, médicos e odontólogos manejam métodos e técnicas semelhantes e, até mesmo iguais, como por exemplo, uma sutura. Porém, ao suturar, eles buscam resolver problemas práticos do homem leigo de diferentes ordens. Ao nomear a saúde bucal como objeto de trabalho da Odontologia, são construídos entendimentos que indicam as situações em que se espera que uma sutura seja executada por um dentista. É, portanto, considerado com um procedimento específico da Odontologia, e ao mesmo tempo, permite identificar o que se constitui como procedimentos gerais entre médicos e dentistas. Assim, profissionais distintos podem utilizar-se dos mesmos conhecimentos e até das mesmas técnicas e métodos, mas os manejam em acordo com o objeto de trabalho de sua profissão.

A tentativa de definir o que vem a ser procedimentos gerais (compartilhados entre duas ou mais profissões) e procedimentos específicos (privativos a uma profissão) evidencia os embates em torno do direito de compartilhar, ou de exclusividade no uso de métodos e técnicas no campo da saúde. Observa-se que as profissões como a Medicina, Odontologia e Enfermagem possuem um rol de procedimentos específicos, fruto das lutas que seus profissionais, historicamente travaram no interior do campo da saúde, de forma relacional com o mundo social global. As demais profissões da saúde, consideradas mais novas, permanecem em luta em prol da definição de seus procedimentos específicos.

No caso da Terapia Ocupacional (TO), no Brasil, a indicação de seus procedimentos específicos ainda é uma questão que enfrenta certas contradições, desde sua origem. O Decreto-Lei nº 938/69<sup>48</sup>, que criou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, define como privativo ao terapeuta ocupacional a execução de “métodos e técnicas terapêuticas e recreacional (sic) com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente” (COFFITO, 2016). Em 26 de abril de 2014, o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) publicou a Resolução nº 445/2014<sup>49</sup>, que trata dos Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. No entanto, em si, essa resolução não garante exclusividade ao terapeuta ocupacional na execução de um determinado procedimento, nem tampouco deixa claro quais procedimentos são gerais ou específicos.

---

<sup>48</sup> COFFITO. Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.

<sup>49</sup> COFFITO. Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014.

O direito de exclusividade de uma prática expressa em procedimentos específicos é resultado de uma luta travada a todo tempo na esfera da formação profissional, exercício profissional e da regulamentação profissional entre mundos sociais particulares. No caso da TO, observa-se que os profissionais veem na formação profissional o berço onde se acalenta o sonho da exclusividade. O exercício profissional como o palco das batalhas em prol de tornar esse sonho uma realidade. E as organizações profissionais como o *locus* de onde os profissionais acreditam emanar o poder de lhes atribuir exclusividade na aplicação de um método ou técnica de intervenção. Uma grande ingenuidade ou um discurso pretensioso. Entretanto, as percepções em relação às influências dos conselhos de classe, enquanto uma organização profissional da TO, possuem certas polaridades. Um participante da pesquisa comenta:

[...] entendo hoje que entidades representativas como o CREFITO [Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional]... tem um braço de poder administrativo grande... que deveria usufruir junto com o sistema COFFITO [Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional] para reivindicar mais direitos, e portanto, identidade maior para o profissional terapeuta ocupacional... desde o Congresso Nacional até os setores mais inferiores da legislação nacional. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 2005, docente, ex-membro de organização profissional, Região Norte).

Outro participante aponta os conselhos de classe como agências de controle da prática profissional.

[...] vou falar uma coisa muito pessoal... eu não acredito nesses sistemas COFFITO e CREFITO... para mim é uma coisa muito do período militar... tem toda uma questão... um discurso muito controlador punitivo da prática profissional... tanto é que em vários países não existe esse sistema... eu não vejo muito uma lógica... mas que está aí e a gente vai ter que aprender a lidar com ele... para mim não é orientador da prática... é controlador da prática profissional... é o papel dele pra mim. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sudeste).

Os relatos acima evidenciam as divergências na percepção das influências dos conselhos de classe, na elaboração e atualização da identidade profissional e objeto de trabalho da TO. Ao mesmo tempo, o primeiro relato representa o consenso entre os terapeutas ocupacionais acerca das falhas dos conselhos de classe no cumprimento de seu dever, no caso, regulamentar os procedimentos específicos da profissão em acordo com o desenvolvimento da profissão no mundo e no país, além da fiscalização do exercício da TO no Brasil.

Compreender os embates que perpassam a definição de procedimentos específicos exige uma reflexão não apenas acerca do papel dos conselhos de classe, mas de outros

aspectos que envolvem tal definição. Considerando a TO uma profissão da saúde é preciso atentar-se, minimamente, para três aspectos: primeiro, as atuais profissões da saúde no Brasil antes de se firmarem como profissões, em sua maioria, pois inicialmente se constituíram como uma prática médica; segundo, o processo de regulamentação das profissões via conselhos de classe se baseou e assim continua numa mentalidade corporativista, isto é, uma luta em torno da reserva de mercado; terceiro, um procedimento considerado específico hoje, pode ser considerado geral amanhã; um exemplo é o caso da acupuntura, a qual é praticada na atualidade pela maioria das profissões da saúde.

Neste sentido, Segundo Durand (1975, p. 65) é preciso atentar-se para o fato de que, “a delegação de autoridade que fundamenta culturalmente um conjunto de práticas (ou, reificadamente uma categoria ocupacional)” é processual e dependente das “mudanças nas relações entre classes e frações de classe, ao nível simbólico e político”.

A partir da resenha de alguns estudos de grupos profissionais, entre eles o de enfermeiros, psicólogos, advogados e médicos, Durand (1975) aponta que,

a preocupação com recursos humanos ora é pretexto para encaminhar análises cuja intenção é de inculcar nos praticantes e nas categorias ocupacionais conexas a noção da necessidade de profissionalização de ocupações que, sem grande densidade técnica, não conseguem abandonar a situação de dependência em relação a ocupações mais consistentemente estruturadas nem se garantir da desqualificação advinda da competição de indivíduos sem preparo escolar formal: os leigos. (DURAND, 1975, p. 62).

Elias (1994) oferece elementos que permitem compreender o processo para a outorga do direito ao compartilhamento ou a exclusividade no exercício de uma prática de saúde.

Do período mais remoto da história do Ocidente até nossos dias, as funções sociais, sob pressão da competição, tornaram-se cada vez mais diferenciadas. Quanto mais diferenciadas elas se tornavam, mais crescia o número de funções e, assim, de pessoas das quais o indivíduo constantemente dependia em todas suas ações, desde as simples e comuns até as complexas e raras. À medida que mais pessoas sintonizavam sua conduta com as de outras, a teia de ações teria que se organizar de forma sempre mais rigorosa e precisa, a fim de que cada ação individual desempenhasse uma função social. O indivíduo era compelido a regular a conduta de maneira mais diferenciada, uniforme e estável. (ELIAS, 1993, p.196).

A título de exemplo, as profissões da saúde, enquanto configuração social, se constituíram a partir das práticas de cura em conflito com curandeiros e dos demais

praticantes do que se considerou a Medicina tradicional<sup>50</sup>. Como aponta Freidson (2009) em seu estudo sobre a profissão médica nos Estados Unidos:

não foi possível tratar da Medicina isoladamente, porque o que chamamos hoje de Medicina era, até pouco tempo atrás, apenas uma das várias maneiras de curar. A Medicina, no final das contas, conquistou o direito *exclusivo* da prática de cura diante da prática de inúmeros curandeiros. (FREIDSON, 2009, p. 67).

Ademais, o processo histórico da profissionalização das profissões da saúde no Brasil, em especial da Medicina<sup>51</sup>, oferece pistas valiosas para aprofundar a compreensão dos embates do passado que repercutem no presente. No caso aqui, no que diz respeito a procedimentos específicos enquanto direito ao exercício com exclusividade de um método ou técnica terapêutica, no campo da saúde.

Retomando as ideias de Elias (1994), em torno da noção de *habitus*, entende-se que o *habitus* profissional é composto por procedimentos gerais e específicos e está relacionado aos avanços e permanências que ocorrem no processo de criação e legitimação social de uma profissão e do desenvolvimento do seu saber. Em certa medida, o *habitus* profissional permite que se identifique o indivíduo como membro de uma profissão e, ao mesmo tempo, expressa para o profissional a relação de pertencimento a essa profissão.

As relações de interdependências que os membros de uma profissão estabelecem em suas configurações sociais, temporalmente, se constituem como motriz do *habitus* profissional. Isto é, o *habitus* está em movimento contínuo, produzindo e atualizando, não só o conhecimento e as habilidades exigidas dos profissionais, mas também a reatualização do objeto da profissão. Pode-se assim afirmar que a durabilidade de uma profissão e de seu *habitus* profissional requer constantemente a reatualização de seu objeto de trabalho, do seu conhecimento e das habilidades dos seus profissionais, enquanto requisitos requeridos para o seu exercício e para a sua contínua legitimação e reconhecimento social.

Por fim, a partir das ideias aqui apresentadas de Strauss e Elias é possível compreender como o indivíduo estabelece relações com uma profissão a qual se filia ou atua, e como ele elabora, mantém e modifica seu *habitus* social, sua identidade profissional. A identidade profissional não está referida apenas ao grupo profissional, no sentido microscópico, mas ao grupo em sentido macroscópico, ou seja, a identidade individual é

<sup>50</sup> Para o caso brasileiro, consultar FIGUEIREDO (2002).

<sup>51</sup> As obras de Figueiredo (2002) e Pereira Neto (2001) trazem evidências da profissionalização e expansão da Medicina no Brasil.



agregada à identidade coletiva (STRAUSS, 1999). Como apontou uma participante da pesquisa:

[...] eu me lembro que quando eu comecei a frequentar congressos, recém-formada, que a gente tinha uma discussão sempre constante, em todos os eventos: quem somos? E qual o objeto da Terapia Ocupacional?... Com o quê a Terapia Ocupacional trabalha? ... a gente não conseguia definir a nossa prática, não conseguia conceituar a nossa missão, o nosso objeto, a nossa identidade... algumas pessoas diziam que a Terapia Ocupacional era complexa demais, que não tinha explicação... o nível de crise de identidade era o que permeava todos os encontros brasileiros, estaduais. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1979, docente, membro de organização profissional, Região Nordeste).

Nas interações com os participantes da pesquisa, percebeu-se que a identidade do terapeuta ocupacional no Brasil está demarcada por mudanças e continuidades, que são interpretadas pela maioria dos terapeutas ocupacionais como sendo crise na identidade profissional. Os terapeutas ocupacionais percebem, a si próprios e a profissão, como destituídos de reconhecimento social. Os participantes da pesquisa se referiram ao reconhecimento social com algo para além do reconhecimento que os pacientes e seus familiares lhes atribuem: *“o reconhecimento é quando eu to com o paciente e o paciente consegue responder à minha proposta terapêutica... aquele benefício entre eu, ele e a família não é socialmente reconhecido”* (TERAPEUTA OCUPACIONAL, Região Norte).

Essa percepção de falta de reconhecimento é percebida pelos estudantes de TO nas interações que estabelecem no âmbito da universidade e dos serviços conveniados, em especial onde realizam seus estágios profissionalizantes. Os egressos dos cursos de graduação em TO se referem à falta de reconhecimento como um desafio para a sua inserção no mundo do trabalho: - *“ninguém sabe o que é TO”* é a voz que grita na coletividade dos terapeutas ocupacionais.

Neste sentido, entende-se não se tratar em si de uma crise de identidade, mas de uma dificuldade que os terapeutas ocupacionais e estudantes possuem na compreensão de como se elabora, se atualiza e se mantém uma identidade profissional. Quando eles se referem à identidade profissional, a veem como se fosse imutável; por vezes, eles confundem falta de reconhecimento num sentido de valorização profissional com crise de identidade e, por vezes, culpam uns aos outros, as organizações profissionais ou os cursos de graduação pela *“crise de identidade da TO”*. De certo, a falta de reconhecimento social influencia a construção de uma identidade profissional, na medida em que a elaboração da identidade é dependente da avaliação que os outros - e no caso da TO, esses outros se referem, por exemplo, a profissionais de outras profissões, gestores e de usuários de serviços de saúde. Entretanto,

prefere-se aqui falar em mudanças e continuidades do processo de construção da identidade profissional.

A partir das ideias de Strauss (1999) em relação às questões que envolvem o indivíduo e a sociedade, o estudo da identidade profissional requer a compreensão de que a sua elaboração é resultante de processos interacionais, que ocorrem entre os indivíduos e as estruturas sociais. Conforme alude Strauss,

não podemos elaborar estudos microscópicos adequados sem uma identificação cuidadosa e precisa das condições estruturais pertinentes, tampouco entender de modo apropriado “estruturas” e ações macroscópicas sem levar em conta as condições de “identidade” que incidem sobre o macroscópico. [...]. Tudo isso só pode acontecer se concebermos que os humanos moldam seus mundos até certo ponto – mas enfrentando inescapáveis coerções estruturais. (STRAUSS, 1999, p. 27).

Para compreender como os terapeutas ocupacionais foram atualizando sua identidade profissional e definindo seu objeto de trabalho, é relevante destacar que a partir da década de 1960, nos países fundadores da TO (Canadá e Estados Unidos), os terapeutas ocupacionais buscaram refletir cientificamente sobre o objeto de trabalho e identidade profissional da TO. A partir daquela década, foram realizados estudos sobre os rumos da TO no campo do conhecimento e da prática profissional. Entre os estudos realizados ganha destaque o estudo de Kielhofner e Burke (1977).

A divulgação do estudo de Kielhofner e Burke (1977) no Brasil influenciou a formação profissional em TO e conseqüentemente as práticas em desenvolvimento no país. Essa influência ganhou corpo e, na atualidade, coloca em disputa diferentes formas de definir o que é a TO, seu objeto de trabalho, o que faz o terapeuta ocupacional – enfim a identidade profissional da TO.

A partir de então, o processo de expansão da TO no Brasil produziu formas de nomeação do objeto da profissão, o qual segundo os participantes da pesquisa e a literatura nacional de TO pode ser entendido sob os seguintes termos: ocupação humana, atividade humana, fazer humano, inclusão social, cotidiano, desempenho ocupacional. A partir dessas nomeações ao objeto da TO foram definidos métodos e técnicas que estruturaram as suas práticas, visando orientar as ações profissionais no contexto dos serviços, sejam eles da saúde, educação ou assistência social. Essas nomeações podem ser entendidas como uma tentativa dos terapeutas ocupacionais brasileiros de articular as experiências da TO no mundo com as práticas em desenvolvimento no Brasil para responder o que é a TO e o que faz um terapeuta ocupacional.

[...] hoje a gente já tem um entendimento, claro que no dia em que a gente fechar tudo a gente fica medíocre... acho importante ainda ter essa vontade de saber mais, definir, eu acho que é isso que alimenta a luta e a organização da Terapia Ocupacional. Mas, hoje eu vejo que a gente já superou essa crise de identidade, e hoje a gente já tem um corpo teórico muito bom, inclusive com vertentes diferentes, onde a gente debate quem acredita que o desempenho ocupacional é modelo, quem acredita que é a ocupação humana, então hoje a gente deixou de discutir o que é Terapia Ocupacional, para discutir modelos, vertentes, objetos... além de conseguir nas outras ciências um amparo para nossa função... hoje a gente identifica na filosofia, na sociologia, muitos do que a Terapia Ocupacional pode se amparar, onde pode se fortalecer e subsidiar. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1979, docente, membro de organização profissional, Região Nordeste).

Por outro lado, há terapeutas ocupacionais que veem nessa articulação certos perigos para a elaboração da identidade profissional do terapeuta ocupacional no Brasil. Para eles, o percurso histórico da TO no Brasil em certa medida difere de outros países, na medida em que a realidade brasileira da época em que a TO se profissionalizou, as ordens dos problemas práticos aos quais a prática da TO se vinculou e a função social do terapeuta ocupacional fez com que a identidade do profissional se elaborasse com certas distinções em relação, por exemplo, da identidade profissional nos Estados Unidos, enquanto um dos países fundadores da TO.

[...] me preocupa a importação de modelos... o quanto que muitas vezes a gente pega fórmulas de outros países responderem as suas necessidades, a sua institucionalidade e aplica no Brasil, sem pensar se aquilo cabe para esta questão... isso me preocupa em termos do mundo da formação e da prática profissional em terapia ocupacional hoje... o que me preocupa as vezes é se essa diversidade mantém um núcleo de partida comum... e acho que isso remete às discussões sobre a identidade profissional lá dos anos 80, no início dos anos 90... sobre o que faz o terapeuta ocupacional... acho que essa pergunta, de uma forma mais elaborada hoje em dia, de “qual é a função social desse profissional?”... a que tipo de demandas o terapeuta ocupacional vem responder. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2001, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

A função social do terapeuta ocupacional é uma questão que motiva discussões acerca das concepções sobre TO no interior da profissão, em especial, entre docentes e pesquisadores.

[...] Às vezes me preocupa que tipo de respostas as pessoas estão ofertando do ponto de vista da formação e da sua concepção pessoal sobre Terapia Ocupacional... por que para mim individualmente é muito claro que independente da sub-área profissional que você tiver trabalhando, o núcleo da terapia ocupacional é pensar na inserção social das pessoas... de diferentes grupos... de muitas diversidades... por isso cabe diferentes subáreas e cada subárea vai requerer outras áreas de interface como o diálogo... outros estudos, outras especificidades... mas de onde todos nós saímos é de pensar a questão da inserção social dos diferentes grupos... o que me preocupa na prática do profissional hoje é o quanto a gente está voltado ao núcleo de

trabalho do terapeuta ocupacional ou a gente está se dispersando... em muitas áreas... e perdendo uma identidade nuclear... ou não a constituindo devidamente. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2001, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

Em oposição ao relato acima, outra participante argumenta:

[...] Eu estudei, eu fiz a graduação na década de 1980 e naquele momento histórico da Terapia Ocupacional, nós estávamos saindo da fase que nós tínhamos absorvido muito da Terapia Ocupacional norte-americana, que foi fundamentalmente a década 1970, mas nós estávamos em plena crise da Terapia Ocupacional Brasileira procurando seus caminhos. A PUC naquele período era, acredito que a melhor escola de TO que a gente tinha no Brasil, onde estavam concentradas as pessoas que estavam produzindo a Terapia Ocupacional Brasileira, como a Berenice Francisco, a Heloísa Medeiros, a Lílian Magalhães, a Sandra Galheigo, a Lourdes Feriotti, todas elas eram docentes, foram minhas professoras na graduação. [...] Então assim, a gente estava num momento, nesses anos, de uma grande explosão de construção de conhecimento no Brasil, mas com uma negação completa do que tinha sido a Terapia Ocupacional até então... negava o conhecimento construído até então. Eu vejo assim, em nome da construção de uma Terapia Ocupacional Brasileira, nesses anos 1980 a gente realmente renegava tudo, mas também numa época que a gente não tinha bibliografia, não tinha referência de Terapia Ocupacional Brasileira, estava tudo em construção. Foi aquele período em que a Jussara [Pinto] da UFSCar [Universidade Federal de São Carlos] fez sua dissertação de mestrado falando de modelos filosóficos e a Berenice também, tanto que o primeiro livro foi esse da Berenice falando dos modelos [publicado em 1988]. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

É preciso abrir um parêntese para indicar que essa percepção da falta de bibliografia evidencia a negação não apenas da produção de conhecimento internacional, mas também, nacional, isto é, da produção de conhecimento que havia sobre a Terapia Ocupacional no Brasil construída por profissionais como, por exemplo, Nise da Silveira e outros terapeutas ocupacionais. Essa negação é percebida, em especial, na grande maioria de docentes e pesquisadores, terapeutas ocupacionais, das instituições de ensino, dos cursos que lograram o *status* de “cursos oficiais”. Durante a visita às bibliotecas e vistas a projetos pedagógicos de cursos de graduação de TO, exemplares do livro da Berenice Rosa Francisco, estão nas prateleiras das bibliotecas e indicado em planos de ensino, o mesmo não ocorrem, em semelhante grau, com as obras de Nise da Silveira. Esse é um ponto que merece ser destacado para evidenciar o lugar que as obras de Nise da Silveira, e de terapeutas ocupacionais<sup>52</sup> que seguiram ou se assemelharam ao seu discurso, ocupa nos espaços de formação profissional no campo da TO Brasileira. A esse respeito dois terapeutas ocupacionais denunciam: “[Nise é] uma pessoa que eu acho que todos nós terapeutas

<sup>52</sup> A título de exemplo ver: SILVEIRA (1952; 1966; 1979); JORGE (1981).

ocupacionais temos que reverenciar” (TERAPEUTA OCUPACIONAL, formado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste). O outro acrescenta:

A Nise da Silveira é uma mulher muito reconhecida no mundo e que a Terapia Ocupacional [Brasileira] desconsidera isso... A Nise era vista como marginal, e eu também sou visto como marginal, eu sou marginal, eu nunca quis ser dos discursos oficiais, fui para universidade, mas se eu não tivesse me aposentado pela universidade eu teria saído... Não acredito na Universidade, enquanto produção de conhecimento e circulação de discurso, não tenho paciência com a Universidade... quando estava lá, estava na contramão, eu era marginal, sempre batia de testa, até porque eu levava para sala de aula aquilo que eu aprendia na clínica, aquilo que servia de substrato para eu construir aquilo que eu pensava... eu aprendi fazendo, eu só não, tantos outros, o Rui Chamone<sup>53</sup> – foi um homem interessantíssimo e altamente desconsiderado na Terapia Ocupacional – foi o primeiro a escrever um livro sobre a Terapia Ocupacional, antes da Berenice [Rosa Francisco]... O que hoje se faz em oficinas de Terapia Ocupacional, o Rui já fez isso na década de 70, e com muita força e muita potência... eu sou marginal... [para ser marginal] é preciso de coragem, porque bate de frente com uma relação de poder e de saber, absolutamente careta, hierárquica, preconceituosa. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1976, ex-docente, Região Nordeste).

Retomando a questão da importação da produção de conhecimento internacional no campo da TO, nos anos 1980, a participante acrescenta que,

[...] A questão, por exemplo, dos campos de prática era muito complicado porque, como a gente negava tudo que não fosse essa TO Brasileira, nós fomos abandonando campos de prática, e principalmente aqueles campos que estavam diretamente ligados à área da saúde, e particularmente, as abordagens mais técnicas, ou tecnicistas, e os campos como o campo hospitalar... nos anos 1980, esse pensamento, essa necessidade de construir uma fundamentação teórico-metodológica brasileira prevaleceu, e isso sim, abandonando a produção internacional que até então tinha fundamentado da Terapia Ocupacional... Só que a academia se distanciou desses campos [reabilitação física e hospitalar], porque tinha aquela ideia de que quem trabalhava na saúde com esse tipo de população era necessariamente reducionista. Nós estávamos em plena redemocratização do país, na década de 1980. E aí você tinha um corpo docente que estava começando sua pós-graduação muito num viés socialista... Então havia uma preocupação política associada a essa necessidade de você ter uma nova constituição da TO Brasileira. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

---

<sup>53</sup> Rui Chamone Jorge foi um terapeuta ocupacional, formado no Curso de Formação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (1966-1969), pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica de Minas Gerais. Realizou Estágio Extracurricular na Casa das Palmeiras, sob supervisão da Dra. Nise da Silveira, Rio de Janeiro, 1970 e exerceu a profissão de Terapia Ocupacional no âmbito da clínica, do ensino e da pesquisa. Também, foi fundador: do SER.TO – Serviço de Terapia Ocupacional, destinado ao atendimento de reabilitação psiquiátrica em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1974; do CIES.TO – Ciclo de Estudos Dinâmicos de Terapia Ocupacional (destinado a estudos), Belo Horizonte, Minas Gerais, 1975; da ATOMG – Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 1977; e do GES.TO – Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional, que objetiva pesquisas e publicações, Belo Horizonte, Minas Gerais, 1988. Ele também foi o criador do Método de Psicoterapia Ocupacional (JORGE, 1995) e publicou diversos trabalhos acadêmicos e obras relacionadas à Terapia Ocupacional. Para saber mais ver *homepage* do Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://www.grupogesto.com.br/historia/historia-do-prof-ru/> Acesso em: 08 ago. 2017.

A produção do conhecimento em TO no Brasil, advinda do processo de pós-graduação de docentes de São Paulo, em especial, apontou para a existência de três modelos de intervenção que guiavam a prática do terapeuta ocupacional: o positivista, humanista e materialista histórico (PINTO, 1990; FRANCISCO, 2001). Segundo a mesma participante,

[...] isso fez com que o tal do Modelo Materialista Histórico fosse considerado o transformador, aquele que ia fazer transformações na sociedade, isso estava muito ligado ao modo de pensar dessas pessoas que estavam, dessa linha de pensamento, e o oposto era justamente o reducionista, o positivista, consideradas as pessoas mais reacionárias. A área da Reabilitação Física, por exemplo, ela acabou tomando essa cor, essa visão de uma área mais reacionária dentro da Terapia Ocupacional, porque não era a transformadora, e o humanista era o “café com leite”, que nem é assim, nem é assado. E nós ficamos nessa visão, profundamente preconceituosa, durante vinte anos, desde o começo dos anos 1980 até o final dos anos 1990 isso era muito forte... Então nós criamos na TO aquela história de quem era do bem e quem era do mal. E ao mesmo tempo uma ideia de que quem era do bem, que era do materialismo histórico, essa era a verdadeira TO, e o resto era Fisioterapia, a Reabilitação Física tinha uma coisa: “ah, mas isso é nada mais que Fisioterapia, isso não é TO”. E essa visão segmentada ficou vinte anos na nossa profissão. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

A defesa de que a TO devia se guiar por uma visão materialista histórica produziu conflitos em relação à necessidade de se ter ou não especialidades em TO. A mesma participante relata:

[...] E aí eu me sinto sempre o bicho de fora... porque eu sou sim a favor da especialidade e isso é um tema muito polêmico na TO. Mas por que, porque eu acho impossível você achar que a Terapia Ocupacional é uma só, no sentido dos campos e contextos de atuação. Se você pensar, eu quero ter uma Terapia Ocupacional que valha para todo mundo, mas gente os terapeutas ocupacionais que atuam na Saúde Mental, eles estão enfrentando um determinado contexto, determinadas políticas de saúde, uma organização do campo, uma determinada população que é muito diferente de quem está na Reabilitação Física. Então, como é que você vai dizer que a Terapia Ocupacional é uma só para toda essa diversidade? A profissão é uma só, mas eu tenho que ter respeito às diversidades. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

Em relação aos conflitos que se criaram em torno das especialidades em TO e como esses conflitos interferem no cotidiano profissional, a mesma participante acrescenta:

[...] E aí eu acho que as pessoas confundem especialidades com a questão médica, tem um preconceito... Tudo que é dentro de um certo modelo que as pessoas julgam como positivista, pronto, esses tem que ser extirpados. E aí eu pergunto, gente que cara nós estamos mostrando para a população, para os nossos colegas de outras categorias. Ninguém tem clareza do que é a TO. Agora quando você fala a Terapia Ocupacional na Saúde Mental dentro de tal perspectiva é isso, e dentro da outra, dentro da Reabilitação Psicossocial e da Terapia Ocupacional Dinâmica [é isso], as

duas são viáveis? Claro que sim... Agora quando você quer dizer que uma é boa porque é social [a primeira] e a outra é clínica [a segunda] então não é boa. Isso é uma loucura, porque a gente está segmentando a nossa profissão de uma forma não [sic] verbalizada, mas que está nas relações. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

A questão das especialidades foi tratada por um participante da pesquisa em outros termos, que ampliam o entendimento da diversidade das áreas de atuação e de práticas em TO. O participante defende que:

[...] Como eu acho que tem muitas terapias ocupacionais, eu nunca gosto de falar na Terapia Ocupacional, eu falo nas terapias ocupacionais, então essas terapias ocupacionais que está numa relação direta com a subjetividade de quem exerce, é que a gente tem que pensar na terapia ocupacional no plural... Hoje quando a gente pensa em fazer Terapia Ocupacional no século XXI... é muito diferente de fazer Terapia Ocupacional, no meu caso, eu terminei [o curso] em 1976, entrei na universidade [como docente] em 1979, onde o lugar desse profissional [terapeuta ocupacional] era um outro: uma profissão feminina, uma profissão sem visibilidade dentro das universidades, uma profissão sem lugar dentro do campo social e absolutamente regida por estereótipos... uma profissão marcada por uma série de equívocos... onde o grande chavão é: isso é e isto não é Terapia Ocupacional. Acho que esse chavão ainda percorre e que cada um ao seu modo usa: “isto é, e isto não é Terapia Ocupacional”. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1976, ex-docente, Região Nordeste).

A partir dos relatos expostos, é preciso atentar para o fato de que, nomear é “um ato de colocação ou de classificação – do eu e dos outros num sistema de posições e de diferenciação. Em tais colocações está implícita a avaliação das pessoas e de seus atos” (STRAUSS, 1999, p. 31). Neste sentido, os dilemas que decorrem da disputa pela nomeação do que é TO e do que faz um terapeuta ocupacional podem ser entendidos como produtos das formas de nomear o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional, em diferentes momentos de elaboração e atualização da identidade profissional. Por vezes, os fragmentos da memória coletiva podem ser desconsiderados no ato de nomear e produzir dificuldades para se compreender as mudanças e a permanência na identidade profissional. Como apontou um participante da pesquisa, o desenvolvimento de novos métodos, e com eles novas formas de conceber o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional, produziu mudanças no campo da TO.

[...] eu acho que em pouquíssimo tempo ela [a TO] deu uma virada abissal... as vezes eu sinto dificuldade acompanhar o ritmo dessa mudança... são muitos saberes novos... metodologias... métodos... e as vezes me considero meio que no tempo do “conto de réis” ... só pra você ter uma noção...eu não estudei na minha graduação inteira o Desempenho Ocupacional... esse conceito não existia... é um conceito completamente novo que a gente tem que aprender... e diversos outros que foram

surgindo... eu acho que a guinada de conceito ... modo de entender a TO... mudou de maneira radical e abissal... e a prática também com isso... a gente ganhou muita coisa... mas eu vejo que algumas coisas nós perdemos...primeiro por que a TO se engajou... tinha um lugar que ela estava tentando se encontrar como o seu objeto... teve um momento que ela ficou meio que perdida... eu não digo perdida... mas meio que se questionando uma certa velocidade... eu acho que tem uma questão da nossa sobrevivência... nosso objeto meio incompreendido... gera toda uma certa instabilidade na profissão. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sudeste).

Em relação ao objeto de trabalho do terapeuta ocupacional o participante acrescenta

[...] e eu vejo o objeto da TO muito complexo... difícil...(que nome você dá para esse objeto) eu não tenho um termo certo, mas eu diria que é a atividade... fazer humano... ocupação... cotidiano... são termos diferentes que falam de coisas que são muito próximas... eu vejo que a dificuldade que gera dúvida na TO é a decomposição que é difícil... tudo que eu estudava em música vertia pra um ponto único... tinham certas zonas de estudo que eram semelhantes... apesar da complexidade que se tinha... quando a gente vai para o campo da TO... tem sociologia... antropologia... conhecimento de biologia... corpo... são tantos saberes pra você agregar que é um conhecimento muito orquestrado... você articular aquilo em um objeto para mim é super complexo... ele é disperso... no sentido de ter um pensamento de vários saberes... e a gente não tem essa prática de agregar... transversalizar... isso é difícil pra gente... pode ser uma incompetência nossa. (Terapeuta Ocupacional, graduado em 1991, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sudeste).

Observa-se que um indivíduo ao nomear objeto de trabalho da TO parte de uma perspectiva da profissão, que é operacionalizada dentro de um sistema classificatório – esteja ele no papel de estudante ou terapeuta ocupacional (clínico, docente ou membro de uma organização profissional) ou ainda seja ele um profissional de outra profissão ou um homem leigo.

O processo histórico de profissionalização da TO está vinculado ao uso da ocupação com fins terapêuticos. Desde a introdução do uso da ocupação nas instituições voltadas ao tratamento de doenças mentais e físicas, no fim do século XIX, até a criação da TO, no início do século XX, surgiram configurações sociais compostas por médicos, terapeutas ocupacionais recém-formados, leigos e doentes. As interações entre esses indivíduos foram dando forma ao objeto de trabalho e a identidade profissional do terapeuta ocupacional. Essas formas, que adquiriu o objeto de trabalho e a identidade profissional da TO, levaram o terapeuta ocupacional a se identificar e ser identificado como um profissional da saúde que fazia uso terapêutico das atividades humanas (sejam elas artesanais, expressivas, recreativas e



laborais) e de treinamento de hábitos<sup>54</sup> ligados aos cuidados com o corpo (banho, alimentação, higiene), à vida comunitária, ao trabalho e ao lazer.

Os terapeutas ocupacionais utilizavam as atividades humanas e o treinamento de hábitos como meio de tratar das pessoas com doenças mentais e físicas, almejando a autorrealização dos atendidos no desempenho dessas atividades e na incorporação de hábitos, como uma via para a sua inserção social. Nesse sentido, o uso das atividades humanas e o treinamento de hábitos se constituíram em recurso terapêutico (meio) e a meta (finalidade). Os primeiros métodos de intervenção em TO constituíram a mola propulsora para o desenvolvimento de novos métodos, técnicas e modelos de intervenção utilizada pelos terapeutas ocupacionais.

A partir de então, para dar conta dessas mudanças e do que elas representaram para a construção e atualização do objeto de trabalho e da identidade profissional o processo de profissionalização da TO tem sido contado e recontado por três perspectivas hegemônicas: a perspectiva da psiquiatria, no tratamento dos doentes mentais; a perspectiva da reabilitação física, no tratamento de mutilados de guerra, e a perspectiva social. A perspectiva social defende que a TO se desenvolve no Brasil a partir da resolução de problemas práticos relacionados a questões mais de cunho social, do que em si saúde mental e reabilitação física. Essas perspectivas não negam a influência dos problemas de saúde de ordem psiquiátrica e incapacidades físicas, mas os veem como o resultado de problemas sociais.

Uma participante da pesquisa, docente em curso de graduação e pós-graduação em TO, buscando contrapor a perspectiva da psiquiatria e da reabilitação física, defende que a identidade profissional e objeto de trabalho da TO estão alicerçados em uma perspectiva social.

[...] as vezes eu acho que as pessoas confundem um pouco essa conversa... eu acho que a questão tá colocada a partir do percurso histórico da Terapia Ocupacional... quando a gente pensa no contexto brasileiro... [o terapeutas ocupacional] como um profissional da reabilitação para recolocar as pessoas no universo do trabalho... nasce como um profissional de saúde... e trabalhar não é uma questão de saúde... é uma demanda para sociedade produtiva... os processos lançavam mão de recursos da saúde para recolocar as pessoas no trabalho... mas reabilitação não é sinônimo de saúde... não era... hoje temos outras discussões em torno disso... isso não é pouco. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2005, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

---

<sup>54</sup> O termo *hábitos* é utilizado aqui para se referir aos comportamentos considerados como esperados socialmente e, no campo da saúde, relacionados ao que se convencionou denominar hábitos saudáveis.

A partir desse ponto de vista, a participante busca defender a ideia de que o terapeuta ocupacional no Brasil não deve ser entendido apenas como um profissional de saúde. Acrescenta a participante:

[...] pensar em colocar as pessoas na vida produtiva é uma reinserção social gigante... por que a gente vive numa sociedade onde a questão do trabalho é central... fazer parte da sociedade depende de você ter o teu dinheiro para pagar [pelos bens e serviços] minimamente... no Brasil a gente tem esse início e a maior inserção dos terapeutas ocupacionais era via o Sistema Previdenciário da época... anos 70... ou via instituições vinculadas à assistência social e caridade... que cuidavam daqueles que não tinham espaço nenhum nas políticas públicas: os deficientes e os loucos... então ele [o terapeuta ocupacional] estava na assistência social e a previdência social... ele não era um profissional da saúde em seu início... com a democratização do Brasil e o SUS [Sistema Único de Saúde]... como uma das principais críticas sociais que se consolidou ali... uma condução e uma inserção das pessoas via as políticas [destinadas] a esses grupos de diferentes, principalmente os deficientes e os loucos... foram inseridos na política de saúde... numa ideia menos caritativa assistencial, e mais do cuidado de tratamento dessas pessoas. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2005, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

A mesma participante conclui seu ponto de vista dizendo:

[...] então eu costumo brincar que se não fosse o SUS [Sistema Único de Saúde], que teve a política e o maior investimento e uma condução da profissão da Terapia Ocupacional para dentro dela... se tivesse sido o SUAS [Sistema Único de Assistência Social] por exemplo... se ao invés do SUS 90 e o SUAS 2005 a gente tivesse o inverso... provavelmente a gente ia dizer que o terapeuta ocupacional é um profissional da assistência social e hoje a gente ia estar discutindo a inserção do terapeuta ocupacional na saúde. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2005, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

Para a mesma participante, o equívoco em relação à posição dos terapeutas ocupacionais em sistemas públicos (saúde, educação e assistência social) e sua caracterização decorrem da não observância do processo histórico,

[...] a gente perdeu esse dado histórico e passou a produzir e reproduzir o discurso de que o TO é um profissional da saúde... mas isso tem a ver como a gente faz a formação... que a gente diz e repete para os alunos que a gente é um profissional da área da saúde... sem contar historicamente que a gente foi se constituindo a partir da área da saúde a partir de um processo da política pública do SUS... que ela é muito positiva... agrega a maior parte dos terapeutas ocupacionais do Brasil... a gente tem que expandir dentro dela... é fato... mas isso não pode fazer com que a gente elimine a história e nem se simplifique em ser um profissional da área da saúde. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2005, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

Apesar dos argumentos da participante, no tocante à relação entre o processo de elaboração da identidade profissional e as políticas públicas brasileiras, entende-se aqui que apesar das práticas em TO no Brasil se iniciarem em serviços vinculados ao Sistema Previdenciário e às instituições de assistência social e caridade, o processo de trabalho do terapeuta ocupacional esteve intrinsecamente ligado à divisão do trabalho de cura, sob a orientação e condução do médico. É a partir do trabalho de cura que a profissão busca sua legitimidade social no país. A inexistência do Sistema Único de Saúde à época, não é suficiente para posicionar as práticas de cura nas quais os terapeutas ocupacionais se envolviam como externa ao campo da saúde, pelo contrário, revela como a sociedade brasileira a partir das estruturas sociais existentes enfrentava os problemas práticos relacionados aos loucos e deficientes. Também indica a posição que a TO ocupava na divisão do trabalho de cura, seja em hospitais filantrópicos, instituições asilares, serviços de reabilitação profissional, entre outros.

Vale destacar que esse ponto de vista está relacionado com a produção do conhecimento em TO no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, que foram apontados no relato de uma outra participante anteriormente. E esse ponto de vista também parece desconsiderar o uso da ocupação com fins terapêuticos enquanto uma prática médica e sua relevância para a construção da identidade profissional e do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional no Brasil.

As três perspectivas (psiquiatria, reabilitação física e social), utilizadas para descrever o processo de constituição da TO no Brasil, produziram uma disputa no interior do campo da TO pelas formas de nomear o objeto e a identidade profissional. Os modelos de intervenção que foram desenvolvidos, por vezes, criaram certa naturalização de uma perspectiva em detrimento das demais, e, conseqüentemente, ditaram o que vem a ser o objeto de trabalho e a identidade profissional do terapeuta ocupacional. E é a partir dessa naturalização que cursos de graduação e pós-graduação, organizações profissionais e terapeutas ocupacionais defendem seus pontos de vistas para nomear o que vem a ser o objeto de trabalho e a identidade profissional da TO, bem como as especificidades do terapeuta ocupacional no exercício profissional em diferentes serviços.

Vale destacar que a TO no Brasil dispõe atualmente de um único programa de Pós-Graduação *stricto sensu* em Terapia Ocupacional. Uma docente desse programa em defesa da perspectiva social como uma base comum para toda a TO questionou:

[...] qual que é a demanda de trabalho para o terapeuta ocupacional?... que tipo de questões da sociedade brasileira ele vem responder?... eu acho que essas nomeações, essas definições [do objeto] são os instrumentos, para que aquilo que o terapeuta ocupacional utiliza, para realizar a inserção social... como é que a gente faz a inserção social? é olhando para os cotidianos, para os fazeres... buscando maior autonomia e maior possibilidade de participação nisso... aí a gente tem diferentes recursos.... talvez fosse meios para isso... mas o objetivo do trabalho, para onde a gente mira, na minha concepção de Terapia Ocupacional... é pra inserção social... para ampliação da participação social... as vezes eu acho que as pessoas confundem um pouco essa conversa..... acho que a gente precisa falar disso pra que a gente possa dizer que na sociedade brasileira no nível de desigualdade social... não há área na Terapia Ocupacional que possa se dar ao luxo de não falar das questões sociais... ela [questão social] está na base... ela tem diferentes interfaces... [é preciso] arrumar o lugar comum, entender que o contexto e as questões sociais é da sociedade ... [o social] está no lugar comum para toda a Terapia Ocupacional... e aí a gente pensa nas subáreas da reabilitação física, da saúde mental, do social.. a [Terapia Ocupacional] social é uma subárea dentro dessa lógica... e eu entender qual é o meu papel... por que se eu sou um terapeuta ocupacional do CREAS [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] o meu trabalho como terapeuta ocupacional é um... e se eu identifico ali uma pessoa com transtorno psíquico ou cadeirante, não vou atendê-lo ali no CREAS... eu vou encaminhá-lo pra um terapeuta ocupacional do CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] ou de um Centro de Reabilitação... eu vou acompanhá-lo evidentemente da melhor forma possível... mas qual é o papel do CREAS? Qual é o papel do CAPS? Qual é o papel do Centro de Reabilitação? E cada terapeuta ocupacional nesses lugares vai ter uma função diferente. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, docente, membro de diretoria de uma organização profissional, Região Sudeste).

Ao considerar essas três perspectivas como constituintes da TO é possível observar que elaboração da identidade profissional da TO permite identificar o terapeuta ocupacional como um profissional que domina parte dos métodos e técnicas da TO e não a sua totalidade, mas ainda não é claro, não é consensual qual é o objeto que unifica a profissão. Os métodos e técnicas são variados estão a serviço desse objeto, e não ao contrário. Essas três perspectivas constituem-se em disposições a partir das quais os terapeutas ocupacionais vinculados aos serviços de saúde, educação ou assistência social, aos cursos de formação profissional ou as organizações profissionais tomam posição no campo da TO (BOURDIEU, 1996).

O objeto de trabalho de uma profissão pode ser considerado único, ele está vinculado aos problemas práticos do homem leigo que os profissionais buscam resolver e, ao mesmo tempo, é o que permite a identificação profissional e atrai a clientela leiga. O reconhecimento dos problemas práticos que são resolvidos por terapeutas ocupacionais é produto dos bons resultados apresentados pelos profissionais aos problemas que o homem leigo lhe trouxe ao longo do seu processo de constituição (FREIDSON, 2009).

Assim, a releitura do processo histórico do uso da ocupação com fins terapêuticos pela Medicina e da criação da profissão de TO oferece elementos para compreender as perspectivas acerca do objeto de trabalho e da identidade profissional, bem como as mudanças e continuidades decorrente desse processo.

A seguir, apresenta-se uma discussão acerca dos primeiros modelos de intervenção que orientaram os terapeutas ocupacionais, nos países fundadores, no exercício profissional e na produção de conhecimentos em torno do seu objeto de trabalho e que, conseqüentemente, ofereceram as bases para a construção da identidade profissional.

### 3.3 OS PRIMEIROS MODELOS DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

A literatura nacional e internacional da TO, ao tratar do processo de constituição epistemológica da profissão e de seus modelos de intervenção, aponta para o estudo desenvolvido por Kielhofner e Burke (1977), terapeutas ocupacionais estadunidenses. A partir das ideias de Thomas Kuhn, acerca das revoluções científicas, os autores mencionados desenvolveram um estudo “a fim de analisar o crescimento e a mudança do conhecimento em terapia ocupacional” no período que compreende sua criação, 1917 e a 1977, ano publicação do estudo (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 01).

Assim, Kielhofner e Burke (1977) compuseram um relatório histórico da TO nos Estados Unidos, com enfoque nas mudanças que ocorreram no corpo de conhecimentos e na identidade da profissão. Para ele, a TO desde a sua criação, no início do século XX, oscilou do *paradigma da ocupação*, baseado numa concepção do holismo filosófico, para um *paradigma reducionista*, baseado na ciência positiva, e deste último para o *paradigma emergente*. O período analisado pelo autor é de aproximadamente 50 anos, período em que a TO teria passado por duas mudanças de paradigmas. Segundo Kielhofner e Burke (1977), essas mudanças de paradigmas foram responsáveis pela produção da crise de identidade profissional na década de 1960.

Entende-se aqui, que Kielhofner e Burke (1977) se equivocam ao utilizar o termo *paradigma* para nomear os diferentes modelos de intervenção que orientavam as práticas em TO. À luz das obras *A Estrutura das Revoluções Científicas*, de Thomas Kuhn e da *Profissão Médica: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado*, de Eliot Freidson, para o momento busca-se refletir acerca de três questões centrais que podem auxiliar na compreensão de tal equívoco, a saber:

a) O surgimento da TO como profissão foi motivado pela busca de respostas a problemas práticos do homem leigo ou a problemas científicos?

b) No período analisado por Kielhofner e Burke (1977), a TO se constitui como uma profissão técnica ou uma ciência?

c) Como num período exíguo uma profissão recém-criada poderia ter atingido um processo de desenvolvimento científico a ponto de alterar seu primeiro paradigma em prol da elaboração de um novo, e da crítica ao novo paradigma ascender para um paradigma emergente?

Durante o século XX, os profissionais da TO não eram praticantes de uma ciência específica capaz de lhe dar o *status* de uma profissão acadêmica, mas operacionalizava métodos e técnicas de intervenção para responder aos problemas práticos do homem leigo relacionados a doenças mentais e físicas, que estavam sob especulação. Ainda que fossem desenvolvidas pesquisas, esta tinha por finalidade encontrar soluções para os problemas práticos e não da ciência. Há que se atentar para o fato de que a TO surgiu como uma prática médica e, posteriormente, ascendeu a *status* de profissão paramédica (FREIDSON, 2009).

A diferenciação que Freidson (2009) apresenta entre profissões de consulta e profissões eruditas, ou acadêmicas, se constitui num ponto importante a ser considerado na compreensão das mudanças no corpo de conhecimentos que sustentam o objeto de trabalho de uma profissão.

Tomando a Medicina como exemplo, Freidson (2009, p. 26, 42) aponta que esta profissão, até a Idade Média, era considerada uma profissão universitária, erudita. Posteriormente, a Medicina assumiu a condição de profissão de consulta e conseguiu adquirir o monopólio da divisão do trabalho de cura, ou seja, o controle e a determinação da essência desse trabalho. A mudança na natureza de uma profissão produz mudanças em sua identidade profissional e, em especial, na relação que esta estabelece com o mundo social. Uma profissão de consulta, em síntese, tem o compromisso de responder aos problemas práticos do homem leigo (FREIDSON, 2009).

A Medicina, ao assumir o controle e a determinação do trabalho de cura, assumiu o seu monopólio e tornou-se hegemônica no campo da saúde. É neste contexto de monopólio na Medicina que se inicia o uso da ocupação para fins terapêuticos. O processo de profissionalização da TO evidencia que ela surgiu como uma prática médica, que se profissionalizou e ocupou a posição de profissão paramédica, na divisão do trabalho de cura. Logo, é controverso apontar a existência de paradigmas específicos de TO. Não se furta aqui de assumir que a TO, assim como a Medicina, foi guiada por paradigmas das ciências que dão base ao seu saber e sua prática, como por exemplo, a Biologia e a Psicologia.

Com base nas ideias de Freidson (2009), assim como a Medicina, a TO pode ser considerada uma profissão de consulta. Ao se referir à Medicina enquanto uma profissão de consulta e buscando diferenciá-la de uma profissão erudita, Freidson aponta que:

a expertise do médico tem um caráter diferente da do acadêmico erudito. [...] o médico tem a tarefa de resolver problemas práticos que as pessoas lhe trazem. Ele não é guardião de um dogma revelado cuja função é distinguir o genuíno dogma do espúrio, nem é repositório e o elaborador da teoria e do conhecimento acumulados pela sociedade. O pedido é o seguinte: “médico, faça algo”; e não “médico, me diga se isso é verdade ou não”. Nesse sentido, existe uma profunda diferença entre o que deve ser denominada de “profissão de consulta” e uma profissão acadêmica, erudita e científica. Os primeiros sobrevivem ao oferecer, a uma vasta clientela leiga, serviços que procuram resolver problemas práticos. [...] a sobrevivência ocupação [profissão] depende da aproximação entre o profissional e o homem leigo [enquanto os demais] podem ganhar seu monopólio de trabalho apenas pela conjunção das associações profissionais e o Estado. [...] o trabalhador deve dar satisfações sobre o que faz a seus colegas e a outros trabalhadores de *dentro* desta comunidade ocupacional. (FREIDSON, 2009, p. 42, 96, itálico do autor).

Para o mesmo autor, uma profissão de consulta, sociologicamente, “pode servir como descobridora, portadora e executora de algum tipo de conhecimento, mas que não é um conjunto de conhecimento em si” (FREIDSON, 2009, p. 25). Neste sentido, a natureza da TO é de uma profissão de consulta, não sendo de uma profissão do conhecimento. Os esforços empreendidos por seus fundadores para a efetivação de pesquisas destinaram-se a definir os métodos de intervenção e as teorias que embasassem a prática profissional em TO, e não em si a prática científica.

Como alude Freidson (2009), ao contrário de uma profissão acadêmica que é responsável por produzir o conhecimento oficial de uma civilização, a profissão de consulta é responsável por utilizar o conhecimento produzido para resolver os problemas do homem leigo. O autor acrescenta que a profissão de consulta “faz ligação entre a civilização e a vida cotidiana e, diferindo da carreira científica e acadêmica, deve estar de alguma maneira vinculada à vida diária e ao homem comum (FREIDSON, 2009, p. 96).

A diferenciação entre profissão de consulta e profissão acadêmica é relevante na medida que oferece argumentos para justificar a discordância em relação ao uso da concepção de paradigma de Thomas Kuhn, por Kielhofner e Burke (1977), para se referir a modelos de intervenção que guiaram as formas de pensar e agir da TO.

Kuhn (2009), ao se referir às condições que estão associadas ao momento em que um grupo reconhece para si um paradigma único, faz exceção aos campos como a Medicina, a Tecnologia e o Direito. Para o autor, esses campos têm sua razão de ser numa necessidade social exterior (KUHN, 2009, p. 40). Este é mais um argumento para sustentar a ideia de que os terapeutas ocupacionais não produziram paradigmas próprios, pois a TO foi criada para desempenhar uma função social, de forma complementar ao trabalho médico na divisão do trabalho de cura.

Para Kuhn (2009), *paradigmas* se referem às “realizações científicas universalmente reconhecidas que, durante algum tempo, fornecem problemas e soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma ciência”. Na medida em que a TO não se caracteriza como uma profissão de cunho acadêmico, a definição de paradigma de Thomas Kuhn supracitada é mais uma evidência da limitação em se nomear as oscilações epistemológicas que ocorreram no campo da TO, no período analisado por Kielhofner e Burke (1977), como sendo mudanças de paradigmas.

Kuhn (2009), em sua obra *A Estrutura das Revoluções Científicas*, em síntese aponta para o processo de elaboração de um paradigma, das crises no interior das comunidades científicas quando surgem as anomalias e de como os cientistas lidam com essas anomalias. As revoluções científicas surgem quando os membros de uma profissão acadêmica não conseguem furtar-se das anomalias que desorganizam a tradição presente da prática científica. A partir de então, iniciam-se as investigações extraordinárias que por fim desloca uma profissão para um novo conjunto de compromissos, a um novo sustentáculo para a prática da ciência (KUHN, 2009, p. 24).

Para explicitar a natureza das revoluções científicas Kuhn (2009) parte de exemplos do desenvolvimento científico vinculado aos nomes de Copérnico, Newton, Lavoisier e Einstein. Para o referido autor,

mais claramente que muitos outros, esses episódios exibem aquilo que constitui todas as revoluções científicas, pelo menos no que concerne à história das ciências físicas. Cada um deles forçou a comunidade a rejeitar a teoria científica anteriormente aceita em favor de uma outra incompatível com aquela. Como consequência, cada um desses episódios produziu uma alteração nos problemas à disposição do escrutínio científico e nos padrões pelos quais a profissão [acadêmica] determinava o que deveria ser considerado como um problema ou como uma solução de problema legítimo. [...] Esse processo intrinsecamente revolucionário raramente é completado por um único homem e nunca de um dia para o outro. Não é de admirar que os historiadores tenham encontrado dificuldades para datar com precisão este processo prolongado, ao qual, impelidos por seu vocabulário, vêm como um evento isolado. (KUHN, 2009, p. 26).

À luz da obra de Kuhn (2009), entende-se que os *paradigmas da TO* referidos por Kielhofner e Burke (1977) não se caracterizam como paradigmas, mas como modelos de intervenção que ofereciam formas de pensar e agir em contextos específicos como, por exemplo, nos hospitais voltados ao tratamento de doentes mentais, ou de mutilados de guerra quando do surgimento da profissão.

Com base nos argumentos apresentados até o momento, esclarece-se que o termo *paradigma* utilizado por Kielhofner e Burke (1977) é entendido aqui como modelos de



intervenção. A opção pela utilização do estudo de Kielhofner e Burke (1977) no presente capítulo se dá por se tratar de um estudo que oferece elementos que auxiliam na compreensão do processo de desenvolvimento e sistematização do conhecimento em TO. E também, pelo estudo, demonstrar como a partir da sistematização do conhecimento, a prática do uso da ocupação se profissionalizou e deu base para a construção do objeto de trabalho e da identidade profissional do terapeuta ocupacional.

Não temos aqui a pretensão de realizar um estudo semelhante ao desenvolvido por Kielhofner e Burke (1977), tomando por base empírica a realidade brasileira, mas, expor questões presentes na história do uso da ocupação como prática médica e no processo de profissionalização da TO nos países fundadores, em especial, nos Estados Unidos. A hipótese é que estas questões estão na base da constituição do campo da TO no Brasil, de sua identidade profissional e seu objeto de trabalho. Para tanto, apresenta-se a seguir o que se constitui como os primeiros modelos de intervenção em TO.

### 3.3.1 As Ocupações, a Cinesilogia, a Neurologia e a Psicanálise

Os fundadores da TO, em 1917, formaram uma associação nacional (nos Estados Unidos) com a finalidade de desenvolver estudos em torno da ocupação e sua relação com a saúde e bem-estar e assim construir um corpo de conhecimento para dar base a prática da TO. O uso da ocupação foi aceito pelos fundadores, que se identificavam como terapeutas ocupacionais, como método de intervenção para o tratamento das doenças mentais e físicas. A perspectiva do terapeuta ocupacional se constituiu com um caráter ocupacional. Ele focalizava sua ação para as pessoas e em sua saúde no contexto da cultura da vida diária e suas atividades (GORDON, 2011; KIELHOFNER; BURKE, 1977).

Para Kielhofner e Burke (1977), o primeiro modelo de intervenção da TO definido pelos fundadores pode ser definido como *paradigma da ocupação*.

O paradigma da terapia ocupacional inicial é impressionante tanto a partir da perspectiva de sua orientação teórica “holística” como da natureza sofisticadas das metodologias de tratamento que empregava. Em muitas maneiras o paradigma da ocupação foi um esquema conceitual bem além do seu tempo. Abrangia o reconhecimento de que a saúde de um indivíduo estava vinculada às complexidades das experiências diárias em um mundo físico e social complexo. Era também um conceito arrojado: o paradigma ocupacional propunha que o homem não tinha somente o direito de se livrar de doenças, mas também o direito à respeitabilidade e à auto-satisfação em sua existência. (KIELHOFNER e BURKE, 1977, p. 06-07).

Na tarefa de pesquisa para construção do primeiro modelo de intervenção de TO, tem destaque o renomado psicobiólogo, neuropatologista, Adolph Meyer, que publicou o estudo *The Philosophy of Occupational Therapy* (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p.11; GORDON, 2011, p. 209). Segundo Kielhofner e Burke (1977),

a psicobiologia de Meyer postulava a visão de que a doença mental devia ser compreendida a partir da perspectiva da visão de Homem como um organismo complexo – psicológico e biológico – interagindo dentro de um mundo social. O enfoque do paradigma era mais sobre o estilo de vida do Homem do que sobre o seu cérebro. [...] enfatizou a importância da função organizadora do tempo e propunha que a saúde devia ser vista dentro do contexto da vida diária com seu equilíbrio do trabalho, repouso e sono. [...] a desorganização do papel social [...] foi o problema central de interesse no esquema para atendimento do paciente. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p.10).

Kielhofner e Burke (1977) sintetiza o primeiro modelo de intervenção em TO nas seguintes ideias:

a base teórica para o tratamento repousa nos princípios de Tratamento Moral e na teoria psicobiológica de Adolph Meyer. Os pacientes eram vistos a partir da perspectiva de seus papéis produtivos em sociedade e seu direito à respeitabilidade. Os problemas eram os de ruptura de papel e da degeneração de hábitos e do corpo. A tecnologia ou métodos de solução incluíam programas graduados de atividade intencional que estimulavam atitudes habilidades e hábitos adequados para o trabalho e lazer na vida normal. O objetivo da terapia era a recuperação do paciente para um comportamento aceitável, produtivo dentro da sociedade. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p.15).

O primeiro modelo de intervenção utilizado no período da Primeira e Segunda Guerra Mundial. É a partir dele que a TO ganha notoriedade e alavanca o seu processo de profissionalização, em especial nos Estados Unidos.

As Guerras Mundiais propiciaram um grande impulso para o crescimento da terapia ocupacional. Logo após a profissão ser criada, os Estados Unidos entraram na Primeira Guerra Mundial. Isto gerou uma chamada imediata de voluntárias, conhecidas como ‘auxiliares de reconstrução’, para assistir os homens feridos [...] As auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional forneciam instruções sobre ofícios [...] Em torno do final da guerra, quase 1.200 auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional contribuía com seus serviços. [...] A Segunda Guerra Mundial [...] ressaltou o valor da terapia ocupacional para o auxílio das pessoas doentes e feridas. Diferente do que ocorreu na Primeira Guerra Mundial, os terapeutas ocupacionais [...] atingiram o reconhecimento oficial do *status* de militar. [...] Em torno de 1945, eram 21 programas educacionais e 3.224 terapeutas ocupacionais [...] As demandas da Segunda Guerra Mundial exigiram uma modificação nos meios terapêuticos empregados [...] a ênfase sobre trabalhos manuais [...] deslocou-se para habilidades mais práticas ligadas ao trabalho. As Guerras Mundiais ajudaram a aumentar a consciência pública dos benefícios da terapia ocupacional e forneceram uma oportunidade para que os terapeutas provassem sua competência e valor social. (SCHWARTZ, 2002, p. 798).

Neste sentido, inicialmente a TO se firmou como uma profissão que fazia uso das ocupações prescritas, intencionais e produtivas, com o objetivo de restaurar a saúde, funções específicas e qualidade de vida, ou para retrainar hábitos ocupacionais produtivos” (HAGEDRORN, 2007, p. 7). De 1920 a 1930, a prática da TO se desenvolveu baseada nesses pressupostos, os quais foram desafiados pelo reducionismo científico praticado nas ciências da vida.

Com o declínio do modelo de intervenção com foco nas ocupações, enquanto fundamento para prática da TO, surgem três modelos de intervenção em TO baseados no que Kielhofner e Burke (1977) definiu como *paradigma reducionista*. Assim, durante as décadas de 1940 e 1950, a TO foi pressionada pela Medicina para adotar a forma de pensar e agir do reducionismo<sup>55</sup>, que se constituía o fundamento do modelo biomédico. Os terapeutas ocupacionais passaram a se basear nos princípios da biofísica e bioquímica e na perspectiva psicanalítica da psiquiatria para orientar a sua ação profissional,

a comunidade médica exerceu uma pressão crescente sobre a terapia ocupacional [...] Médicos e terapeutas começaram a propor pontos de vista que desafiavam o paradigma da ocupação e propuseram novos conceitos consistentes com o método do reducionismo. [...] O paradigma da ocupação não confrontava a patologia [...] de acordo com os protagonistas dessa nova perspectiva, o paradigma da ocupação, que aplicava seus princípios ao comportamento desordenado apenas com base no senso comum, não era científico. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p.17).

Desta forma, as décadas de 1940 e 1950 foram marcadas pela introdução do reducionismo como base para o desenvolvimento das práticas em TO. Nesse momento, é possível inferir que o campo de luta na TO estava composto minimamente pela coexistência de modelos de intervenção baseado no holismo filosófico e no paradigma reducionista. Esses modelos de intervenção orientavam os métodos e técnicas que eram utilizadas pelos terapeutas ocupacionais. De forma geral, a diferença central está associada ao fato de que a orientação do holismo filosófico direcionava os terapeutas ocupacionais a buscarem soluções para os problemas do homem leigo na dimensão externa ao indivíduo em relação ao seu

---

<sup>55</sup> “O reducionismo representa uma forma de inquirição racional que teve como pioneiras as ciências físicas [...]. O termo reducionismo se refere a um enfoque científico para reduzir o mundo empírico a seu último denominador comum para explicação. Isto significa que cada fenômeno estudado pelos cientistas devia ser reduzido ou dividido em partes ou unidades separadas mensuráveis. Posteriormente, as unidades seriam medidas e seu relacionamento com uma unidade poderia, então, ser especificada. Finalmente, a esperança era a de que quando todas as unidades e relacionamentos tivessem sido descritos a nível microscópico, poderiam ser reconstruídos para alcançar uma compreensão do todo e do seu funcionamento. [...]. O reducionismo deu caminho a grandes conquistas científicas e se tornou o paradigma dominante de toda a ciência ” (KIELHOFNER e BURKE, 1977, p. 16).

envolvimento em ocupações. Quanto ao reducionismo, este direcionava os terapeutas ocupacionais a buscar tais soluções na dimensão interna do indivíduo (o sistema musculoesquelético, o sistema nervoso e a estrutura intrapsíquica), buscando resolver problemas de ordem patológica e não necessariamente do envolvimento em ocupações.

A visão do Homem, neste paradigma [reducionismo] focalizava seus estados internos através das bases teóricas da cinesiologia, psicanálise e neurologia. O paradigma reducionista requeria uma mudança do foco [das ocupações] para um equilíbrio muscular, intrapsíquico e sensorio-motor. Não em desacordo com o resto das ciências da vida, o campo da terapia ocupacional fez a troca para uma compreensão mais profunda do Homem através de mecanismos internos e, na troca, teve que abandonar a amplitude em favor da profundidade; a universalidade e a versatilidade em favor do esforço concentrado. [...] O paradigma reducionista tomou [forma em] três modelos dominantes de tratamento: modelo cinesiológico; modelo psicanalítico ou de comunicação interpessoal; e o modelo integrativo sensorial ou neurológico (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 18;19).

Apesar de Kielhofner e Burke (1977) apontarem para a mudança de foco no uso das ocupações no que diz respeito a seus efeitos terapêuticos, isto é, da dimensão externa ao indivíduo (o ambiente pessoal e social) para a dimensão interna do indivíduo (cérebro, ossos-músculos-nervos e a psique), observa-se a permanência do uso da ocupação com fins terapêuticos como objeto de trabalho do terapeuta ocupacional.

Kielhofner e Burke (1977) ainda apontam que as mudanças na ciência, advindas do paradigma reducionista, e a dependência teórica da TO da Medicina levaram os terapeutas ocupacionais a abandonarem o seu paradigma de origem, para responder ao objeto de estudo do campo médico (tratamento de doenças e suas sequelas), mudando assim a forma de analisar as ocupações. Do ponto de vista da experiência cotidiana, do tempo e do lugar, e para o ponto de vista reducionista, positivista, do sintoma, da parte do corpo.

Entretanto, acredita-se não se trata de abandono do modelo de intervenção em si, mas de uma necessidade de atualização do objeto de trabalho frente às mudanças no campo do conhecimento científico e da Medicina, aos quais a TO é subordinada enquanto profissão de consulta e paramédica. Retomando as ideias de Freidson (2009), ao contrário de uma profissão acadêmica que é responsável por produzir o conhecimento científico, a profissão de consulta é responsável por utilizar o conhecimento científico produzido para resolver os problemas do homem leigo.

A pressão da profissão médica, enquanto detentora do monopólio e da determinação do trabalho de cura, nas décadas de 1940 e 1950, motivou os terapeutas ocupacionais a buscarem novos modelos de intervenção que respondessem aos problemas do homem leigo de interesse da Medicina. O resultado dessa pressão foi orientação teórico-metodológica da

prática via modelos explicativos: o cinesiológico, o neurológico e o psicanalítico (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 19).

Vale ressaltar que essa não foi a primeira e única pressão que a TO sofreu da profissão médica. O primeiro modelo de intervenção baseado no holismo filosófico, denominado por Kielhofner e Burke (1977) de paradigma da ocupação, também foi motivado por pressões médicas, as quais motivaram interações entre médicos e demais interessados no uso da ocupação para fins terapêuticos. Em suma, a própria fundação da TO foi motivada por uma necessidade prática percebida na divisão do trabalho de cura, sob o comando médico.

Assim, o paradigma reducionista da ciência produziu conhecimentos que passaram a ser aplicados no campo da saúde e, no caso da TO, esses conhecimentos foram reunidos em três modelos de intervenção: o modelo cinesiológico, neurológico e psicanalítico. Esses modelos estavam vinculados à prática médica e era aceita como na comunidade acadêmica e médica com um método complementar no trabalho de cura. Para cumprir os objetivos desses três modelos de intervenção os terapeutas ocupacionais prescreviam ocupações, atividades ou tarefas e orientava os pacientes na realização dessas prescrições.

Ao que se percebe, as mudanças que ocorreram no uso das ocupações pelos terapeutas ocupacionais, durante a coexistência dos modelos com foco na ocupação e os modelos cinesiológico, neurológico e psicanalítico, estiveram relacionadas aos problemas práticos do homem leigo que se apresentavam ao campo da TO a partir do encaminhamento médico, baseado numa expectativa social da capacidade técnica que os terapeutas ocupacionais possuíam de contribuir para solução de tais problemas.

Neste sentido, a prática em TO que se orientava pelo modelo de intervenção cinesiológico tinha com objetivo de

mobilizar, coordenar, reforçar segmentos corporais, desenvolver habilidades e resistência física para as atividades corporais necessárias, testar os componentes físicos de aptidão ocupacional, e promover a estabilidade psicológica através do ajustamento inteligente às limitações físicas inalteráveis. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 19).

Esse modelo de intervenção era passível de utilização em serviços de reabilitação física e tinha como meta: capacitar o indivíduo para o autocuidado, para a vida normal em sociedade e o exercício de uma ocupação econômica, em acordo com suas capacidades remanescentes e das possibilidades de inserção no mundo do trabalho. Para dar conta dessa meta, o terapeuta ocupacional

se tornou um especialista na análise de equipamento adaptativo, em exercícios progressivos de resistência, em suportes funcionais, em atividades de vida diária, no desenvolvimento de tolerância ao trabalho em treinamento pré-vocacional. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 20).

O segundo, o modelo de intervenção neurológico, estava baseado na integração do desenvolvimento cognitivo, motor e emocional. Nesse modelo

focalizava-se no sistema neuromuscular do Homem, sendo sua preocupação primária o relacionamento de estímulos sensoriais com o resultado motor. Incluído sob orientação homeostática, a integração foi vista como a organização do cérebro em um estado de equilíbrio que tende a ser auto-perpetuadora. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 22).

Para o processo de intervenção em TO, foi desenvolvido “um padrão sistemático de técnicas e práticas de avaliação, com uma metodologia sofisticada e bem definida”. Tem destaque o trabalho de A. Jean Ayres<sup>56</sup>. Nesse modelo as atividades, enquanto terapia, tinha “a função de *input* sensorial [estímulo visual, auditivo, tátil, olfativo, gustativo]. Não se permitiam atividades artesanais ou recreativas que não estivessem contidas no ‘rol’ sistematizado de *inputs*” (KIELHOFNER; BURKE, 1985, p. 9 *apud* MEDEIROS, 2003, p. 51). Assim,

os programas de tratamento baseavam-se principalmente na intervenção sobre a integração neurofisiológica, através do controle do comportamento sensoriomotor, e, em segundo lugar, sobre os processos intelectuais. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 22 ).

O terceiro, o modelo psicanalítico, se constituiu como uma estratégia para a TO se aliar “à teoria psicanalítica, em uma tentativa de estabelecer uma base científica para a prática” (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 20). Nesse modelo,

os instrumentos conceituais para legitimar a terapia ocupacional psiquiátrica viam o Homem como um organismo redutor-de-tensões procurando a gratificação necessária para si mesmo em concomitância com as demandas ambientais. O papel do terapeuta era o de elicitar e promover o comportamento saudável da pessoa. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 21).

---

<sup>56</sup> A. Jean Ayres desenvolveu o método de integração sensorial. Para aplicação desse método é exigido uma formação específica após a graduação. Atualmente no Brasil, há um esforço para que ele seja regulamentado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) como sendo uma prática privativa do terapeuta ocupacional. O campo de luta que se trava em torno dessa regulamentação é evidência das dificuldades que os terapeutas ocupacionais enfrentam para a regulamentação de suas práticas no âmbito do sistema de conselhos de classe.

Assim o modelo psicanalítico se baseou em estratégias que promovessem “experiências agradáveis ao paciente, oportunidades para ‘trabalharem’ ou sublimarem sentimentos”. Os objetivos do tratamento eram “a maturação psicosexual, a comunicação efetiva e a expressão e a redução de sintomas” (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 21). Em relação ao processo do tratamento, seu cerne está voltado para

os limites da permissividade e apoio, com a finalidade de dar aos paciente segurança suficiente para observar seus sentimentos, e vir a dominar alguns de seus problemas. Dava-se importância central ao estabelecimento de um relacionamento com uma pessoa, de tal forma que o relacionamento terapeuta-paciente era visto como o núcleo de tratamento (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 21).

Destarte, no período de 1930 a 1970, os três modelos de intervenção supracitados foram caminhos que a TO percorreu para dar conta do avanço tecnológico e da pressão da Medicina, que estava subordinada ao paradigma reducionista. Gradualmente, a profissão trouxe para seu campo de estudo e intervenção as visões reducionistas do homem, saúde e doença. Nesse período, os terapeutas ocupacionais se afastaram de seu primeiro modelo de intervenção baseado no holismo filosófico, tendo como finalidade o envolvimento na ocupação. (DICKIE, 2011, p.17).

A perspectiva reducionista foi utilizada pelos terapeutas ocupacionais para explicar a relação entre as ocupações prescritas, objetivos terapêuticos e resultado. Para dar conta da linguagem do campo da saúde, a TO incorporou conhecimentos aplicados válidos em outros campos profissionais, como a Anatomia, a Medicina, a Psicanálise, a Psicologia, a Enfermagem, a Sociologia, a tecnologia e o *design*. Nesse período, como uma profissão jovem, seu foco “estava no desenvolvimento da prática, sobre ‘o que é feito’ mais do que sobre as ‘razões pelas quais se faz’”. (HAGEDORN, 2007, p. 5-8).

O processo de mudança de orientação epistemológica nos modelos de intervenção, isto é, do holismo filosófico para o reducionismo, foi justificado na necessidade dos os terapeutas ocupacionais construírem a validade da prática da TO, em relação aos reais efeitos de sua intervenção na divisão do trabalho de cura. (DICKIE, 2011, p.17).

Assim, a profissão passou a utilizar-se de referenciais reducionistas, que trouxeram para o campo da TO, entre outras práticas, o uso dos exercícios (motores, sensoriais, cognitivos, expressivos, etc) e do treino de atividades e tarefas da vida cotidiana, de forma desconectada do contexto e do significado. (HAGEDORN, 2007, p.8).

Outra consequência da influência do paradigma reducionista de ciência foi ter trazido para o campo da TO uma forma fragmentada de análise da ocupação. Essa análise não se

focava mais no significado atribuído pelo indivíduo à ocupação, mas em como uma ocupação afetava os aspectos motores, sensoriais, cognitivos, emocionais ou sociais do indivíduo. Aqui surge um procedimento específico do terapeuta ocupacional denominado de Análise de Atividades – não se fala em ocupações, mas em atividades.

Assim, as atividades como a pintura de uma tela eram fragmentadas em etapas para analisar as habilidades individuais requeridas, as ferramentas necessárias, o ambiente adequado e as instruções (modo de fazer), necessárias para execução dessas atividades. Ao mesmo tempo, a análise buscava indicar que tipo de habilidades um indivíduo poderia desenvolver ou aperfeiçoar ao realizar tal atividade. Por meio da análise de atividades, o terapeuta ocupacional inicialmente pretendia descobrir e no que se constituía uma atividade, sua forma de execução e o seu potencial terapêutico, de forma a dominá-la e adaptá-la ao tratamento de um indivíduo ou grupo de indivíduos.

Em síntese, a finalidade desse procedimento específico da TO era analisar e prescrever uma atividade ao indivíduo que contribuísse para a remissão dos sintomas patológicos ou diminuir as limitações causadas pelas sequelas de doenças mentais ou físicas. Os terapeutas ocupacionais acreditavam que a remissão de sintomas ou diminuição das limitações solucionaria os problemas práticos do homem leigo relacionados ao envolvimento e a participação nas atividades da vida cotidiana.

Conforme o modelo de intervenção de TO e o conhecimento científico que o orientava, foram estruturados protocolos de análise de atividades. Assim, as análises de atividades direcionadas a resolver problemas práticos relacionadas com a reabilitação física se focavam em conhecimentos como da anatomia relativos à biomecânica e da tecnologia de assistência (próteses, órteses). Quanto às análises de atividades voltadas a resolver problemas práticos, decorrentes de doenças mentais, estas eram baseadas em conhecimentos da psiquiatria e psicologia. O modelo neurológico guiava, em especial, as análises de atividades direcionadas a resolver problemas práticos do desenvolvimento neuropsicomotor ou sequelas de doenças neurológicas, como a Paralisia Cerebral (em crianças e adolescentes) e o Acidente Vascular Encefálico (em adultos e idosos).

Em suma, os três modelos de intervenção da TO supracitados, que se desenvolveram a partir da década de 1940 se tornaram hegemônicos e compuseram a base teórica para a prática da TO nas décadas de 1950 e 1960. Neles, a TO se sustentou para dar conta da prática em conformidade com o paradigma reducionista, assumido pelas ciências da vida e praticado no campo da saúde. No caso específico da TO,



o paradigma do reducionismo substituiu o paradigma original da ocupação [...]. As bases teóricas de todos os três modelos empregavam conceitos reducionistas, e, em consequência, a visão do homem focalizava os mecanismos internos. Os problemas eram definidos como déficits e a terapia era planejada para a redução ou alívio de estados deficitários. (KEILHOFNER; BURKE, 1977, p. 23).

Destarte, no período de 1930 a 1970, os três modelos supracitados foram caminhos que a TO percorreu para dar conta do avanço tecnológico e da pressão do paradigma reducionista de ciência. Nesse período, os terapeutas ocupacionais se afastaram de seu modelo de intervenção originário fundação – a ocupação humana. Gradualmente a profissão trouxe para seu campo de estudo e intervenção as visões reducionistas do homem, saúde e doença (DICKIE, 2011, p.17).

Retomando as ideias de Strauss, Elias e Freidson, é possível afirmar que as décadas de 1940, 1950 e 1960 compreendem um período em que houve um desenvolvimento de modelos de intervenção de TO, que influenciaram significativamente a elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional. Esses modelos juntamente com o primeiro modelo de intervenção se constituíram na base sobre a qual os terapeutas ocupacionais puderam se autoavaliar e serem avaliados por outros profissionais da saúde. Também foi a partir desses modelos que os terapeutas ocupacionais conseguiram compor um conjunto de procedimentos gerais e específicos da profissão.

Esse conjunto de procedimentos gerou o *habitus* profissional a ser compartilhado com as futuras gerações de terapeutas ocupacionais. Além disso, a despeito das contradições e disputas que esses modelos causaram no campo da TO, eles possibilitaram aos terapeutas ocupacionais evidenciar os bons resultados na solução de problemas práticos do homem leigo, pois como aponta Freidson (2009) a sobrevivência de uma profissão de consulta depende da afinidade entre o profissional e o homem leigo, e não apenas do direito legal exclusivo de praticá-la: “o trabalho só pode ser exercido, credenciado ou não, se for de alguma forma atraente para a clientela leiga” (FREIDSON, 2009, p. 96).

No final do século XX, os modelos de intervenção baseados tanto no holismo filosófico, quanto no paradigma reducionista de ciência, já estavam consolidados no campo da TO. Também no final desse século a TO já estava constituída como profissão em diversos países do mundo, entre eles o Brasil.

A expansão da profissão e o desenvolvimento de seus modelos de intervenção levaram os pesquisadores à revisão do conhecimento existente “em uma tentativa de separá-lo em partes e definir uma lógica única da profissão e o corpo de conhecimentos de práticas” (HAGEDORN, 2007, p.6). Para os estudiosos, a TO, em especial, nas décadas de 1940, 1950

e 1960 se desenvolveu a serviço da Medicina. Naquelas décadas, os terapeutas ocupacionais não buscaram responder a um objeto de estudo próprio, mas sim ao objeto da Medicina. Os estudiosos defendiam a necessidade de rever os fundamentos teóricos e práticos da TO com a finalidade de desenvolver modelos de intervenção baseados em um objeto de estudo próprio. Eles acreditavam ser possível, por meio desses estudos, redirecionar o objeto de trabalho da TO aos seus fundamentos originários. E também, propor um constructo científico no nível da elaboração e sistematização de sua teoria prática. (MEDEIROS, 2003, p. 112).

Neste sentido, Kielhofner e Burke (1977) apontam que essa necessidade de revisão dos fundamentos teóricos e práticos da TO era decorrente do declínio do paradigma reducionista praticado pelas ciências da vida. Para ele,

a estratégia reducionista das ciências da vida falhou em sua tentativa de chegar a uma compreensão dos processos de vida através de exames de unidades isoladas da realidade e do ajuntamento de pedaços de informação. [...]. Dentro da disputa dos serviços de saúde, a visão reducionista, homeostática do homem, aceita pelo modelo médico, falhou especialmente ao não tratar dos problemas crônicos. Os problemas deste grupo estendiam-se para além de suas deficiências internas em seu fracasso para ser bem sucedidos em sociedade. Os problemas de adaptação social, para os quais o modelo médico era inadequado e que não eram tratados pelo reducionismo, são anomalias que acentuaram o fracasso do reducionismo na disputa [da] clínica da terapia ocupacional. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 31).

Kielhofner e Burke (1977) defendem a construção de um novo paradigma para TO, o qual ele denominou de *paradigma emergente*<sup>57</sup>. Para os referidos autores esse novo paradigma deveria conter três elementos fundamentais, a saber: a base teórica da TO; a visão de homem aceita na profissão; problemas, objetivos e métodos de solução. Em síntese, pode-se apontar que

o corpo de conhecimento do paradigma original da ocupação é essencial para a identidade do campo e deve ser modernizado. A tecnologia do reducionismo deve ser mantida para as clínicas onde deficiências sérias impedem a aquisição de habilidades de competência e ameaçam a ruptura através de uma degeneração ainda maior de mecanismos internos. A organização de ambas as perspectivas, isto é, dos paradigmas da ocupação e reducionista, é necessária em conformidade com o paradigma emergente. (KIELHOFNER; BURKE, 1977. p. 30, grifos nossos).

Assim, a base teórica para lidar com os problemas da adaptação do incapacitado deve permitir uma compreensão da adaptação do homem. Isto é, o “novo conhecimento deve evoluir a fim de dar apoio a uma compreensão dos sistemas da vida e do Homem”.

---

<sup>57</sup> Entende-se aqui, pelas razões expostas no início desse capítulo, que o termo *paradigma emergente* é inapropriado, na acepção de Thomas Kuhn; nesse caso, paradigma emergente pode ser compreendido como o *modelo do objeto profissional*.

(KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 28). Interessa perceber que o paradigma emergente, proposto por Kielhofner e Burke (1977), resulta de uma síntese dos anteriores e traz como novidade o interesse pelo Sistema da Vida e do Homem.

A visão de homem aceita num possível modelo de intervenção profissional deve pressupor que

o Homem deve ser compreendido como um organismo que se utiliza de símbolos, um organismo social; esta visão biossocial do Homem requer uma perspectiva interdisciplinar. [...] deve expandir os esforços de descrição do Homem através de seus componentes internos de movimento “circuicidade” (n.t. = referente a um esquema de circuito elétrico), maturação, com fim de compilar uma visão de homem ocupando ativamente um mundo físico, temporal e simbólico. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 28-29, grifo nosso).

Desta forma, a base teórica e a visão de homem apontam para a terceira especificação do que poderia vir a ser um modelo de objeto profissional em TO<sup>58</sup>: “uma metodologia positiva dirigida aos problemas de ruptura de papel social e orientada para os objetivos de adaptação à ecologia social”. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 30). Isto é,

coerentemente com a visão abrangente de Homem, deverá ser o necessário interesse por sua capacidade de desempenhar papéis sociais produtivos. Os objetivos de tratamento precisarão focalizar a adaptação do indivíduo incapacitado junto à sua família, vizinhança e comunidade. Reconhecendo-se que os modelos lineares de causa e efeito do reductionismo não podem mais fornecer uma tecnologia completa para o tratamento (isto é, competência não se segue imediatamente à eliminação da deficiência), deve haver uma troca de concentração da redução de estados deficitários àquela do desenvolvimento da competência a despeito das deficiências. (KIELHOFNER; BURKE, 1977, p. 30).

Para dar conta da tarefa de elaborar um modelo de objeto profissional em TO, os estudiosos defendiam a realização de estudos para melhor compreender as ocupações humanas.

O nosso interesse é, e deve ser, o conhecimento básico da ocupação. É aquele conhecimento que permite ao terapeuta ocupacional olhar uma atividade de vida diária de uma maneira exclusiva, permitindo, dessa forma, determinar melhor como facilitar a consecução do objetivo do paciente ou cliente. Nosso domínio exclusivo é a ocupação. Devemos melhorá-la, pesquisá-la, sistematizá-la de tal forma que ela se torne evidente, definível e vendável. (KIELHOFNER; BURKE, 1985, 77 *apud* MEDEIROS, 2003, p. 110).

---

<sup>58</sup> A expressão *modelo do objeto profissional* é proposta por Marília Caníglio, terapeuta ocupacional que se dedica ao estudo das bases epistemológicas da TO no Brasil. Para Caníglio (2005), o Modelo do Objeto Profissional (MOP) é aquele pelo meio do qual a profissão se define e se especifica tendo como eixo de referência seu objeto profissional e todo o conhecimento que o circunda e o viabiliza. O objeto se refere ao produto do trabalho do profissional. Para mais detalhes ver: CANÍGLIA (2005).

Esses interesses levaram ao avanço na pesquisa em torno da ocupação. Para os estudiosos, o termo *ocupação* carecia de uma definição

em correspondência direta com o princípio de que como ‘todo comportamento humano é um amálgama de vários fatores genéticos, de desenvolvimento e biológicos, modificados pelo sistema social, cultural e psicológico nos quais as pessoas vivem e trabalham’. (BURKE, 1985, p. 04 *apud* MEDEIROS, 2003, p. 115).

É a partir dessa nova forma de conceber a ocupação humana que a formação do terapeuta ocupacional precisou ser repensada no sentido de buscar novos conhecimentos em outras ciências que não as biológicas e médicas, pois essas não são suficientes para dar conta do que viria a ser o modelo do objeto profissional na expectativa de estudiosos da TO e dos terapeutas ocupacionais. Assim, conhecimentos das ciências humanas e sociais (psicologia e sociologia) foram gradualmente sendo inseridos na matriz curricular dos cursos de formação em TO, como forma de ampliar a compreensão de ocupação no campo da TO. (MEDEIROS, 2003, p. 116).

A partir do exposto até o momento, percebe-se que as mudanças nos modelos de intervenção em TO impulsionaram a atualização do seu objeto profissional e de sua identidade profissional. Por volta da década de 1980, iniciou-se no campo da TO uma reação em favor do retorno modelo de intervenção baseado na ocupação humana (DICKIE, 2011; HAGEDORN, 2007, p. 8). Essa reação foi influenciada pela incorporação dos conhecimentos das ciências humanas e sociais e pelo paradigma fenomenológico. Teoricamente, é possível apontar duas mudanças: a) do modelo biomédico pelo modelo biopsicossocial da deficiência para orientar as práticas em reabilitação física; e b) dos modelos baseados na psiquiatria clássica para modelos baseados na reabilitação psicossocial para orientar as práticas em saúde mental.

Essa mudança fez com que a prática dos exercícios e treino de atividades da vida diária fossem substituídas gradualmente pelo envolvimento em ocupações significativas e produtivas nas áreas do autocuidado, do trabalho e do lazer. Em síntese, a meta do terapeuta ocupacional se fortaleceu em relação a facilitar, estimular, promover e garantir a autonomia, escolha e autorrealização dos indivíduos na vida cotidiana frente aos problemas que se apresentam durante a realização de uma ocupação. (HAGEDRON, 2007, p. 8-9).

Nos esforços empreendidos no final do século XX, por estudiosos e terapeutas ocupacionais, no sentido de desenvolver uma crítica aos modelos de intervenção baseados no paradigma reducionista e avançar na atualização desses modelos e criação de outros, eles

voltaram às raízes da TO aos seus fundamentos originários: “É como se a profissão [...] tivesse traçado um arco parabólico, partindo de suas raízes para voltar a elas.” (HAGEDORN, 2007). Observa-se que com o desenvolvimento da profissão cresceu a aceitação da ocupação como fundamento da TO. (KIELHOFNER; BURKE, 1997 *apud* DICKIE, 2011, p. 17).

As ideias de Pierre Bourdieu, em torno do conceito de *campo* e de *habitus*, auxilia na conclusão desse tópico. Nesse sentido, a TO enquanto um *campo em construção* pode ser entendida como um espaço relativamente autônomo, um microcosmo que jamais escapa as imposições do macrocosmo, dispondo assim de uma autonomia parcial, relativa, onde estão inseridos indivíduos e estruturas sociais que produzem, reproduzem e difundem a Terapia Ocupacional. Nesse sentido, a constituição da profissão é marcada por linhas de forças e de luta para conservar-se e legitimar-se no campo da saúde.

Desta forma, os indivíduos que se vinculam a TO criam um espaço que só existe de alguma forma a partir dessas vinculações e pelas relações objetivas que eles mantêm entre si. É a partir da estrutura das relações objetivas entre os indivíduos que se estabelece o que eles podem e não podem fazer, em acordo com a posição que ocupam no campo, como a posição de estudante, docente, profissional de campo, gestor de um serviço de TO, diretor de uma organização profissional. (BOURDIEU, 2004, p. 23).

No que se refere ao *habitus profissional* há que se acrescentar que os indivíduos possuem um *senso prático*, uma espécie de sistema adquirido de preferências, de princípios de visão e de divisão de estruturas cognitivas duradouras e de esquema de ação que orientam a percepção da situação e a resposta adequada. Isto é, em suma, o *habitus* pode ser entendido como o *senso prático* dos terapeutas ocupacionais que indica o que se deve fazer em dada situação, isso é, a arte de antecipar o futuro. (BOURDIEU, 1996, p. 42; BOURDIEU, 2003, p. 169).

O processo de desenvolvimento de fundamentos teórico-práticos da TO é indicativo de como a incorporação de modelos de intervenção motivaram lutas entre terapeutas ocupacionais que produziram mudanças na estrutura do campo. Essas mudanças decorreram das estratégias utilizadas pelos terapeutas ocupacionais na luta pela conservação ou modificação do seu *habitus* profissional e, conseqüentemente, do campo propriamente dito. Ao considerar a TO como um campo, pode-se entender o *habitus* como um elemento mediador das posições dos terapeutas ocupacionais no espaço social (BOURDIEU, 1996, p. 42; BOURDIEU, 2003, p. 169).

A seguir apresentam-se correlações entre os modelos de intervenção de TO discutidos neste tópico e o processo de profissionalização da TO no Brasil.

### 3.3.2 Modelos de Intervenção e a Profissionalização da Terapia Ocupacional no Brasil

Apresentam-se a seguir correlações entre os modelos de intervenção de TO que se utilizavam nas décadas de 1940 e 1950 nos países fundadores da TO – Estados Unidos e Canadá – e a expansão do uso da ocupação como recurso terapêutico no Brasil, nas instituições criadas para o tratamento das doenças mentais e físicas.

Conforme apontado no tópico anterior, a prática da TO nos países fundadores da TO, nas décadas de 1940 e 1950, esteve orientada pelo paradigma reducionista de ciência. Esse paradigma contribuiu para o declínio do modelo de intervenção de TO baseado no uso das ocupações – primeiro modelo de intervenção da TO. Entretanto, observa-se que o primeiro modelo de intervenção da TO em declínio, juntamente com o modelo de intervenção psicanalítico, foi utilizado no Brasil, na mesma época, por médicos para a orientação e supervisão do pessoal que executa a terapêutica ocupacional (MATTOS, 1929; SOARES, 1991).

Nas décadas de 1940 e 1950, expandiu-se no Brasil a prática do uso da ocupação com fins terapêuticos. Essa prática de cura, seguindo o avanço do conhecimento no campo da saúde no tratamento das doenças mentais, foi denominada de terapêutica ocupacional.

Desta forma, infere-se que o modelo baseado no uso de ocupações e o modelo psicanalítico, em certo grau, funcionaram como um articulador entre a TO que se praticava nos países fundadores e a terapêutica ocupacional no Brasil. Esses dois modelos foram utilizados para orientar a prática do uso da ocupação com fins terapêuticos sob a prescrição, orientação e controle dos médicos. É neste cenário que surge a primeira geração da TO, denominada nesta tese de *Práticos de TO*. Desse tema, o capítulo 4 tratará em mais detalhes.

O desenvolvimento da TO no Brasil, ao contrário dos países fundadores, está relacionado com os cursos de formação profissional que surgiram na década de 1950 e que, na década de 1960, foram reconhecidos como de nível superior. No final da década de 1950, os modelos cinesiológico e neurológico se constituíram como bases teóricas para esses cursos de TO (SOARES, 1991).

Esses modelos de intervenção ofereciam uma orientação pragmática as demandas que justificaram a criação de cursos de TO no Brasil como, por exemplo, o tratamento de indivíduos com sequelas da Poliomielite que requeria ações de reabilitação. Posteriormente, em paralelo ao reconhecimento desses cursos como oficiais (em 1964) e a regulamentação da profissão (em 1969), surge a demanda por terapeutas ocupacionais em serviços vinculados à especialidade médica da psiquiatria. Nesse momento, a prática da TO, exercida por terapeutas

ocupacionais formados nos primeiros cursos oficiais, se vincula ao modelo psicanalítico (SOARES, 1991; MEDEIROS, 2003; BARROS, 2008). Vale ressaltar que os dois primeiros cursos de TO, reconhecidos como de nível superior, tinham sua orientação teórico-pedagógica baseada numa concepção de TO dos países fundadores.

Nas décadas de 1960 e 1970, em meio às turbulências teóricas e práticas decorrentes das mudanças nos modelos de intervenção da TO, nos países fundadores, a formação profissional de TO no Brasil ganha fôlego e são criados novos cursos na região Sudeste (Minas Gerais) e a formação profissional expande para a região nordeste, nos estados de Pernambuco e da Bahia. (SOARES, 1991, p. 156).

O reconhecimento de cursos de formação como de nível superior alavancou o processo de profissionalização da TO no Brasil. A partir da década de 1960, os modelos de intervenção – cinesiológico, psicanalítico e neurológico – constituíram a base teórica para os cursos de formação em TO no Brasil e a TO passou a ser “a terapia das especialidades médicas”. (MEDEIROS, 2003, p. 53; 111).

Durante a pesquisa documental, constatou-se que é comum em matrizes curriculares de cursos de graduação em TO disciplinas intituladas como: Terapia Ocupacional Aplicada à Neurologia, à Ortopedia, à Psiquiatria, à Clínica Médica, à Pediatria, à Geriatria, entre outras. Na pesquisa empírica, observou-se que essas nomeações tem sido tema de discussão e debate nos processos de ajustes e reformulação curricular. Muitos docentes acreditam que tais nomeações orientam as disciplinas para discussão de temas relacionados ao processo saúde-doença baseada numa perspectiva do modelo biomédico.

Em relação ao exercício profissional, no que diz respeito à inserção no mercado de trabalho, o entendimento da TO como “terapia das especialidades médicas” influenciou a inserção dos terapeutas ocupacionais nos serviços de reabilitação e de saúde mental e em hospitais gerais e especializados. No que diz respeito à prática profissional em si, os modelos cinesiológico, neurológico e psicanalítico produziram um efeito distintivo nos serviços supracitados. Por exemplo: nos serviços de reabilitação o foco estava na utilização dos exercícios e treinos de atividades de vida diária (modelo cinesiológico e neurológico); nos serviços de saúde mental, o foco estava na utilização de atividades expressivas, artesanais e recreativas, entre outras (modelo psicanalítico); e nos hospitais gerais, havia uma mescla dos três modelos. Os participantes da pesquisa ao explicar a prática do terapeuta ocupacional, em sua maioria, buscaram exemplos de problemas práticos e suas respectivas soluções que se vinculam as orientações teórico-metodológicas dos modelos cinesiológico, neurológico e

psicanalítico. Eles, também, utilizam tais orientações dos modelos para justificar o que entendem enquanto elementos de distinção entre a TO e outras profissões.

Vale destacar que, apesar da maioria das especialidades da TO no Brasil se constituírem associadas ao campo da Medicina, como *Terapia Ocupacional em Saúde Mental*, *Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares*, há no campo da TO uma especialidade que se constitui como exceção, denominada de *Terapia Ocupacional em Contexto Sociais*. Em sua maioria, os serviços que se caracterizam como área de atuação desta especialidade não estão sob a lógica de domínio do campo da Medicina. O processo de trabalho do terapeuta ocupacional não está orientado ao tratamento de cura, nem tampouco faz parte da divisão do trabalho de cura sob o controle e determinação do médico. As equipes multiprofissionais desses serviços, preferencialmente, são compostas por profissionais das ciências humanas e sociais como assistentes sociais, psicólogos, educadores e sociólogos. Um exemplo de população alvo de intervenção do terapeuta ocupacional que trabalho nos Contextos Sociais são indivíduos e coletivos em vulnerabilidade social. Uma das perspectivas teóricas que orientam o trabalho nos Contextos Sociais é a Terapia Ocupacional Social. Lopes e Malfitano (2016) apontam para pesquisas que vêm sendo desenvolvidas com o objetivo de desenvolver tecnologias sociais de inserção, participação e autonomia. Como público alvo dessas pesquisas encontram-se crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidades social, populações em situação de rua, pessoas com deficiência ou com transtorno mental em processo de inserção social (por exemplo, programas/projetos de geração de renda), entre outros.

No que tange às organizações profissionais, entre o final da década de 1960 e a década de 70 a TO é regulamentada como profissão no Brasil, juntamente com a Fisioterapia, como fruto de conquistas em lutas empreendidas por associações profissionais dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Ainda, nesse mesmo período, é criado o Sistema de Conselhos de Classe – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e três conselhos regionais, com sede nos estados de Pernambuco, do Rio de Janeiro e São Paulo.

Após a regulamentação da profissão e a expansão dos cursos de graduação pelo país, observa-se que na década de 1980 e 1990 os modelos reducionistas (cinesiológico, neurológico e psicanalíticos) eram hegemônicos e orientavam a formação e o exercício profissional (MEDEIROS, 2003). Embora a organização profissional responsável pela regulamentação profissional – o sistema de conselho de classe – não se utilizava da orientação teórica e metodológica de tais modelos para a elaboração de resoluções que permitisse a



regulação e fiscalização do exercício profissional. O processo de regulamentação da profissão via conselhos de classe é tema do capítulo 5.

Retomando a questão da orientação pragmática dos modelos cinesiológico, neurológico e psicanalítico, apesar de sua hegemonia na formação profissional, a partir da década de 1980, estudos foram desenvolvidos por terapeutas ocupacionais no âmbito da academia com a finalidade de investigar os rumos teóricos e metodológicos da profissão no Brasil. Há que ressaltar que a maioria desses estudos foram realizados no campo das ciências da educação, humanas e sociais, sob a matriz analítica do materialismo histórico e dialético. Maria Heloisa da Rocha Medeiros, em seu estudo *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*, aponta que

seria prematuro, no caso brasileiro, indicar uma única tendência única emergente. Mas não se pode ignorar os estudos atuais desenvolvidos sobretudo em algumas universidades e nas práticas transformadoras do Sistema Único de Saúde atual, que se esforçam por sistematizar um modelo que tenha como pressuposto uma concepção materialista-histórica do homem e da sociedade. Um modelo que se propõe a ser utilizado no processo de libertação do homem inserido numa relação de produção capitalista para uma transformação radical da sociedade. Os terapeutas ocupacionais assumiram, no caso a perspectiva dos dominados, cientes de que a ciência e a educação foram frequentemente realizadas segundo os interesses da classe dominante, pondo-se assim a seu serviço. (MEDEIROS, 2003, p. 59).

Com base nas obras produzidas no âmbito de programa de pós-graduação, acessadas durante a pesquisa bibliográfica para essa tese, observou-se que a produção de conhecimento no período de 1980 a 2000 manteve-se vinculada à perspectiva materialista-histórica. Como exemplo são as dissertações e teses que foram defendidas nesse período por terapeutas ocupacionais. Em sua maioria, seus autores estavam vinculados, à época, às instituições de ensino onde desempenhavam o papel de docente em curso de graduação de TO. Pode-se citar as obras *Terapia Ocupacional* (1988), de Berenice Rosa Francisco; *Terapia Ocupacional: lógica do Capital ou do Trabalho?* (1991), de Léa Beatriz Teixeira Soares e *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social* (2003)<sup>59</sup>, de Maria Heloisa da Rocha Medeiros; as dissertações *Terapia Ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar – em busca de um depoimento coletivo*, de Sandra Maria Galheigo intitulada (1988) e *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*, de Lilian Vieira Magalhães intitulada (1989), ambas pela UNICAMP, e ainda As

---

<sup>59</sup> Apesar da data de publicação ser de 2003, este livro é resultado da dissertação e tese da autora, de 1989 e 1994, respectivamente.

*Correntes Metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo – 1970-1985 – contextualização e crítica* de Jussara de Mesquita Pinto.

Para além da produção no espaço de pós-graduação, entre outras obras de relevância para discussão da profissão, destaca-se esforço empreendido pela terapeuta ocupacional, Marília Caníglio, que de 1990 a 2005, publicou seis livros com foco na discussão epistemológica da Terapia Ocupacional: *Referências Teóricas* (1990), *Rumo ao Objeto da Terapia Ocupacional* (1991), *Modelos Teóricos Utilizados na Prática da Terapia Ocupacional* (1993), *Terapia Ocupacional: Objeto e Metodologia* (1994), *Terapia Ocupacional, Saúde Prática e Pós-Modernidade* (2000) e *Terapia Ocupacional: Um enfoque disciplinar* (2005).

Não poderia deixar de citar, nesse momento, a obra *Terapia Ocupacional: Guardanapos de Gavetas e outros guardados*, de Luiz Gonzaga Pereira Leal, que se constitui numa obra instigante àqueles que se interessem por diferentes perspectivas da TO. Apesar disso, conforme observado durante a pesquisa, essa obra não se encontra nas prateleiras das bibliotecas de cursos de graduação e, muito menos, de forma explícita nos discursos de estudantes de TO e terapeutas ocupacionais.

Sobre a obra de Leal (2005), antes mesmo de sua publicação, Nise da Silveira se referiu como “o livro de Luiz Gonzaga é excelente guia prático e teórico para a Terapia Ocupacional que vai se modernizando. Eleva este método terapêutico a níveis mais altos” (LEAL, 2005, s/p). Sônia Ferrari, terapeuta ocupacional, na apresentação da obra, se refere a Luiz Gonzaga Leal como:

como apresentá-lo sem cair em lugares comuns, conhecidos e reconhecidos, com seu rico e sempre múltiplo percurso como terapeuta ocupacional, clínico e estudioso tanto da Terapia Ocupacional como das diferentes disciplinas que fazem interface com ela: das artes à filosofia, da psicanálise à antropologia. Talvez devesse falar do terapeuta ocupacional instigante, polêmico, provocador, inventor, criador, sempre preocupado em teorizar sobre a clínica, formador e transformador da Terapia Ocupacional tanto dentro das instituições pelas quais passou, deixando suas marcas, como de suas intervenções no campo social e cultural. (FERRARI, 2005, p. 10).

A intenção aqui não é se delongar sobre a obra em si, mas no que ela representa na TO. Isto é, do lugar que ocupam todos aqueles e suas práticas, que em seus discursos se vincularam à Abordagem Niseriana da terapia ocupacional – da psiquiatra Nise da Silveira – em oposição àquela terapia ocupacional que se legitimou com o processo de profissionalização no Brasil.

Nesse jogo social, os diferentes modelos de intervenção importados dos países fundadores da TO e modelos de TO genuinamente brasileiros, como o da psiquiatra Nise da Silveira e do terapeuta ocupacional Rui Chamone Jorge, formaram um campo de lutas onde se disputou formas de pensar e agir no mundo social particular da TO, em busca da definição do objeto de trabalho da TO e de sua identidade profissional.

Com o triunfo da terapia ocupacional propagada nos primeiros cursos oficiais de formação de TO, os atores e práticas vinculadas à Nise da Silveira, e os que no presente a ela se afiliam, estão num outro lado do rio que a terapia ocupacional hegemônica tenta invisibilizar pelo discurso científico hegemônico, em especial nos cursos de graduação de TO.

A esse respeito, Marcus Vinícius Machado de Almeida, terapeuta ocupacional, no prefácio da obra, assume um tom provocador e de denúncia. Sua denúncia conciliatória evidencia como o passado se atualiza e se projeta num futuro possível, e que, em certa medida, passado e futuro constituem o presente no campo da TO brasileira:

por que a terapia ocupacional pensa de forma tão apoteótica sobre si? Porque penso eu, é movida pela lei do desejo. É leal ao desejo. Sua lei é desejar. [...]. Porque a terapia ocupacional deve transitar no paradoxo entre a ciência, presente na área da saúde, e a arte constituinte dos fazeres. Assim, todo desejo caminha entre o ódio e o amor. [...] Tensão porque só podemos realiza-la por desejo, mas alguns protocolos acadêmicos tem que ser cumpridos! Por mais que sintamos a cada dia o crescimento da terapia ocupacional – e essa é uma verdade inegável – ela ainda permanece com um certo tom de ser mal compreendida, de que para entendê-la é preciso possuir outras sensibilidades, quase que divinatórias. Vários caminhos são tomados nessa direção, em busca sempre da fidelidade e da lealdade à terapia ocupacional. Alguns apresentam como uma ciência com seus métodos seguros e firmes, bem reconhecidos e legitimados, e em tom professoral afirmam que os males da terapia ocupacional estão nas mãos daqueles que a profanam com seus pensamentos herméticos e filosóficos. Estes são fiéis, pois querem a legitimação da terapia ocupacional através da ciência, e tem a difícil tarefa de verificar a normatização das atividades, descobrem as verdades do *macramê*<sup>60</sup>... Para esses terapeutas ocupacionais, os outros profissionais ditos filosóficos borrariam a profissão com caminhos poucos claros, que não levam à terapia ocupacional para a crista dos saberes médicos homologados pelo conhecimento autoritário e hegemônico. Do outro lado, os terapeutas filosóficos, espécie de messiânicos, proclamam uma dimensão ontológica para a terapia ocupacional. Uma natureza ocupacional invade os pensamentos e estes afirmam que o fazer é a condição humana, que organiza os homens, suas sociedades, sua cultura, sua transcendência, sua essencialidade, sua existência. Homem e fazeres tornam-se uma espécie de ovo e galinha. Surge então uma tensão na terapia ocupacional que é belíssima, belíssima porque faz fervilhar de pensamentos que ora são diferentes, ora paradoxais, ora excludentes. [...] Há várias seduções: ser mais científica ou ser mais poética. Há ainda aqueles que querem se manter na boa relação entre os dois lados. [...] e se ainda permanecemos nela, seguramente é por paixão, uma paixão que nos faz amar e odiar as facetas da própria terapia ocupacional. (ALMEIDA, 2005, p.12).

---

<sup>60</sup> Uma técnica de artesanato baseada no entrelaçamento de linhas, barbantes ou cordas, muita utilizada quando da introdução do uso da ocupação no Brasil.

Neste sentido, entende-se que a formação profissional e a produção de conhecimentos são fatores determinantes para a elaboração e atualização do objeto de trabalho de uma profissão e de sua identidade profissional, mas não os únicos. Como aponta Almeida (2005), a tensão entre as diferentes formas de conceber a TO, seja na academia ou no exercício profissional, colocou em posições antagônicas agentes que buscaram

organizar a terapia ocupacional em pensamentos seguros e precisos, como se pudessem fazer da atividade um arco de movimento universal, medido por goniômetro do deus absoluto. [...] Mas graças a muitas cantorias, algumas nordestina, a terapia ocupacional se fez também por outros goniômetros mais tortos. Tortos não porque não são precisos, mas porque se entortam precisamente nas distorções dos sonhos. Esses terapeutas são espécie de *ontólogos* que querem fazer da profissão uma potência para conceituar a vida, fazendo brotar um novo estilo de viver. [...] o *macramé* não é apenas um estimulador de arcos de movimento, é o tramar da própria vida. A atividade, a ocupação, o fazer humanizam o homem e guardam simples mistérios que se abrem quando o corpo age de forma intensiva. Esses terapeutas ocupacionais ora são patéticos, ora são poéticos, ora são políticos. São, porém, sempre sonhadores. Não produzem sonhos para se perderem em delírios de um mundo próprio, mas sonham com novos mundos ao seu lado, a sua frente, consigo mesmo e com outros. (ALMEIDA, 2005, p. 12-13).

Durante a pesquisa empírica percebi que os dois polos de que fala Almeida (2005), o goniômetro absoluto da reabilitação física e o goniômetro torto da saúde mental, são representativos das disputas entre formas tradicionais da prática da TO no Brasil, em especial, as que foram travadas nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Pernambuco, como *locus* dos primeiros cursos oficiais.

Entretanto, dessa oposição, nasce uma terceira posição que não se caracteriza por questões de “goniômetros”, enquanto analogia ao campo da saúde, em suas perspectivas de Saúde Mental e Reabilitação Física, mas por questões sociais. Essa terceira posição vai surgir fortemente no estado de São Paulo, na década de 1990 e, atualmente, está denominada Terapia Ocupacional Social.

A TO Social se constituiu, no Brasil, como uma orientação teórico-metodológica contra-hegemônica ao modelo biomédico. Durante as interações com os participantes da pesquisa percebeu-se que a crítica ao modelo biomédico, pelos terapeutas ocupacionais vinculados à TO Social, por vezes se direciona aos terapeutas ocupacionais que utilizam os modelos de intervenção cinesiológico, neurológico e psicanalítico para orientar suas práticas. Como apontado anteriormente, os modelos sob a crítica da TO Social deram base às duas primeiras vertentes da TO no Brasil: a Saúde Mental e a Reabilitação Física. Terapeutas ocupacionais vinculados à TO Social, por vezes, também justificam suas críticas às formas da divisão do trabalho de cura. Vale retomar aquilo que apontou Eliot Freidson acerca da

aceitação ou não por uma profissão paramédica em continuar sob o domínio médico. Para o referido auto,

o maior problema ocupacional de todos os trabalhadores reside em seu status de paramédico, que os obriga a trabalhar sob a direção do médico [...]. Então, ou eles aprendem a encontrar satisfação em tal subordinação ou descobrem alguma fonte de legitimação independente. [...] no último caso se obtiverem sucesso, eles assumem uma posição externa, senão paralela, à hierarquia médica. [...] Para alcançar a autonomia de uma profissão, uma ocupação paramédica tem de controlar razoavelmente um domínio de trabalho específico, que possa estar separado do campo global da Medicina e que a prática não exija o contato cotidiano com os médicos ou dependência da Medicina. (FREIDSON, 2009, p. 90; 87).

Segundo Lopez e Malfitano (2016), a TO Social surge no Brasil em no final da década de 1990 como fruto da motivação de docentes, terapeutas ocupacionais e pesquisadores em ocupar-se de problemas práticos advindos da questão social. Para as referidas autoras

a terapia ocupacional social no Brasil se desenvolveu tomando duas perspectivas teóricas complementares. A primeira tinha como parâmetro a análise dos processos sociais, sobretudo no final dos anos 1970 até meados da década de 1980 [...]. A segunda perspectiva nasce de outro questionamento, aquele que se referia ao saber médico-psicológico quanto a suas formas reducionistas de compreender e de lidar com os fenômenos que eram colocados sob o binômio “saúde-doença”, com base na disciplinarização e institucionalização de problemas sociais. [...]. Decorre, então, a necessidade de se lançar mão de conceitos que se reportem ao entendimento das dinâmicas das negociações sociais, incorporação de conhecimentos socioantropológicos aos conhecimentos específicos e o investimento em ações de caráter individual e coletivo, intervenções transdisciplinares, interprofissionais, intersetoriais, enfim, a construção daquilo que se denominou como ação no campo social e como terapia ocupacional social. (LOPES; MALFITANO, 2016, p. 17-20).

Assim, a perspectiva da TO Social traz elementos para se pensar, no caso brasileiro, numa outra forma de pensar e agir no campo da TO, para além da divisão do trabalho de cura. Entretanto, a TO no Brasil ainda enfrenta dificuldades em nomear um objeto de trabalho capaz de integrar essas três perspectivas: a Saúde Mental, a Reabilitação Física e a TO Social. E, conseqüentemente essa dificuldade reflete na atualização de sua identidade profissional. Retomando as ideias de Freidson (2009), falta à TO uma abordagem singular, independente da perspectiva de atuação do terapeuta ocupacional.

Considerar a TO Social, como uma perspectiva da TO no Brasil, tem por objetivo nessa tese facilitar o entendimento de embates que se colocam no campo da TO no Brasil, em torno do seu objeto de trabalho e de sua identidade profissional. Por exemplo, a partir dos conhecimentos produzidos pela TO Social, o objeto e a identidade da TO passaram por

questionamentos de ordem teóricas e práticas. Esses questionamentos produziram mudanças nos processos formativos de TO no Brasil, bem como no exercício profissional. Também como aponta autoras supracitadas, o conhecimento que foi produzido no campo da TO, a partir da TO Social, ofereceu a base para a elaboração de uma das Linhas de Pesquisa do primeiro Programa de Pós-Graduação em TO no Brasil.

Boa parte deste trabalho, no âmbito do ensino e da pesquisa, deu base à idealização da Linha de Pesquisa “Redes Sociais e Vulnerabilidades”, integrando e oferecendo sustentação ao primeiro programa de pós-graduação *stricto sensu* da área de Terapia Ocupacional na América do Sul, em 2009, o PPGTO/UFSCar, implantado em 2010. Esta linha tem como objeto de estudo as intervenções de terapia ocupacional com populações em situação de vulnerabilidade social e o desenvolvimento de tecnologias sociais de inserção, participação e autonomia. Dialoga com temáticas sociais, tais como a pobreza, as políticas sociais, a ocupação e circulação no espaço urbano, a identidade cultural, o acesso a serviços sociais (saúde, educação, cultura, assistência social, justiça e outros), a inserção no trabalho e correlatas. Seu aporte epistemológico vem da Saúde Coletiva, da Educação, das Ciências Sociais, especialmente da Antropologia e da Sociologia, e da Terapia Ocupacional Social, buscando fundamentar estudos acerca das práticas e dos processos de transformação cultural e de exclusão/inclusão social, da atenção territorial e comunitária, da educação, formal e não formal, combinando referências para a construção das metodologias de intervenção requeridas nesses contextos. (LOPES; MALFITANO, 2016, p. 17-20).

Com base na pesquisa empírica e nas ideias de Strauss (1999), observa-se que os terapeutas ocupacionais continuam se vinculando a mundos sociais particulares buscando, a partir deles, defender o que seria o seu objeto de trabalho e a identidade da profissão. A Saúde Mental e a Reabilitação Física por si só já se constituem em mundos sociais particulares, com suas estruturas sociais, indivíduos de diferentes profissões e métodos e técnicas de intervenção. Logo, apesar de influenciarem a elaboração da identidade do terapeuta ocupacional, a saúde mental e a reabilitação, não são objetos exclusivos de trabalho da TO, mas de todas as profissões que nelas atuam, não podendo, portanto, serem os únicos determinantes da identidade profissional e do objeto da TO. O mesmo entendimento se faz em relação à perspectiva da TO Social.

A partir das três perspectivas Saúde Mental (fenomenológica), Reabilitação Física (funcionalista) e Terapia Ocupacional Social (materialista histórica), os terapeutas ocupacionais se envolveram nos debates teórico- metodológicos e políticos sobre a prática junto à população atendida, no contexto dos serviços de saúde, educação e de assistência social. Essas três perspectiva estavam vinculadas a formas de pensar e agir segundo o pensamento fenomenológico, positivista-funcionalista e materialista histórico,

respectivamente. Ambas as perspectivas buscavam, cada uma ao seu modo, ultrapassar o discurso biomédico que foi incorporado nas práticas em TO, em década anteriores.

Esses debates, por um lado, podem ser tomados como evidência acerca do esforço na mudança do modelo biomédico para o modelo social da deficiência e do tratamento da loucura. Por outro, produziu um conjunto de disputas em torno das concepções teóricas que devem orientar a prática profissional, legitimar determinada visão da TO acerca do objeto de trabalho e da identidade profissional.

Nas décadas de 1980 e 1990 o discurso oriundo da produção do conhecimento em torno da superespecialização do conhecimento e da fragmentação do saber e das práticas em saúde levou os terapeutas ocupacionais a julgar como inapropriado reconhecer especialidades em TO, em acordo com as três perspectivas: Saúde Mental, Reabilitação Física e Terapia Ocupacional Social. Reconhecer especialidades se assemelhava a concordar com fragmentação do objeto profissional e, portanto, a uma profissão dividida. Era como assumir o modelo de especialidades da profissão médica, modelo criticado pelos terapeutas ocupacionais, em especial, por professores, pesquisadores dirigentes ou representantes de organizações profissionais que seguiam o pensamento materialista histórico.

A pretensão em se apresentar ao mundo social como uma profissão homogênea, inteira e sem especialidades pode ter dificultado a elaboração da identidade da TO e sua identificação nas estruturas sociais que constituem os mundos sociais particulares nos quais os terapeutas ocupacionais interagem. Por exemplo, o que se espera de um terapeuta ocupacional em um serviço de saúde mental, não é em si o mesmo que se espera deste profissional em um serviço de reabilitação física, nem tampouco em um serviço socio-assistencial (Sistema Único de Assistência Social). Acredito que existam áreas de intersecção entre as práticas em TO esperadas do terapeuta ocupacional nesses serviços. E talvez nessas intersecções possam se encontrar algo que constituam o objeto profissional da TO. Mas, a crítica pela não especialização impediu o encontro com o objeto profissional em si, e quem sabe com a própria identidade da TO. No Brasil, a disputa entre os terapeutas ocupacionais, em certa medida, foi mais em defender pressupostos teóricos das ciências biológicas, humanas e sociais em relação às práticas em saúde do que utilizar os diferentes pressupostos de tais ciências para desenvolver técnico e cientificamente aquilo que se constituiu como objeto fundante do trabalho do terapeuta ocupacional – o uso da ocupação com fins terapêuticos. Esse foi o objeto de intervenção que foi tomado como objeto de estudo e investigação e ofereceu as bases para a fundação da profissão, nos Estados Unidos e expansão pelo mundo.

#### 4 PRÁTICOS E TÉCNICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL 1940-1950

Este capítulo visa apresentar a primeira geração de TO<sup>61</sup>, no Brasil, a partir do surgimento dos práticos em TO<sup>62</sup> nas décadas de 1940 e 1950. O uso da ocupação com fins terapêuticos foi objeto de trabalho desses práticos, que juntamente com terapeutas ocupacionais, constituíram a primeira geração da TO<sup>63</sup> no Brasil. A primeira geração da TO, em especial os práticos, recebeu de médicos psiquiatras o conhecimento sobre o uso da ocupação com fins terapêuticos e as instruções práticas para o exercício profissional. Entre os psiquiatras, têm destaque Luiz Cerqueira e Nise da Silveira. O terapeuta ocupacional Luiz Gonzaga Leal relembra como entrou em contato com Nise da Silveira e com uma discípula de Luiz Cerqueira. Para Gonzaga (como é reconhecido na TO), esses encontros e as experiências vividas mudaram a sua trajetória profissional:

[...] Vê só... Eu fiz vestibular para Medicina [início da década de 1970]... não passei, claro, mas fui remanejado para fazer Fisioterapia, na UFPE [Universidade Federal de Pernambuco]... um curso sem poesia nenhuma... mas assim cumprir o curso... fiz um concurso para Residência em Brasília, no Hospital Sarah Kubitschek, passei... [Em Brasília] conheci o músico, o pianista Marco Caneca... e ele me disse: você precisa conhecer o Museu do Inconsciente no Rio de Janeiro... fui procurar a Dra. Nise por recomendação do Marco Caneca. E quando eu chego... eu me defronto com uma coisa poderosa do ponto de vista da poesia, do ponto de vista da arte, do ponto de vista de vida, sobretudo, de vida, de uma potência avassaladora, e que eu fui contagiado... Bom aí eu disse: eu quero fazer isso aqui:... E a Dra. Nise disse: precisa ser terapeuta ocupacional... Bom aí eu volto para [Recife], faço os dois anos de Terapia Ocupacional... faço um estágio numa clínica... [conheci] uma mulher, Jucedí Nunes Ribeiro, que tinha sido discípula de Luís Cerqueira... um dos psiquiatras, um dos pensadores mais interessante sobre Terapia Ocupacional, [isto é] o Cerqueira e a Nise, até porque pensavam enquanto humanistas... A minha convivência com a Nise, a minha convivência como estagiário com a Jucedí aqui foram muito determinantes para que pudesse pensar a Terapia Ocupacional enquanto um ofício de produção de vida. [Luiz Gonzaga Pereira Leal, terapeuta ocupacional graduado em 1976, ex-docente, clínico, Região Nordeste].

O relato de Gonzaga é evidência de interações entre psiquiatras, práticos e terapeutas ocupacionais e como a partir dessas interações entre indivíduos de diferentes gerações e com diferentes formações uma prática de cura se desenvolve, se atualiza e contribui para elaboração da identidade profissional.

<sup>61</sup> Relembrando, o termo *Terapia Ocupacional* grafado com iniciais maiúsculas e sua respectiva sigla (TO) são utilizados em referência à terapia ocupacional como profissão. Já o termo *terapia ocupacional* grafado com iniciais minúsculas será utilizado para se referir à terapia ocupacional como uma prática médica, uma das modalidades de terapêutica ocupacional.

<sup>62</sup> O termo *práticos de TO* se refere aos indivíduos que participam na divisão do trabalho de cura, sem curso de formação universitária em TO e que atuam sob a orientação dos médicos.

<sup>63</sup> O termo *geração* é utilizado nesta tese de forma ampla, para além da abordagem dada por Karl Mannheim ao referido termo.



Os *práticos em TO*, que iniciaram sua trajetória profissional no final da década de 1940, coexistiram com terapeutas ocupacionais até 1980. Outro exemplo dessa coexistência é o relato da terapeuta ocupacional Lisete Ribeiro Vaz, que após se graduar em TO em Minas Gerais se desloca para o Rio de Janeiro. Sobre suas primeiras experiências profissionais como terapeuta ocupacional, relata:

[...] quando eu cheguei aqui [no Rio de Janeiro] e vim trabalhar, em 1981, no Hospital Pinel... eles se chamavam... se intitulavam praxiterapeutas... e muitos haviam se formados nos cursos de Dra. Nise... então vou citar o nome... tem a Georgina, a Clementina, o Pereira, o Antônio Carlos, eles foram meus colegas lá no Hospital Pinel. (LISETE VAZ, terapeuta ocupacional, graduada 1980, docente, Região Sudeste).

A travessia dos *práticos* pela TO não teve seu percurso finalizado com a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional. Rita de Cássia Barcellos Bittencourt relembra seu primeiro contato com um *prático* em TO – uma praxiterapeuta - e revela a importância destes em sua formação profissional:

[...] quando eu comecei a estagiar, tinha assim, uma praxiterapeuta, que foi formada pela Nise da Silveira e tinha uma terapeuta ocupacional formada pela mesma escola que onde eu estudei, a FRASCE Quando eu cheguei, comecei a atuar, eu fui acolhida pela praxiterapeuta... por isso essa a minha paixão pela abordagem niseriana. Aí a Amauri que não tinha feito faculdade, tinha feito Terapia Ocupacional com a Nise me acolheu... eu te digo uma coisa: aprendi muito com essas mulheres, eu aprendi com as pessoas que fizeram o curso de Nise da Silveira... Amauri, nossa, Amauri foi a pessoa que me ensinou a trabalhar com grupo... Eu tenho até hoje uma amiga chamada Olinda que trabalhou comigo na Colônia Juliano Moreira, que era praxiterapeuta. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, graduada em 1987, docente, ex-conselheira do COFFITO, Região Sul).

Os depoimentos acima mostram que ao discutirmos a relação entre os *práticos* e os terapeutas ocupacionais com formação universitária, partimos da ideia de que “uma geração sucede à outra, aparecem gerações novas e desaparecem as velhas, e as gerações vivas mudam no processo” (STRAUSS, 1999, p. 142), na constituição de profissão. Assim, a terapia ocupacional no Brasil tem sua origem no trabalho dos *práticos* e as motivações sociais para o surgimento da primeira geração da TO decorreram do reconhecimento do uso da ocupação como um recurso terapêutico, na divisão do trabalho de cura. Esse reconhecimento produziu a crença de que, num primeiro momento os *práticos* e, num segundo momento, os terapeutas ocupacionais poderiam contribuir para trabalho de cura e a inclusão social de pessoas com doenças mentais ou físicas.

É relevante destacar novamente que, no Brasil, a Terapia Ocupacional surge na divisão do trabalho de cura a partir da introdução do uso da ocupação com fins terapêuticos, e

isso não deve ser confundido com a criação dos cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, nem tampouco com a regulamentação do exercício profissional desses profissionais. Assim é a partir da incorporação do discurso mundial que busco indicar o surgimento da primeira geração da TO: os práticos autodidatas e os terapeutas ocupacionais formados em curso superior no exterior e nos dois primeiros cursos de Reabilitação oferecidos no país. Os cursos de reabilitação não ofereciam diploma universitário. Além destes cursos, oferecia-se também formação a partir do treinamento em serviço.

Tendo em vista a complexidade que é tratar da primeira geração da TO, no Brasil, e de sua relevância para elaboração da identidade, e do objeto de trabalho dessa profissão, optou-se por demonstrar como o uso da ocupação com fins terapêuticos motivou as interações entre práticos, terapeutas ocupacionais e médicos, desde a introdução dessa prática no país até a profissionalização da TO.

Assim, o capítulo está dividido em três partes: (1) a introdução do uso da ocupação no Brasil e a formação e regulamentação profissional em Terapia Ocupacional; (2) os práticos em Terapia Ocupacional: o nascedouro do primeiro modelo de intervenção em TO no Brasil; (3) o Decreto-Lei nº 938/69 e a nova geração do TO. Na primeira parte, apresenta-se a introdução do uso da ocupação com fins terapêuticos e como a partir dela foram criados os cursos de formação para práticos e terapeutas ocupacionais; e, também, como a partir do desenvolvimento desta prática terapêutica criaram-se carreiras para o exercício profissional da Terapia Ocupacional. Na segunda parte, toma-se a obra de Octacília Josefa de Melo para demonstrar o que se entende aqui como sendo o de primeiro modelo de intervenção em TO no Brasil, responsável por gestar o objeto de trabalho da TO e orientar a elaboração da identidade profissional de um prático em TO, no período em que a terapia ocupacional ainda não era uma profissão. Por fim, a terceira parte busca demonstrar o impacto do Decreto-Lei nº 938/69 no exercício profissional da TO, na carreira dos práticos de TO e nas diretrizes curriculares que orientaram as matrizes dos cursos de formação de terapeutas ocupacionais, no período de 1960 a 2002.

#### 4.1 USO DA OCUPAÇÃO, FORMAÇÃO E REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL EM TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL

Em fins do século XIX e início do século XX, conforme se apontou no capítulo 3, a prática do uso da ocupação com fins terapêuticos era uma realidade na divisão do trabalho de

cura, especialmente, em instituições totais.<sup>64</sup> Tal prática recebeu diversas nomeações: *laborterapia*, *ergoterapia*, *praxiterapia* e *terapia ocupacional*. Essas nomeações, no século XX, foram reunidas sob a denominação de *terapêutica ocupacional*. Enquanto prática em saúde, a terapêutica ocupacional esteve sob o domínio médico, sendo considerada como coadjuvante no tratamento e cura das doenças e contava com a participação de práticos.

A psiquiatria foi a especialidade médica por onde se introduziu o uso terapêutico da ocupação, tendo destaque no século XIX os médicos José Clemente (1840), José Antônio Neves (1844) e Juliano Moreira (1890) e, no século XX, Gustavo Riedel (1917), Osório Cesar (1920), Ulisses Pernambucano (1930), Luiz Cerqueira (1934) e Nise da Silveira (1944).<sup>65</sup> A maioria desses psiquiatras brasileiros viajaram para países como Alemanha, Inglaterra, Bélgica, França, Itália, Portugal e Estados Unidos, em busca de conhecer instituições e serviços para o tratamento da doença mental. Esses médicos receberam influências de intelectuais europeus e estadunidenses como Herman Simonn, Carl Gustav Jung, Adolf Meyer e William Dunton Jr., que se dedicaram ao estudo da loucura e do uso da ocupação como um recurso terapêutico no trabalho de cura, (POMPEU e SILVA, 2011; VAZ, 2004). Observa-se que foi com base nesse intercâmbio que surgiram as propostas para o uso da ocupação nas instituições brasileiras voltadas ao tratamento das doenças mentais e, posteriormente, dos excepcionais e incapacitados físicos.

Pompeu e Silva (2011), ao resgatar o histórico da terapia ocupacional no Brasil, faz a indicação da tese de doutorado<sup>66</sup> *Considerações Geraes sobre Alienação Mental* do médico Antônio Luís da Silva Peixoto, defendida em 1837, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, como uma das primeiras publicações a tratar do uso da ocupação com fins terapêuticos. O referido médico relata, em sua tese, que quando se estabeleceu em um hospital particular contou com um auxiliar prático de nome Sr. Cardozo, para o tratamento de doentes mentais. O Sr. Cardozo tinha um jardim “que servia de recreio aos alienados, do que colhia vantagens” (PEIXOTO, 1837 *apud* POMPEU e SILVA, 2011, p. 31).

O médico Antônio Luís da Silva Peixoto, em sua tese, aponta para os três princípios fundamentais do uso da ocupação no tratamento da loucura:

<sup>64</sup> Instituições totais no sentido de Erving Goffman, são definidas como “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. [...] como por exemplo, os hospitais para doentes mentais.” (GOFFMAN, 2015, p. 11).

<sup>65</sup> Para mais detalhes sobre o pensamento e abordagem desses psiquiatras brasileiros consultar Pompeu e Silva (2011). Outros detalhes sobre Ulisses Pernambucano, Luiz Cerqueira e Nise da Silveira podem ser encontrados em Vaz (2004). E sobre o psiquiatra Juliano Moreira ver PEREIRA NETO (2001).

<sup>66</sup> Relevante ressaltar que as teses de doutorado nessa época se referiam ao trabalho de conclusão do curso de Medicina (POMPEU e SILVA, 2011).

- 1) não exercitar as ideias ou paixões dos doentes no sentido do seu delírio;
- 2) não combater diretamente suas ideias e opiniões errôneas, pelo raciocínio, contradição, gracejo ou gritaria;
- 3) procurar fixar sua atenção sobre objetos estranhos ao delírio, e comunicar a seu espírito ideias e afetos novos por impressões diversas. [...] Pelo terceiro, procura-se distrair seu espírito por diferentes meios, tais como o exercício e trabalho, leituras, conversações, etc. É por isso que muito convém empregar os alienados em diferentes ofícios e ocupações. (PEIXOTO, 1837 *apud* POMPEU e SILVA, 2011, p. 55-56).

Esses princípios nortearam o uso da ocupação com fins terapêuticos e nas instituições especializadas no tratamento de doenças mentais e físicas, o uso do jardim como um espaço terapêutico manteve-se no cotidiano das instituições. Octacília, em sua narrativa sobre experiências em Terapia Ocupacional relata que sempre contou “com a colaboração espontânea do Sr. Euclides Lino e do Sr. Antônio Ferreira, responsáveis pelo jardim” do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, os quais a auxiliavam na tarefa de conduzir os pacientes “de volta à enfermaria e em outras situações surgidas no setor” de Praxiterapia. (MELLO, 1978, p. 91).

Outro exemplo do uso dos princípios enunciados por Peixoto foi a criação de oficinas, de sapataria, alfaiataria, marcenaria, florista e desfiação de estopa, etc. (FINGER, 1986, p. 04; SOARES, 1991, p. 102; POMPEU e SILVA, 2011, p. 63).<sup>67</sup> As oficinas eram próprias da laborterapia, modalidade de terapêutica ocupacional que ganhou destaque no início do século XX, no Brasil. Henrique de Oliveira Mattos (1929), em sua Tese Inaugural da Cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP intitulada “*Terapia Ocupacional Psiquiátrica*”<sup>68</sup> aponta alguns dos entendimentos da época acerca da laborterapia. Para ele, a laborterapia é

<sup>67</sup> Para mais detalhes sobre a introdução do uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil ver Pompeu e Silva (2011).

<sup>68</sup> Esta tese é apontada em livros da TO, que tratam da história da constituição da profissão no Brasil, utilizados nos cursos de graduação como marco inicial da produção científica brasileira em terapia ocupacional (SOARES, 1991, p. 103). Observa-se que Mattos em sua apresentação e exposição da questão do uso da ocupação com fins terapêuticos, recorre à experiência pessoal da visita que fez aos Estados Unidos e da literatura internacional que tratava da questão sob análise – a terapêutica ocupacional. Entre as oito publicações que compõem a bibliografia utilizada para elaboração da tese, Mattos (1929) cita: DUNTON – *Occupation Therapy – The mechanism of recovery by ocupational*; DR. A. C. PACHECO E SILVA – A assistência a Alienados nos Estados Unidos e na Europa. Dezembro de 1926. Relatório de Viagem; HASS – *Occupational Therapy for mentally na Nervously* – Milwaukee. Wisconsin, 1925; PROF. MEYER – *Die gegenwaertigen praktischen und wissenschaftlichen. Besttrebungen in der Psychiatrie n° 1*, 1919. Essas publicações evidenciam em parte o aporte teórico que sustentou as ideias de Henrique de Oliveira Mattos. Esses aportes estão relacionados à História da Terapia Ocupacional nos países norte-americanos e europeus. Conforme aponta Gordon (2011, p. 207-208), William Rusch Dunton foi um dos fundadores da *National Society for the Promotion of Occupational Therapy* (NSPOT). No entanto, Pompeu e Silva (2011, p. 55) indica que “os primeiros registros nacionais do uso de atividades como meio de tratamento para doentes mentais são do ano de 1837, na tese de doutorado *Considerações*

[...] um tratamento, no intuito de se obter melhoras e mesmo a cura. [...] um ramo da Medicina e por isso, deve ser sempre praticada sob fiscalização de médicos. [...] pressupõe que o trabalhador tem certa aptidão pelo ofício e uma certa disposição natural, e um profundo conhecimento das necessidades do paciente, adquirido por meio da experiência e fortalecido por observação e cooperação por parte dos médicos. [...] todas as medidas [devem ser] tomadas para levar um paciente ao trabalho, com a execução do qual esperamos alcançar uma influência benéfica sobre seu estado; é um tratamento, no intuito de se obter melhoras e mesmo a cura. (MATTOS, 1929, p. 19; 24).

A criação dessas oficinas e uso da ocupação também esteve relacionada ao ofício que os doentes exerciam antes de sua internação, como as oficinas e ocupações relacionadas à música – execução de um instrumento musical (POMPEU e SILVA, 2011, p. 63).

Em fins do século XIX, a região Sudeste do Brasil ganhou destaque no processo de criação de instituições especializadas no tratamento de doentes mentais e físicos. Pode-se citar a criação das seguintes instituições: em 1852, o Hospital D. Pedro II, no Rio de Janeiro; o Asilo Provisório dos Alienados, em São Paulo, destinado aos doentes mentais de todo o país; em 1854, o Asilo dos Inválidos da Pátria, no Rio de Janeiro, para atender os feridos e mutilados da guerra do Paraguai <sup>69</sup> e o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, atual Instituto Benjamin Constant, para o atendimento de pessoas com deficiências sensoriais e hanseníase (BATTISTEL, 2016, p. 129-132). Ainda no Rio de Janeiro, em 1857 criou-se o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos e em 1898 o Hospital Juqueri para o tratamento de doentes mentais (SOARES, 1991, p. 102).

O Hospital Juqueri é um exemplo da aplicação da laborterapia no Brasil. Mattos (1929) aponta que

no hospital Juquery [em São Paulo], graças a Franco da Rocha, o regime do trabalho foi instituído já há muitos anos. [...] Assim, existem doentes, trabalhando na oficina mecânica, carpintaria, colchoaria, rouparia, fabricação de cigarros, ajudantes de chauffer, pedreiros, pomareiros, chacareiros, na limpeza das enfermarias, transporte de alimentos, remendos de roupas, costura, bordados [...] bonecas, desenhos, versos, jornais [...] objetos para uso próprio, como cachimbos, cigarreiras, etc [...]; nas colônias, [na] lavoura [...], construção de estradas, pontes e boeiros [...]. Nas colônias e fazendas do Hospital, estão internados 1.022 doentes, dos quais, somente 403 é que gozam do benefício do trabalho. (MATTOS, 1929, p. 19; 24; 29; 61-62)

O que se faz no Hospital Juqueri, em São Paulo, é representativo daquilo que se almejava que fosse feito pelos hospitais psiquiátricos do Brasil. As ideias expressas por

---

*Geraes sobre Alienação Mental*, apresentada pelo Dr. Antonio Luís da Silva Peixoto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro”. Para mais detalhes ver: Pompeu e Silva (2011).

<sup>69</sup> Sobre a Guerra do Paraguai e a criação do Asilo dos Inválidos da Pátria ver Gomes (2006).

Mattos (1929) representam uma corrente de pensamento acerca da terapêutica ocupacional, que foi divulgada e aplicada em outras instituições, que não apenas aquelas voltadas ao tratamento de doentes mentais.

No início do século XX, as práticas de cura baseadas na terapêutica ocupacional se expandiram pelo país. Na região Sudeste, em ordem cronológica, pode-se citar a criação das seguintes instituições: em 1911, a Colônia Juliano Moreira e o Centro Psiquiátrico Nacional, ambos no Rio de Janeiro. Na região Nordeste, no estado de Pernambuco, em 1931, foi criado o Sistema de Assistência ao Psicopata no Pernambuco, onde se introduziu a terapêutica ocupacional, em especial, sob a modalidade de praxiterapia.

Em 1931, cria-se um sistema pioneiro de atenção ao doente mental: a Assistência a Psicopatas para o Estado de Pernambuco. Este modelo, com oferta diversificada de serviços, introduziu, também, a ocupação terapêutica no Nordeste. [...] . O sistema era constituído por um ambulatório (o primeiro ambulatório público do país), um serviço aberto, um serviço de Higiene Mental, ao nível preventivo: um Hospital Psiquiátrico para casos agudos, um Manicômio Judiciário e duas Colônias Agrícolas, para os crônicos. (SOARES, 1991, p. 105).

Importante salientar que Ulisses Pernambucano, médico psiquiatra, ao criar a Assistência a Psicopatas se baseou na “terapia ocupacional praticada por médicos europeus, como Herman Simon, e com um forte componente social, baseado em ideais marxistas” (POMPEU e SILVA, 2011, p. 75).

Vaz (2004) acrescenta que Ulisses Pernambucano, assim como outros psiquiatras brasileiros que viajaram à Alemanha, ficou entusiasmado com os resultados do tratamento proposto por Hermann Simon, no que diz respeito aos dados estatísticos de baixo número de reinternações. Nesse entusiasmo, Ulisses Pernambucano “cria em Recife (PE) as primeiras unidades de tratamento externo, os ambulatórios psiquiátricos para pacientes externos e egressos – parte de um sistema preventivo” (VAZ, 2004, p.06). Essa busca por melhor entender como aplicar a terapêutica ocupacional no Brasil foi o caminho trilhado por outros pioneiros nessa prática como os psiquiatras Luiz Cerqueira<sup>70</sup> e Nise da Silveira<sup>71</sup> e o terapeuta ocupacional Rui Chamone Jorge<sup>72</sup>.

<sup>70</sup> Luiz Cerqueira foi “um médico psiquiatra alagoano, nascido em 1911. Faleceu em 1984. [...] O trabalho de Luiz Cerqueira não se restringiu à clínica: foi um grande professor e também gestor de políticas públicas de Saúde Mental no Estado de São Paulo. Exerceu influência direta sobre a formação de psiquiatras tanto no Estado do Rio de Janeiro como no de São Paulo” (VAZ, 2004, p. 31). Para mais detalhes sobre esse psiquiatra ver Vaz (2004).

<sup>71</sup> Para detalhes sobre a trajetória acadêmica e profissional da psiquiatra Nise da Silveira, consultar Silva (2011).

<sup>72</sup> Rui Chamone Jorge, terapeuta ocupacional mineiro desenvolveu o método Psicoterapia Ocupacional. Sua base teórica é a Antropologia Filosófica, de Henrique Cláudio de Lima VAZ. Para mais detalhe sobre sua proposta de intervenção em Terapia Ocupacional, a partir de seu método, consultar Jorge (1995).

Paralelo ao processo de expansão da terapêutica ocupacional, no Brasil, na primeira metade do século XX, emergiram novos problemas decorrentes de outras doenças e condições de saúde, que motivaram a criação de instituições especializadas em seu tratamento. Destas, destacam-se a Sociedade Pestalozzi, criada em 1945, no Rio de Janeiro, voltada para o atendimento clínico e preparação para o trabalho dos excepcionais.<sup>73</sup> Em continuidade, em 1950, foram criadas no Rio de Janeiro as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Outros exemplos são a criação das seguintes instituições: a Associação de Amigos da Criança Defeituosa (AACD), em 1952, em São Paulo; a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), em 1954, no Rio de Janeiro e o Hospital Arapiara, voltado à reabilitação física infantil e adulta em Minas Gerais, ainda na década de 1950 (FINGER, 1986, p. 01-04; SOARES, 1991, p. 101-105, 125, 128; BATTISTEL, 2016, p. 129-132).

Observa-se que nessas instituições os serviços se constituíram a partir de um sistema classificatório que visou organizar relações sociais em torno das doenças mentais e físicas. Esse sistema serviu para ordenar a divisão do trabalho de cura, constituindo-se numa das vias por onde as identidades profissionais foram sendo construídas. Nesse processo, as especialidades médicas e de outras profissões da saúde foram divididas e classificadas em dois grupos, aquelas que tratavam da loucura e aquelas que tratavam de doenças físicas. Nessa mesma linha de pensamento, a terapêutica ocupacional que se praticava nos serviços institucionais, que tratavam de doentes mentais, incapacitados físicos ou excepcionais se constituíram como base motivacional para a elaboração da identidade profissional dos práticos e terapeutas ocupacionais.

A partir da terapêutica ocupacional, os práticos e terapeutas ocupacionais foram inseridos no trabalho de cura. Na divisão desse trabalho, os médicos (psiquiatras, ortopedistas, neurologistas e fisiatras) prescreviam as terapias ocupacionais a serem aplicadas por práticos em TO e terapeutas ocupacionais. Práticos e terapeutas se envolveram com a *laborterapia*, *ergoterapia*, *praxiterapia e terapia ocupacional*. Todas essas práticas estavam baseadas no uso da ocupação, dentro de um pretensioso discurso terapêutico (FINGER, 1986, p. 01-04; SOARES, 1991, p. 140-141; BATTISTEL, 2016 p. 129-132). Se referir às terapias ocupacionais é uma forma de atribuir à TO um caráter de pluralidade de práticas, como apontou o terapeuta ocupacional Gonzaga em sua entrevista:

---

<sup>73</sup> Neste momento se entendia por excepcional o indivíduo com retardamento mental ou deficiências decorrentes de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor.

Como eu acho que tem muitas terapias ocupacionais, eu nunca gosto de falar na Terapia Ocupacional, eu falo nas terapias ocupacionais, então essas terapias ocupacionais que está numa relação direta com a subjetividade de quem exerce, é que a gente tem que pensar na terapia ocupacional no plural. (Luiz Gonzaga Pereira Leal, terapeuta ocupacional graduado em 1976, ex-docente, clínico, Região Nordeste).

Retomando a discussão acerca das concepções das práticas baseadas no uso da ocupação no Brasil, Soares (1991) aponta que a meta

era exercitar o indivíduo para o trabalho, de modo que a população encaminhada pelo médico para a laborterapia, ergoterapia ou praxiterapia era aquela que se encontrava no final do processo de recuperação, ou seja, sem delírios, alucinações ou manias, no caso de doentes mentais, ou após o período de repouso e cirurgia, no caso de tuberculosos. A instituição asilar inseria seus doentes nas oficinas de trabalho especialmente organizadas, no trabalho agrícola, ou ainda nos trabalhos de conservação do ambiente (limpeza, alimentação, pintura, transporte de material) (SOARES, 1991, p.141)

Em relação às denominações supracitadas para o uso da ocupação, Nise da Silveira, em sua obra intitulada *Gatos, a emoção de lidar*, destaca que no período de 1946 a 1974 dirigiu a seção de terapêutica ocupacional no Centro Psiquiátrico Pedro II, e optou por utilizar como método a terapêutica ocupacional. Nise da Silveira comenta que esse método era considerado de menor valor e até mesmo subalterno e sobre o seu desejo de reformá-lo, que foi concretizado com o apoio do diretor do Centro Psiquiátrico Pedro II, Paulo Elejalde. Assim,

os trabalhos de varrer chão, de limpeza dos sanitários, etc... deixaram de ser executados pelos doentes e passaram à responsabilidade de funcionários. Os novos terapeutas ocupacionais [à época, no Brasil, ainda eram considerados práticos] começaram a desenvolver atividades criativas e também a estudar algo da dinâmica psiquiátrica em reuniões semanais por mim orientadas. Mas a denominação de serviço de terapêutica ocupacional continuava a não me satisfazer. Encontrei em diferentes países outros títulos. O grande mestre alemão Herman Simon criou a expressão método hiperativo. Enquanto os franceses preferiram chamá-lo ergoterapia. Mas os ingleses e americanos estabeleceram o título de "Terapêutica Ocupacional" que foi internacionalmente adotado, inclusive no Centro Psiquiátrico Pedro II. (SILVEIRA, 1998, p. 29).

A meta era o tratamento de doenças e a inserção de pessoas, acometidas por tais doenças e sequelas resultantes, via mundo do trabalho (MATTOS, 1929; FINGER, 1986; SOARES, 1991).



De acordo com Finger (1986, p.1-2)<sup>74</sup>, pode-se compreender as práticas do uso da ocupação, a partir das seguinte classificação:

a) Laborterapia - prática que “tem o caráter de excitação para o trabalho. [...] A reintegração na vida de trabalho normal é o objetivo da laborterapia. A sua aplicação requer a presença de mestre de oficinas ou artesão apropriado”;

b) Ergoterapia - prática que “utiliza a ocupação dos doentes mentais sob a forma de atividade física e, particularmente, manual como meio de readaptação a uma estrutura de tipo social, colocando em jogo fatores psicológicos e dinâmicos próprios da criação de um grupo de pacientes”;

c) Praxiterapia - forma de ocupação terapêutica. Originada da palavra *práxis*, que significa ação ou atividade propriamente humana, e “se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um resultado ideal, ou fim, e terminam com o resultado ou produto efetivo, real (SÁNCHEZ VÁSQUEZ, 2011, p. 222);

d) Terapia Ocupacional - “método terapêutico ou forma de terapia que utiliza a ocupação pelo trabalho como meio de tratamento dos doentes. Seu objetivo é a cura, enquanto o produto obtido pela ocupação tem importância secundária”, diferentemente do objetivo da laborterapia — que era a reintegração na vida de trabalho normal.

No início do século XX, estas práticas passaram a ser consideradas internacionalmente, como modalidades de *terapêutica ocupacional*. Há que se registrar que a terapêutica ocupacional no contexto mundial é a base onde se inaugura a TO.

As práticas que construíram a futura profissão de terapia ocupacional eram disseminadas por toda comunidade médica, mas, com a reunião de 1917, a *National*

---

<sup>74</sup> Jorge Augusto Finger, graduado em TO pela Universidade Metodista de Piracicaba-SP, da turma ingressa em 1977, apresenta sua obra *Terapia Ocupacional* afirmando: “Penso não ser mais possível ao Terapeuta Ocupacional continuar tentando demonstrar os fundamentos e a aplicação terapêutica de sua profissão, apenas por relatórios destituídos de uma linha de pensamento sistemático que determine parâmetros mínimos de avaliação e tratamento” (FINGER, 1986, s/p). Ele inicia sua obra resgatando os aspectos conceituais das práticas que historicamente foram construídas em torno do uso da ocupação, e posteriormente, formaram a base onde se inaugurou a Terapia Ocupacional enquanto profissão.

*Society for the Promotion of Occupational Therapy* (NSPOT), [...] agrupou essas práticas. Esta reunião marcou as origens da profissão de terapia ocupacional. Os anos de 20 e 30 foram a época do estabelecimento dos padrões de formação e consolidação dos fundamentos da profissão e sua organização. (GORDON, 2011', p. 207; 210).

Enquanto no contexto mundial, na década de 1920 a terapêutica ocupacional inicia seu processo de profissionalização, no Brasil essa prática, sob o domínio médico, é utilizada como uma estratégia para manutenção da ordem no ambiente institucional do hospital. A palavra de ordem é trabalhar para curar. Um exemplo dos entendimentos acerca da terapia ocupacional é apontado por Pompeu e Silva (2011) ao se referir ao psiquiatra baiano Juliano Moreira<sup>75</sup>. Para o autor, esse psiquiatra foi

o responsável pelo Serviço de Assistência aos Alienados, ao qual o Hospício Nacional de Alienados era subordinado, costumava exaltar a importância da terapia ocupacional por meio da ênfase em dois aspectos. O primeiro relacionava-se ao fato de que o trabalho dos internados representava considerável economia para os estabelecimentos do serviço de Assistência aos Alienados, sustentados pelos cofres públicos. Em segundo lugar, a ocupação regular em atividades diversas proporcionaria distração aos alienados, ao mesmo tempo em que se constituía um importante meio de tratamento físico. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 68-69).

Com base nesses entendimentos, o uso da ocupação prestígio e passa a compor o rol de práticas de cura no interior das instituições que tratavam da loucura. Entretanto, os avanços tecnológicos que motivaram a busca pela origem dos problemas de saúde na dimensão interna do indivíduo contribuíram para a desvalorização do uso da ocupação como terapia. Conforme aponta Pompeu e Silva (2011).

Após a II Guerra Mundial a terapêutica ocupacional ligada à psiquiatria sofreu rupturas e se enfraqueceu, perdendo campo para uma psiquiatria que assumia as novas experimentações tecnológicas com possibilidades rápidas de tratamento, como o eletrochoque, o coma insulínico e a lobotomia. O prêmio Nobel de Medicina de 1949 foi concedido para o português Egas Moniz, principalmente pelos seus estudos sobre Leucotomia e Lobotomia<sup>76</sup>. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 76).

<sup>75</sup> Sobre o psiquiatra Juliano Moreira ver Pereira Neto (2001). Nessa obra, o autor toma o Congresso Nacional de Práticos, que ocorreu em 1922, para analisar os conflitos internos da Medicina e sua relação com os profissionais auxiliares e curandeiros, espíritas e homeopatas, que participavam do trabalho de cura, bem como a relação entre a profissão médica e o Estado. Pereira Neto (2001), no anexo de sua obra, apresenta um levantamento bibliográfico dos 45 Relatores mais atuantes nesse congresso, entre eles o médico psiquiatra Juliano Moreira, formado em 1891 pela Faculdade de Medicina da Bahia. Sobre o psiquiatra Juliano Moreira encontram-se dados pessoais, profissionais e acadêmicos. Juliano Moreira foi um psiquiatra atuante na esfera do ensino, gestão em saúde pública, na clínica, na ciência e no associativismo, conhecido nacional e internacionalmente. Moreira foi considerado o grande reformulador do tratamento para doentes mentais (PEREIRA NETO, 2001, p. 196-197).

<sup>76</sup> A Lobotomia é uma cirurgia invasiva em que um instrumento perfurante interrompe as conexões dos dois hemisférios cerebrais. Foi desenvolvida por Egas Moniz entre as décadas de 1930 e 1940. Moniz chegou à ideia de uma psicocirurgia observando pacientes com sintomas psiquiátricos; da ideia para os primeiros testes

Conforme o mesmo autor, a partir da adesão aos métodos mencionados acima, em instituições brasileiras, os serviços de terapia ocupacional “na psiquiatria perderam seu *status* científico e passaram a ser meros locais para fomentar a economia hospitalar com atividades de limpeza e zeladoria” (POMPEU e SILVA, 2011, p. 76). É nesse período, em meados da década de 1940, que Nise da Silveira introduz seu método de terapêutica ocupacional no Brasil. E também que, seguindo o padrão mundial, o uso da ocupação caminha “da psiquiatria para reabilitação física, incorporando os nascentes preceitos da medicina biológica, como do projeto de expandir o movimento da reabilitação para todo o mundo” (POMPEU e SILVA, 2011, p. 76).

O uso da ocupação, isso é da terapêutica ocupacional no campo da psiquiatria é retomado em meados da década de 1940:

tem destaque o trabalho desenvolvido pela psiquiatra Nise da Silveira, no Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro, RJ, em 1946. [...] Neste serviço, iniciaram-se trabalhos com pacientes agudos, superando a visão anterior de que a ocupação terapêutica só era destinada aos crônicos. As atividades desenvolvidas eram bem variadas, agrupando-se em oficinas que envolviam o esforço característico do trabalho (marcenaria, sapataria, encadernação, costura, trabalhos agrícolas, etc); atividades expressivas (pintura, modelagem, escultura, música, dança, etc); atividades recreativas (jogos, festas, passeios, rádio) e atividades culturais (escola, biblioteca). (SOARES, 1991, p. 119-120).

No Serviço de Terapêutica Ocupacional, os pacientes eram acompanhados por monitores de oficina, sob a orientação de Nise. Para ser monitor, era necessário que a pessoa possuísse habilidade no ofício que acompanhava, conhecimento de psiquiatria e teoria da terapia ocupacional (SOARES, 1991, p. 120; MAGALHÃES, 1989, p. 77). Neste sentido, a retomada do uso da ocupação com fins terapêuticos foi acompanhada de uma preocupação com a formação de mão de obra para execução desta prática terapêutica.

Nise da Silveira desenvolveu pesquisas e publicações na área de terapia ocupacional que contribuíram para a compreensão do doente mental sob a perspectiva junguiana. O trabalho desenvolvido por Nise da Silveira foi divulgado na *Revista Brasileira de Saúde Mental*, em 1966, e posteriormente foi editado sob o título: *Terapia Ocupacional – Teoria e Prática*, 1976 (MEDEIROS, 2003, p. 43; SOARES, 1991, p. 120).

---

em seres humanos foram menos de dois anos. Percebeu que interromper cirurgicamente as conexões entre os hemisférios cerebrais poderia atenuar sintomas principalmente em pacientes obsessivos. Médicos muito importantes do Brasil subscreveram uma carta de apoio à indicação de Egas Muniz ao prêmio Nobel” (ANTUNES, 2008, apud POMPEU e SILVA, 2011, p. 76).

A partir de então, os médicos, em especial, os psiquiatras, reassumiram o papel de orientação e supervisão dos interessados nessa prática terapêutica. Ou seja, os médicos eram os responsáveis pela prescrição e orientação dos práticos na aplicação da terapêutica ocupacional aos pacientes. Aos práticos, coube a execução das prescrições médicas. E aos pacientes, acatar as orientações e se envolver nas ocupações que eram prescritas e aplicadas. Nesse percurso do uso da ocupação no Brasil, os práticos receberam diversas nomeações, entre elas: monitores de oficina, auxiliares de médicos, praxiterapeutas e auxiliares de praxiterapia.

#### 4.1.1 Formação de Práticos e Terapeutas Ocupacionais no Brasil

O *status* de prático era concedido, em geral pelos médicos, aos interessados que demonstrassem habilidades em um ofício e certos dotes para a orientação de um paciente ou um grupo no aprendizado desse ofício. A inexistência de uma formação regulamentada para os práticos motivou o autodidatismo e a criação de cursos informais.

Os cursos informais aconteciam em serviços especializados para o tratamento de uma população distinta como os doentes mentais e crianças excepcionais. Exemplos desses cursos foram as edições do Curso Elementar de Terapia Ocupacional, ministrado pela psiquiatra Nise da Silveira e os cursos de Recreação ministrado na Sociedade Pestalozzi do Brasil (SOARES, 1991, p. 128). Os cursos ministrados por Nise da Silveira foram realizados em 1948, 1953, 1961 e 1979, no mesmo serviço que ela coordenava. Fazia parte do programa do curso: Noções de Psicopatologia, Noções de Psiquiatria e Noções de Terapêutica Ocupacional (SOARES, 1991, p. 120; MAGALHÃES, 1989, p. 77)

Outros exemplos de cursos informais que práticos em TO buscavam conhecimentos para o uso da ocupação são apresentados por Octacília, em sua narrativa sobre suas experiências em TO. Em sua obra, a autora expõe uma lista de cursos que realizou durante o período a sua trajetória profissional:

1. Cursos de Recreação Infantil - Sociedade Pestalozzi do Brasil – 1954;
2. Curso Intensivo de Danças folclóricas, na Escola Nacional de Educação Física e Desporto – 1959;
3. Curso de Orientação para Professores de Excepcionais, Artes Plásticas – APAE – 1960;
4. Curso de Arte Livre da Escolinha de Arte do Brasil – Rio de Janeiro – 1961;
5. Curso de Terapia Ocupacional e Reabilitação – Ministério da Saúde, 1962<sup>77</sup>;

<sup>77</sup> Buscou-se por informações acerca da oferta desse curso pelo Ministério da Saúde, mas não foram encontrados registros e nem maiores detalhes.

6. Curso de Teatro Infantil da Clínica de Orientação da Infância – DINSAN, 1969;
7. Curso de Fundamento de Psiquiatria Social – Ministério da Saúde – 1970. (MELO, 1978, p. 97).
- 8.

Estudos nacionais, considerados referência nesse tema, como por exemplo, Soares (1991), Magalhães (1989) e Medeiros (2003), demonstram que, com exceção do Curso Elementar de Terapia Ocupacional ministrado por Nise da Silveira, não há menção às denominações específicas dos demais cursos de formação de práticos. O que há são denominações gerais, como por exemplo, curso de recreação oferecido pela Sociedade Pestalozzi para formação de auxiliares de praxiterapia (SOARES, 1991, p. 128). Esses estudos convergem na ideia de que esses cursos informais antecederam os dois primeiros Cursos Técnicos de Reabilitação criados no final da década de 1950.

Na década de 1950, a inexistência de profissionais com formação técnica em Reabilitação Física e a existência desse tipo de formação os Estados Unidos fez com que instituições de saúde brasileiras e seus técnicos se motivassem a buscar por formação profissional no exterior:

a partir de 1951, o HC-USP [Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo] envia alguns de seus técnicos aos Estados Unidos para se especializarem em reabilitação [...]. Dentre eles, estavam a assistente social e enfermeira Neyde Tosetti Hauck, que foi estudar terapia ocupacional na New York University, estagiando em vários hospitais daquele país. Os técnicos, ao retornarem, eram lotados na Clínica Ortopédica e Traumatológica do Hospital das Clínicas, inaugurado em 1953 [...]. Aí se estruturou um amplo programa de reabilitação voltado às várias clínicas. (SOARES, 1991, p. 125).

Desta forma, os terapeutas ocupacionais especializados em Reabilitação Física surgem no Brasil, no início da década de 1950. Importante observar que a terapeuta ocupacional Neyde Tosetti Hauck, formada nos Estados Unidos, já possuía outras formações profissionais. A preocupação com a formação de recursos humanos para compor as equipes de serviços Reabilitação Física, que foram se expandindo pelo país, motivou parcerias de instituições brasileiras envolvidas com o ensino e a assistência com organismos internacionais.

O instituto [Instituto Nacional de Reabilitação - INAR] começou a funcionar com os técnicos de que já dispunha, muitos formados ou atualizados nos Estados Unidos,

com bolsas da OMS, a saber, a terapeuta ocupacional – Neyde Tosetti Hauck<sup>78</sup>; assistente social – Luzia Banducci; psicóloga – Mathilde Neder; enfermeira – Celina de Arruda Camargo; médicos – professor F. E. Godoy Moreira, Roberto Taliberti [entre outros] [...] A assistência técnica internacional foi dada, por parte da ONU, com envio do coordenador de projeto, Paul Albright, de Nova York [1957]... e do técnico em prótese e aparelhos ortopédicos, o dinamarquês Erik K. Jansen... Pela OMS, foram enviados o inglês, Dr. Robin F. Hindley-Smith [1958]... que sucedeu Albright, enquanto este foi orientar projetos de reabilitação no Rio de Janeiro e em outros estados..., a fisioterapeuta Karin Lindeberg [1960]... e anos mais tarde [1964], a terapeuta ocupacional, Elisabeth Eagles... Pela OIT [Organização Internacional do Trabalho], foram enviados o técnico especializado em reabilitação de cegos, Joseph Albert Asenjo [1958]... e o orientador profissional, Jonh Alfred Humphreys [1958]. A assessoria internacional funcionava na base da contrapartida, ou seja, para cada técnico estrangeiro havia um técnico local a ser preparado, que posteriormente assumia autonomamente o serviço. [No caso da TO foi a Neyde Hauck]. (SOARES, 1991, p. 153-154).

Também é importante observar que a motivação institucional, para a formação de técnicos em reabilitação, é o disparador para os vínculos que foram criados e mantidos entre instituições brasileiras e internacionais, no processo de criação e expansão dos cursos de TO e Fisioterapia no país. Como representante desses vínculos pode-se citar a fisioterapeuta irlandesa Edith McConnel; a terapeuta ocupacional Lila Linhares Blandy, formada no exterior; a fisioterapeuta Winter e a terapeuta ocupacional Laurie Brown, técnicas canadenses; a terapeuta ocupacional norte-americana Débora Wood e a holandesa Jhoanna Nordhoek (SOARES, 1991, p. 155-157).

O vínculo do Brasil com os países fundadores da TO, e as associações internacionais, motivou na década de 1960, a incorporação da denominação *Terapia Ocupacional* como representativa do conjunto de práticas terapêuticas baseado no uso da ocupação, tornando-se também o nome da profissão. Vale ressaltar que o discurso terapêutico-ocupacional que se propagava no mundo naquela época é incorporado no Brasil, parcialmente, com uma forte predominância da Reabilitação Física. A terapia ocupacional psiquiátrica que vinha sendo desenvolvida no país, por Nise da Silveira, Luís Cerqueira, Ulisses Pernambucano, entre outros, não foi incorporada no discurso que se propagou pelos cursos onde se formava terapeutas ocupacionais.

A partir de 1960, observa-se um crescimento no número de terapeutas ocupacionais e a busca pela expansão dos cursos de Reabilitação Física para outras regiões do país e pelo seu reconhecimento como cursos oficiais de formação. A aprovação do currículo mínimo dos

---

<sup>78</sup> Conforme aponta Soares (1991, p. 153), Neyde Hauck organizou e dirigiu setores de Reabilitação vinculados ao Hospital de Clínicas da USP e participou da formação das primeiras turmas de terapeutas ocupacionais do Estado de São Paulo.

curso de Reabilitação, em 1963, e o reconhecimento como curso de nível superior, em 1969, consolidou as distinções entre práticos e terapeutas ocupacionais.

Apesar das mudanças que cursos de Reabilitação Física provocaram na participação da TO na divisão do trabalho de cura, o que se manteve foi o controle médico sobre a determinação da essência do trabalho dos práticos e dos terapeutas ocupacionais (FREIDSON, 2009). Desta forma, observa-se que a vinculação da primeira geração da TO à Medicina foi motivada pelo processo histórico da introdução do uso da ocupação no país via psiquiatria e, posteriormente, via criação dos primeiros cursos de Reabilitação Física.

As perspectivas da reabilitação física e da psiquiatria se constituíram nas bases a partir das quais os práticos e terapeutas construíram sua identidade profissional, tomando a ocupação como objeto de trabalho da TO. Antes de caminhar para o próximo tópico, é mister apresentar dados da pesquisa que evidenciam como o processo de introdução da ocupação no Brasil e dos cursos de formação em TO foram chaves que abriram os caminhos para constituição da TO Brasileira. Para tanto, recorre-se inicialmente à narrativa de Octacília e depoimentos de terapeutas ocupacionais graduados nas décadas de 1970 e 1980.

A trajetória de Octacília, que será tratada adiante com mais detalhes, evidencia a interação entre médicos e práticos em fins da década de 1940. As experiências vividas por Octacília, na Instituição Ulisses Pernambucano, onde recebeu orientação e supervisão do médico psiquiatra Luiz Cerqueira, é um retrato de como os práticos construíram a sua carreira profissional. Octacília relata que

em dezembro de 1956... [recebeu] um bilhete do Dr. [Luiz] Cerqueira, participante que se tornara chefe do Serviço de Praxiterapia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro... Após uma pequena conversa, aceitei sua proposta... A princípio, o meu expediente no Instituto de Psiquiatria, era feito na parte da tarde, pois pela manhã havia outros monitores... Buscava, nas enfermarias, um grupo de pacientes de ambos os sexos e os levava para uma sala, onde fazíamos atividades auto-expressivas: colagem e recorte, desenho a lápis cera e pintura livre... Inicialmente encontrei alguma dificuldade... Aos poucos fui adquirindo conhecimentos com os próprios pacientes, que me ensinavam até música... fui ampliando as atividades, com a criação do setor de costura e artes aplicadas... Aos poucos as atividades, dentro das nossas limitações foram se multiplicando, chegando até a tecelagem em tear de mesa, tapeçaria... (MELO, 1978, p.19 -21).

O reconhecimento médico da potencialidade de um prático em TO aliado ao seu processo de formação é o que permitia a esse prático a ampliação de experiências para outros campos de atuação profissional. O psiquiatra Luiz Cerqueira foi o mentor de Octacília na primeira instituição em que ela trabalhou. Esse psiquiatra acompanhou Octacília no seu

processo de formação profissional e aplicação na prática dos conhecimentos em relação ao uso da ocupação.

Convém frisar que o convite Dr. Cerqueira abriu novos horizontes no ramo de trabalho a que me dediquei... [também fui convidada] por Dona Helena Dias Carneiro e Dona Renata Silveira para trabalhar com crianças na APAE infantil, no ano de 1959... Em 1961, formou-se uma equipe de Terapia Ocupacional, que começou a trabalhar em uma clínica particular, situada em Jacarepaguá. Fui escalada para tomar conta do setor “Artes plásticas”, onde me ocupava com um grupo de mulheres... o funcionamento do setor é muito semelhante ao setor do Instituto de Psiquiatria... (MELLO, 1978, p. 20-21; 65; 68, 70).

A terapêutica ocupacional vivenciada por Octacília possuem semelhanças com as modalidades dessa terapêutica utilizadas durante o processo de introdução da ocupação com fins terapêuticos, inicialmente nas instituições para o tratamento da loucura. O avanço no conhecimento acerca do tratamento da loucura e das incapacidades físicas fortaleceu a crença no valor da terapêutica ocupacional como uma prática de cura e de inserção social dos doentes.

A partir do final da década de 1950, a crescente demanda das instituições especializadas no tratamento de incapacidades físicas, como a ABBR, motivou a criação de cursos de formação para o exercício dessa prática de cura, que passou a ser reconhecida como Terapia Ocupacional. Todavia, a perspectiva dos cursos de formação de terapeutas ocupacionais inicialmente foi a de Reabilitação Física. O depoimento de Virgílio Cordeiro Mello, que se formou em 1971, é um exemplo da orientação dos primeiros cursos de formação de terapeutas ocupacionais.

Não me arrependo não, desde o comecinho... quando eu descobri a Terapia Ocupacional, onde é que tem isso? É na ABBR, eu nem sabia onde ficava a ABBR e tal, aí eu fui lá e fiquei encantado, quando entrei na TO Geral, eu Nossa Senhora! Aquelas pessoas em cadeiras de rodas, hemiplégicas e todo mundo de uma certa maneira feliz, alegre, participante [nas atividades propostas no serviço de Terapia Ocupacional]... Então eu fiquei encantado com aquilo fui à secretaria da Escola de Reabilitação [da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR], do Rio de Janeiro, procurei a secretária Maria Antônia [e me matriculei]... E aí, entrei para visitar e fiquei na ABBR a minha vida inteira, a minha carteira profissional só tem registro da ABBR. (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste).

O que se observa no relato de Virgílio em relação às visitas aos serviços de TO é semelhante ao relatado por terapeutas ocupacionais, participantes da pesquisa, formados a partir da década de 1970. O mesmo ocorre em relação às experiências vividas na prática



terapêutica do uso da ocupação nas durante o curso de graduação e a influências dessas experiências para a elaboração da identidade profissional.

Virgílio graduou-se em Terapia Ocupacional e logo em seguida assumiu o papel de professor na ABBR. A esse respeito ele comenta:

[...] foi assim, não tinha quem desse, vai você... não tem tu, vai tu mesmo... Willard & Spackman<sup>79</sup> e Mac Donald<sup>80</sup> eram as bíblias da Terapia Ocupacional... tinha eu, a Guiomar, a Hinda Burlamaqui<sup>81</sup>... tinha uma brasileira que fez o curso na Inglaterra, mas não lembro o nome dela, tinha a Sílvia Landau, que também fez curso [de Terapia Ocupacional no exterior como trabalhava na ABBR então eu sempre fui mais focado na deficiência física, o que eu acho que não invalida [os praticantes da psiquiatria], e na deficiência física você encontra mais sequelas psíquicas ou psicológicas do que [motora] (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste).

<sup>79</sup> Essa é uma obra da relevância na literatura internacional em Terapia Ocupacional utilizada nos cursos de graduação em TO no Brasil, na atualidade. Nessa obra encontra-se registrado a história do processo de constituição da TO, seu desenvolvimento com saber e prática profissional e atualidades. Segundo os editores da obra *Willard & Spackman: Terapia Ocupacional* 11ª Edição, Willard & Spackman “tem uma longa tradição que remete à 1ª edição, publicada em 1947. Hellen Willard e Clare Spackman, que ensinavam juntas no Programa de Terapia Ocupacional na University of Pennsylvania, publicaram-no em conjunto desde a 1ª até a 4ª edição”. Após foram editoras Helen Hopkins e Helen Smith da 5ª até a 8ª edição. A 9ª e início da 10ª edição foram editadas por Maureen Neistadt e Elisabeth Crepeau. Os responsáveis pelas edições são de diferentes universidades dos Estados Unidos. A 11ª edição, revisada e atualizada por Elisabeth Crepeau, Ellen Cohn e Barbara Schell, teve como objetivo “destacar os avanços no conhecimento da terapia ocupacional e da ciência ocupacional nos últimos 5 anos.” (CREPEAU, COHN, SCHELL, 2011). A 11ª edição, revisada e atualizada, obra foi publicada em inglês em 2009 e traduzida para o português em 2011. A nova edição, 12ª, ainda não está disponível em português.

<sup>80</sup> A obra *Macdonald: Terapia Ocupacional em Reabilitação* é de origem inglesa, que teve como editor E.M. Macdonald e sub-editores G. MacCaul, L. M. Mirrey e B. Morrison. É relevante apontar que E.M. Mac Donald foi membro honorário da Associação Britânica de Terapeutas Ocupacionais e da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais. Conforme Macdonald, a 1ª edição foi publicada em 1960, a 2ª em 1964 e a 3ª em 1970. Essa última “foi revista de modo muito radical à luz dos recentes e rápidos desenvolvimentos em todos os serviços de tratamento [...]. Embora ele abranja um vasto número de aspectos e métodos de tratamento, pretende-se somente que seja uma introdução a uma ampla variedade de campos nos o terapeuta ocupacional trabalha” (MACDONALD, 1990). O termo Reabilitação no título da obra tem uma acepção ampla, envolvendo tanto uma perspectiva de Reabilitação Física como de Saúde Mental de forma inter-relacionada com questões sociais, como por exemplo, trata de temas relacionados com a *Terapia Ocupacional Física*, *Terapia Ocupacional para Estados Psiquiátricos e Implicações Sociais* e *Terapia Ocupacional na Comunidade*. A primeira publicação, 1ª edição, da obra em português aconteceu em 1990. Essa obra foi muito utilizada em cursos de graduação, em especial nas décadas de 1970, 1980 e 1990. Durante a pesquisa observou-se que essa obra não goza do mesmo prestígio que a Willard & Spackman, nos cursos de graduação no discurso de terapeutas ocupacionais e ausente no de estudantes. A obra é tratada como “coisa do passado”.

<sup>81</sup> Nota de Falecimento da terapeuta ocupacional Dra. Hinda Burlamaqui. “É com imenso pesar que a Diretoria e o Colegiado do Crefito-2 tomam conhecimento do falecimento da Dra. Hinda Burlamaqui, terapeuta ocupacional, que nos deixou no último dia 25 de maio, e que muito contribuiu para a profissão, além de ter feito parte do importante grupo que implantou, organizou e estruturou o Conselho Federal e os primeiros Conselhos Regionais. Dra. Hinda Burlamaqui foi homenageada pelo Crefito-2, em 2015, com a Medalha de Honra ao Mérito Dr. Fernando Lemos, por ocasião da celebração pelos 40 anos de criação do Sistema Coffito/Crefitos.” (CREFITO-2, 2017). Disponível em: <http://www.crefito2.gov.br/comunicados/comunicados/nota-de-falecimento-da-terapeuta-ocupacional-dra---1816.html>. Acesso em: ago. 2017.

As “bíblias da Terapia Ocupacional” utilizadas por Virgílio, para a formação de novos terapeutas ocupacionais é uma espécie de coletânea, na qual estão reunidas o conhecimento produzido até então, nos Estados Unidos e Inglaterra, sobre o uso da ocupação com fins terapêuticos e os avanços da prática em Terapia Ocupacional. Quando Virgílio foi questionado sobre a formação profissional e a processo histórico de constituição da Terapia Ocupacional, ele afirmou: “a gente não pode desprezar em momento nenhum as nossas raízes, onde é que nós nascemos”. Frente ao pedido de exemplos de raízes, ele aponta: “Estão aqui: a Lisete Ribeiro Vaz e a Rita de Cássia Barcel”<sup>82</sup> (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, região sudeste). A narrativa dessas duas terapeutas ocupacionais demonstra como as interações entre as escolas formadoras, os profissionais que exerciam a Terapia Ocupacional (práticos e terapeutas ocupacionais) e os indivíduos interessados no uso da ocupação com fins terapêuticos, motivaram o ingresso no curso de graduação em TO e a introdução da perspectiva da psiquiatria nesse curso.

Lisete Ribeiro Vaz em entrevista, no jardim do Palácio do Catete, lança o convite para compreender como foi atraída à Terapia Ocupacional:

[...] Vamos conversando... então, eu fiz um trabalho voluntário... num hospital psiquiátrico [por volta dos anos 1974]... eu tinha um irmão fazendo psiquiatria... aí eu vi uma coisa chamada TO, achei tão interessante, eu via sobretudo as mulheres fazendo umas coisas lá, tinha um terapeuta ocupacional, achei aquele lugar muito interessante... havia diversas pessoas lá, tinha até gente normal, tinha gente da minha idade, tinha gente velha, gente nova e eu achei aquilo encantador. Eu falei: eu também posso me tratar aqui? E ele me respondeu: pode. Era um homem bravo para danar... ele se chamava Rui Chamone <sup>83</sup>, [terapeuta ocupacional]... Eu gostei muito daquele ambiente... eu tive um encantamento... e fiquei me tratando com Rui Chamone... Um dia, ele perguntou: porque você não faz o curso de Terapia Ocupacional... aí eu peguei como se fosse tudo na minha vida. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

<sup>82</sup> A entrevista com Virgílio foi realizada por três pesquisadores durante o XV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional e foi mediada por Rita de Cássia Barcellos Bittencourt e Lisete Ribeiro Vaz.

<sup>83</sup> Rui Chamone Jorge graduou-se no Curso de Formação de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (1966-1969), pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Católica de Minas Gerais. Exerceu a profissão de Terapia Ocupacional no âmbito da clínica, do ensino e da pesquisa. Em sua obra *Psicoterapia Ocupacional: história de um Desenvolvimento* oferece elementos históricos de sua trajetória acadêmica e profissional e em um de seus relatos ele relembra: “Posso ler em meu relatório final de estágio em hospital psiquiátrico, datado de 20 de junho de 1969... [já] em 1971 (Contribuição para a Conceituação da Terapia Ocupacional, I Congresso Mineiro de Psiquiatria – Caxambu, MG), em crítica à indicação de atividades, se expressivas ou utilitárias, feita pelo profissional, escrevi: ‘pensamos que a melhor maneira de indicar é a opção feita pelo paciente (...). A esse método nós, pessoalmente chamamos de OPCIONAL.’” Durante a sua graduação realizou estágios extracurriculares. Entre os locais está a Casa das Palmeiras, sob supervisão da Dra. Nise da Silveira, Rio de Janeiro, 1970. Também foi fundador do SER.TO – Serviço de Terapia Ocupacional, destinado ao atendimento de reabilitação psiquiátrica em Belo Horizonte, Minas Gerais, 1974; do CIES.TO – Ciclo de Estudos Dinâmicos de Terapia Ocupacional (destinado a estudos), Belo Horizonte, Minas Gerais, 1975; da ATOMG – Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, 1977; e do GES.TO – Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional, que objetiva pesquisas e publicações, Belo Horizonte, Minas Gerais, 1988. (JORGE, 1995, p. 14).

No caso de Lisete, é relevante destacar que ela ingressa no curso trazendo consigo sua experiência de uso da ocupação em psiquiatria. E essa perspectiva se mantém como fonte de interesse e é onde ela constrói e vive sua identidade profissional:

[...] fiz vestibular... Na época só havia a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais... eu estudei lá... estudei tudo... histologia... anatomia... neurologia... fisiologia... mas, talvez eu já tenha entrado na terapia ocupacional com a ideia da saúde mental, hoje campo de saúde mental... fiz estágio no Hospital Santa Clara, no Hospital Arapiara, com uma professora holandesa chamada Johanna Nordhoek... meu interesse era o campo da saúde mental... se mantém o mesmo até hoje. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

O interesse de Lisete por aprofundar seus conhecimentos acerca dos efeitos terapêuticos das ocupações e de possibilidades metodológicas para o exercício da TO a levou ao Museu do Inconsciente. Ao se deparar com a prática da Terapia Ocupacional que ocorria ali ela relembra:

[...] Eu falei: se eu conhecer essa terapia ocupacional, que essa mulher diz que faz, e seu os meus pacientes se tornarem pessoas dignas como são esses pacientes aqui, aí quem sabe eu serei uma terapeuta ocupacional. Foi a partir do resultado daquela modalidade de terapia ocupacional que eu comecei a estudar aquilo que a Dra. Nise já estava estudando há mais de 40 anos... e sou assim apaixonada pela terapia ocupacional porque eu vejo os efeitos dela sobre as pessoas com sofrimento mental...eu aprendi isso com as minhas mãos, com meu corpo... eu aprendi TO com os pacientes... com as coisas da TO... as coisas que a gente faz: pintar, bordar, fazer crochê... E a TO pode ter delicadezas como pode ter durezas: “vamos, vamos! Vamos é preciso trabalhar! Vamos tentar sim, vamos cerrar essa madeira, é preciso serrar, vamos firmar a tábua aqui...é preciso serrar nessa direção, presta atenção na sua mão esquerda, e o serrote não pode pegar aqui”. Então a Terapia Ocupacional tem uma direção e tem arredondamentos... Teve um tempo que eu chamei de clínica do íntimo. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

A trajetória profissional de Lisete está marcada pela influência da perspectiva teórica e prática do terapeuta ocupacional Rui Chamone e da psiquiatra Nise da Silveira. O que une ambas as perspectivas é o entendimento da utilização da ocupação enquanto recurso terapêutico. O convívio do Rui Chamone com Nise da Silveira, em especial, durante um estágio extracurricular durante a sua formação profissional, no período de 1966-1969, foi fundamental para a construção de seu método de intervenção em TO.<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup>Rui Chamone Jorge é o criador do Método de Psicoterapia Ocupacional e publicou diversos trabalhos acadêmicos e obras relacionadas à Terapia Ocupacional. Para saber mais ver *homepage* do Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional. Disponível em <http://www.grupogesto.com.br/historia/historia-do-prof-ru/> Acesso em: 08 ago. 2017.

[...] Rui fez estágio com Nise na Casa da Palmeiras, ela me disse e ele também me disse... Nise conhecia Macdonald como poucos terapeutas ocupacionais conhecem... ficava importando livro para estudar toda forma de terapia ocupacional... os livros dela de TO são rabiscados... Nise da Silveira estudou tudo o que havia na época... ela estudou terapia ocupacional, psiquiatria, psicanálise, psicologia, arte... O trabalho da Dra. Nise me instrumentalizou para grupos maiores, para o trabalho no hospício e o Rui me instrumentalizou para o silêncio, para a atenção máxima de todas as coisas. Rui não precisava ficar falando. Nise, então, era muda... o silêncio também aprendi com ela. O Rui é uma pessoa que teve para fundamentação teórica importante, e usou, a antropologia cultural e a psicanálise era isso que vigorava naquele tempo. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

Atualmente, Lisete é docente no curso de Terapia Ocupacional da UFRJ, e quando questionada acerca da importância da transmissão das experiências vividas, junto de Nise da Silveira e Rui Chamone Jorge por meio do exercício da docência em Terapia Ocupacional, ela comenta:

[...] Não sou uma professora... eu me candidatei tem muitos poucos anos... estou lá desde 2011... não sou professora, eu sou uma terapeuta ocupacional, eu sou uma TO... eu gosto de pessoas, e eu não sei dar aula... eu sou uma pessoa de 62 anos sem doutorado, entendeu... é um esforço que eu tenho que fazer e que alguns amigos meus me chamam para isso, porque esse experiência tem que ser entregue... a minha dissertação de mestrado fala muito de Nise... está lá na minha dissertação... fiz na UFF... “Do *Cabaret Voltaire* ao Cabaret Pinel: Clínica e resistência em serviço de saúde mental”... Mesmo no Hospital Pinel fui muito debochada devido a este título... eu digo que sou muito dadeira, eu gosto de dar, e gosto de receber... meu convívio com pessoas com esses diagnósticos... a TO em deu um chão para estruturar um trabalho que eu pude estruturar na época no Hospital Pinel... [sua forma de pensar e agir veio toda do campo?] Isto você pode falar, isso você deve falar, Derivan, porque a gente estuda TO e a gente não sabe o que é TO. E a gente só aprende Terapia Ocupacional a partir daquela pessoa de quem você cuida... a gente tem que estudar, é seu dever, é sua obrigação ética... se você em reabilitação física, tem que estudar tudo, mais que todos, mais que médicos, mais que ortopedista; e no campo da saúde mental, mais do que os psiquiatras, mais do que os psicólogos, porque nós precisamos afirmar a terapia ocupacional em favor dessas pessoas que se beneficiam tanto da atividade. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

Retomando a questão da influência das primeiras experiências vividas em uma instituição especializada em psiquiatria, para a elaboração da identidade profissional, é preciso atentar-se para o fato de que a elaboração é um processo contínuo. Nem sempre a primeira visita ou o primeiro contato é o suficiente para que o indivíduo produza uma visão do que é a profissão e a partir dela elabore a sua identidade profissional. Rita de Cássia Bittencourt, em seu depoimento, evidencia como o percurso durante a formação profissional pode alterar o trajeto no sentido de mudar a direção na construção da identidade profissional, no caso da TO, da perspectiva da reabilitação física para a saúde mental, e vice-versa:

[...] Conheci a FRASCE [Faculdade de Reabilitação da Associação de Solidariedade da Criança Excepcional]... que tinha uns cursos esquisitos chamados de Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia... eu fui [visitar todos] os setores... o último [setor] que eu entrei foi o encontro com a TO: tinha uma sala, tinha uma mulher no tatame [espécie de um colchão de espuma firme] com um PC, uma pessoa com Paralisia Cerebral, e ela rolava com o PC, brincava com o PC, ria... fazia coisas com ele, e a [ele] ria... foi o encontro que mudou a minha vida, eu falei eu quero isso, eu quero encontrar o outro [entrevistada muito emocionada]... É isso que eu quero fazer!... E eu achava que eu ia ser terapeuta ocupacional de neurologia, eu entrei para fazer TO de neuro... Minha mãe [enfermeira] se aposentou do Hospital Curicica de Tuberculose e foi trabalhar numa clínica psiquiátrica...Eu fui falar com o psiquiatra... o Adalberto... Ele falou assim: “você não é da neurologia, você é da saúde mental. Eu falei: não que é isso!... Ele me fez um encaminhamento: “vá fazer estágio em saúde mental”. Eu conseguir o estágio... quando eu comecei a estagiar, tinha assim, uma praxiterapeuta... uma pessoa que foi formada pela Nise da Silveira e tinha uma terapeuta ocupacional formada pela mesma escola que eu [estudava FRASCE]. Quando eu cheguei, comecei a atuar, eu fui acolhida pela praxiterapeuta... por isso essa a minha paixão pela abordagem niseriana. Aí a Amauri que não tinha feito faculdade, tinha feito Terapia Ocupacional com a Nise, me acolheu. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

O final desse depoimento é relevante na medida em que evidencia a relevância do o conhecimento produzido em TO a partir das experiências vividas pelos práticos em TO e psiquiatras relacionados ao uso da ocupação no processo de elaboração da identidade profissional de estudantes de Terapia Ocupacional. Rita de Cássia, em sua entrevista, destaca o lugar que os práticos em TO, denominados de praxiterapeutas, tiveram em sua formação e trajetória profissional:

[...] aprendi muito com essas mulheres, eu aprendi com as pessoas que fizeram o curso de Nise da Silveira. Tem uma delas que estão vivas até hoje a Amauri, nossa, Amauri foi a pessoa que me ensinou a trabalhar com grupo... depois eu fui estudar Pichon-Rivière e [ outros autores que tratam de terapias em grupo]... mas o manejo eu aprendi com ela, e ela era uma praxiterapeuta. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

Durante a pesquisa empírica, em visita ao curso de graduação de TO, e ao serviço de saúde onde Rita de Cássia Bittencourt exerce a sua prática docente-assistencial, observou-se que a abordagem niseriana se mantém viva e atualizada. Um dos exemplos são as formas de fazer, que se inscrevem no Laboratório Niseriano, por ela coordenado.

[...] Eu sou niseriana, todo o meu percurso profissional foi baseado no *enlourecimento niseriano*, gente muito normal demais é muito enjoado como dizia a Nise. Quando eu cheguei aqui no Rio Grande do Sul eu percebi uma coisa, eu sempre fiz vivências com meus alunos, essa coisa toda... eu percebi que há uma carência, eu tenho uma preocupação muito pontual com a formação do terapeuta ocupacional... ele deve conhecer as expressões culturais e artísticas para que isso consolide mais o repertório dele... [isso] vai fazendo com que o terapeuta

ocupacional pense de uma outra perspectiva, de um outro lugar, e eu observei que esses estudantes [da Universidade Federal e Santa Maria] estavam privados dessa polissemia, polissemia que identifica a profissão, a profissão é polissêmica... são várias linguagens que o terapeuta ocupacional vai atuar. E que eles [estudantes] tinham um repertório mais reduzido... ser terapeuta ocupacional implica que você tenha possibilidade de expressividade plástica... então para a gente estimular essa plasticidade... essa dialética, a gente deveria oportunizar essa criação, esse processo criativo, esse mergulho, e aí o Laboratório Niseriano... um laboratório de se perceber, de sentir, de se tocar, de ouvir. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

Os relatos acima, desde o de Octacília até o de Rita de Cássia, evidenciam como o uso da ocupação foi atravessando o tempo nas instituições especializadas no tratamento de doenças e contribuindo para a elaboração da identidade profissional de práticos em TO e terapeutas ocupacionais. Esses profissionais foram se identificando e sendo identificados a partir das práticas que iam sendo estabelecidas e atribuídas no jogo social, no mundo da saúde e da doença.

A seguir, tratarei da carreira de auxiliar de praxiterapia e de terapeuta ocupacional. Essas duas carreiras vão coexistir no exercício da Terapia Ocupacional no Brasil, em especial, no período de 1960 a 1980.

No que diz respeito à regulamentação da prática, os práticos alcançaram o *status* profissional de auxiliar de praxiterapia<sup>85</sup>, na década de 1950, no âmbito das atividades laborais no Brasil. Conforme aponta Lilian Vieira Magalhães em *Os terapeutas Ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*, a partir do primeiro Curso Elementar de Terapêutica Ocupacional, ofertado por Nise da Silveira,

o diretor do Serviço Nacional de Doenças Mentais, Dr. Adauto Coelho, conseguiu a criação pelo DASP da carreira de auxiliar de praxiterapia. No dia 13 de agosto de 1952 o Diário Oficial publicou a nomeação dos primeiros auxiliares. Inicia-se aí a confusão de denominação que irá acompanhar o pessoal vinculado à Terapia Ocupacional no Brasil. (MAGALHÃES, 1989, p. 77).

Como aponta Magalhães (1989), na passagem da década de 1950 para década de 1960, a regulamentação da carreira de auxiliar de praxiterapia se constituiu em motivo para conflitos entre os terapeutas ocupacionais – formados nos cursos de TO da ABBR e da USP – mais tarde reconhecidos como cursos de graduação – e a psiquiatra Nise da Silveira.

---

<sup>85</sup> Como já mencionado, a praxiterapia foi considerada uma modalidade do conjunto de práticas baseado no uso da ocupação que se convencionou denominar terapêutica ocupacional, que posteriormente, passaram a ser denominadas de Terapia Ocupacional (TO).

Jamais ficou bem esclarecido o conflito entre a Dra. Nise da Silveira e os terapeutas ocupacionais formados a partir do modelo norte americano. Embora admitindo a sua existência, esses profissionais jamais foram contratados para serviços sob a direção da Dra. Nise da Silveira. Só após a sua aposentadoria compulsória iniciaram-se tímidos contatos entre seus colaboradores e os terapeutas graduados. (MAGALHÃES, 1989, p. 81).<sup>86</sup>

Importante apontar que, apesar da literatura da TO no Brasil possuir uma escassez de detalhes dos conflitos entre Nise da Silveira e os terapeutas ocupacionais, Lisete Ribeiro Vaz<sup>87</sup>, participante da pesquisa<sup>88</sup>, e que vivenciou experiências na Casa das Palmeiras<sup>89</sup> junto a Nise da Silveira nos oferece alguns esclarecimentos:

[...] Na verdade, a terapia ocupacional aqui no Rio tem um débito com as pessoas que se formaram com Nise e se chamavam praxiterapeutas. Essas pessoas tinham orgulho da sua formação, mas o COFFITO, os conselhos, e o nosso CREFITO aqui tinha um outro entendimento... essas pessoas não tinham se formado na academia, nos cursos de terapia ocupacional reconhecidos... E Nise, assim como ela tentou se entender com os psiquiatras, ela também tentou se entender com os terapeutas ocupacionais... mas os terapeutas ocupacionais, nós não aceitávamos aqui, eu vou me colocar de fora, mas aqui, nós não aceitávamos essa outra terapia ocupacional que não era terapia ocupacional formalizada pelo COFFITO. Então nós temos débitos com essas pessoas. (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional, graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

O relato de Lisete Ribeiro Vaz lança luz sobre os conflitos que se instauraram entre práticos e terapeutas ocupacionais no período da criação da profissão e de sua posterior regulamentação pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Lisete relembra que:

<sup>86</sup> “A turma de formandos de 1981 da PUCCAMP, SP, homenageou-a como paraninfa, ao que ela respondeu uma carta comovida” (MAGALHÃES, 1989, p. 81).

<sup>87</sup> Lizete Ribeiro Vaz está entre os poucos terapeutas seguidores da Casa das Palmeiras que Nise da Silveira repassou a sua terapêutica no cuidado de esquizofrênicos (SILVA, 2011).

<sup>88</sup> Entrevista realizada em 17 de outubro de 2015.

<sup>89</sup> A Casa das Palmeiras foi um serviço criado por Nise da Silveira para o tratamento de doentes mentais. Segundo Silva (2011), em abril de 1986, Nise da Silveira concedeu uma entrevista na qual em relação à Casa das Palmeiras comenta: “comecei a pensar na possibilidade do próprio hospital criar uma sessão, um departamento para o preparo desses indivíduos antes de sua saída. Esta ideia não foi aceita, mas não a abandonei. Continuei falando disso a pessoas diversas, até que uma colega, Maria Stela Barros me pôs em contacto com Dona Alzira Cortes, proprietária do prédio [...], ela imediatamente compreendeu o problema e sem nenhuma formalidade, sem nenhum papel, sem nenhuma assinatura. Disse-me: o andar térreo, eu já cedi para APAE. O primeiro andar a senhora dispõe pra fazer o que quiser. Então imediatamente começou a se estruturar esta instituição destinada a EGRESSOS. [...] e assim no dia 23 de dezembro de 1956 foi inaugurada a Casa das Palmeiras [...]. Nesta casa eu me sentia livre para introduzir métodos inusuais. O tratamento fundamental fazia-se através de atividades expressivas, não havia médicos vestindo jalecos, não havia enfermeiras, os monitores estavam ao lado dos doentes, apenas os ajudavam, trabalhavam junto com ele, ou apenas ajudavam numa ou noutra atividade. As portas e as janelas sempre abertas. [...] A Bellá Paes Leme, [psiquiatra parceira de Nise, na Casa das Palmeiras] que foi aliás quem em deu o nome de Casa das Palmeiras porque havia na frente um círculo de belíssimas palmeiras” (SILVEIRA, 1979 apud SILVA, 2011, 158-159;171).

[...] Nise da Silveira foi chamada pelo Ministro da Saúde da época, pela experiência pioneira na Casa da Palmeiras e no Museu de Imagens do Inconsciente, para implantar no Brasil de norte a sul, este modelo de terapêutica ocupacional nos hospícios da época (Lisete Vaz, terapeuta ocupacional, graduada em 1980, docente, Região Sudeste).

Para responder a esse desafio, Nise da Silveira partiu de seus estudos que articulavam “psicologia, psicanálise, fenomenologia, filosofia, psiquiatria, arte, artesanato para fundamentar seu método”, inicialmente denominado de *terapêutica ocupacional* e mais tarde, *emoção de lidar* (POMPEU e SILVA, 2011, VAZ, 2004). Na proposta que Nise apresentou ao Presidente da República Jânio Quadros, em 1961, ela propunha “fazer casas abertas onde as pessoas podiam ocupar de forma expressiva seu cotidiano”. Propôs “equipes interdisciplinares compostas por artistas, terapeutas ocupacionais, antropólogos em todas as cidades brasileiras” (POMPEU e SILVA, 2011).

Um dos desdobramentos desse convite foi a publicação do Decreto nº 51.169, de 9 de agosto de 1961 que buscava instituir a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço de Doenças Mentais, do Ministério da Saúde, e dar outras providências (anexo 6). Do texto do referido Decreto vale apontar aqui:

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe concede o artigo 87, item I, da Constituição Federal, e,  
CONSIDERANDO os bons resultados que, em caráter experimental, vêm sendo obtidos com o emprego da Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), conforme exposição do Ministério da Saúde; [...]

Art. 1 Fica incluída, entre os órgãos centrais do Serviço Nacional de Doenças Mentais, previstos no artigo 2º, item I, do Regimento aprovado pelo Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944, a seguinte:

"c) Seção de Terapêutica Ocupacional e de reabilitação (S.T.O.R)."

Art. 2º À S.T.O.R, compete:

I - manter um serviço padrão de terapêutica ocupacional e reabilitação, cujas atividades se estenderão a todos os hospitais e doentes mentais no País.

II - fornecer planos de trabalho referentes à terapêutica ocupacional e à reabilitação aos órgãos do S.N.D.M. e aos hospitais que mantenham convênio com o Serviço Nacional de Doenças Mentais, assim como supervisionar a respectiva execução.

III - organizar cursos, seminários e palestras com o objetivo de formação e aperfeiçoamento de especialistas em terapêutica ocupacional.

IV - manter um museu de obras plásticas, que será um centro de estudo e pesquisa.

V - estudar e propor os planos de aplicação das dotações destinadas à terapêutica ocupacional e à reabilitação, incluídas no Orçamento do Ministério da Saúde.  
Parágrafo único. Os funcionários que não obtiverem aprovação nos cursos a que se refere o item III dêste artigo ficarão impossibilitados de permanecer ou ter exercido em órgãos que se dediquem à Terapêutica Ocupacional;

Art. 3º A S.T.O.R., será chefiada por um especialista em terapêutica ocupacional, de preferência médico psiquiatra, designado pelo Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, mediante indicação do Diretor do S.N.D.M.



O referido Decreto foi assinado pelo presidente Jânio Quadros e pelo Ministro Cattete Pinheiro, em 9 de agosto de 1961, e publicado no Diário Oficial da mesma data, mas “com a renúncia do presidente do cargo, a lei nunca chega a ser colocada em prática” (POMPEU; SILVA, 2011, p. 77, 78). Em consulta à *homepage* da Câmara dos Deputados, observou-se que o Decreto supracitado se encontra revogado. A revogação desse decreto representou uma grande perda para os avanços na prática e no ensino da terapêutica ocupacional, na perspectiva niseriana. E, mais tarde, inviabilizou a continuidade do exercício da Terapia Ocupacional pelos praxiterapeutas.

Entretanto, é importante atentar para o Art 4º inciso IV do Decreto-Lei nº 299/1967 (anexo 7), que trata da reorganização do Grupo Ocupacional<sup>90</sup> P-1700, composto por profissionais auxiliares das profissões de Medicina, Farmácia e Odontologia e previsto na Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960 (anexo 5). Esse decreto que é anterior à publicação do Decreto Lei nº 938/1969 (anexo 1), que regulamentou as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, já concebia a existência da classe de auxiliares de praxiterapia e aponta como exigência para série classe<sup>91</sup> de Auxiliares de Praxiterapia.

Apesar da relevância dos dados que constam no Decreto-Lei nº 299/1967, no que diz respeito à oficialização da série classe de Auxiliar de Praxiterapia vinculado à Medicina, importa destacar que não se encontrou registro nem na literatura, nem na pesquisa empírica, que permitisse aprofundar a discussão, com base nesse decreto, em relação aos conflitos entre práticos de TO e os terapeutas ocupacionais, no âmbito da prática em serviços de saúde e da formação profissional. Também não se encontrou dados consistentes acerca da existência ou não de processos para oficialização de cursos que formavam práticos em TO, como os de Nise da Silveira, junto ao Ministério da Educação e Cultura na época.

Seguindo uma cronologia, os terapeutas ocupacionais alcançaram o *status* profissional a partir da regulamentação da profissão pelo Decreto nº 938/69, que os reconheceu como profissionais de nível superior. Outro marco legal que merece ser destacado nesse momento é o Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973 (anexo 3) – que dispõe sobre o Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, a que se refere o artigo 2º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970 e dá outras providências – ao mencionar em seu Art 5º que

---

<sup>90</sup> Conforme a Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960, entende-se por grupo ocupacional “a séries de classes ou classes que dizem respeito a atividades profissionais correlatas ou afins, quanto à natureza dos respectivos trabalhos ou ao ramo de conhecimentos aplicados no seu desempenho” (BRASIL, 1960).

<sup>91</sup> Conforme a Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960, o termo *série de classes* refere-se “ao conjunto de classes da mesma natureza de trabalho, dispostas hierarquicamente, de acordo com o grau de dificuldade das atribuições e nível de responsabilidades, e constituem a linha natural de promoção do funcionário” (BRASIL, 1960).

Poderão integrar as Categorias Funcionais a que se refere este Decreto, mediante transposição, os cargos vagos e ocupados, cujas atividades se identifiquem com as indicadas no artigo 1º, observadas as respectivas especialidades, de acordo com o seguinte critério:

I - ...

VI - Na Categoria Funcional de Técnico em Reabilitação, os de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e, por transformação, os de Auxiliar de Fisioterapia e auxiliar de Praxiterapia cujos ocupantes possuam diploma de Fisioterapeuta ou Terapeuta Operacional devidamente registrado, ou habilitação legal equivalente. (BRASIL, 1970).

Entretanto, observou-se uma contradição entre o texto do inciso VI do art. 5º do Decreto nº 72.493/1973 e o art. 3º do Decreto nº 90.640/1984 – que inclui categoria funcional no Grupo Outras Atividades de Nível Superior (anexo 8) a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970 (anexo 12), e dá outras providências – no que diz respeito a reclassificação funcional, ou seja, mudança da posição de profissão caracterizada por atividade técnica para profissão caracterizada por atividade de nível superior:

Art 3º - Os ocupantes de cargos efetivos, ou empregos permanentes da antiga Categoria Funcional de Técnico de Reabilitação, atual Terapeuta Ocupacional, portadores de habilitação legal para o exercício da profissão de Fisioterapeuta e que estejam exercendo atividades próprias dessa profissão, poderão ser reclassificados na Categoria Funcional de Fisioterapeuta de que trata este decreto, ressalvado o respectivo regime jurídico. (BRASIL, 1984)

Importa apontar que essas contradições entre os marcos legais supracitados são posteriores a regulamentação profissional via Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969. Essas contradições tornam-se mais gritantes no momento em que o parágrafo único do art 1º do Decreto nº 90.640/1984 aponta que

Art 1º - Fica incluída no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior estruturado pelo Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973, com as alterações posteriores a Categoria Funcional de Fisioterapeuta, designada pelo código NS-943 ou LT-NS-943.

Parágrafo único - A categoria funcional de que trata este artigo compreende atividades de nível superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente. (BRASIL, 1984).

Observa-se uma semelhança no texto do parágrafo único do Decreto nº 90.640/1984 ao apontar para a reabilitação física e mental do paciente com o texto dos art. 4º e 5º do Decreto-Lei nº 938/69. Segundo referido Decreto-Lei

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

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente. (BRASIL, 1969).

As expressões *capacidade física* e *capacidade mental* funcionam como marcador de diferença entre as duas profissões. Considerando o exposto até o momento sobre os marcos legais que permearam o processo de profissionalização da TO, temos no Brasil uma série de controvérsias que envolvem as denominações de Auxiliar de Praxiterapia, Auxiliar de Fisioterapia, Técnico de Reabilitação, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Essas controvérsias podem ter acirrados os conflitos entre praxiterapeutas e terapeutas ocupacionais em torno do exercício legal da terapia ocupacional.

A obra *História de Beta*<sup>92</sup> traz outra contribuição que evidencia como a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional produziu não apenas conflitos entre práticos em TO e terapeutas ocupacionais, mas mudanças radicais no exercício da terapia ocupacional. Beta d’Rocha foi inicialmente foi uma paciente e frequentadora do Museu de Imagens do Inconsciente desde 1974, onde fez cursos de formação, entre eles, o Curso de Fundamentos de Terapia Ocupacional<sup>93</sup>, período de fevereiro a maio de 1977, ministrado por Nise da Silveira “com o objetivo de selecionar bons terapeutas, numa tentativa de formar qualitativamente novos profissionais de terapia ocupacional, dentro de uma estrutura hospitalar já bastante desgastada” (BRASIL, 2007, p. 77). Beta d’Rocha passou a atuar como terapeuta no Museu de Imagens do Inconsciente em 1981.

Nos três anos que trabalhei no Museu, tive oportunidade de aplicar os conhecimentos terapêuticos aprendidos com a Dra. Nise da Silveira e, principalmente, de aprender muito com os doentes. Porém, minha situação dentro do Museu não estava bem definida. Não sendo funcionária, ocupava um cargo meteórico dentro da engrenagem burocrática. Ficava como uma espécie de curinga e, como era voluntária, permanecia em todos os setores sem fixar-me a nenhum. Tanto trabalhava na modelagem como na pintura, e na encadernação, participando

<sup>92</sup> A história de Beta é uma obra do Ministério da Saúde (2002) que conta a história de uma doente mental. Beta d’Rocha narra sua história tendo como ponto central o seu processo de adoecimento psicótico rotulado de esquizofrenia. No prólogo da obra, Beta é provocadora: “Aqui quero chamar a atenção dos nossos consertadores de gente para a mudança de tratamentos tão ultrapassados, valorizando o que já é comprovadamente eficaz. Estou querendo me referir à terapia ocupacional, adotada pela cientista Dra. Nise da Silveira, que passou toda sua vida lutando na tentativa de dar novas oportunidades ao doente, para que a caminhada lhe seja menos espinhosa e ele não seja reduzido ao silêncio” (BRASIL, 2007, p. 7-08). Mais detalhes ver Brasil. Ministério da Saúde. *A História de Beta / Ministério da Saúde*. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

<sup>93</sup>“O curso foi dividido em dois períodos: no primeiro, o tema de estudos foi A Esquizofrenia em Imagens. No segundo período, o tema foi Teoria e Prática da Terapêutica Ocupacional, cuja prática era dentro das enfermarias”. (BRASIL, 2002, p. 77).

na organização de festas e até ajudando a lavar as salas, quando necessário. (BRASIL, 2007, p. 86).

Em relação ao direito de ser contratada e continuar a exercer a terapia ocupacional que Beta d’Rocha lamenta:

vivia uma grande ilusão ao pensar que poderia ser aproveitada como terapeuta, apenas tendo feito o curso da Dra. Nise. Grande ilusão! Começavam a chegar os terapeutas de nível universitário, não sobrando espaço para aqueles que, como eu, não tinham diploma de faculdade. Outro obstáculo foi a minha idade [54 anos]. Mesmo tendo consciência de ser boa terapeuta, recomendada por Dra. Nise, eu não tinha chance. Foi uma pena, porque eu talvez fosse a única terapeuta a estar nos dois lados do muro... (BRASIL, 2002, p. 86).

Esses conflitos que ocorriam no mundo do trabalho mantinham relações de interdependência com as organizações profissionais, em especial com o sistema de conselhos de classe, e com as instituições de ensino que ofereciam os cursos de formação em TO em instituições de ensino superior. Medeiros (2003) em sua obra *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*, aponta que,

enquanto a perspectiva da reabilitação era veiculada nas escolas brasileiras [cursos de educação profissional criados a partir do final da década de 1950], práticas já tradicionais em Terapia Ocupacional eram ignoradas no meio acadêmico formal, tais como as desenvolvidas pela Doutora Nise da Silveira, no Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, o trabalho de Ulisses Pernambucano (PE), o de Cerqueira em São Paulo, e outros. (MEDEIROS, 2003, p. 103).

Destarte, as interações entre médicos, práticos de TO e terapeutas ocupacionais no exercício da terapia ocupacional e nos cursos de formação de terapeutas ocupacionais, fortemente ligados ao campo das especialidades médicas da Reabilitação Física, se constituíram na base para o desenvolvimento dos marcos regulatórios para a formação profissional e para o posterior processo de criação e regulamentação da profissão, no país.<sup>94</sup> Como comentou a participante da pesquisa:

<sup>94</sup> Importante destacar que, os primeiros cursos de Reabilitação foram criados de forma conjunta com a Fisioterapia, ou seja, tratou-se da criação de um único curso para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Essa vinculação na formação profissional produziu outras vinculações. Por exemplo, a criação e regulamentação das duas profissões que levou à criação de um único Sistema de Conselho de Classe – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e seus respectivos conselhos regionais. Essa vinculação com a Fisioterapia foi decisiva para o processo de profissionalização da TO no Brasil. Ela produziu a longo prazo uma relação entre a Fisioterapia e a TO, na qual a primeira ocupa a posição hegemônica e a segunda a posição subalterna. Essa questão é tratada com mais detalhes no capítulo sobre o Sistema de Conselhos de Classe.

[...] É interessante você levantar essa questão [sobre a regulamentação da profissão e a formação profissional]... essa prática não regulamentada é que talvez estivesse no imaginário coletivo, eu tenho a impressão que a ideia de recreação e [capacidade] mental [apontado no Decreto-Lei 938/69, que cria a profissão de terapeuta ocupacional], vem justamente, é herança de Nise. É uma herança niseriana que estava no imaginário coletivo... o Estado entra [para regulamentar a profissão] por conta do capital, porque a epidemia de Poliomielite Anterior Aguda [comprometia a classe trabalhadora, a massa, a higidez do sujeito que vai trabalhar, que vai para o mercado, aí ele precisa de uma profissão que faça um enfrentamento a isso, por isso o Estado entra como instância reguladora, na minha leitura... Por isso que ele [o Estado] chama as americanas, por causa da epidemia de Poliomielite Anterior Aguda.<sup>95</sup> (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

Aqui começa a se desenhar os contornos de um grupo ocupacional, constituído por terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas que, na década de 1960, reivindicou o *status* de profissão. Esse desenho vai tomando seus contornos a partir de influências do Movimento Internacional de Reabilitação, voltado para o tratamento dos mutilados das guerras, e das demandas nacionais em torno do tratamento de pessoas com sequelas da Poliomielite Anterior Aguda<sup>96</sup> – decorrente da epidemia que assolou o país na década de 1950.

As disputas entre terapeutas ocupacionais e práticos em TO foram motivadas em parte pelo tratamento dado à perspectiva da psiquiatria, em especial, a abordagem de Nise da Silveira no interior das instituições de ensino e do exercício profissional. A respeito dessa questão a terapeuta ocupacional Rita de Cássia Barcellos Bittencourt expõe:

---

<sup>95</sup> Segundo o Manual de Orientações para Profissionais de Saúde relativo à Síndrome Pós-Poliomielite, publicado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo em 2008, a “nomenclatura Poliomielite tem origem dos termos gregos, a saber, “πολιός” [polios] = (cinzento), “μυελός” [mielos] = (medula) e do sufixo “ite” = inflamação. Portanto é uma doença inflamatória aguda resultante da destruição dos neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal conhecida pelo termo técnico de Poliomielite Anterior Aguda. De acordo com o Portal da Saúde do Ministério da Saúde “a poliomielite ou ‘paralisia infantil’ é uma doença infecto-contagiosa viral aguda, caracterizada por um quadro de paralisia flácida, de início súbito. O déficit motor instala-se subitamente e sua evolução, freqüentemente, não ultrapassa três dias. Acomete em geral os membros inferiores, de forma assimétrica, tendo como principal característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento atingido. No Brasil, não há circulação de poliovírus selvagem desde 1990, em virtude do êxito da política de prevenção, vigilância e controle desenvolvida pelos três níveis do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2017). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/poliomielite-paralisia-flacida-aguda>.

No entanto, pacientes acometidos pela Poliomielite têm buscado os serviços de saúde nas últimas três décadas para tratar das sequelas dessa doença.. [...] “os terapeutas ocupacionais empregam vários métodos para auxiliar seus pacientes a alcançar o mais alto nível possível de funcionamento e bem estar a serem atingidos em sua vida diária, e a superar os aspectos físicos e emocionais de sua deficiência. A avaliação e tratamento fornecidos pela terapia ocupacional para pacientes de pós-pólio podem abranger: avaliação do ambiente domiciliar e de trabalho, e recomendações para as adaptações necessárias; avaliação de atividades que produzem fraqueza, dor ou fadiga; recomendações e treinamento quanto ao uso de equipamento adaptativo; aconselhamento vocacional e reabilitação; preparo do paciente no tocante a conservação de energia, proteção das articulações e simplificação do trabalho; orientação aos membros da família e cuidadores sobre métodos seguros e eficazes de atendimento para o paciente. (SÃO PAULO, 2008, p. 20, 77-78). Para saber mais sobre a Poliomielite consultar: Oliveira e Quadros (2008).

<sup>96</sup> Idem.

[...] Voltando na linha do tempo eu acho que a Terapia Ocupacional cometeu uma injustiça de um tamanho, do tamanho do absurdo do universo... Ela cometeu um crime hediondo com Nise da Silveira. Eu me lembro, eu fui aluna de graduação de pessoas que tinham convivido com Nise dentro do Centro Psiquiátrico Pedro II, eles diziam: “aquela mulher, aquela não sei o quê”, aquelas pessoas tinham paixão pela Nise, era uma relação amor e ódio, ou as pessoas odiavam a Nise e queriam que ela morresse... De um modo geral, as pessoas amavam ou odiavam a Nise, e no caso dos terapeutas ocupacionais, boa parte dos meus professores tinha um ressentimento com Nise, uma raiva, uma coisa assim, “aquela mulher”, como se fosse uma pessoa que exercesse ilegalmente a Terapia Ocupacional. O absurdo dessa história é que o pessoal não viu que o precursor, ele, como é que eu vou te dizer, um trator ele não pode se ele que arar o campo, ficar pedindo desculpa para a minhoca... Nise era um trator, ela estava arando e preparando um campo... naquele momento os primeiros terapeutas ocupacionais de nível superior eram minhocas, e Nise era um grande trator abrindo mercado. Foi uma estupidez as pessoas não pegarem isso... As terapeutas ocupacionais formadas em escolas de nível superior rechaçavam a obra de Nise. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

A partir do relato acima, observa-se que os precursores como Nise da Silveira e os práticos em TO não estiveram num espaço de prática externo à Terapia Ocupacional, eles próprios formaram as bases para edificação dessa profissão no país. Falar dos precursores e dos práticos em TO é lançar luz sobre a Terapia Ocupacional e os terapeutas ocupacionais que foram marginalizados, mas que suas ideias sobrevivem. Como apontou Pompeu e Silva (2011) ao se referir à abordagem niseriana:

em 1956 inicia-se no Brasil, com o apoio da OMS, o Curso de Reabilitação nas modalidades Fisioterapia e Terapia Ocupacional; todo conhecimento anterior sobre a profissão é abandonado, seguindo a lógica de que o conhecimento vem do norte para o sul; dos países desenvolvidos para os países pobres. Mas o conhecimento tácito já estava instaurado e a mosca da inovação já tinha mordido muitos terapeutas ocupacionais brasileiros que ainda hoje produzem uma das mais originais práticas profissionais em saúde mental do mundo. A nossa terapia ocupacional mestiça com sua raiz na hospitalidade do índio, na corporeidade do africano e na ciência europeia já estava formada e, mesmo com todos os esforços para substituí-la por uma autóctone técnica baseada em modelos únicos, sobreviveu. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 81).

Gonzaga, em tom de denúncia, comenta sobre a relação dos terapeutas ocupacionais com as práticas e seus praticantes que deram a base para a constituição da TO no Brasil. De forma indignada ele diz:

[...] a sua relação com os terapeutas ocupacionais lhe leva a duas coisas: ou lhe leva a ficar bloqueado, acuado, amedrontado, não dizer de si... ou lhe leva a se indignar... eu me tornei mais e mais indignado... [motivação para indignação] a própria relação com os terapeutas ocupacionais no que elas têm de mais intransigente e mais banal, mais medíocre... me levou a ficar indignado... claro que a clínica e o conhecimento

se constroem, também a partir disso [dessas relações] (Luiz Gonzaga, graduado em 1976, ex-docente, clínico, Região Nordeste).

#### Rita de Cássia Barcellos Bittencourt complementa dizendo

[...] Havia esse rechaço e a Nise ficou muito magoada. As profissionais de Terapia Ocupacional queriam proibir a Nise de usar a expressão *terapia ocupacional*... Meu Deus! Eu sempre vi a importância da Nise... Aí o quê que a Psicologia fez, a Psicologia foi esperta, foi lá e pegou o Bispo do Rosário, depois pegou o discurso da Nise, a psiquiatra rebelde... e adotou... No final da vida, Nise da Silveira, quando as pessoas falavam em terapia ocupacional, ela fazia assim: “não quero falar sobre esse assunto”, ela baixava a cabeça... Então eu acho que importante a gente resgatar isso, resgatar essa memória, sem ela a gente não tinha... pode ser que tenha gerado equívocos, pode, paciência, sabe... as pessoas ficam infernizando... eu não posso ver um fato histórico com a mesma letra fria que eu vejo o que está acontecendo hoje. Então eu acho que em algum momento a Terapia Ocupacional tem que fazer justiça à Nise da Silveira. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, terapeuta ocupacional graduada em 1987, docente, ex-membro de organização profissional, Região Sul).

Acredita-se que, nesse sentido, é preciso trazer os práticos em TO à cena, é preciso situá-los no tempo e no espaço da TO no Brasil. É preciso devolver-lhes o lugar que lhes é de direito. Esses que foram os verdadeiros pioneiros na aplicação direta ao paciente do uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil – hoje Terapia Ocupacional.

Para tanto, inicialmente acrescenta-se mais alguns detalhes do processo histórico da introdução do uso da ocupação no Brasil e, em seguida, toma-se a narrativa de Octacília Melo, em sua obra *Terapia Ocupacional: minhas experiências*, publicada em 1978, como um recurso para discorrer sobre os práticos de TO.

#### 4.2 OS PRÁTICOS EM TERAPIA OCUPACIONAL: O NASCIMENTO DO PRIMEIRO MODELO DE INTERVENÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL

No Brasil, no século XX, no processo de criação das instituições para o tratamento de pessoas com doenças físicas e mentais, aumentou a demanda por práticos para a aplicação da terapia ocupacional. A divisão do trabalho de cura que se estabeleceu no interior das instituições para atendimento a doentes motivou os práticos na busca por formação profissional, em decorrência da pressão sofrida por eles por parte dos médicos. Em parte, essa pressão mantém relação com o que estava sendo produzido no mundo em relação ao uso da ocupação – terapêutica ocupacional.

Conforme aponta Mattos (1929), no cenário mundial, a terapêutica ocupacional ganhou destaque no período das guerras mundiais. A necessidade de organizar as enfermarias dos hospitais militares, para a recuperação tanto física como mental dos soldados inválidos

estimulou a utilização dessa terapêutica. Isso gerou a necessidade de preparação de pessoas para a sua aplicação. Inicialmente a terapêutica ocupacional foi aplicada por enfermeiros.

Os americanos reconheceram cedo a necessidade dos hospitais para alienados [doentes mentais], serem dotados de um corpo de enfermeiros bem organizados, disciplinados e instruído. [...] Por mais dedicado que seja o médico, nunca conseguirá resultados apreciáveis si não dispuser de auxiliares que executem com inteligência as suas prescrições. [...] pessoas de certa cultura, capazes de encarar os seus misteres com elevação de vistas e dedicação, aliada a preparo técnico. [...] não como se faz entre nós, onde os enfermeiros dos hospitais para insanos são simples guardas, equiparados a criados e como tais tratados [...] Quem como nós, dispõe de enfermeiros apanhados ao acaso, sem a mínima noção de suas funções [...] fica profundamente acabrunhado ao percorrer os asilos da América do Norte. (MATTOS, 1929, p.68-70).

Em outro ponto de sua obra, Mattos (1929) chama atenção para o desenvolvimento que vinha ocorrendo em relação aos práticos da terapêutica ocupacional – os quais ele denomina de guias. Para o autor, esses guias foram aos poucos observando novos problemas práticos e determinando a essência do seu trabalho, ainda que sob o domínio médico. Diz ele que

apesar do trabalho ter que ser feito sob fiscalização médica, os guias [profissionais não-médicos que aplicavam terapêutica ocupacional], que foram colocados nesse tratamento, observaram por conta própria, novos problemas apresentados pelos doentes e desse modo, foram introduzidos outros métodos e novos recursos de material, que parecem ser mais vantajosos para atingir o fim em vista, acumulando uma reserva de sabedoria e de técnica. (MATTOS, 1929, p. 67).

Assim, a necessidade da formação de profissionais para aplicação da terapêutica ocupacional, em acordo com padrões da ciência e da técnica do campo médico, motivou a criação de cursos de treinamento em serviços. De acordo com Soares (1991), os práticos eram “formados a partir da supervisão e orientação médica sobre o conhecimento clínico das patologias e a partir de publicações estrangeiras que explicavam os princípios e métodos de tratamento específico” (SOARES, 1991, p. 113). Como comentado anteriormente os psiquiatras brasileiros, em suas viagens em busca de conhecer experiências no tratamento da loucura, efetivaram um intercâmbio intelectual acerca do uso da ocupação com finalidades terapêuticas. Nessas viagens, tiveram acesso a práticas e conhecimento produzido no mundo referentes a diferentes modalidades da terapêutica ocupacional.



A abordagem de Nise da Silveira<sup>97</sup> se constituiu em um processo de terapêutica ocupacional diferente da praticada até então no país, ao considerar a possibilidade de atendimento aos pacientes agudos e a liberdade do paciente para escolher aquilo que desejava fazer. Conforme aponta Soares (1991), o trabalho de Nise da Silveira ganha destaque na área da psiquiatria no Brasil.

No Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro, RJ, em 1946 [...] iniciaram-se trabalhos com pacientes agudos, superando a visão anterior de que a ocupação terapêutica só era destinada aos crônicos. As atividades desenvolvidas eram bem variadas, agrupando-se em oficinas que envolviam o esforço característico do trabalho (marcenaria, sapataria, encadernação, costura, trabalhos agrícolas etc); atividades expressivas (pintura, modelagem, escultura, música, dança, etc); atividades recreativas (jogos, festas, passeios, rádio) e atividades culturais (escola, biblioteca). (SOARES, 1991, p. 119-120).

Ainda, na década de 1940, segundo a mesma autora, foi criada a Instituição Ulisses Pernambucano<sup>98</sup>, dirigida por Luiz Cerqueira<sup>99</sup> e que atendia adolescentes excepcionais. “Seu programa de tratamento fundamentava-se na realização de atividades sob orientação das professoras variando entre trabalhos em madeira, passeios externos, atividades musicais e recreação” (SOARES, 1991, p. 128). No final da década de 1950, no Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil<sup>100</sup> foi criado o Serviço de Praxiterapia, sendo em seguida chefiado pelo psiquiatra Luiz Cerqueira; com vasta experiência profissional no uso da ocupação terapêutica. Nesse serviço, foram realizados estudos “por docentes, internos e doutorandos, crescendo a produção científica brasileira em terapia ocupacional” (SOARES, 1991, p. 122). Nessas duas instituições, chefiadas pelo psiquiatra Luiz Cerqueira, Octacília iniciou na primeira e deu continuidade, na segunda, à sua trajetória pela Terapia Ocupacional.

O processo de introdução da ocupação terapêutica avançou para outras unidades psiquiátricas, de outros estados brasileiros, como a Clínica Psiquiátrica da Faculdade de

<sup>97</sup> Mais detalhes sobre a terapêutica de Nise da Silveira, bem como a prática do uso de ocupações no Brasil em fins do século XIX e início do XX, ver Pompeu e Silva (2011).

<sup>98</sup> “[...] em homenagem ao falecido neuro-higienista nordestino, que muito influenciou” o trabalho de Luiz Cerqueira. (SOARES, 1991, p. 128)

<sup>99</sup> Luiz Cerqueira “psiquiatra alagoano, desenvolveu uma sistemática luta pela transformação dos serviços de assistência na psiquiatria brasileira [...]foi incansável na denúncia do autoritarismo médico”. Seguidor da terapêutica ocupacional proposta por Herman Simon, psiquiatra alemão que propunha o uso não do trabalho, mas da atividade para os internos. Essa perspectiva introduzia os esportes, a recreação, a leitura e a dramatização entre outros recursos utilizáveis para o tratamento. [...] Insistia sempre na contratação (e indispensável formação) de terapeutas ocupacionais e devido ao baixo número de profissionais formados propôs que os contratados assumissem a tarefa de administração e supervisão dos serviços. Luiz Cerqueira participou ativamente junto a Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOBR), apesar de não gozar, como Nise da Silveira, de um pleno reconhecimento entre médicos e terapeutas ocupacionais. (MAGALHÃES, 1989, p.79-81).

<sup>100</sup> Atualmente Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Medicina da Universidade de Recife, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, Hospital Colônia de Natal (SOARES, 1991, p. 122-123). Para explicitar alguns dos aspectos envolvidos nas interações que se estabeleceram entre práticos e médicos, a partir da década de 1940, tomo a seguir a obra *Terapia Ocupacional: minhas experiências*, de Octacília Josefa de Melo.

#### 4.2.1 A Trajetória de Octacília Josefa de Melo

A obra de Octacília é um testemunho da aplicação do que se entende aqui como sendo o de primeiro modelo de intervenção em TO no Brasil. Esse modelo foi responsável por gerar o objeto de trabalho da TO e orientou a elaboração da identidade profissional de um prático em TO no período em que a terapia ocupacional ainda não era uma profissão. São evidentes as influências de médicos psiquiatras que introduziram o uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil, como por exemplo, Juliano Moreira, Ulisses Pernambucano, Luiz Cerqueira e Nise da Silveira.<sup>101</sup>

Octacília inicia sua prática, ainda adolescente, no final da década de 1940, numa instituição destinada ao atendimento de crianças excepcionais. Em companhia da sua irmã que buscava por um emprego, conseguiu ser contratada para desempenhar atividades de manutenção da instituição. Relata Octacília:

Eu [...] com apenas 13 anos, também queria trabalhar. [...] minha ocupação à princípio foi lavar louças para que eu não tivesse contato muito grande com as crianças [...]. Comecei a estudar à noite e foram-se passando os meses. [...] em seguida fui nomeada auxiliar das professoras [...]. Logo me tornei responsável pelas pequenas excursões. [...] A duração dos passeios costumava ser de 2 horas [...]. Fui me desembaraçando cada vez mais e, aos poucos, aprendendo novas tarefas: trabalhos em madeiras [...] exercícios de coordenação motora. (MELO, 1978, p. 15-16).

A partir da realização de cursos informais Octacília adquiriu novas habilidades que lhe permitiram envolver-se com novas práticas relacionadas ao uso de ocupações com fins terapêuticos.

No curso de recreação que fiz na Sociedade Pestalozzi do Brasil, tive a oportunidade de participar das aulas de música, onde aprendi a manejar instrumentos de uma bandinha rítmica e fazer os instrumentos de percussão [...]. Logo passei a pôr em prática estes conhecimentos na Instituição. [...]. Assim trabalhei por vários anos [...].

---

<sup>101</sup> Para mais detalhes sobre a relação desses médicos psiquiatras e a terapêutica ocupacional ver Pompeu e Silva (2011).

Para mim, a ocupação com as crianças já fazia parte da minha vida. (MELO, 1978, p. 16-18).

As experiências de Octacília com crianças excepcionais e o contato com o Dr. Cerqueira lhe permitiu dar continuidade a sua trajetória profissional, após fechamento da Instituição Ulisses Pernambucano, em dezembro de 1956.

Tive que procurar um novo emprego [...] [recebi] um bilhete do Dr. Cerqueira [...] chefe do Serviço de Praxiterapia do Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro [...] entrei em contato com ele [...]. Após uma pequena conversa aceitei sua proposta [...] comecei a trabalhar na Praxiterapia [...]. Buscava, nas enfermarias, um grupo de pacientes de ambos os sexos e o levava para uma sala, onde fazíamos atividades auto-expressivas: colagem e recorte, desenho a lápis cera e pintura livre. Quando sentia que o grupo já estava cansado desta atividade, subíamos para o teatro, onde fazíamos bandinha rítmica e recreação, em geral [...]. Fui ampliando as atividades, com a criação do setor de costura e artes aplicadas. [...] estas atividades, dentro das nossas limitações foram se multiplicando, chegando até à tecelagem em tear de mesa, tapeçaria [...]. Por ocasião das festas de São João e Natal [...]. Temos o hábito de fazer uma reunião com todos os pacientes com a finalidade de discutir a festa em pauta [planejar e executar: decoração, teatro, danças, comidas, etc.] (MELO, 1978, p. 18-20).

Os relatos de Octacília são evidências de como ela iniciou sua carreira e também as funções desempenhadas: serviço de limpeza, cuidadora de crianças, auxiliar de professora, monitora de atividades, coordenadora de grupos, terapeuta. Em consulta aos dados biográficos da autora, observa-se que as mudanças de papéis de Octacília ocorrem em paralelo à realização de cursos informais e treinamento em serviço, entre eles: recreação infantil (1954); danças folclóricas (1959); orientação para professores de Excepcionais (1960); Terapia Ocupacional (1962); Fundamento de Psiquiatria Social (1970).

A formação profissional em TO surge na vida de Octacília como algo complementar e não como um requisito para o seu envolvimento com a terapêutica ocupacional. Entretanto, em certa medida, esses cursos produziram mudança de *status* ao longo de sua carreira. Logo, as mudanças de *status* na carreira de Octacília decorrem de seu processo de formação profissional, por meio do treinamento em serviço sob a supervisão dos médicos e a realização de cursos informais, motivados pelo tipo de prática que se vinculou a cada experiência vivida.

Octacília se identifica com a terapêutica ocupacional e é por ela identificada. No auge de sua carreira ela se torna uma referência para o Dr. Cerqueira, um exemplo é a indicação que a mesma recebeu para organizar o setor de Terapêutica Ocupacional em Salvador em 1968, conforme citado anteriormente.

Um aspecto que merece destacar é que, em sua narrativa, ficam evidentes as relações estabelecidas com outros práticos, estudantes e estagiários, médicos e pacientes, em torno da

terapêutica ocupacional. Chama a atenção a relevância com que Octacília atribui nesse processo, ao Dr. Cerqueira, em um de seus relatos comenta:

Dr. Cerqueira muito me ajudou a levar em frente esse trabalho [recreação, música, passeios, que realizava com as crianças com deficiência], procurando, com seu apoio e dedicação orientar-me e aperfeiçoar-me cada vez mais. (MELO, 1978, p. 17-18).

No Dr. Cerqueira, Octacília buscava apoio e o conhecimento necessário para continuar e avançar em sua carreira. Por outro lado, o depoimento do psiquiatra Luiz Cerqueira, demonstra suas motivações para encaminhar pacientes para Octacília, baseadas nas avaliações que ele fazia dela. Diz ele:

Octacília nos dá um depoimento de suas experiências em terapêutica ocupacional tão ingênuo e despojado como a pintura que ultimamente vem expondo nas mostras de arte. Como em seus quadros, deixe-se de lado a sintaxe e note-se tão somente sua espontaneidade. Compreender-se-á assim porque, ao tempo em que chefiamos um serviço universitário de Terapêutica Ocupacional encaminhávamos inicialmente os pacientes para ela, fosse qual fosse a atividade de que estivesse encarregada no momento. Quer dizer, era Octacília que receitávamos e não este ou aquele trabalho terapêutico. [...] quem, como nós, acompanhou a vida profissional desta terapeuta desde a adolescência, pode dizer que sua precoce capacidade de inter-relacionamento maduro é de natureza inata. Como é seu entusiasmo, sua espontaneidade. Tais dotes, além das experiências variadas de Octacília, aqui relatadas sem retoques, levando-a a trabalhar em circunstâncias as mais diversas e até adversas, fizeram dela uma profissional com domínio técnico de causar inveja a muita gente. (CERQUEIRA, 1978, p. 9).

Octacília trabalhou em instituições que foram criadas para abrigamento e atendimento de doentes. Octacília fez parte da primeira geração da TO. Sua narrativa informa experiências vividas tanto na clínica, quanto na divulgação do uso da ocupação com fins terapêuticos e formação de indivíduos para aplicação da terapêutica ocupacional. Em relação ao contato com terapeutas ocupacionais, em uma das passagens de sua narrativa Octacília conta que:

lembro-me que por ocasião de uma festa junina, fomos convidados para dançar a quadrilha no serviço de praxiterapia do Hospital vizinho. Nós nos vestimos e lá fomos [...]. Terminamos aplaudidos. [...] Nós íamos sempre em outros hospitais. Fomos à Colônia Juliano Moreira, quando lá trabalhava Motta e Silva, terapeuta ocupacional. (MELO, 1978, 29).

Em outra passagem, Octacília dá um depoimento que demonstra a sua participação na organização de novos serviços de Terapêutica Ocupacional, bem como de sua vinculação com a formação profissional em TO.

Em janeiro de 1968, Dr. Cerqueira foi convidado pelo Dr. Sílio Andrade, Diretor da Casa de Saúde Sta. Mônica, em Salvador, para fazer conferências sobre Terapêutica Ocupacional. [O Dr. Sílio Andrade] queria também uma pessoa com experiência que pudesse organizar o setor. Dr. Cerqueira sugeriu que eu fosse. Feito convite, aceitei, pois coincidiu com o meu mês de férias. [...] [Chegando lá] encontrei duas funcionárias sem orientação terapêutica. [...] fiz grupos de pacientes, ocupando-os inicialmente, em atividades auto-expressivas. [...]. Foi, para mim, uma experiência bastante interessante, pois eu já havia dado aulas práticas para as alunas da enfermagem e estagiárias de T. Ocupacional no Rio de Janeiro. (MELO, 1978, p. 85-86).

O relato acima é evidência de como a terapêutica ocupacional vai sendo compartilhada e organizando novos serviços baseados nessa prática em outras regiões do país. A continuidade do relato Octacília, em relação à finalização da experiência relatada acima, evidencia que a prática da terapêutica ocupacional mantinha procedimentos que foram utilizados quando da introdução do uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil, como a exposição dos trabalhos dos pacientes e a inserção de ocupações que faziam parte do cotidiano dos pacientes. Relata Octacília:

no final do curso foi feita uma exposição, não só dos trabalhos de pacientes [...] [num] painel grande em madeira [...] colocou [-se] a exposição de auto expressão [...] Num biombo pusemos as outras técnicas desenvolvidas [...] objetos como: tecelagem, tapeçaria e outros, ficaram sobre a mesa. [...] [também] foi criada uma comissão responsável pelo jornal mural [...] desenvolvi também a parte recreativa, dando-lhes jogos diversos, improvisando brincadeiras de corda, dança da cadeira, anel e roda. Na parte de música [...] fizemos bandinha e coral. Finalmente, chegou-se ao samba de roda que, para mim, era totalmente desconhecido. Assim tive oportunidade de adquirir novos conhecimentos. (MELO, 1978, p. 86-87).

Os participantes do curso ofertado por Octacília em Salvador, em 1968, demonstram a origem profissional de indivíduos que se interessavam por tal prática terapêutica:

havia médicos, enfermeiras, alunos da Escola de Belas Artes e outras pessoas [...]. Minha responsabilidade era grande. Além de interrogada a todo instante pelos pacientes, era também solicitada pelos participantes do Curso para esclarecimentos. Os grupos foram divididos em dois períodos: um pela manhã e outro à tarde, ambos com a participação de alunos e pacientes [...]. Nos dias de visita [de familiares aos pacientes], à tarde eu não trabalhava com os pacientes, mas com os participantes, onde ensinava as diversas técnicas e dava esclarecimentos teóricos sobre Terapêutica Ocupacional. [...] Voltando em julho do mesmo ano, por ocasião do Simpósio Internacional de Psiquiatria Mundial... encontrei todo o salão ornamentado com cartazes e exposição de pintura, números de jornal, um biombo com acrósticos, poesias, uma música... (MELO, 1978, p. 86-87).

A obra de Octacília se constitui numa narrativa rica em detalhes sobre sua trajetória pessoal e profissional em instituições do Rio de Janeiro, no período de 1950 a 1970. Em sua

obra, Octacília revela muitos traços em comum com a abordagem de Nise da Silveira à terapêutica ocupacional. Os exemplos do uso da terapêutica ocupacional utilizados por Octacília para relatar sua trajetória profissional podem ser relacionados com a divisão proposta por Nise da Silveira apresentada por Pompeu e Silva (2011). O referido autor aponta que Nise da Silveira dividia as atividades terapêuticas em grupos:

- (A) atividades que envolvam o esforço característico do trabalho - marcenaria, sapataria, encadernação, cestaria, trabalhos técnicos diversos, trabalhos manuais femininos, costura, jardinagem, trabalhos agrícolas, etc.
- (B) atividades expressivas - pintura, modelagem, música, teatro.
- (C) atividades recreativas - recreação, salão de beleza.
- (D) atividades culturais - escola, biblioteca. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 95).

Outro exemplo que evidencia a relação entre as ideias de Nise da Silveira e a prática de Octacília é o uso das festas juninas e natalinas. Pompeu e Silva (2011) ao comentar sobre a questão do uso das festas no Setor de Terapêutica Ocupacional chefiado por Nise da Silveira, afirma que ela acreditava que o

preparo das festas assumia qualidades psicoterápicas muito importantes. Estas qualidades eram ligadas à capacidade dos doentes de adaptarem-se à realidade por meio de auxiliar nos preparos festivos. As festas juninas e natalinas tinham um papel central no calendário do Setor de Terapêutica Ocupacional. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 97).

Em relação às festas, relata Octacília:

Por ocasião de São João e Natal... temos o hábito de fazer uma reunião com todos os pacientes, com a finalidade de discutir a festa... cada um dá a sua opinião... é feita a distribuição de tarefas: o primeiro grupo vai esticar o barbante e colar bandeirinhas, o segundo grupo, faz as flores, correntes e assim sucessivamente. Começamos a trabalhar em torno da festa, geralmente com um mês de antecedência[...]. Os ensaios saem geralmente melhor que no dia da apresentação final [...]. O importante é o dia do paciente na terapia ocupacional e não o da festa em si. [...] No Natal, usamos o mesmo processo de São João. (MELO, 1978, p. 23-25, 32).

Em 1978, quando Octacília publica sua obra, a profissão de Terapia Ocupacional já havia sido regulamentada no Brasil. No final da década de 1970, Octacília estava entre os práticos que buscavam negociar o passado e o futuro, frente às imposições legais advinda do Decreto-Lei nº 938/69, que criou a profissão de TO.

Art. 10. Todos aqueles que, até a data da publicação no presente Decreto lei exerçam sem habilitação profissional, em serviço público atividade 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. (COFFITO, 2016).

A criação do sistema de conselhos de classe acirrou os conflitos entre práticos e terapeutas ocupacionais. A partir de então, o exercício da TO pelos práticos passa a ser regulado e fiscalizado pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Esses conflitos estiveram vinculados aos momentos decisivos de mudanças de *status* profissional. Isto é, se tornar um terapeuta ocupacional reconhecido como profissional de nível superior e, no caso dos práticos, cumprir as exigências do Decreto-Lei nº 938/69 para tornar um auxiliar de Terapia Ocupacional. Os práticos, como Octacília, se veem ameaçados em seu exercício profissional. Resta a eles se submeterem às regras do COFFITO, ou serem impedidos de se identificarem como praticantes da terapia ocupacional no exercício profissional. Não se encontrou na literatura de TO, nem durante a pesquisa empírica, relatos acerca da realização de Exame de Suficiência para admissão de práticos como Auxiliares de Terapia Ocupacional. O que consta na literatura, e em relatos de participantes da pesquisa, é que os práticos em TO permaneceram participando da divisão do trabalho de cura em serviços de saúde mental como o coordenado por Nise da Silveira.

A criação do sistema de conselhos de classe que patrulha o exercício da TO se deu apenas no final da década de 1970, o que em certa medida deixou os práticos em uma espécie de limbo na década de 1970 e 1980. Octacília, na conclusão de sua narrativa, traz evidências da continuidade do exercício profissional em TO após a regulamentação profissional.<sup>102</sup>

com a saída do Dr. Cerqueira<sup>103</sup> do setor de T. Ocupacional do I. P. [Instituto de Psiquiatria] da UFRJ, que se deu em fins de 1972, e não havendo pessoas no setor, procurei atuar... para que os pacientes continuassem tendo suas atividades [...]. O

<sup>102</sup> Não se encontrou registros que indiquem que Octacília tenha se inscrito no sistema de conselhos de classe.

<sup>103</sup> Interessa apontar que a terapeuta ocupacional Veridiana Arb Makhloof, formada em 1965, que integrou o grupo de profissionais que batalhou para criação do sistema COFFITO/CREFITO e que foi a primeira vice-presidente do COFFITO, narra em entrevista a entrevista cedida ao Vice-Presidente do CREFITO-3 terapeuta ocupacional Adriano Conrado no programa *Café com o Presidente* como se deu o início de sua relação profissional com o psiquiatra Luiz Cerqueira, justamente na transição da saída de Cerqueira do Rio de Janeiro para o estado de São Paulo, na década de 1970. Conforme aponta Veridiana, Luiz Cerqueira integrou a equipe da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e devido à audiência dele a um trabalho que ela apresentou em um evento da área de psiquiatria, ele a convidou para que ela fosse sua assistente. Nesta entrevista Veridiana traz relatos importantes acerca da criação do Sistema COFFITO/CREFITO e de suas experiências no campo da saúde mental. Logo Luiz Cerqueira não influenciou apenas práticos em TO, como Octacília, mas também terapeutas ocupacionais. A terapeuta ocupacional Veridiana Arb Makhloof foi inscrita no CREFITO-3 sob o número 001 e trabalhou com o psiquiatra Luiz Cerqueira na Secretaria do Estado de São Paulo, na área da assistência em psiquiatria, na década de 1970. Mais detalhes consultar. A entrevista está disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=vW9tkWQIGs> Acesso em 23 nov de 2017.

setor, atualmente, vem atendendo em nível de grupo operativo<sup>104</sup>. Cada grupo de pacientes é pertencente a dois grupos de supervisão clínica. (MELO, 1978, p. 91).

Sobre o processo de trabalho no setor de Terapia Ocupacional, nesse período, Octacília esclarece:

logo que o paciente chega é feita a entrevista da Terapia Ocupacional. Nesta são colhidos dados do paciente, explicada a dinâmica do setor; é explicado o que o grupo operativo é o lugar onde podem expressar suas dificuldades ligadas ao dia a dia do hospital, assim como problemas pessoais ou de grupo, e também as atividades que deseja fazer. São duas reuniões semanais com duração de 50 minutos aproximadamente, realizadas no setor. Há também a Assembleia Geral, que é feita uma vez por semana com a mesma duração. Os assuntos tratados nas duas reuniões, são levados em tópicos para uma decisão final. (MELO, 1978, p. 91).

Octacília também informa sobre os profissionais que participam das atividades do setor de Terapia ocupacional e os tipos de ocupações que são empregados durante o tratamento do paciente.

Informo a existência dos demais técnicos da equipe, assim como estagiários de terapia ocupacional e 6<sup>a</sup> anista de Medicina, havendo assim o rodízio de coordenação onde cada estagiário permanece 3 meses na coordenação e cabendo aos demais a observação. O setor dá atendimento de Musicoterapia, Teatro Terapêutico, Atividades Terapêuticas: expressivas, Lúdicas, Adequação Pessoal e Artesanais. As atividades partem da motivação do próprio paciente, que são tratadas nos grupos operativos. A parte de pintura, barro e artesanato tem duas sessões por semana, para cada grupo, com duração de 1:30 h. Lúdicas e adequação – Uma vez por semana com duração também de 1:30 h. (MELO, 1978, p. 92).

Os relatos de Octacília sobre a dinâmica do Setor de Terapia Ocupacional, do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), na década de 1970, quando comparados com as experiências vivenciadas durante a pesquisa empírica, em especial, as visitas a serviços de saúde mental e cursos de graduação em TO, evidenciam que a prática de Octacília não difere de propostas de tratamento que são aplicadas por terapeutas ocupacionais em serviços de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como os visitados na região nordeste e sul do Brasil.

As visitas realizadas aos cursos de graduação e a leitura de projetos pedagógicos de TO evidenciam que o processo de tratamento, baseado no uso da ocupação e aplicado pelos práticos em TO, permanece como base para estruturar disciplinas de matrizes curriculares, como as disciplinas de Atividades e Recursos Terapêuticos. Os laboratórios que são descritos

---

<sup>104</sup> Ao final do tópico *Conclusão*, Octacília descreve uma sessão de grupo operativo com a participação de seis pacientes. Para mais detalhes ver MELO (1978) *Terapia ocupacional: minhas experiências*.



nos projetos pedagógicos para oferta dessas disciplinas guardam semelhanças com o ambiente típico do setor de Terapia Ocupacional onde Octacília desenvolveu sua prática. Nesses laboratórios estudantes vivenciam atividades de cunho expressivo, artesanal, de cuidado pessoal, de dinâmicas de grupo, entre outras.

Um participante da pesquisa, ao falar dos professores do curso da ABBR, no início da década de 1970 relatou: “Meus primeiros professores foram basicamente médicos, naquele tempo não tinha, a não ser os professores de TO ou as professoras que davam atividades, que ensinava aquelas coisas artesanais” (Terapeuta ocupacional, graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste).

É possível que o participante da pesquisa, ao se referir às professoras que desenvolviam atividades, talvez estivesse se referindo aos práticos de TO. Essa inferência parte da ideia de que entre as disciplinas que faziam parte do Ciclo de Matérias Pré-profissionalizantes que constam na Resolução CFE nº 4/1983 – que trata do primeiro currículo mínimo específico ao curso de TO e ao de Fisioterapia – no caso da TO, estavam as de Atividades Recursos Terapêuticos, que incluíam atividades artesanais.

Art. 4º - O Ciclo de Matérias Pré-profissionalizantes a formação do Terapeuta Ocupacional contará de: a) Fundamentos de Terapia Ocupacional [...] c) Metodologia da Terapia Ocupacional, compreendendo Atividades e Recursos Terapêuticos, Técnicas e Métodos de Instrução, Análise de Atividades Artesanais, Artísticas, Domésticas, Lúdicas, Culturais, Profissionais e Atividades de Vida diária. (BRASIL, 1997).<sup>105</sup>

A orientação técnico-pedagógica, constante na Resolução CFE nº 4/1983, se manteve na Resolução CNE/CES nº 6/2002, que trata das Diretrizes Nacionais Curriculares do Curso de Graduação em TO<sup>106</sup>, em vigor.

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... Os conteúdos devem contemplar: I - Ciências Biológicas e da Saúde... II - Ciências Sociais e Humanas ... III - Ciências da Terapia Ocupacional - incluem-se os conteúdos referentes aos fundamentos de Terapia Ocupacional, as atividades e recursos terapêuticos..., aos estudos de grupos e instituições e à Terapia Ocupacional em diferentes áreas de atuação. (BRASIL, 2002).

Observa-se que documentos, como os supracitados, aprovados no Ministério da Educação e Cultura (MEC) e que tratam da formação profissional em TO, não faz qualquer

<sup>105</sup> Em 1997, foi elaborado um documento pela Comissão de Especialista de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e do Desporto (MEC), ver Brasil (1997).

<sup>106</sup> Ver Brasil (2002).

menção aos práticos em TO, ou auxiliares de praxiterapia, como foram reconhecidos oficialmente no Serviço Nacional de Doenças Mentais em 1952 e, posteriormente, por meio do Decreto-Lei n°229/1967.<sup>107</sup>

Nota-se que diferentemente do que aconteceu no Brasil, nos países fundadores da TO, na década de 1960, as organizações profissionais buscaram resolver a questão da permanência dos práticos no exercício profissional por meio da criação de padrões educacionais para os assistentes de TO (GORDON, 2011, p. 210). Esses padrões educacionais contribuíram para o aprimoramento dos cursos de formação de assistentes em TO. No Brasil, na mesma década, estava em batalha o reconhecimento dos cursos de Reabilitação como de nível superior, como forma de alavancar a profissionalização da TO, sem a devida preocupação do que se fazer em relação à formação dos práticos.

Observa-se que a perspectiva da Reabilitação, que orientava a formação dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, de um lado, e a perspectiva da Psiquiatria que orientava o exercício profissional dos práticos, de outro não foram unificadas no texto do Decreto-Lei n° 938/69 que criou a profissão de terapeuta ocupacional. Pelo contrário, o texto do referido decreto privilegia a formação de nível superior em detrimento das formas de prática de TO que já estavam em desenvolvimento no país.

E ainda, a perspectiva da Reabilitação motivou a criação de um único sistema de conselhos de classe para regulamentar as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Em consequência, os cursos de Reabilitação passaram a ser reconhecidos como oficiais para a formação em TO e seus egressos como os “legítimos” profissionais da TO. A preocupação com padrões educacionais dos práticos não entrou em pauta no sistema de conselhos de classe, nem tampouco de outras organizações profissionais da TO, como por exemplo, as associações científicas do Rio de Janeiro e São Paulo e a Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOBR) criada em 13 de novembro de 1964.

Também não se encontrou registro referente a formação dos auxiliares de praxiterapia por parte de organizações profissionais da Medicina como previa o Decreto-Lei n°229/1967, em seu artigo 5º, ao determinar que as instituições que oferecem formação profissional “para as atividades auxiliares no campo da Medicina, da Farmácia e da Odontologia adaptarão as denominações e os currículos dos seus cursos para que os mesmos sirvam aos objetivos deste

---

<sup>107</sup> Esse decreto trata da reorganização do Grupo Ocupacional P-1700 do Anexo I da Lei n° 3.780, de 12 de julho de 1960 e dá outras providências. Esse grupo ocupacional era constituído por auxiliares que participavam do trabalho de cura, entre eles os auxiliares de praxiterapia. Observa-se que de acordo com o inciso IV do Art 4º era exigido para “a série de classes de Auxiliar de Praxiterapia, certificado de conclusão de curso, com duração mínima de oito meses, de Auxiliar de Praxiterapia ou outro que promove formação profissional equivalente” (BRASIL, 1967).

decreto-lei.” (BRASIL, 1967). Em termos de formação, os práticos ficaram desamparados legalmente, tanto pela Medicina quanto pela TO, na medida em que os cursos de formação não foram regulamentados em nenhum desses campos profissionais.

Nota-se que tanto do lado da Terapia Ocupacional, quanto da Medicina, práticos em TO e psiquiatras, como Nise da Silveira, Ulisses Pernambucano e Luiz Cerqueira, compuseram um grupo de profissionais que estavam numa posição marginal em relação ao discurso hegemônico que orientava as práticas em Reabilitação e Psiquiatria.

Após a criação do Sistema COFFITO/CREFITO, em 17 de dezembro de 1975, por meio da Lei nº 6.316/75 (anexo 4), o Decreto-Lei, que criou a profissão, foi utilizado para coibir o exercício profissional dos práticos em TO. O mesmo foi feito em relação à oferta de curso de TO em instituições que não solicitaram o seu reconhecimento junto ao Ministério da Educação e da Cultura, dentro do prazo estabelecido em lei.

Art. 9º: É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou de 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. (COFFITO, 2016).

Esse descompasso do Brasil em relação ao cenário internacional provocou conflitos no que diz respeito ao exercício da TO no país. Não se encontrou registros na literatura nacional de TO que evidencie claramente os motivos para a falta de pedido de reconhecimento de cursos ofertados em entidades outras que seguiam a perspectiva da Psiquiatria para formação do terapeuta ocupacional, como por exemplo, a entidade onde Nise da Silveira oferecia curso de Terapia Ocupacional. O não reconhecimento e regulamentação do curso de Nise da Silveira como curso oficial de formação em TO, aliado aos conflitos entre terapeutas ocupacionais e práticos, contribuíram para o discurso propagado no campo da TO de que a prática de Nise da Silveira não era Terapia Ocupacional. A esse respeito Pompeu e Silva (2011) aponta que

Nise da Silveira nunca foi reconhecida como terapeuta ocupacional no Brasil. Seus alunos e ela própria foram proibidos de exercer a profissão de terapeuta ocupacional, depois do Decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969, que regulamentou o perfil profissional do terapeuta ocupacional e do fisioterapeuta [...]. O decreto-lei estipulava 120 dias para quem desejasse pleitear o reconhecimento como terapeuta ocupacional e falava que quem já trabalhava na área e não tinha diploma universitário poderia ser declarado auxiliar de terapia ocupacional ou fisioterapia, se fosse aprovado em exame de suficiência. Nesta época o país estava em plena vigência do Ato Institucional número 5 - AI5 - que cassou direitos políticos e liberdades individuais e deixou o país em um clima de tensão e medo. A contenda

entre os auxiliares de terapia ocupacional e as entidades de classe reguladoras da profissão nunca ficaram totalmente resolvidas. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 80).

Em relação aos conflitos entre os terapeutas ocupacionais, formados em cursos de reabilitação, e os práticos, por exemplo, os formados por Nise da Silveira, Pompeu e Silva (2011) sintetiza:

em 1956 inicia-se no Brasil, com o apoio da OMS, o Curso de Reabilitação nas modalidades Fisioterapia e Terapia Ocupacional; todo conhecimento anterior sobre a profissão é abandonado, seguindo a lógica de que o conhecimento vem do norte para o sul; dos países desenvolvidos para os países pobres. Mas o conhecimento tácito já estava instaurado e a mosca da inovação já tinha mordido muitos terapeutas ocupacionais brasileiros que ainda hoje produzem uma das mais originais práticas profissionais em saúde mental do mundo. A nossa terapia ocupacional mestiça com sua raiz na hospitalidade do índio, na corporeidade do africano e na ciência europeia já estava formada e, mesmo com todos os esforços para substituí-la por uma autóctone técnica baseada em modelos únicos, sobreviveu. (POMPEU e SILVA, 2011, p. 81).

A trajetória de Octacília, e muito do que se pratica em TO em serviços de saúde mental, é um exemplo da sobrevivência da abordagem de Nise da Silveira na TO Brasileira. A narrativa de Octacília aponta para transformações que ocorreram na TO na década de 1970 no Brasil. A trajetória profissional de Octacília revela que os práticos desenvolveram sua identidade profissional vinculada ao diferentes objetos de intervenção da TO: doentes mentais, deficientes físicos, crianças excepcionais, dos trabalhadores com sequelas de acidentes de trabalho, entre outros.

Como foi visto, os práticos de TO tiveram um papel fundamental para a introdução no Brasil do uso da ocupação como recurso terapêutico, assim como para a profissionalização da TO. Na medida em que se dá a regulamentação do exercício da profissão de terapeuta ocupacional, os práticos tornaram-se invisíveis.

A invisibilidade dos práticos não foi suficiente para garantir o uso terapêutico da ocupação como técnica de trabalho privativa dos terapeutas ocupacionais. A pesquisa empírica demonstra que, apesar dessa invisibilidade, o uso da ocupação em serviços de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial é feito por profissionais de outras áreas. Estes profissionais são responsáveis pela condução das atividades como oficina de arte, artesanato, atividades recreativas entre outras. Estas oficinas guardam muitas semelhanças com as atividades desenvolvidas por Octacília, e em trabalhos coordenados por Nise da Silveira, em que não se exigia dos monitores formação superior em TO.

Por fim, o presente denuncia que os terapeutas ocupacionais em suas expectativas não consideram o passado de sua profissão em sua totalidade. Os práticos, embora invisíveis, estão espalhados pelo mundo social; basta trocar as lentes e os veremos com nitidez e vividez.

## 5 PRÁTICOS, TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E FISIOTERAPEUTAS: 1960-1980

Este capítulo trata da continuidade do processo de profissionalização da TO no Brasil. Para isso, toma-se como fio condutor a emergência de novas gerações de terapeutas ocupacionais a partir da criação dos cursos para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, no período de 1957 a 1980, e do processo de regulamentação profissional, no período de 1978 a 2015.

No período de criação dos cursos de formação, os práticos mantiveram-se vinculados à psiquiatria, tendo como *locus* principal os hospitais e asilos para doentes mentais; os terapeutas ocupacionais se vincularam às especialidades médicas ligadas ao Movimento Internacional de Reabilitação – ortopedia, neurologia, fisioterapia – tendo como *locus* o contexto hospitalar e ambulatorial.

Os dois primeiros cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais criados na década de 1950 foram reconhecidos como curso de nível superior, em 1969. A partir da década de 1960, a formação de terapeutas ocupacionais se expandiu para os estados de Minas Gerais, Pernambuco e Bahia. Nas décadas de 1980 e 1990 os cursos se expandiram para região norte, sul e centro-oeste do país (SOARES, 1991, p. 156-157; HAHN; LOPES, 2003).

O presente capítulo trata da criação dos dois primeiros cursos para formação de fisioterapeuta e terapeutas ocupacionais; do processo de reconhecimento desses cursos como de nível superior e da regulamentação das profissões; da expansão desses cursos pelo país; e por fim, da mudança da nomeação de cursos de Reabilitação para cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

### 5.1 A FORMAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS NO BRASIL

As demandas sociais relacionadas à reabilitação e inserção social de pessoas com incapacidades físicas motivou a criação dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, que foram reconhecidos como cursos de Reabilitação. A Reabilitação se constituía como uma especialidade médica, e na base teórico-metodológica que guiava os cursos de formação profissional e orientava os terapeutas ocupacionais no exercício profissional. Assim,

os terapeutas ocupacionais formados a partir da década de 50 seguiram o modelo clínico vigente na medicina que lhes possibilitou construir uma determinada identidade e corpo de conhecimento técnico-científico. A formação do profissional era, então, eminentemente clínica, ou seja, aprendia-se a sintomatologia, o processo patológico, a intervenção médica específica à patologia e alguns princípios da respectiva terapêutica. Este último item era ministrado nas poucas disciplinas profissionalizantes do curso. O estágio se caracterizava como momento do treinamento em serviço. (SOARES, 1991, p. 156).

Os primeiros cursos de formação profissional impulsionaram a identificação dos terapeutas ocupacionais como um grupo ocupacional, consciente de si mesmo, buscando compartilhar uma formação comum de treinamento e, quem sabe, em algum momento, tornarem-se árbitros do seu próprio trabalho, exercendo sobre ele um controle oficialmente reconhecido (FREIDSON, 2009, p. 43). Entretanto, os primeiros cursos de formação profissional produziram um compartilhamento da formação comum de treinamento com os fisioterapeutas. Essa condição trouxe uma série de inconvenientes e porque não entraves, para a delimitação do objeto de trabalho da TO e da elaboração da identidade profissional. Um desses entraves foi a construção de uma matriz curricular que não expressou a articulação entre a formação e o exercício profissional que vinha sendo desenvolvido no país.

A falta de articulação entre a formação profissional e o exercício profissional é um dos elementos que limitou a construção da autonomia profissional. Os terapeutas ocupacionais não se tornaram árbitros do seu próprio trabalho, isto é, não assumiram uma posição preponderante no controle e determinação da essência de seu trabalho. Também não conseguiram elaborar uma identidade própria ancorada em um objeto de trabalho definido.

Partindo desta hipótese, a criação dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Brasil assume uma relevância na análise sociológica da profissão de TO, no Brasil. A compreensão do período em que se deu a criação desses cursos e sua expansão no Brasil, de forma relacionada com a aplicação da terapêutica ocupacional, é uma das trilhas a ser percorrida para a elucidação de como o objeto de trabalho, do qual se ocupavam os terapeutas ocupacionais e práticos de TO, se fragmentou e, ao mesmo tempo, gerou mudanças na identidade profissional desses profissionais.

Para tanto, inicialmente recorro às informações acerca das duas instituições que foram pioneiras na oferta de curso de formação para terapeutas ocupacionais no Brasil: a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), e o Instituto de Reabilitação (IR) da Universidade de São Paulo (USP).

### 5.1.1 Os Primeiros Cursos de Formação Profissional: Rio de Janeiro e São Paulo

O primeiro curso para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais foi criado na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ), da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), em 1957. O estudo de Barros (2008) – *Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950* – oferece elementos para compreensão do início da profissionalização da fisioterapia e da terapia ocupacional no Brasil.

A Poliomielite<sup>108</sup>, de 1930, afetou diversas capitais brasileiras. Na década de 1950 houve uma epidemia que atingiu principalmente cidades do interior e surtos importantes ocorreram em algumas capitais como São Paulo e Rio de Janeiro.

A epidemia de Poliomielite motivou a criação da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), criada em 04 de agosto de 1954, sendo considerada como o primeiro Centro de Reabilitação das Vítimas de Paralisia Infantil (BAPTISTA, 1988). Para os fundadores da ABBR, a instituição tinha por objetivo implantar e desenvolver a reabilitação no Brasil, de um modo integrado ao conceito moderno “definido pela Organização Mundial da Saúde como: aplicação de medidas médicas, sociais, educativas e profissionais, a fim de preparar ou readaptar o indivíduo para que alcance a sua integração total na sociedade e possa prever a sua subsistência” (BAPTISTA, 1988).

A criação da ABBR foi divulgada pelo Jornal O Globo como

um “humanitário movimento de assistência às vítimas de paralisia infantil” que fazia parte da “campanha de socorro às vítimas de poliomielite”. Segundo o jornal, a

---

<sup>108</sup> A *Poliomielite* ou *Paralisia Infantil* “é uma doença inflamatória aguda resultante da destruição dos neurônios motores localizados no corno anterior da medula espinhal conhecida pelo termo técnico de Poliomielite Anterior Aguda”. Essa doença é infectocontagiosa e se caracteriza “por um quadro de paralisia flácida, de início súbito” que em geral deixa sequelas nos membros inferiores, “tendo como principal característica a flacidez muscular, com sensibilidade conservada e arreflexia no segmento corporal atingido”. No Brasil, não há circulação de poliovírus selvagem desde 1990, em virtude do êxito da política de prevenção, vigilância e controle desenvolvida pelos três níveis do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2017e). No entanto, paciente acometidos pela poliomielite tem buscado os serviços de saúde nas últimas três décadas para tratar da sequelas dessa doença.. [...] “os terapeutas ocupacionais empregam vários métodos para auxiliar seus pacientes a alcançar o mais alto nível possível de funcionamento e bem estar a serem atingidos em sua vida diária, e a superar os aspectos físicos e emocionais de sua deficiência. A avaliação e tratamento fornecidos pela terapia ocupacional para pacientes de pós-pólio podem abranger: avaliação do ambiente domiciliar e de trabalho, e recomendações para as adaptações necessárias; avaliação de atividades que produzem fraqueza, dor ou fadiga; recomendações e treinamento quanto ao uso de equipamento adaptativo; aconselhamento vocacional e reabilitação; preparo do paciente no tocante à conservação de energia, proteção das articulações e simplificação do trabalho; orientação aos membros da família e cuidadores sobre métodos seguros e eficazes de atendimento para o paciente. (OLIVEIRA e QUADROS, p. 20, 77-78). Para saber mais sobre a Poliomielite consultar: Oliveira e Quadros (2008).



ABBR foi idealizada “pelos vários setores da sociedade carioca”, dela fazendo parte, inclusive, “vítimas da poliomielite ou parentes destas” [...] um grupo de médicos, industriais, banqueiros, comerciantes, militares e senhoras da sociedade está empenhado em promover a recuperação das vítimas da paralisia infantil ou de acidentes que, por falta de um centro especializado, estão condenados a esforços puramente individuais e isolados que nem sempre conduz a bom resultado. (O GLOBO, *apud* BARROS, 2008, p. 944).

Para dar conta de seus objetivos institucionais, a ABBR criou a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (ERRJ) com a finalidade de formar fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Assim a diretoria da ABBR

resolveu que, inicialmente, fosse organizada uma escola para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais – a primeira no país de nível superior. Em memorável reunião realizada na casa do Oswaldo Pinheiro Campos, em 23 de Setembro de 1955, foram estabelecidos os planos para o funcionamento da escola, sendo o currículo baseado na Escola de Reabilitação da Columbia University. [...] Em 3 de Abril de 1956, foi realizada na ABI (Associação Brasileira de Imprensa) a instalação solene de cursos. A sessão foi presidida por Percy Murray e a mesma compareceram os representantes da ONU, membros do corpo diplomático, representante dos ministérios da Educação e do Trabalho, Legionárias da ABBR e o então presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação, Odir Mendes Pereira. Estava fundada a Primeira Escola de Reabilitação no Brasil. (ABBR, 2017)

Vale destacar a presença de representantes da ONU, membros dos ministérios da Educação e Trabalho e do presidente da Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação. Na década de 1950, o Movimento Internacional de Reabilitação (MIR) estava em expansão no mundo e a ONU estava na coordenação desse movimento. Esses dados são relevantes pois não se tratou da criação de uma Escola de Reabilitação desarraigada de vinculações com organismos internacionais e nacionais. Mais adiante, o MIR será tratado em mais detalhes.

Para seus fundadores, o combate à poliomielite - que causava a paralisia cerebral - devia ser “complementado pela necessidade de reeducar, reabilitar, ou mesmo realizar a ‘recuperação físico-moral’ de pessoas afetadas também por outras doenças, inclusive por acidentes” (BARROS, 2008, p. 945). É nesse contexto que surgiu o primeiro curso de formação de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no Brasil. A ABBR teve forte influência no cenário nacional no que diz respeito à reabilitação<sup>109</sup>.

<sup>109</sup> Durante a construção de Brasília o Presidente Juscelino Kubitschek convocou a ABBR para planejar e acompanhar a instalação de um Centro em Brasília que foi inaugurado junto com a nova Capital como nome de Sarah Kubitschek e durante dois anos foi dirigido por nossa equipe; mas, devido à distância tornava-se muito difícil para nós, até que foi entregue a fundação das Pioneiras Sociais. Por nosso intermédio a ABBR está ligada a vários outros movimentos internacionais como *Partner's of the Americas*, *World Rehabilitation Fund*, *Institute of Rehabilitation Medicine da New York University*, *Maryland Rehabilitation Center*, *Veterans Administration* e a Associação Médica Latino Americana de Reabilitação. Em

Conforme registros documentais da ABBR “foram matriculados 45 alunos que, ao concluírem o curso no dia 27 de fevereiro de 1958, estavam reduzidos a 24 (vinte e quatro), sendo 16 de fisioterapia e 8 de Terapia Ocupacional” (ABBR, 2017).<sup>110</sup>

Vale lembrar que, como apontado em tópicos anteriores, os cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são criados e formam seus primeiros profissionais, num período em que estava em funcionamento os cursos informais, como o curso Elementar de Terapia Ocupacional coordenado por Nise da Silveira. Em 1954, Nise já havia ministrado dois cursos (1948 e 1953) e dava continuidade ao seu trabalho assistencial, de pesquisa e de formação de pessoal para utilização da terapêutica ocupacional, na mesma cidade.

Também, em consulta aos documentos da ABBR, encontrou-se registro que aponta para a existência de um outro curso de formação para a aplicação da terapêutica ocupacional, como consta registrado na Ata da Assembleia Geral de Constituição da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR):

Ata de fundação da ABBR. “ATA DA ASSEMBLÉIA GERAL DE CONSTITUIÇÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO. – Aos cinco dias do mês de agosto do ano de mil novecentos e cinquenta e quatro, [...]. O Senhor Presidente declarou, então, instalada a Assembleia Geral de Constituição da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação e convidou para também fazerem parte da mesa os senhores: Doutor Paulo Celso Coutinho [...]; Dona Eunice Pourchet, professora do Instituto de Educação; [...] Dando início aos trabalhos, o Senhor Presidente deu a palavra ao doutor Fernando Iehly de Lemos [...] Em seguida [...] com a palavra Dona Eunice Pourchet, que dirige cursos de especialidade dos professores de classes de crianças deficientes, tendo, também organizado o primeiro curso de terapêutica ocupacional no Brasil, discorreu sobre a formação técnica em reabilitação. (ABBR, 2017).

Esses dados evidenciam que, à época, a terapêutica ocupacional estava sendo utilizada sob duas perspectivas no Rio de Janeiro: a da Psiquiatria e a da Reabilitação Física. Essas duas perspectivas estão em oposição e sob o domínio médico, quando consideramos a formação profissional dos práticos em TO e terapeutas ocupacionais: de um lado os psiquiatras, como Nise da Silveira e Luiz Cerqueira, e do outro o ortopedista Jorge Faria e o fisiatra Antônio Caio do Hilton Baptista, respectivamente.

Tendo apresentado brevemente o primeiro curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, a seguir apresenta-se o segundo curso, que foi criado no Hospital de

---

1982, a ABBR se afiliou a *Rehabilitation International* e desde 1975 seu atual presidente faz parte do Conselho diretor, é membro da Comissão Médica Mundial desde em 1978 e em 1960 foi eleito Vice-Presidente da *Rehabilitation International* para América Latina e atualmente é o Secretário Nacional para o Brasil. (BATISTA, 1988)

<sup>110</sup> Texto constante no livro histórico da ABBR - Por Hilton Batista em agosto de 1988. Para mais detalhes consultar: ABBR. Histórico (2017).

Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). A criação deste segundo curso foi motivada por ações diretas da OMS no país, tendo em vista a necessidade da expansão do Movimento Internacional de Reabilitação (MIR) na América Latina.

O MIR surge no cenário mundial na década de 1940. Esse movimento foi um “movimento social que visava ao atendimento dos veteranos de guerra, dos acidentados de trabalho das indústrias e dos demais incapacitados físicos e mentais” (MEDEIROS, 2003, p. 103). O MIR contou com o apoio de várias organizações, entre elas: a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Federação Mundial de Veteranos (de guerras), a Sociedade de Medicina Física e a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT) (SOARES, 1991, p. 150). Importante ressaltar que, na década de 1950, ainda que a TO no Brasil se constituísse como um conjunto de práticas sob o domínio dos médicos, em âmbito internacional a TO enquanto profissão da saúde já possuía assento em organizações como a ONU via OMS.

Na década de 1940, mundialmente, foi aprovada uma “série leis protecionistas para o deficiente físico e mental, de programas especiais na Previdência Social e nos serviços hospitalares e custodiais” (SOARES, 1991, p.149). Essas leis, em certa medida, foram responsáveis por eclodir a necessidade de formação profissional especializada em reabilitação. Esses profissionais eram necessários para o atendimento às populações que por motivos de doenças físicas ou mentais estivessem afastadas da esfera produtiva da sociedade.

A partir da “necessidade de uma proposta integrada de ações em reabilitação que evitasse a superposições e lacunas nos programas”, que foram criados a partir do Movimento de Internacional de Reabilitação, a ONU assumiu a coordenação, planejamento das ações em reabilitação no mundo, entre elas a formação de recursos humanos e criação de centros de reabilitação. (SOARES, 1991, p. 150-151).

No início da década de 1950, a ONU buscou por cidades mais apropriadas para a instalação de centro de reabilitação, nos continentes. No caso da América Latina, a partir de 1951, foram realizados estudos *in loco*, em São Paulo, Santiago do Chile e Cidade do México. Após avaliações, São Paulo foi a cidade escolhida para ser instalado o Centro Latino-Americano de Reabilitação. O Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP) foi o local selecionado para a instalação do referido centro de reabilitação (SOARES, 1991, p. 151-152).

A opção pelo HC-FMUSP se deu pelo fato de: se constituir como complexo hospitalar vinculado à uma universidade com prestígio internacional; está localizado numa

metrópole industrial em expansão, com um número de acidentados do trabalho e incapacitados e com potencial para inserir no mercado de trabalhos aqueles que fossem reabilitados; e contar com o suporte do governo federal e local, especialmente em relação aos recursos financeiros e espaço físico. (SOARES, 1991, p. 152).

Assim, o Centro Latino-Americano de Reabilitação, em 1956, recebeu a denominação de Instituto Nacional de Reabilitação (INAR) por decreto estadual. Posteriormente, pela Lei Estadual nº 5.029/1958, passou a ser denominado de Instituto de Reabilitação da Universidade de São Paulo (IR-USP). O IR-USP era ligado ao Departamento de Ortopedia e Traumatologia da FMUSP.

Vale ressaltar que a participação da Medicina no MIR produziu a incorporação de forma hegemônica do objeto da Medicina nas ações assistenciais e de formação profissional. Essa incorporação fez com que a reintegração social do indivíduo, objeto originário do movimento, passasse para um segundo plano. Dessa forma, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais assumiram a posição de paramédicos<sup>111</sup>, submetendo-se aos diagnósticos, prescrições e propedêuticas. A partir dessa posição, esses profissionais tiveram que buscar “desenvolver técnicas e procedimentos dirigidos às incapacidades, às patologias, às partes do corpo”, de forma que sua prática fosse correspondente ao objeto da Medicina (MEDEIROS, 2003, p. 104). É, nessa perspectiva, de uma formação paramédica, que surge no Brasil o segundo curso para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Observa-se que a criação e a orientação técnico-pedagógica tanto do curso da ERRJ-ABBR, quanto do curso IR-USP, foram influenciadas pelo Movimento Internacional de Reabilitação. Barros (2008, p. 947) esclarece que o curso da ERRJ-ABBR tinha três anos de duração e o do IR-USP dois anos. Segundo o autor, a explicação para essa diferença na duração do curso, é que o curso da ERRJ-ABBR teve base “nos currículos de países desenvolvidos da América do Norte e Europa”, realizado em uma instituição de caráter filantrópico e desde o início considerado como de nível superior, ao passo que o do IR-USP foi concebido seguindo um currículo definido pela OMS realizado dentro de uma instituição pública de ensino superior e considerado de nível técnico.

A década de 1960 foi emblemática para o reconhecimento desses dois primeiros cursos de formação e das profissões de fisioterapia e de terapia ocupacional, no Brasil. Conforme aponta Barros (2008), no caso da ERRJ o primeiro grande embate foi o processo de seu reconhecimento como instituição de ensino e automaticamente os certificados e diplomas

---

<sup>111</sup> Para Freidson (2009, p. 68) “o termo ‘paramédico’ refere-se às atividades organizadas em torno do trabalho de cura, que são em última instância, controladas por médicos”.

por ela concedidos. Assim, o Conselho Nacional da Educação solicitou o reconhecimento oficial da ERRJ, o que foi atendido em 26 de novembro de 1965, por meio do Decreto no 57.363/65, pelo Presidente Castello Branco.<sup>112</sup>

Em paralelo ao processo de reconhecimento da ERRJ tramitava o reconhecimento dos cursos de formação profissional, em nível superior, de fisioterapia e de terapia ocupacional. Projetos foram arquivados com base em diversos motivos. A motivação maior para a não aprovação dos primeiros projetos era de que as formações profissionais não se constituíam em profissões, tendo em vista que suas práticas eram técnicas de domínio médico. E, portanto, as formações deveriam ser de nível técnico e não de nível superior, evitando assim a criação de duas novas profissões que poderiam trazer prejuízos aos interesses da corporação médica. (BARROS, 2008, p. 950-953).

Entre os embates, neste processo, houve a insistência de um dos relatores em caracterizar os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas como auxiliares médicos, pois “desempenham tarefas de caráter terapêutico sob a orientação e responsabilidade do médico. A este [o médico] caberia dirigir, chefiar e liderar a equipe de reabilitação” (BARROS, 2008, p. 950).

Outra divergência, nesse processo, foi quanto ao elenco das disciplinas que estruturariam a matriz curricular.

Segundo o texto original [Parecer nº 388/63, produzido pela Comissão e que foi ao Plenário do Conselho Federal de Educação], seriam disciplinas comuns aos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional: física, anatomia, fisiologia, psicologia, cinesiologia, patologia geral, ética e história da reabilitação, e administração. Em plenário, as seis primeiras disciplinas foram reduzidas para somente uma: fundamentos da fisioterapia e da terapia ocupacional e a matéria de administração passou a chamar-se administração aplicada. (BARROS, 2008, p. 951).

Após um processo de grandes embates, em especial com representantes políticos da categoria médica, em instâncias do Conselho Federal de Educação e frente à frágil representação dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas nos espaços decisórios do Educação Superior no país, foi definido o currículo mínimo:

Em 23 de julho de 1964, o Ministério da Educação definiu, pela primeira vez, o currículo mínimo dos cursos de fisioterapia e de terapia ocupacional, baseando-se no Parecer no 388/63. A duração dos cursos foi definida em três anos letivos e as matérias comuns aos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional eram fundamentos de fisioterapia e terapia ocupacional, ética e história da reabilitação, e administração aplicada. (BARROS, 2008, p. 951).

---

<sup>112</sup> Para mais detalhes sobre o reconhecimento da ERRJ-ABBR consultar: Barros (2008).

Por fim, após o reconhecimento do curso da ERRJ/ABBR, em 1965, a USP publicou em 16 de janeiro de 1970 a Portaria nº 1.025/1970, que reconheceu os certificados que foram emitidos pelo IR-USP nos cursos de técnicos em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional no período de 1958 a 1966, como equivalentes ao de nível superior da USP (BARROS, 2008, p. 947).

### 5.1.2 O Reconhecimento como Curso Superior e a Regulamentação Profissional

Tendo em vista esses dados, com base nas ideias de Durand (1975), Coelho (1999) e Freidson (2009), que tratam do processo de profissionalização, dos apontamentos de Barros (2008) e outros autores, que tratam do reconhecimento dos primeiros cursos de fisioterapia e terapia ocupacional no Brasil, é possível inferir que: na década de 1960, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas recém-formados, professores e coordenadores dos cursos de formação profissional buscaram o reconhecimento desses cursos como de nível superior, como um caminho para posterior regulamentação profissional.

A busca por esse reconhecimento evidencia a expectativa desses profissionais em torno da elaboração de uma identidade profissional, que lhes garantisse o controle e a determinação de seu próprio trabalho, isto é a autonomia profissional, visto que estavam sob o domínio dos médicos, que possuíam o monopólio da formação e do exercício profissional no campo da saúde. Ao contrário dos fisioterapeutas, que se constituíram numa única perspectiva – a da Reabilitação Física – os terapeutas ocupacionais ainda tinham o desafio de articular duas perspectivas para delimitar o seu objeto de trabalho – a Reabilitação Física e a Psiquiatria - e essa articulação não foi atingida plenamente, a essência do objeto de trabalho dos terapeutas ocupacionais não foi delimitado a ponto de produzir um reconhecimento social e conferir-lhe uma identidade profissional.

O processo de regulamentação dos primeiros cursos de Reabilitação foi o berço no qual se gestou a regulamentação das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Houve uma espécie de equiparação em linha reta do profissional para a aquilo que até então era reconhecido como Reabilitação, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Praxiterapia, como se o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional fossem os legítimos e únicos executores daquelas práticas de cura, em suas respectivas áreas de especialização. Aos que não frequentaram os dois primeiros cursos de formação instalados na ERRJ-ABBR e IR-USP restou a posição de auxiliar. Por isso, é relevante não confundir a regulamentação das profissões de fisioterapeuta

e de terapeuta ocupacional com a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional, enquanto práticas paramédicas que estavam inseridas na divisão do trabalho de cura no período do reconhecimento do curso de formação como de nível superior, e da regulamentação dessas profissões. Um exemplo é que uma década antes da criação dos cursos de formação já estava regulamentado no país o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) (anexo 1), no qual estava previsto Seção de Fisioterapia e Fisiodiagnóstico (SFF)<sup>113</sup> e a Seção de Praxiterapia (SP)<sup>114</sup> e o setor de terapêutica ocupacional<sup>115</sup>, tema que foi tratado no capítulo anterior.

No caso da TO, a partir do entendimento que a nomeação *Terapia Ocupacional* foi escolhida para nomear a profissão que se estruturou a partir da prática do uso de ocupações com fins terapêuticos – laborterapia, ergoterapia, praxiterapia e terapia ocupacional – é preciso compreender que o exercício da Terapia Ocupacional foi regulado inicialmente no Brasil por leis e decretos que indicavam como executores os auxiliares de praxiterapia, na década de 1960, conforme aponta o Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967 (anexo 7).

Art. 4º Nos concursos para provimento dos cargos das séries de classes ou classes singulares que, na conformidade dêste decreto-lei, passam a constituir o Grupo Ocupacional 1700 do Anexo I da Lei nº 3.780 de 12 de julho de 1960, será exigido:

[...]

IV - Para a série de classes de Auxiliar de Praxiterapia, certificado de conclusão de curso, com duração mínima de oito meses, de Auxiliar de Praxiterapia ou outro que promove formação profissional equivalente.

Parágrafo único. Os certificados referidos neste artigo só serão válidos os expedidos por instituição oficial ou oficialmente reconhecida, e depois registrados no órgão competente.

Art. 5º As instituições que operam na formação de profissionais para as atividades auxiliares no campo da Medicina, da Farmácia da odontologia adaptarão as denominações e os currículos dos seus cursos para que os mesmos sirvam aos objetivos deste decreto-lei. (BRASIL, 1967).

Resguardando as questões legais acerca do reconhecimento dos certificados e denominações dos cursos, fato é que existem regulamentações relacionado ao exercício da terapia ocupacional, enquanto uma prática médica, antes da regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional.

<sup>113</sup> Art. 18. À SFF. compete realizar exames, tratamento e pesquisas baseados nos processos físicos. (BRASIL, 1944, Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944).

<sup>114</sup> Art. 42. À SP compete organizar e dirigir os serviços de trabalho terapêutico para os doentes internados na Colônia. (BRASIL, 1944, Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944).

<sup>115</sup> Art. 44. Os núcleos da CJM. disporão, cada um deles, de setor de terapêutica ocupacional, gabinete dentário, cozinha, lavanderia e demais dependências complementares. (BRASIL, 1944, Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944).

Logo, é controversa a relação direta entre terapeuta ocupacional = Terapia Ocupacional. É preciso entender que na década de 1960 a Terapia Ocupacional estava sendo exercida por diferentes profissionais com formações e regulamentações profissionais distintas. Esse entendimento auxilia na compreensão da história da Terapia Ocupacional no Brasil e dos conflitos entre terapeutas ocupacionais e praticantes da Terapia Ocupacional, no período da criação e reconhecimento dos cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais como de nível superior, reconhecidos na atualidade como curso de graduação em Fisioterapia e curso de graduação em Terapia Ocupacional. Durante a pesquisa empírica, observou-se que a falta desse entendimento tem produzido um discurso de que a TO nasce a partir dos cursos para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais e que foi regulamentada pelo Decreto-lei nº 938/1969 e esse discurso é um dos elementos que contribuem para a invisibilidade dos práticos em TO na história da Terapia Ocupacional, no Brasil.

Outra consideração que merece a atenção é que após a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional via Decreto-Lei nº 938/1969, foi publicado o Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973 que dispõe sobre o Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, a que se refere o artigo 2º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências, (anexo 3). Conforme esse decreto, os terapeutas ocupacionais poderiam integrar a Categoria Funcional de Técnico de Reabilitação.

Art 1º O Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, designado pelo Código NS-900, abrange Categorias Funcionais integradas de cargos de provimento efetivo, a que são inerentes atividades compreendidas nas áreas biomédica, de ciências e tecnologia e de ciências humanas, sociais, letras e artes, para cujo desempenho é exigido diploma de curso superior de ensino ou habilitação legal equivalente.

[...]

Art 5º Poderão integrar as Categorias Funcionais a que se refere este Decreto, mediante transposição, os cargos vagos e ocupados, cujas atividades se identifiquem com as indicadas no artigo 1º, observadas as respectivas especialidades, de acordo com o seguinte critério:

[...]

VI - Na Categoria Funcional de Técnico em Reabilitação, os de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e, por transformação, os de Auxiliar de Fisioterapia e auxiliar de Praxiterapia cujos ocupantes possuam diploma de Fisioterapeuta ou Terapeuta Operacional devidamente registrado, ou habilitação legal equivalente. (BRASIL, 1973).

Nesse decreto, é possível observar que as atividades relacionadas com a Categoria de Técnico de Reabilitação mantêm relação com a atividade privativa do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional prevista no Decreto-Lei nº 938/1969, que regulamentou ambas as profissões. Mais uma vez observa-se a simbiose na regulamentação do exercício profissional desses profissionais:



Art 2º As classes integrantes das Categorias Funcionais do Grupo a que se refere este Decreto distribuir-se-ão, na forma do disposto no artigo 5º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, em 7 (sete) níveis hierárquicos, com as seguintes características, dentro de cada especialidade. [...]

Nível 4 - A) Atividades de supervisão, coordenação, programação ou execução especializada em grau de maior complexidade, referentes: [...]

V) - a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicos, terapêuticos e recreacionais, para a reabilitação física e mental do indivíduo. (BRASIL, 1973).

Observa-se que os marcos regulatórios supracitados não surgem na cena apresentada pela história “oficial” da Terapia Ocupacional Brasileira. Fato é que o Decreto-Lei nº 938/1969 é uma espécie de marco soberano, quase um mito, utilizado como justificativa para proibir o uso da expressão *Terapia Ocupacional* em cursos de formação e no exercício profissional, por indivíduos que não cursaram o ensino superior.

A esse respeito Soares (1991) aponta

ao se estabelecer a exclusividade na aplicação destas técnicas [terapêuticas e recreacionais] aos formados em cursos regulares, dever-se-ia incorporar os profissionais autodidatas e aqueles com curso paralelos de formação, de modo que estes adquirissem o reconhecimento oficial e o direito à continuidade de seu trabalho técnico. Entretanto, a regulamentação das profissões efetivamente não criou mecanismos de reconhecimento das práticas marginais. (SOARES, 1991, p. 159).

O reconhecimento do curso de formação de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional como de nível superior, concomitante com a regulamentação dessas profissões, se constituíram em armas nas mãos dos que se julgaram donos da Reabilitação, da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. Conforme aponta Durand (1975), pode-se pensar que os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas reeditaram para si a cena da profissão médica:

o movimento de profissionalização não revela seu caráter de classe apenas por via dos mecanismos de seletividade (vale dizer, de reprodução social) operados pelo sistema de ensino. Manifesta esta ordem de injunção também pela capacidade de mobilizar o 'aparelho repressivo do Estado contra tentativas de contestar a outorga dos direitos privativos de prática garantida pela ordem legal. Quer dizer: a desqualificação de práticas calcadas no arbitrário cultural dominado (a medicina espontânea do curandeiro, a engenharia espontânea do construtor, etc.) sofrem não só desqualificação simbólica, mas também estão sujeitas ao imperativo da lei jurídica. (DURAND, 1975, p. 68).

Ao que parece, os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais aprenderam a lição e na mesma medida que os médicos casaram as suas expectativas profissionais, eles cassaram as dos práticos: esse era o jogo social no campo da saúde, onde o diploma universitário falava

mais alto. Não foi mero acaso que os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais não desperdiçaram a chance em estar em contato como o representante máximo do país – o Presidente da República. Conforme aponta Soares (1991, p. 158), o presidente da República Arthur da Costa e Silva se sensibilizou pela área de reabilitação após o sucesso terapêutico de seu tratamento na ABBR-RJ (SOARES, 1991, p. 158) e aprovou o Decreto Lei 938, de 13 de outubro de 1969. Aqui os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas não só desenvolveram uma crença, mas obtiveram o apoio político, algo decisivo para o reconhecimento oficial como profissionais de nível superior e o *status* de profissão, atribuindo-lhes uma atividade privativa.

Entretanto, no caso da TO, esse reconhecimento legal não foi suficiente para que a profissão estabelecesse claramente o seu objeto profissional, assim como não ofereceu possibilidades para que a profissão assumisse o controle e determinação do seu processo de trabalho. Esses dois fatores estão entre os que Durand (1975), Coelho (1975) e Freidson (2009) apontam como cruciais para o processo de profissionalização, no sentido da construção e do fortalecimento da identidade profissional.

Assim, mesmo após a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional a formação profissional em TO permaneceu dependente e controlada pela profissão médica. Em busca de reconhecimento e legitimidade científica, os terapeutas ocupacionais foram ampliando seu escopo de prática para outras especialidades médicas, antes mesmo de delimitarem claramente o seu objeto de trabalho.

Nesse percurso, a fragilidade na delimitação do objeto de trabalho da TO, tanto no âmbito da formação quanto do exercício profissional, e a tentativa por parte dos terapeutas ocupacionais de vinculá-lo ao objeto de trabalho da Medicina, criaram as condições para a elaboração de um objeto opaco. Assim, surgiu de um lado o discurso da terapia ocupacional aplicadas às especialidades médicas e, do outro lado, o discurso contra a vinculação com a Medicina. Ambos eram discursos que partiam de ponto de vista de outros campos de saber e de prática, e não da Terapia Ocupacional que foi praticada em décadas anteriores. Assim as identidades profissionais foram se elaborando a partir de um objeto de trabalho que não o fundante da TO. A falta desse objeto fundante e transparente em certa medida tem a ver com a esquivança com a perspectiva da Psiquiatria, que introduziu o uso da ocupação no Brasil e tudo que essa perspectiva veio representar para as pretensões dos terapeutas ocupacionais. A partir daqueles discursos, terapeutas ocupacionais se posicionaram opostamente às margens do rio, sem se darem conta do próprio rio que estava entre eles.

Enquanto isso, os fisioterapeutas remavam rio acima e abaixo, buscando tornar seu objeto de trabalho transparente às especialidades médicas. A vinculação com as especialidades médicas, a partir de um objeto transparente, pode ser entendido como um dos elementos que contribuíram para o desenvolvimento e reconhecimento social da Fisioterapia no país. Diferentemente dos terapeutas ocupacionais, essas foram as estratégias encontradas pelos fisioterapeutas para responder à própria pressão médica, que não cessava a luta para manter o trabalho de cura sob seu controle. Segundo Durand (1975), “a pretensão ao monopólio legal e real de um conjunto de práticas (objetivo último das categorias que se institucionalizam) será tanto melhor sucedida quanto mais próximas estas práticas das condutas legítimas perante a cultura legítima.” (DURAND,1975, p. 65).

Neste sentido, o problema de reconhecimento de social da TO em si não foi de vinculação ou não às especialidades médicas, mas a falta de manutenção do objeto de trabalho fundante da TO de forma transparente, que possibilitasse transmitir a imagem do conhecimento acumulado e atualizado da profissão. Acredita-se que, no caso da TO, em especial no âmbito da formação profissional, houve uma confusão entre a aproximação do objeto de trabalho da TO com o da Medicina com as críticas que se fazia ao modelo biomédico e a posição subalterna do terapeuta ocupacional em relação ao médico, que tal aproximação mantinha. Desta forma, na busca por fugir a essa posição subalterna, parte dos terapeutas ocupacionais direcionaram suas críticas ao que historicamente deu forma ao objeto de trabalho da TO, sem se dar conta que tais críticas colocavam em contestação esse objeto de trabalho. Eis a crise criada em especial no âmbito da formação profissional dos terapeutas ocupacionais, e que se propagou pelo exercício profissional e no processo de regulamentação da TO no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO.

### 5.1.3 A Expansão dos Curso de Formação Profissional

Em síntese, na década de 1960 e 1970, a partir de um currículo único para a formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais são criados novos cursos: na região sudeste no estado de Minas Gerais; e na região nordeste nos estados de Pernambuco e Bahia. Nas décadas de 1980 e 1990 os cursos se expandiram para região norte, sul e centro-oeste do país (SOARES, 1991, p. 156-157; HAHN; LOPES, 2003).

Para iniciar este tópico, toma-se o estudo de Battistel (2016) que investigou a articulação entre “a profissão e a docência na trajetória de terapeutas ocupacionais que lecionaram nos primeiros cursos de nível superior no país”. Esse estudo demonstra como a

perspectiva, que orientou os dois primeiros cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, influenciou a expansão da formação profissional pelo país.

Neste sentido, toma-se a seguir algumas das narrativas de terapeutas ocupacionais que compuseram o estudo de Battistel. Essas narrativas são de professores de cursos de formação do estado de Minas Gerais e Pernambuco<sup>116</sup>. A relevância dessas narrativas está na medida em que revelam como a identidade profissional de cada narrador foi elaborada em acordo com o que se concebia do que era TO, nas décadas de 1960 e 1970. Também essas professoras foram citadas por Luiz Gonzaga Leal e Lisete Ribeiro Vaz, participantes da pesquisa que estrutura a presente tese, citados anteriormente.

Em relação à Johanna Nordhoek, Lisete Vaz Ribeiro comenta: “fiz estágio no Hospital Santa Clara, no Hospital Arapiara, com uma professora holandesa chamada Johanna Nordhoek” (Lisete Vaz, terapeuta ocupacional, graduada 1980, docente, Região Sudeste). Em relação à Nadje Acyoli comenta Luiz Gonzaga Pereira Leal

[...] o curso de Terapia Ocupacional [na UFPE] tinha uma única professora que era Nadeje Acyole... como já tinha diploma universitário de Fisioterapia, cursei mais dois anos de Terapia Ocupacional. Chego num curso que tinha uma única professora que dava aula com os cadernos, uns bizus... eu achava aquilo tudo muito estranho, até porque eu sempre gostei de estudar. Me tornei amigo dela, uma pessoa linda, magnífica, mas com as limitações que estou lhe dizendo... a única indicação de livros que ela dava era o Spackmann e o Macdonald, literatura americana. . (Luiz Gonzaga Pereira Leal, terapeuta ocupacional graduado em 1976, ex-docente, clínico, Região Nordeste).

Ainda em relação à Nadje Acyoli, no final da década de 1970 outra participante acrescenta:

[...] Eu tive uma professora no curso, logo no início, que era presidente da ATOPE[Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Pernambuco], fundada na década de 60... Nadeje Accyoli que me influenciou muito e me falava muito do trabalho da ATOPE... existia antes do CREFITO em Pernambuco... era responsável pela organização dos terapeutas ocupacionais... aí eu comecei a quere saber da ATOPE... eu fiquei muito ligado a ela... fui fazer estágio na clínica dela, aí eu pude mergulhar mais ainda na ATOPE. (Terapeuta ocupacional, graduada em 1979, docente, membro de organização profissional, região Nordeste)

Os depoimentos mencionados em certa medida apontam para a relevância das narrativas, que se apresentam a seguir, para compreensão da expansão dos cursos de formação profissional no país. A primeira narrativa é de Johanna Nordhoek, uma holandesa que após se instalar em Minas Gerais atuou como terapeuta ocupacional e professora de TO.

---

<sup>116</sup> Para mais detalhes consultar BATTISTEL (2016).

Em 1971, vim para o Brasil para trabalhar no Hospital Arapiara em Belo Horizonte, Minas Gerais. Visitei o Hospital Arapiara. Falei com o diretor, um médico fisiatra e que tinha feito um curso/estágio nos Estados Unidos. Ele me perguntou: “Quer trabalhar aqui?” Respondi: “Claro!”. [...] O Hospital Arapiara, hospital de reabilitação, estava ligado à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG). Comecei a trabalhar como Terapeuta Ocupacional no hospital e depois fui dar aula na faculdade. Tinha muitos livros de TO que eu trouxe dos EUA para cá e preparava minhas aulas [...] não existiam livros de TO em português. [...] Quando cheguei à faculdade, o curso de TO existia há cerca de dois anos. Uma Terapeuta Ocupacional, uma americana, com o nome Débora Wood trabalhava [...] Quando eu cheguei, ela estava de saída e fiquei no lugar dela, no hospital e na FCMMG. Na época, os médicos do hospital davam na FCMMG as disciplinas médicas e quando fui contratada pela faculdade comecei com as disciplinas de Terapia Ocupacional. Dava aula para o segundo e terceiro ano. Naquela época, o primeiro ano do curso de TO era junto com o curso de Fisioterapia. Eu era responsável pelas disciplinas Terapia Ocupacional Geral e Terapia Ocupacional Aplicada à Reabilitação Física e supervisionava estágio na área de reabilitação física para os acadêmicos do último ano de TO. Com o apoio dos estagiários, foi possível atender mais pacientes. Às vezes, sentia falta de material específico para dar aula. Eu escrevia para a Holanda pedindo material e quando o recebia eu o traduzia para o português. [...] em 1981 recebi um convite da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) para dar aula como professora convidada. Em 1982, prestei concurso público para a UFMG. Passei em primeiro lugar e fui contratada como professora efetiva. [...] onde trabalhei até 2007. [...] Durante o meu trabalho na UFMG, lecionei na área de ortopedia, traumatologia e reumatologia. Particpei da criação do espaço físico para estágio, no ambulatório Bias Fortes, anexo do Hospital das Clínicas, em Belo Horizonte. Os estagiários atendiam os pacientes ortopédicos, neurológicos e reumatológicos. (Narrativa de Johanna Nordhoek citada por BATTISTEL, 2016, p. 93-97).

Essa narrativa informa sobre aspectos relacionados à incorporação de terapeutas ocupacionais estrangeiros no exercício profissional e nos cursos de formação profissional. Também evidenciam a incorporação dos modelos de intervenção em TO praticados nos países fundadores nos processos de formação e exercício profissional. Essa narrativa revela ainda o movimento dos professores das instituições de ensino superior (IES) privada para as IES públicas. Esse movimento está presente quando da expansão dos cursos pelo país, naquelas décadas e na atualidade.

A narrativa de Nadeje Accioly, que foi professora da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), acrescenta outros aspectos envolvidos no processo de expansão dos cursos de educação superior em TO no Brasil. Um primeiro aspecto é o de como o curso chegou a Recife:

Foi o Professor Ruy Baptista que implantou os cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. Nós éramos um APÊNDICE da cadeira em que ele era o catedrático, o Manda-Chuva da cadeira de Ortopedia. Ele foi à ABBR no Rio de Janeiro, viu que tinha essas duas profissões lá, adorou e decidiu levar para o Recife. Quando o curso começou, funcionava no Hospital Pedro II, sua duração era dois anos, quando se federalizou passou a ter a duração de três anos. No início, havia apenas uma sala

para todas as aulas! (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 63).

Neste sentido, o curso se instala em Recife sob a influência da formação que se praticava na Escola de Reabilitação da ABBR. Um segundo aspecto é a estrutura do curso de formação, que Nadeje relembra o início do curso de Reabilitação, como era conhecido na época, a partir do interesse em especializar-se em Fisioterapia.

Fui fazer Fisioterapia [...] O curso era de três anos e era em tudo igual à Terapia Ocupacional, só se diferenciava nas disciplinas: Fisioterapia Geral I e Fisioterapia Geral II; Fisioterapia Aplicada I e Fisioterapia Aplicada II. E na Terapia Ocupacional era Terapia Ocupacional Geral I e Terapia Ocupacional Geral II e Terapia Ocupacional Aplicada I e Terapia Ocupacional Aplicada II professores. Quem ministrava as aulas de Fisioterapia era o professor Aderbal [supõem-se que era fisioterapeuta] e as aulas de Terapia Ocupacional era Rosário Sarmiento [terapeuta ocupacional] (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 62-63).

Observe que as disciplinas nomeadas de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional operavam como elementos de diferenciação entre os profissionais formados nesses cursos. O início da trajetória de Nadeje Accioly é uma evidência de que os estudantes que estavam em processo de formação não tinham clareza do que se estudava nas disciplinas do curso de Terapia Ocupacional.

Eu já tinha feito meio período de Fisioterapia, e quando eu passava pelo corredor do Hospital Pedro II sempre via uma salinha com seis meninas fazendo trabalho manual e eu pensava: Que será aquilo? Fui olhar. Responderam-me que era a sala em que funcionava o curso de Terapia Ocupacional. [...] Eu quero ver como é a Terapia Ocupacional, porque é quase tudo igual, só diferenciava nessa parte, [...]. Conversei com a professora Rosário Sarmiento e ela começou a me explicar o que era a profissão, onde era que se aplicava e que era realizada através de atividades terapêuticas. Mas que qualquer pessoa não podia aplicar essas atividades, tinha que ter um embasamento de Fisiologia, de Anatomia, das doenças, das patologias e o conhecimento profundo do normal para poder aplicar no deficiente. Eu achei muito interessante e ficava assistindo as aulas de Fisioterapia e ia ver as de Terapia Ocupacional. Mas quando começava realmente a trabalhar com madeira, eu dizia que não queria isso, porque não era científico! Eu queria que fosse científico, queria ver algo mais consistente, científico. (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 63).

Essa narrativa indica o preconceito que existia no âmbito da formação com as atividades que davam estrutura ao exercício profissional do terapeuta ocupacional. Ainda assim, os estudantes que se interessavam pela formação em TO aos poucos iam se aproximando das disciplinas do curso de TO.

Na continuidade de minhas observações, fui vendo que a área era muito grande e que jamais, eu, na minha pretensão, ia saber tudo o que uma terapeuta ocupacional geral faz, porque era muita área de atuação. O profissional poderia atuar no Sistema Penitenciário e daí eu tinha que saber das leis, tinha que saber de tudo do comportamento. Tinha as áreas da Psiquiatria, Reabilitação Física, várias áreas e podia até atuar em banco. [...] Decidi continuar assim assistindo algumas aulas lá, porque a professora deixava, e depois eu vou passar para a TO. Assim, fiz um ano todinho de Físio e quando foi no outro ano eu passei para a Terapia Ocupacional. (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 63).

Esse ponto da narrativa de Nadeje evidencia, as áreas de atuação e a sinalização das perspectivas da Psiquiatria e da Reabilitação Física. As experiências durante o curso de formação em certa medida influenciam a trajetória dos egressos no exercício profissional.

Eu me formei em dezembro de 69 [...] ganhei uma bolsa para estudar na Argentina, onde eu passei dois anos, na ACIR, que é a *Asociación da Comisión Internacional de Rehabilitación del Lesionados*. [...] nós trabalhávamos com pacientes amputados, com paralisia cerebral, com mil distúrbios neurológicos, com diversas síndromes. Quando eu voltei da Argentina, fui trabalhar com o Dr. Hélio Baptista. [...] E trabalhei dez anos! [...] Ele havia arrumado essa bolsa para mim e tinha uma dívida de gratidão, [...] fiquei com o Dr. Hélio e criei o Setor de Terapia Ocupacional em Neurologia, e atendi muitos, muitos pacientes neurológicos com paralisia cerebral, muitos estagiários passaram pela minha orientação. O estabelecimento, que hoje é meu, se chamava IRI - Instituto de Reabilitação Infantil, [...] Muitas pessoas foram estagiar lá, muitos terapeutas ocupacionais também passaram por lá. (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 64-65).

O depoimento acima demonstra como os pioneiros, em especial os professores influenciam as próximas gerações de uma profissão. A próxima passagem da narrativa de Nadeje revela como terapeutas ocupacionais formados em cursos já existente ingressaram na carreira docente e seu processo de desenvolvimento de formação para o magistério superior. Nesse percurso em busca do reconhecimento institucional, o terapeuta ocupacional vivenciava diversos papéis: de professor, de clínico, de pesquisador.

Fiz o primeiro concurso [em 1974 para professor de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco]. [...] comecei a ensinar em 1974, [...] e me aposentei 1993. [...] Chegou um momento em que pensamos em mudar currículo porque estava muito obsoleto. [...] Mandamos buscar currículos de outros lugares [...] Assim, o curso foi melhorando. [...] fui a primeira e única professora até 1978. [...] fiz o mestrado [em antropologia] mais perto da aposentadoria, me aposentei em 93 [...] Agora, todos os professores estão com mestrado e doutorado, quem nunca sonhou isso?! [...] Mas antigamente não era exigido pela universidade, depois ela começou a exigir a qualificação dos professores. Antes, ficávamos só na especialização, que é maravilhoso para o atendimento, mas para dar aulas, deixava a desejar. Por outro lado, tinha gente que tinha o doutorado, mas quando ia atender um paciente com paralisia cerebral, ficava para lá e para cá, sem saber o que fazer com ele. [...] Mas sempre fomos visionárias. [...] tivemos que enfrentar muitos preconceitos, principalmente, dos médicos. [...] Antigamente, a gente era um zero à esquerda, diziam que [...] éramos umas meninas pedagogas. Mas eu não ensino a ler, a escrever nem a contar. Eu preparo para isso! Torno o ser humano capacitado para

fazer. Quando estou atuando, não sou professora, sou terapeuta. [...] Hoje em dia, tem reitores, altas autoridades da universidade que nos respeitam muito. (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 72-77).

Por fim, a última passagem aponta para o processo de separação dos cursos de fisioterapia e terapia ocupacional e para as mudanças curriculares. Interessante notar que o processo de mudança curricular narrado por Nadeje Accioly ainda é presente nos dias atuais. Durante a pesquisa de campo, observei que esse é o percurso que fazem os terapeutas ocupacionais envolvidos em processos de mudança curricular, desde um simples ajuste a uma reformulação curricular.

Os dois cursos caminharam juntos até que chegou um momento em que houve a necessidade de separar a Fisioterapia da Terapia Ocupacional. A Fisio foi para um lado e nós para outro e assim construímos uma identidade para a nossa profissão. [...] começamos a dividir o percentual de aulas teóricas e de práticas, de disciplinas do básico e das profissionalizantes, tudo baseado em outros currículos que existiam na universidade e fora dela, como também no exterior. [...] Buscamos informações junto a World Federation Occupational Therapy. [...] Em 1982, estávamos no movimento pela reforma curricular em que foram incluídas no ensino básico disciplinas das ciências humanas: Sociologia, Antropologia, Psicologia. [...] E para lecionar estas disciplinas conseguimos os professores com muito custo e conversa. Eles diziam: “Não, eu não posso, estou muito comprometido”. E nós pedíamos, por favor... E assim íamos conseguindo, eles nos davam os nomes de quem estava disponível. [...] na docência evoluímos para uma maior capacitação docente e ampliação das áreas de conhecimentos de Terapia Ocupacional, maior cientificidade e expansão do conhecimento específico. (Narrativa de Nadeje Accioly citada por BATTISTEL, 2016, p. 78-81).

As narrativas de Johanna Nordhoek e de Nadeje Accioly auxiliam na contextualização das mudanças pelas quais passaram os cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, na medida em que foram se expandindo pelo país. Nesse processo o objeto de trabalho de ambas profissões foram se definindo e contribuindo para a elaboração da identidade profissional de cada uma das profissões.

Em síntese, a expansão dos cursos de formação de terapeutas ocupacionais impulsionou a elaboração do currículo mínimo que foi aprovado em 1963, pelo Conselho Federal de Educação (CFE). Esse currículo foi elaborado juntamente com o de Fisioterapia, com 2.160 horas, para três anos letivos, em nível universitário (SOARES, 1991, p. 156-157; HAHN; LOPES, 2003).

Observa-se que apesar desse currículo mínimo não atender às expectativas dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, suas restrições não impediram a construção de matrizes curriculares mais amplas, em se tratando do rol de disciplinas. Um exemplo desta ampliação nas matrizes curriculares, é evidenciado na obra de Jorge Augusto Ortiz Finger,



publicada em 1986,<sup>117</sup> e que trata da Terapia Ocupacional. Na parte introdutória da obra, Finger apresenta o currículo do curso de TO da Universidade Metodista de Piracicaba, para a turma ingressa em 1977, conforme Quadro 1:

QUADRO 04 – ROL DE DISCIPLINAS DO CURRÍCULO DO CURSO DE TO DA UNIVERSIDADE METODISTA DE PIRACICABA, TURMA 1977.

SEMESTRE	DISCIPLINA
Primeiro	Comunicação e Expressão; Introdução à Psicologia; Introdução à Filosofia; Estudos dos Problemas Brasileiros I; Métodos e Técnicas de Pesquisa; Biologia Geral; Educação Física Prática I.
Segundo	Anatomia I; Histologia e Embriologia; Microbiologia e Imunologia; Fisiologia e Biofísica; Bioquímica; Psicologia do Desenvolvimento; Ética e História da Reabilitação; Terapia Ocupacional Geral; Fundamentos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; Educação Física Prática II.
Terceiro	Cinesiologia; Fundamentos de Medicina Clínica e Cirúrgica; Anatomia II (Neuroanatomia); Psicologia do Excepcional; Artes Plásticas e Industriais; Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Sociais; Cultura Cristã; Noções de Enfermagem; Psicomotricidade.
Quarto	Psiquiatria; Pediatria; Ortopedia e Traumatologia; Neurologia; Radiologia; Psicologia Social e do Trabalho; Administração Aplicada à Terapia Ocupacional I; Recreação e Atividades Rítmicas; Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Psicoeducacionais.
Quinto	Psicologia do Ajustamento; Estudos dos Problemas Brasileiros II; Estatística; Administração Aplicada à Terapia Ocupacional II; Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Psíquicas; Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Físicas I e II; Terapia Ocupacional Aplicada às Condições do Trabalho.
Sexto	Os estágios supervisionados foram realizados nas áreas de: Neurologia (Deficiência Física e Mental); Ortopedia; Psiquiatria; Deficiência Visual; Geriatria e Gerontologia; Pediatria (creche), Cardiologia, Terapia Ocupacional Aplicada à Prática Clínica.

Fonte: Finger (1986, p. 6-7); quadro elaborado pelo autor.

O rol de disciplinas do currículo acima evidencia a predominância das disciplinas vinculadas às especialidades médicas (neurologia, ortopedia e traumatologia, psiquiatria, cardiologia, medicina clínica e cirúrgica, pediatria e geriatria). As disciplinas das ciências biológicas e humanas, ao que parece, são de ordem complementar. As disciplinas que tratam do exercício profissional (Terapia Ocupacional Aplicada e Estágios) estão orientadas predominantemente pelas perspectivas da Reabilitação Física e da Psiquiatria. Resguardadas as devidas proporções, diferenças institucionais e regionais, esse currículo evidencia como a

<sup>117</sup> A justificativa primeira do autor é a de que a elaboração da obra partiu “do momento em que houve a constatação das necessidades derivadas da não existência de uma metodologia orientadora do trabalho de avaliação e até mesmo de tratamento em Terapia Ocupacional” (FINGER, 1986, s/p). A perspectiva da Reabilitação Física se constitui como objeto de investigação predominante para se definir tais avaliações e métodos de tratamento.

educação profissional na década de 1970 ainda permanecia fortemente vinculada ao campo da Medicina.

Nesse cenário, os terapeutas ocupacionais se organizaram em associações científicas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo e, nacionalmente, na Associação de Terapeutas Ocupacionais do Brasil (ATOB). Essas associações passaram a representar os terapeutas ocupacionais no Brasil, a organizar os encontros científicos e desenvolver ações em prol do fortalecimento da profissão (SOARES, 1991, p.157). Esses encontros científicos se constituíram como espaço de troca de experiências e produção do conhecimento, necessário à construção das práticas profissionais e de processos formativos mais contextualizados com a realidade brasileira.

Assim, as instituições responsáveis pelos cursos de educação profissional e pela assistência em reabilitação contribuíram para a produção da crença que o trabalho da TO e da Fisioterapia tinham um valor especial. Apesar dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas não possuírem o monopólio sobre o exercício do seu trabalho, conseguiram aos poucos desenvolver uma relação com o conhecimento e os valores da sociedade para alcançar o reconhecimento do *status* de profissão.

#### 5.1.4 Dos Cursos de Reabilitação para Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional

O reconhecimento do curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais como nível superior abriu o caminho para a sua expansão no país, e gradativamente a nomeação *Curso de Reabilitação* foi sendo alterada para *Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional*<sup>118</sup>.

Durante a expansão, os cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais ficaram conhecidos como *Curso de Reabilitação*. A esse respeito, segue o relato de uma participante da pesquisa:

[...] na minha época [1977] eram três opções, eu escolhi: Medicina, Reabilitação e Psicologia. Passei em Reabilitação. Quando você entrava na universidade já ficava

<sup>118</sup> Essas mudanças aumentaram ainda mais distância social entre os práticos em TO e os terapeutas ocupacionais, de forma que na década de 1990 os práticos desaparecem completamente do campo profissional da TO. “A distância enquanto fenômeno social é *produzida* por agentes interessados em manter distância social entre si e os outros, precisamente quando vivem unidos no sentido espacial. [...] No campo social, o “distanciamento” se expressa bastante literalmente, num movimento de afastamento em relação ao outro, como ocorre quando nos mantemos à distância de um indivíduo ameaçador. [...] exemplo importante de distância social é a distância vertical, entre indivíduos hierarquicamente desiguais: a distância criada pelo poder” (MANNHEIM, 2001, p. 173-174, grifos do autor).

sabendo que no segundo ano você ia escolher se você queria fazer Fisioterapia ou Terapia Ocupacional. (Terapeuta ocupacional, graduada em 1979, docente, membro de organização profissional, Região Nordeste).

A nomeação *Curso de Reabilitação* influenciava a elaboração da identidade profissional: “Você não sabia nem que se dividia em Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Você achava que você ia fazer vestibular, ia passar em Reabilitação e ser reabilitadora” (Terapeuta ocupacional, graduada em 1979, docente, membro de organização profissional, Região Nordeste). Foi a partir dessa nomeação que fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais passaram a existir na divisão do trabalho de cura, pelas regiões do país.

Atentar para essa forma de nomeação dos cursos auxilia na compreensão de conflitos entre a TO e Fisioterapia que sucederam a regulamentação profissional de ambas categorias profissionais, e que influenciaram a formação e o exercício profissional da segunda geração de TO no Brasil. Strauss (1999) ao discutir o conceito de nomeação e sua função afirma:

a nomeação ou a identificação de coisas é, portanto, um problema contínuo, nunca realmente completado e detido [...] uma porção da sua própria terminologia classificatória, o quadro simbólico por meio do qual o mundo é ordenado e organizado, está – ou já esteve ou estará sob pressão constante. (STRAUSS, 1999, p. 43).

A vinculação dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas contribuiu para despertar um senso de *classe*, ainda que com uma limitada *consciência de classe*, ao se considerar que tais profissionais formam categorias profissionais distintas. Conforme aponta Mannheim (2001)

pode-se então falar de uma *classe* se os indivíduos atuam uniformemente, de acordo com seus interesses comuns e sua posição análoga no processo de produção. Uma *classe consciente*, por outro lado, caracteriza-se pela tendência de seus membros a agir coletivamente de acordo com uma avaliação consciente de sua posição de classe em relação a todos os demais estratos da sociedade. (MANNHEIM, 2001. p. 83, grifo do autor).

Em acordo com as ideias de Mannheim (2001) é possível perceber que apesar dos terapeutas ocupacionais se constituírem em uma categoria profissional o desenvolvimento de uma “consciência de classe” se dá numa relação simbiótica com os fisioterapeutas. Foi a partir dessa relação simbiótica que terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas reivindicaram seus interesses comuns: a regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional e de fisioterapeuta e a criação do Sistema de Conselhos de Classe. A criação de organizações profissionais, em

especial os Conselhos de Classe, contribuiu para fortalecer essa simbiose. Esse tema será tratado em tópico adiante.

Os primeiros cursos para formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais criados nos fins da década de 1950, e que na década de 1960 foram reconhecidos como de nível superior, levou os terapeutas ocupacionais da segunda geração a si reconhecerem como “semelhantes” aos fisioterapeutas, em termos de formação profissional, ambos possuíam um diploma e estavam habilitados para atuar na reabilitação, diferentemente dos práticos em TO, os quais não possuíam um diploma universitário e atuavam majoritariamente na psiquiatria.

Mais tarde, de forma tímida, os terapeutas ocupacionais começam a se interessar por temas da psiquiatria, mais preponderantemente para compreender problemas de ordem emocional enfrentados em processos de reabilitação física. Como apontou um participante da pesquisa, graduado em 1971, quando indagado acerca da perspectiva da psiquiatria em sua trajetória profissional:

[...] como trabalhava na ABBR então eu sempre fui mais focado na deficiência física, o que eu acho que não invalida a psiquiatria, e na deficiência física você encontra mais sequelas psíquicas ou psicológicas do que motoras. (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste)

No início da década de 1970, a perspectiva da Reabilitação Física era predominante na formação profissional e no exercício profissional. No final desta década, o interesse pelos temas da psiquiatria estava entre os motivos para o ingresso em cursos da área da saúde e a permanência no curso de Reabilitação.

[...] Eu sempre quis trabalhar com pessoas com deficiência e pessoas com transtorno mental... Eu não conhecia terapia ocupacional, aí escolhi fazer vestibular para Medicina, porque tinha visto um filme que uma pessoa fazia atividades com pessoas com transtorno mental e eu achava que aquilo era feito por um psiquiatra. Passei na segunda opção que era o curso de Reabilitação. Depois que eu entrei no curso, no primeiro período eu fui visitar clínicas de terapia ocupacional... e me encantei...quando eu soube que quem fazia atividade era o terapeuta ocupacional e não o psiquiatra aí eu comuniquei na minha casa que não tentaria mais vestibular para medicina... Mergulhei na Saúde Mental... No Trabalho de Conclusão de Curso era em grupo, escolhi trabalhar com Dependência Química... eu tentava propor a Terapia Ocupacional nessa área... Tive influência de... Luiz Gonzaga Leal e Glória Maria Dias... terapeutas ocupacionais [com reconhecimento na área de saúde mental], com eles dois eu comecei a fazer leitura sobre Dependência Química... para mim estava clara todas as alterações do desempenho ocupacional, das atividades cotidianas desse sujeito... se esse sujeito tinha o cotidiano todo prejudicado pela Dependência Química é uma área da Terapia Ocupacional, só que não existia ninguém que trabalhava com isso... No Brasil era raros os profissionais que trabalham nessa área... não tinha literatura muito específica nessa área. (Terapeuta

ocupacional, graduada em 1980, região nordeste, docente e membro do sistema de conselhos)

Na passagem da década de 1970 para 1980, os temas de Psiquiatria ganharam espaço na formação de terapeutas ocupacionais. Nesse período, já haviam cursos orientados pela perspectiva da Reabilitação Física e da Psiquiatria. Nesses cursos, os estudantes cursavam estágios em áreas de atuação vinculadas a essas duas perspectivas, como os hospitais de reabilitação e os psiquiátricos.

[...] Na época [1977] só havia a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais... eu estudei lá... estudei tudo... gostei muito de anatomia, adorei neurologia, idolatrei fisiologia... mas, mas, talvez eu já tenha entrado na terapia ocupacional com a ideia da saúde mental, hoje campo de saúde mental... fiz estágio no Hospital Santa Clara [Psiquiatria] e no Hospital Arapiara [Reabilitação Física], com uma professora holandesa chamada Johanna Nordhoek [terapeuta ocupacional]... meu interesse era o campo da saúde mental... se mantém o mesmo até hoje. (Lisete Vaz, terapeuta ocupacional, graduada 1980, docente, Região Sudeste).

Diferentemente do que ocorreu com os que ingressaram no Curso de Reabilitação nas décadas de 1960 e 1970, na década de 1980 a encruzilhada para os estudantes não era especializar-se em Fisioterapia ou Terapia Ocupacional, mas se inclinar para a Reabilitação Física ou a Psiquiatria. E essa inclinação por vezes era alterada no decorrer do curso.

[...] Fui ao Setor de Terapia Ocupacional: tinha uma sala, uma mulher no tatame [espécie de um colchão de espuma firme] com uma pessoa com Paralisia Cerebral (PC). E ela rolava com o PC, brincava com o PC... Foi o encontro que mudou a minha vida, eu falei eu quero isso, eu quero encontrar o outro. É isso que eu quero fazer! E eu achava que eu ia ser terapeuta ocupacional de neurologia, eu entrei para fazer TO de neurologia... Eu fui falar com o psiquiatra, o Adalberto, ele falou assim: “você não é da neurologia, você é da saúde mental. Ele me fez um encaminhamento: “vá fazer estágio em saúde mental”. Eu conseguir o estágio. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, graduada em 1987, docente, ex-conselheira do COFFITO, região sul).

A matriz curricular do curso de formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais de nível superior aprovada em 1963, e que se manteve até 1983, posicionou os terapeutas ocupacionais na divisão do trabalho de cura a partir da perspectiva da Reabilitação Física e da Psiquiatria.

Desta forma, a aproximação com a perspectiva da Psiquiatria trouxe mudanças na elaboração da identidade profissional, bem como na delimitação do objeto de trabalho da TO. Dessas mudanças emergiram duas posições distintas no campo profissional da TO: de um lado, os terapeutas ocupacionais que pensavam e agiam em acordo com as disposições

teórico-prático da Reabilitação Física e, de outro lado, terapeutas ocupacionais que passaram a pensar e agir em acordo com as disposições da Psiquiatria.

Também essa aproximação com a psiquiatria gerou conflitos com os práticos em TO. Como foi apontado em capítulos anteriores, esses práticos foram pioneiros na aplicação da terapia ocupacional no Brasil, em especial na Psiquiatria. Nesse momento, os terapeutas ocupacionais estavam posicionados entre praxiterapeutas e fisioterapeutas, em busca da elaboração de sua identidade profissional. Os terapeutas ocupacionais compartilhavam com aqueles profissionais diferentes objetos de trabalho: na Reabilitação o uso dos exercícios motores, sensoriais, perceptuais e cognitivos, e na Psiquiatria o uso da ocupação com fins terapêuticos.

Os conflitos que emergiram da interação dos terapeutas ocupacionais, com os praxiterapeutas e fisioterapeutas, ganharam contorno na regulamentação das profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional. Aos praxiterapeutas foi oferecida a possibilidade de se tornarem auxiliares de TO. Em relação aos conflitos de interesses entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, o Decreto-Lei nº 938/69 define como atividade privativa do terapeuta ocupacional a execução de “métodos e técnicas terapêuticas e recreacional [sic] com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente” e como atividade privativa dos fisioterapeutas a execução de “métodos e técnicas fisioterápicos com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade física do paciente” (COFFITO, 2016).

A distinção entre terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, no Decreto Lei nº 938/69 – que regulamenta ambas as profissões –, ainda é tema de debate quando se busca delimitar o objeto de trabalho da TO e da Fisioterapia frente aos interesses corporativos, em especial no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO's. A interpretação apressada e equivocada da atividade privativa de ambos os profissionais leva à identificação do terapeuta ocupacional como profissional, que se envolve no tratamento de problemas práticos do homem leigo relacionados às doenças mentais e a identificação do fisioterapeuta como profissional que se envolve no tratamento de problemas práticos do homem leigo relacionados às doenças físicas. Essa forma de identificar esses profissionais evidencia, em parte, o desconhecimento do processo de profissionalização de ambas as profissões no Brasil.

Retomando as ideias de Mannheim (2001), é preciso estar atento ao fato de que todo o processo de consolidação de uma posição social e da consciência de classe apontam para questão da continuidade no tempo e no espaço:

as inovações resultam ou de uma mudança na situação coletiva ou da variação do relacionamento entre os grupos ou entre os indivíduos e seus grupos. São modificações desse tipo que engendram novas adaptações, novos esforços assimilativos e novas criações. [...] Continuidade, descontinuidade, regressão, o processo de estereotípias, inovações, e a corrente de transmissão singular ou multilinear formam as categorias básicas dos processos mentais. [...]. Adicionemos a essa série uma categoria a mais: a *dinâmica histórica do pensamento*, que também deve ser compreendida como um processo social. Pode-se falar em mudança dinâmica, ao invés de mutações, se os fenômenos tais como continuidade, descontinuidade, inovação e estereotípias tornam-se partes interdependentes do mesmo processo social (MANNHEIM, 2001, p. 62-63).

Desta forma, a compreensão da profissionalização da TO em termos de continuidade no tempo e no espaço requer uma análise relacional que considere a fundação da profissão. Como já mencionado no capítulo anterior, a motivação dos fundadores, em parte, decorre das inovações que foram engendradas no interior das instituições, no que diz respeito às modalidades do uso da ocupação na divisão do trabalho de cura e de inserção social. Essas modalidades terapêuticas, reconhecidas no tratamento tanto das doenças mentais quanto das físicas, foram incorporadas à TO, tanto em âmbito mundial quanto nacional. O que difere essas modalidades no Brasil é que, diferentemente dos países fundadores, a organização profissional que regulamenta o exercício profissional da TO foi criada em conjunto com a Fisioterapia. Assim, no Brasil, a vinculação da TO com a Fisioterapia influenciou fortemente a proposta de formação profissional do terapeuta ocupacional e sua regulamentação como profissão.

Nos países fundadores, a distinção entre práticos e terapeutas ocupacionais era de ordem hierárquica, ou seja, vertical. A fundação da TO buscou criar bases organizacionais que favorecessem a integração de sua primeira geração (fundadores e praticantes) às gerações subsequentes (terapeutas ocupacionais e assistentes de Terapia Ocupacional, formados a partir das primeiras escolas). Para a integração das gerações de TO, uma das estratégias preconizadas pelos fundadores foi a criação de cursos de formação profissional em diferentes níveis (médio, graduação e pós-graduação). Outra estratégia foi a criação de organizações profissionais específicas da TO.

No Brasil, a simbiose dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas que se estabeleceu durante a expansão do curso de formação e, mais especificamente, no processo da regulamentação profissional, impediu o reconhecimento de cursos que formaram práticos em TO. A falta desse reconhecimento impediu a concretização de uma organização das categorias profissionais que exerciam a TO no Brasil, práticos em TO e terapeutas ocupacionais, durante o processo de profissionalização.

E mais, a simbiose entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas é responsável pela oposição entre práticos em TO e terapeutas ocupacionais. Essa oposição tem origem no final da década 1950 e se acirrou na década de 1960, quando os dois primeiros cursos criados para formação de fisioterapeutas e terapeutas foram reconhecidos como de nível superior. A estrutura pedagógica e a orientação teórico-prática desses cursos se legitimou como sendo a oficial. Esse reconhecimento demarcou o lugar dos terapeutas ocupacionais e dos práticos (primeira geração de TO) no mundo particular da TO, quando esta ainda não era uma profissão regulamentada no país.

É a partir desse reconhecimento que os terapeutas ocupacionais, juntamente com os fisioterapeutas, se unem em prol da regulamentação profissional. Ao que parece, os práticos não foram convocados para essa empreitada,<sup>119</sup> até porque os terapeutas ocupacionais não os reconheciam como iguais ou, ao menos, pertencentes à mesma categoria profissional, ainda que em posições diferentes no interior daquilo que se almejava constituir como um campo profissional específico.

Apesar disso, percebe-se que a atividade desenvolvida pelos práticos, na área da Psiquiatria, e a desenvolvida pelos terapeutas ocupacionais, na área de Reabilitação Física, se constituíram na base teórico-prática que motivou as primeiras gerações da TO, no que mais tarde se configurou como sustentáculo para a reivindicação da criação da profissão no Brasil. Entretanto, durante a profissionalização da TO, os práticos foram gradativamente sendo afastados e os terapeutas ocupacionais se firmam como os legítimos profissionais da TO. Sobre este aspecto Rita de Cássia comenta:

[...] O que aconteceu foi que, como essas pessoas tinham o direito de exercer porque foram formadas por Nise, elas foram categorizadas como praxiterapeutas. Só que tinha essa categoria praxiterapeuta, e tinha o Técnico de Reabilitação [terapeuta ocupacional atual], essas praxiterapeutas recebiam o salário de nível superior. Eu tenho até hoje uma amiga chamada Olinda que trabalhou comigo na Colônia Juliano Moreira, que era praxiterapeuta e ela dizia: sou TO [terapeuta ocupacional]! Porque na identidade dela estava escrito 'terapeuta ocupacional', e o conselho na época, nunca conseguiu fazer nada, e não sei também se tinha alguma intenção de fazer, nem reconheceu, ela não conseguiu inscrição no conselho, mas ninguém conseguiu tirar o emprego e salário dela... essas pessoas foram morrendo, muitas desistiram, porque era uma guerra de nervos... as pessoas eram rechaçadas, preteridas. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, graduada em 1987, docente, ex-conselheira do COFFITO, Região Sul).

---

<sup>119</sup> Não encontrei na literatura consultada, nem em documentos oficiais, nem tampouco nos discursos dos participantes da pesquisa menção a participação ativa dos práticos no processo de regulamentação profissional.



Vale retomar as ideias de Mannheim (2001) em torno da questão da descontinuidade e continuidade no tempo, utilizada aqui, para frisar a relação entre os práticos em TO e os terapeutas ocupacionais ao longo da constituição da profissão. Neste sentido,

devemos estabelecer uma diferença entre grupos *amorfos ou descontínuos*, de um lado, dos *contínuos* do outro. Aqui deve-se demonstrar como a perpétua formação e dissolução de pequenos grupos dentro da sociedade inclusiva determina a natureza da tradição que se cristaliza na sucessão de gerações. [...]. Deve-se ademais considerar o fato de que pontos de vista comuns numa sociedade só existem na medida em que certos grupos conseguem assegurar sua continuidade através do tempo e do espaço. [...] A descontinuidade histórica frequentemente resulta da ruptura de comunicação entre elites sucessivas. Por outro lado, a descontinuidade no espaço ocorre quando grupos contemporâneos rompem o contato e passam a agir e reagir de modo independente. (MANNHEIM, 2001, p.62).

No final da década de 1960, a regulamentação profissional dá um veredito que coloca os práticos na condição de grupo em extinção. Por outro lado, aos terapeutas ocupacionais a regulamentação profissional concedeu a possibilidade de se recriarem em novas gerações. Continuidade e descontinuidade caracterizam as trajetórias dos terapeutas ocupacionais e práticos, e revelam o distanciamento no mundo social da TO entre aqueles que foram os pioneiros e as gerações subsequentes.

Ainda assim, é preciso atentar para os ideais culturais que motivaram tal distanciamento. É preciso ter em mente que a

evolução cultural, um postulado fundamental da sociologia do conhecimento estabelece que as realizações do processo cultural não desaparecem pura e simplesmente; sob forma alterada, elas passam a fazer parte de configurações culturais subsequentes. [...] A vida opera com antíteses; quando novos grupos entram na arena e pretendem expressar-se, começam por rejeitar o que encontram estabelecido. O novo é complementar ao velho; é assim que o processo busca atingir a totalidade. (MANNHEIM, 2001, p.188;197).

Tomando como referência as mudanças pelas quais passaram os cursos, desde a sua criação até a atualidade, a partir da segunda geração, os práticos ficaram num passado que o presente dissimula desconhecer. As ideias de Mannheim (2001), acerca das gerações, ajuda a ampliar a compreensão da importância de se conceber a temporalidade da TO enquanto fator determinante no processo de constituição da profissão, e que impactam o presente no que diz respeito às formas de compreender o que foi e o que é essa profissão no Brasil. Retomando a narrativa de Lisete Ribeiro Vaz,

[...] é preciso lembrar que o maldito Relatório Flexner e aquela ciência que a gente resolveu contar, pesar e medir tudo... uma ciência, tão asséptica em que não

caberiam pessoas e seus dramas, suas histórias. A TO hoje, que hoje conversa com os diversos campos, não é a TO em que eu me formei... a que eu me formei era toda pesada, medida e contada... eu fiz parte desta formação, mas, eu não suportaria ser TO, não suportaria esta TO. Nesse sentido Nise me salvou, a teoria dela me salvou, o ideal de ética dela, isso fez diferença para mim. Eu “apanhei” muito dela...por que eu perguntava sobre diagnósticos, sobre alucinações auditivas... [Nise respondia] nós aqui estudamos biografias de pessoas que às vezes passaram por estados inumeráveis do ser. Nunca mais falei “casos clínicos”, eu não falo “alucinações auditivas”, porque eu levei um eletrochoque emocional dela, entendeu? Então, assim, a TO que fui fazendo ao longo dos anos foi muito marcada pela presença de Nise... [convivi com ela] de 1980 a 1999, quando ela morreu. Em 1999, me pediram para entregar um prêmio para ela... O prêmio PI, Prêmio Pinel, para instituições e pessoas que foram importantes para a Reforma Psiquiátrica, em 18 de outubro de 1999...12 dias depois ela faleceu... Foi das mãos de uma terapeuta ocupacional que ela recebeu seu último prêmio em vida...São histórias da Terapia Ocupacional e histórias de vida. (Lisete Vaz, terapeuta ocupacional, graduada 1980, docente, Região Sudeste).

O relato de Lisete é representativo de como os fundamentos teórico-práticos que sustentaram o exercício profissional de muitos dos práticos foram incorporados à TO, influenciaram trajetórias profissionais de terapeutas ocupacionais formados após a regulamentação da profissão e continuam na atualidade oferecendo possibilidades para sustentação da formação e do exercício profissional, em especial, na perspectiva da Saúde Mental.

Um exemplo da continuidade desses fundamentos é o relato de Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, no qual relembra que em um de seus estágios profissionalizantes teve contato com uma prática em TO formada pela Nise da Silveira com quem aprendeu, por exemplo, a trabalhar com grupos. As experiências do estágio foram relevantes para a elaboração da identidade profissional de Rita de Cássia no sentido de incorporar aos fundamentos teórico-práticos necessários ao exercício profissional a abordagem niseriana. No que tange à sua prática docente na atualidade, Rita de Cássia comenta:

[...] Eu sou niseriana. Eu tenho uma preocupação muito pontual com a formação do terapeuta ocupacional, ele deve conhecer expressões culturais e artísticas para que isso consolide mais o repertório dele... isso vai fazendo com que o terapeuta ocupacional pense de uma outra perspectiva, de um outro lugar. Quando eu tive essa percepção eu disse: eu vou trabalhar com esses meninos a questão da arte, do processo da criação. Ser terapeuta ocupacional implica que você tenha possibilidade de expressividade plástica... e no momento em que a gente resgata esse ser prático, plástico do terapeuta ocupacional, a gente vai construindo no cotidiano na formação, essa plasticidade... essa dialética... esse processo criativo, esse mergulho, e aí o Laboratório Niseriano. Ele surgiu assim, nessa experiência de experimentação do ser prático e plástico... do pensamento prático, de pensar a plasticidade, de pensar a expressividade e de pensar essa possibilidade de transformação que a gente na condição humana temos. E aí, experimentar o quê? Expressar-se utilizando pincel, utilizando tinta, utilizando cola, utilizando tela, utilizando papel... Ser sujeito da minha ação terapêutica, que é uma experiência que vai dar para o sujeito uma outra

localização do ser terapeuta ocupacional. (Rita de Cássia Barcellos Bittencourt, graduada em 1987, docente, ex-conselheira do COFFITO, Região Sul).

Os relatos de Lisete e Rita de Cássia são representativos das permanências da abordagem niseriana no campo profissional da TO na atualidade. Observou-se durante a participação em eventos científicos e nas visitas aos cursos e serviços de TO que terapeutas ocupacionais no exercício profissional se utilizam da abordagem niseriana para estruturar sua forma de pensar e agir, ainda que não nomeiem explicitamente como sendo niserianos. Esta é uma evidência de como

o caráter histórico do pensamento evidencia-se não só através da consciência individual, dentro da qual se manifesta por assim dizer fenomenologicamente, mas também devido ao fato de que os homens cogitam enquanto membros de grupos e não como seres solitários. O pensamento dos indivíduos é relevante historicamente na medida em que os grupos a que pertencem subsistem através do tempo. A transmissão de compreensão de grupo de geração a geração é um processo tanto imperativo quanto seletivo. Cada ato de transmissão peneira, interpreta e seleciona certos elementos da experiência passada. Não se pode visualizar corretamente este processo imperativo sem a concomitante seleção social que tem lugar quando uma nova geração aceita ou modifica a acumulação da geração anterior. A transmissão de pensamento é basicamente uma fase na sucessão de gerações. É a análise dessa seleção que ilumina a continuidade ou descontinuidade do pensamento (MANNHEIM, 2001, p. 62).

A expansão dos cursos e a regulamentação profissional contribuíram para fazer emergir novas gerações da TO. Essas novas gerações foram responsáveis pela continuidade ou descontinuidade do pensamento, de modo geral, no que se refere ao uso da ocupação com finalidades terapêuticas no campo profissional da TO.

Retomando a expansão dos cursos de formação, nas décadas de 1980 e 1990, os cursos se expandiram para região norte, sul e centro-oeste do país (SOARES, 1991, p. 156-157; HAHN; LOPES, 2003)..

A narrativa da conferencista da cerimônia de abertura do X Congresso Norte e Nordeste de Terapia Ocupacional (CONNTO), em Belém, no ano de 2014, é representativo de como se deu a expansão dos cursos de formação profissional no país. Ela relembra:

[...] Eu lembro do dia que nós estávamos ali, 15 de abril de 1985. Só existia duas profissionais terapeutas ocupacionais nessa região [norte], eram da Bahia, nossas duas professoras baianas, Ronaide Braga e Sônia, que faziam parte, já trabalhavam no corpo técnico do INPS, veio fazendo parte da equipe de reabilitação profissional. Eu quis trazer isso porque em 25 anos, muitas vezes a gente esquece da história, quando nós queremos caminhar, avançar... temos que encontrar nossas raízes. Duas profissões novas chega ao estado do Pará, que ninguém sabia o que era, Terapia Ocupacional e Fisioterapia... saiu no jornal... uma época em que se buscava um modelo de saúde, previdenciário vinculado à saúde... e aí a região norte extrativista...

muitos acidentes ocorreram... muitos mutilados... foi quando trouxeram o modelo [de Centro de Reabilitação]... quando vem Ronaide e Sônia, e a vinda da Fisioterapia, e o professor da Fisioterapia... [e o curso era no modelo] médico, biomédico, patológico... nós tivemos uma influência muito grande do Brasil todo, do sul, do nordeste... e foi essa turma [se referindo a primeira turma do curso de TO] e o grupo de fisioterapeutas... que lutamos para o reconhecimento do curso e a criação do primeiro departamento de Terapia Ocupacional... deixamos o legado... a autorização de reconhecimento do curso em 1991.(Sônia Cláudia Almeida Pinto, terapeuta ocupacional, graduada em 1989, docente, Região Norte).

A narrativa acima é evidência de como no processo de expansão dos cursos de formação a perspectiva da Reabilitação Física era preponderante. Também revela que a migração de terapeutas ocupacionais para regiões do país onde não há cursos de TO funciona também como indutora da formação profissional. Muitos profissionais formados na região sudeste e na nordeste migraram para outras regiões onde não havia cursos de formação profissional. Como apontou um participante da pesquisa

[...] Eu ajudei a formar o curso... eu cheguei em 84... nós éramos três... e nós construímos desde o currículo do curso... eu dei a primeira aula inaugural do curso TO da UEPA... em 85... (Terapeuta ocupacional, docente, graduada em 1982, Região Norte).

O número de cursos de graduação aumentou de cinco, na década de 1970, para treze na década de 1980, sendo ministrados em instituições de ensino superior públicas e privadas (SOARES, 1991, p. 163). Paralelo ao aumento no de cursos e buscando acompanhar as inovações da educação superior, em âmbito mundial e nacional, os terapeutas ocupacionais se empenharam na reformulação do currículo mínimo, aprovado em 1963. (HAHN; LOPES, 2003). A partir de 1983, a criação de novos cursos de TO foi orientada com base num novo currículo para formação de terapeutas ocupacionais, onde curso passa a ser nomeado de Curso de Terapia Ocupacional, regulamentado pela Resolução CFE nº 4 de 28/02/83 (BRASIL, 2016).<sup>120</sup>

A partir desse novo currículo, a carga horária do curso de TO passou de 2.160 horas para 3.240 horas, com duração de quatro anos e de “um modelo de formação clínica-biológica para um modelo de saúde que integrasse o enfoque psicológico e social ao biológico, e onde a profissão atuasse da prevenção à reabilitação”. (SOARES, 1991, 164).

Essa orientação técnico-pedagógica reforçou as perspectivas da Reabilitação Física e da Psiquiatria e apontou para a necessidade de incluir uma perspectiva social ao objeto de

<sup>120</sup> Mais detalhes consultar o documento elaborado pela Comissão de Especialista de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Secretaria de Educação Superior (SESu) do Ministério da Educação e do Desporto (MEC), ver BRASIL (2016).

trabalho da TO. Nesse momento os terapeutas ocupacionais buscaram atualizar seu objeto de trabalho e, mais uma vez, foram levados por discursos de diferentes campos de saber e de prática ao invés de compor uma síntese em torno do seu objeto de trabalho, acirrando a disputa entre os terapeutas ocupacionais pelo poder de se nomear o que é Terapia Ocupacional e seu objeto de trabalho. A tentativa de recriar o objeto de trabalho levou à confusão no interior do campo profissional e trouxe impactos negativos no que diz respeito ao reconhecimento social a partir de uma identidade profissional sólida e transparente.

Na atualidade, os terapeutas ocupacionais encontram dificuldades em expressar com transparência o seu objeto de trabalho frente aos problemas do homem leigo, no que diz respeito à incapacidade física, ao sofrimento mental e à violação de direitos. Esses problemas estão vinculados às perspectivas da Reabilitação Física, Saúde Mental e Terapia Ocupacional Social, respectivamente. A questão se complexifica na medida em que os problemas do homem leigo podem estar relacionados às três perspectivas e nesse momento é que as análises não permitem enxergar qual é o objeto de trabalho que une essas perspectivas, por isso opacidade presente no objeto de trabalho do terapeuta ocupacional na atualidade e que os terapeutas se esforçam para ultrapassar para trazer a superfície o objeto de seu trabalho.

Para finalizar, tomando como referência o reconhecimento dos cursos formação profissional e a regulamentação das profissões de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, é possível identificar a partir da década de 1960 as seguintes gerações na TO:

- a) Segunda Geração – constituída por terapeutas ocupacionais formados a partir de um único currículo mínimo, aprovado em 1963 para os cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional;
- b) Terceira Geração – constituída por terapeutas ocupacionais formados em cursos a partir do primeiro currículo para o curso de TO aprovado em 1983;
- c) Quarta Geração – constituída por Terapeutas Ocupacionais formados em cursos com currículo baseado nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em TO (DCNTO), aprovada em 2002.

Por fim, surge um grupo emergente a partir de 2013, constituído por terapeutas ocupacionais formados em cursos de graduação criados a partir do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI.<sup>121</sup>

---

<sup>121</sup> O Decreto nº. 6.096 de 24 de abril de 2007, instituiu o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI. De acordo com o Art.1º do referido decreto o REUNI foi

## 6 ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS DA TERAPIA OCUPACIONAL NO BRASIL

Após o reconhecimento do curso de formação de Fisioterapia e TO como de nível superior, os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas se organizaram formalmente por meio de suas associações profissionais. Para Freidson (2009), as profissões possuem organizações formais e informais. A organização formal se relaciona com as expectativas e reivindicações dos representantes oficiais da profissão e a organização informal com a realidade do trabalho profissional – prática cotidiana. Para o mesmo autor, a organização formal

oferece uma visão de cima, uma visão oficial da relação entre as associações locais e os praticantes individuais em diferentes comunidades. Mas esta visão, evidentemente, não permite compreender as variações do desempenho entre um praticante e outro[...]. Por outro lado, visão de baixo, da perspectiva de quem exerce a atividade [ a organização informal] tem oferecido um quadro sistemático destas variações, mas não uma imagem sobre como elas estão organizadas em diferentes modelos reguladores de associações humanas, nem sobre a natureza da relação que existe entre tais modelos. (FREIDSON 2009, p. 215).

Conforme aponta Freidson (2009) analiticamente, em um sistema coerente, não há uma conexão entre essas duas visões, no entanto, defende o autor que a ligação entre ambas podem ser compreendida a partir do *boicote pessoal*. Para ele o boicote pessoal é

o mecanismo analítico mais importante de controle encontrado entre médicos e outros profissionais. Ele é importante porque permite compreender como um homem pode ser pessoalmente ético e consciencioso e outro não, apesar de ambos existirem mesma profissão, sem que isso cause nenhuma grande tensão ou conflito entre eles. Ele expressa ao mesmo tempo, o sucesso e o fracasso ético da profissão, representando o resultado singular da maneira profissional de olhar para seu trabalho, para si mesmo e sua responsabilidade. (FREIDSON, 2009, p. 206)

Um exemplo de boicote é quando um profissional deixar de cooperar e encaminhar pacientes a outro colega, motivado pela má impressão acerca da prática profissional do colega, isto é, deixa de assumir a responsabilidade pela vida profissional daquele colega (FREIDSON, 2009). Na mesma medida em que o boicote pessoal expressa normas profissionais, também tem influências interativas e organizacionais,

sobre a forma com que se ordenam as relações entre os indivíduos concretos e as instituições distribuídas nas comunidades locais – a realidade social diária sobre a

---

instituído “com o objetivo de criar condições para a ampliação do acesso e permanência na educação superior, no nível de graduação, pelo melhor aproveitamento da estrutura física e de recursos humanos existentes nas universidades federais” (BRASIL, 2007c).

qual a ideia geral e oficial de profissão é imposta. Isto sugere que algo funcione fora de uma organização formal da profissão seja outra organização. Como não é nem publicamente codificada, nem oficialmente reconhecida pelas associações profissionais oficiais (o que não quer dizer que sua existência seja resultado de uma conspiração), ela deve ser denominada organização informal da profissão. (FREIDSON, 2009, p. 216).

Destarte, o mesmo autor, tomando como exemplo a Medicina aponta que o conhecimento específico da organização formal facilita a compreensão da uniformidade estruturada que se expressa no desempenho profissional “amplamente referenciada pelos padrões legais mínimos para o exercício autorizado”. Por outro lado, o conhecimento específico da organização informal viabiliza compreender as fontes de variação estruturada do desempenho profissional que “estão amplamente relacionadas com a interação dos praticantes entre si em condições de trabalho específicos” (FREIDSON 2009, p. 216).

O interesse em primeiro plano, neste capítulo, é apresentar as organizações formais da TO. Tal interesse se deve à necessidade de compreender a repercussão da relação estreita dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas para a criação das organizações profissionais formais e do código de ética profissional. A criação dessas organizações e do código de ética tem uma função essencial na elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho desses profissionais.

O capítulo está estruturado em duas partes. Na primeira, de forma sintética, são apresentadas as organizações profissionais da TO. Na segunda parte, é apresentada uma discussão acerca do sistema de conselhos de classe em termos de estrutura política e funcionamento do seu colegiado, sua expansão pelo país e os marcos regulatórios para o exercício das profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional. Na segunda parte busca-se problematizar a estreita relação entre a Fisioterapia e da TO no âmbito desse sistema.

## 6.1. CONSELHOS DE CLASSE, ASSOCIAÇÕES CIENTÍFICAS E SINDICATOS

Nos capítulos anteriores as análises buscaram apresentar elementos para demonstrar como a terapia ocupacional foi introduzida e reconhecida dentro da divisão do trabalho de cura, e como foram criados mecanismos para o treinamento profissional que deram origem às gerações de TO, que juntos produziram uma crença no valor do uso das ocupações e levou os terapeutas ocupacionais a reivindicarem o controle e monopólio da essência de seu trabalho junto ao Estado. Observa-se que a organização da TO se deu por meio de

relações relativamente persistentes entre várias ocupações, nas quais a profissão está assentada – a divisão do trabalho. [...] sob a forma de relações jurídicas e profissionais existentes entre as várias ocupações, ordenadas com base na interdependência técnica ou na superposição de trabalho e pela autoridade que uma tem sobre a outra. (FREIDSON, 2009, p. 224).

A reivindicação dos terapeutas ocupacionais junto ao Estado esteve relacionada à autonomia profissional e à criação de um código de ética, como requisito para o reconhecimento de sua atividade ocupacional como profissão. Neste sentido, dois aspectos merecem ser destacados em relação à ética: (1) a ética no que diz respeito às “ações concretas” da prática de consulta em si e que levam em consideração a origem social de seus praticantes”; e (2) a ética geral no que se refere às “tarefas ocupacionais voltada para persuadir a sociedade a consentir e sustentar seu *status* profissional” (FREIDSON, 2009, p. 224).

Neste sentido, observa-se que, gradativamente, a partir da década de 1960, os terapeutas ocupacionais juntamente com os fisioterapeutas buscaram criar organizações profissionais formais, detentoras de um controle privado e “autoridade legal e formal delegada pelo Estado” (FREIDSON, 2009, p. 44). Conforme aponta o mesmo autor:

o Estado deixa sempre nas mãos da profissão o controle do aspecto técnico de seu trabalho. O que varia, de acordo com a relação estabelecida com o Estado, é o controle sobre a organização econômica e social do trabalho. [...] existem as organizações que representam oficialmente a profissão e que, por meio de suas negociações com o Estado soberano, estão engajadas em estabelecer, manter, defender e expandir as vantagens jurídicas, senão a superioridade política da ocupação. (FREIDSON, 2009, p. 44; 224).

A estreita relação dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas, como apontou-se nos capítulos anteriores, levou a organização de um único sistema de conselhos de classe e de sindicatos. Também influenciou a criação de algumas associações profissionais. O sistema de conselhos de classe é composto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e seus regionais – CREFITO’s. O sistema sindical é composto pela Federação Nacional dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (FENAFITO) e os sindicatos estaduais – SINFITO’s.

Anterior à regulamentação das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, foram criadas Associações de Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais (AFITO’s). Posteriormente, com a criação de associações específicas de cada profissão, gradativamente, algumas AFITO’s tiveram suas atividades encerradas. Ainda assim, em regiões com baixo número de profissionais de ambas as profissões, foram criadas novas AFITO’s que



permanecem em funcionamento como observou-se em 2014, durante a pesquisa empírica na região do sul da Bahia.

Atualmente, são consideradas associações profissionais específicas da TO, a Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e suas correspondentes estaduais, a Rede de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO) e a Associação de Terapia Ocupacional em Contexto Hospitalar e Cuidados Paliativos (ATHOSP).

Na atualidade observa-se um movimento entre os terapeutas ocupacionais para criar outras associações científicas, apesar dos discursos pró e contra à criação de tais associações. Os questionamentos dos terapeutas ocupacionais dirigentes de associações existentes estão relacionado à garantia de que a criação de novas associações não fragilizarão as existentes, em especial, no que concerne ao associativismo<sup>122</sup>. A motivação para criação de associações científicas por parte dos terapeutas ocupacionais, em certa medida mantém relação com o processo de reconhecimento de especialidades do terapeuta ocupacional pelo COFFITO iniciado em 2009, via aprovação de resoluções, como por exemplo, as de nº 366, 371. Essa motivação por parte de grupos de terapeutas ocupacionais tem gerado conflitos entre os próprios terapeutas ocupacionais e destes com os representantes oficiais da TO. Estes conflitos podem ser melhor compreendidos a partir do entendimento daquilo que Freidson aponta como sendo a organização formal e a organização informal de uma profissão. No caso da TO, estas duas formas de organização são constituídas por terapeutas ocupacionais, com o agravante de que no caso do Sistema COFFITO/CREFITO, por vezes tanto fisioterapeutas quanto terapeutas ocupacionais se constituem em representantes oficiais da TO. Observa-se que ainda que terapeutas ocupacionais conselheiros do sistema de conselhos estejam em posição de representantes oficiais da Fisioterapia também, essa posição não representa em si risco aos interesses individuais e coletivos dos fisioterapeutas, devido a preponderância de fisioterapeutas na composição numérica dos colegiados dos conselhos.

De modo geral, observa-se que a Fisioterapia possui um número maior de associações profissionais, devido ao número de sociedades científicas que mantêm relação direta com a normatização e regulação das especialidades pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO).

---

<sup>122</sup> O número de sócios das associações existentes é considerado baixo pelos seus dirigentes. Os terapeutas ocupacionais parecem não reconhecer a relevância de se associar às associações estaduais existentes, nem tampouco a ABRATO. Observa-se que a ABRATO e suas correspondentes associações estaduais ainda carecem de reconhecimento pelos próprios terapeutas ocupacionais, enquanto organizações formais e representativas da TO no Brasil e respectivos estados federados e distrito federal.

Vale ressaltar que o Sistema COFFITO/CREFITO é a única organização profissional que os terapeutas ocupacionais têm obrigatoriedade de pagar anuidades, taxas, emolumentos. Essa obrigatoriedade concede aos conselhos de classe uma posição privilegiada em relação à estabilidade financeira e, nesse aspecto, as associações profissionais são as organizações profissionais mais frágeis. O sistema de conselhos de classe assume o controle e a fiscalização do exercício profissional. Esse controle e fiscalização tem implicações na formação profissional e no reconhecimento social das profissões.

A partir do reconhecimento dos cursos de formação de nível superior, a atividade profissional de terapeuta ocupacional passou a ser considerada uma profissão da área da Saúde, tendo no sistema COFFITO/CREFITO seu órgão máximo de caráter fiscalizatório do exercício profissional. Esse sistema, para exercer sua função fiscalizatória, elabora e aprova resoluções e outros documentos legais de sua competência jurídica, e também atua como um agente representativo dos terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas junto a órgãos governamentais e à sociedade civil organizada. Desta forma, o sistema COFFITO/CREFITO tem influenciado os rumos da formação do terapeuta ocupacional e de seu exercício profissional no Brasil.

Durante seus 41 anos de existência, o COFFITO aprovou e publicou documentos para normatizar e fiscalizar o exercício de ambas as profissões, bem como subsidiar processos de tomada de decisão em torno da formação profissional e da inserção de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no mercado de trabalho. Entre as ações empreendidas pelo COFFITO/CREFITO's em processos decisórios está sua participação no processo de elaboração de políticas públicas, como as relacionadas à educação, à saúde, ao trabalho e assistência social.

Considerando a relevância do Sistema COFFITO/CREFITO's no campo profissional da TO, o próximo tópico inicialmente descreve de forma sintética como esse sistema se constituiu historicamente, sua composição e a sua dinâmica de funcionamento. Em seguida, o foco se mantém sobre as resoluções que regulamentam as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Para tanto buscou-se articular dados da pesquisa empírica com os da pesquisa documental. A principal fonte documental foram os arquivos disponíveis na *homepage* do COFFITO no período que se deu a pesquisa empírica, em especial no ano de 2016.

## 6.2 O SISTEMA DE CONSELHOS DE CLASSE

O sistema de conselho de classe é uma autarquia federal vinculada ao Ministério do Trabalho e composto pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) e pelos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO). O COFFITO tem sede em Brasília e os CREFITO's sede nas capitais de estados. Entre as finalidades desse sistema destacam-se: a) legislar e fiscalizar o exercício profissional; b) dispor sobre o Código de Ética Profissional e c) funcionar como Tribunal de Ética Profissional. (COFFITO, 2016)

Esse sistema foi criado em 1975, por meio da Lei nº 6.316/1975<sup>123</sup> (anexo 4) e inicialmente foram criados três conselhos regionais: CREFITO-1, CREFITO-2 CREFITO-3<sup>124</sup>, nos estados de Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo, respectivamente.

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª. Região, com sede em Recife e jurisdição na área integrada pelos Estados do Acre, Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia e pelos Territórios Federais de Rondônia, Roraima, Amapá e Fernando de Noronha;

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª. Região, com sede na cidade do Rio de Janeiro e jurisdição na área integrada pelo Distrito Federal e pelos Estados de Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo; e

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª. Região, com sede na cidade de São Paulo e jurisdição na área integrada pelos Estados de Mato Grosso [inclui o Estado de Mato Grosso do Sul], São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. (COFFITO, 1977).

O COFFITO é órgão central e dirigente do Sistema de Conselho e “no âmbito da administração privada da Autarquia<sup>125</sup>, é órgão de instância superior nas áreas: deliberativa,

<sup>123</sup> BRASIL (2017f).

<sup>124</sup> COFFITO (1977).

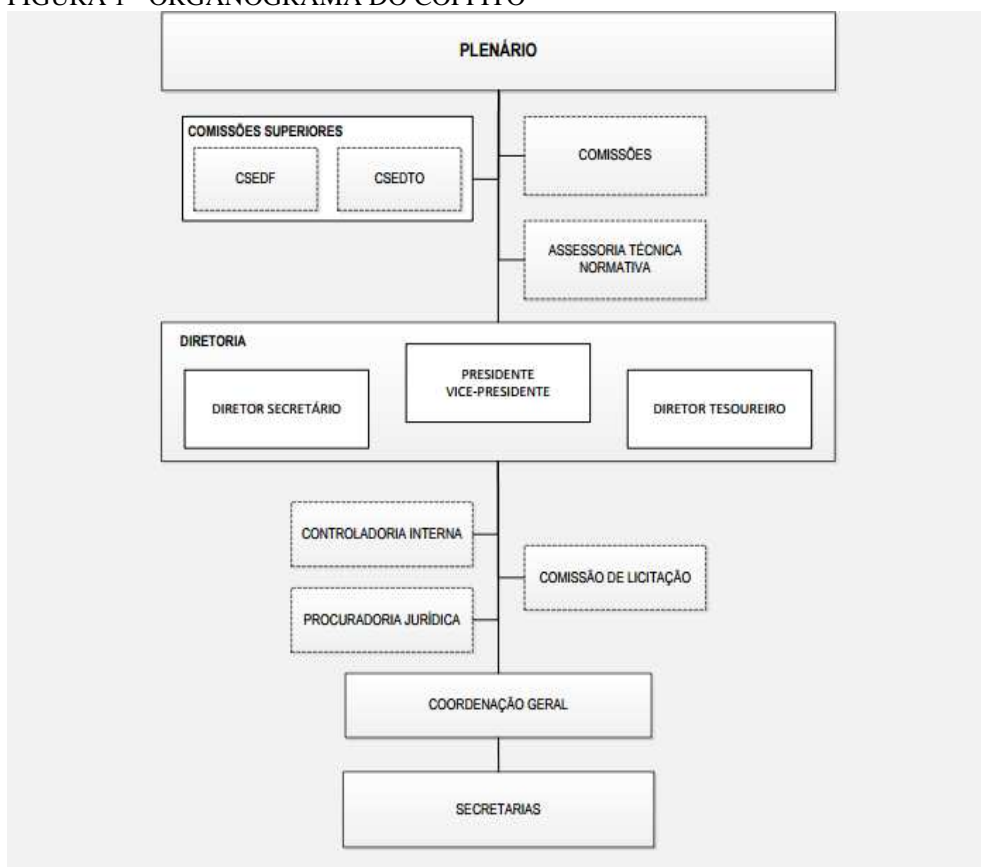
<sup>125</sup> O Decreto Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967 que **dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências**, em seu Art. 5º considera autarquia “o serviço autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita próprios, para executar atividades típicas da Administração Pública, que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.” (BRASIL, 2017g).

Segundo Staford *et al* (2016) as autarquias “dispõe de direitos e obrigações: direito de exercer aquela função a que se destina, com seus limites definidos em lei, e paralelamente, obrigação de desempenhar as suas funções, que seriam originariamente do Estado, mas este preferiu descentraliza-las a entidades às quais atribuiu personalidade jurídica, patrimônio próprio e capacidade administrativa. Desta forma, as autarquias ao passo que possuem independência, estão submissas ao controle do Estado, ou seja, a sua capacidade de auto-administração é exercida nos limites da lei; da mesma forma, os atos de controle não podem ultrapassar os limites. As autarquias podem ser classificadas a partir do nível federativo, do objeto e da natureza. Nos interessa aqui a classificação por objeto. Assim elas podem ser classificadas em: Autarquias assistenciais, as Autarquias previdenciárias, Autarquias culturais e Autarquias profissionais. As profissionais que é o nosso objeto aqui, são incumbidas da inscrição de certos profissionais e de fiscalizar sua atividade. (STAFORD, 2016).

normativa, administrativa, contenciosa e disciplinar” (COFFITO, 1986). Os CREFITO’s, “no âmbito da administração privada da Autarquia, é o órgão de primeira instância, nas áreas: deliberativa, normativa, administrativa, contenciosa e disciplinar” (COFFITO; 1978).<sup>126</sup>

A estrutura dos conselhos federal e regionais compreende: Plenário, Diretoria, Comissão de Tomada de Contas, Comissão de Ética Profissional (no caso dos CREFITO) e Comissão Superior de Ética Profissional (no COFFITO), Assessoria Técnica e Secretaria Executiva (COFFITO, 1986)<sup>127</sup>, conforme Figura 1.

FIGURA 1 - ORGANOGRAMA DO COFFITO



Fonte: COFFITO (2016a).

Na estrutura dos conselhos destaca-se o Plenário e a Diretoria. O Plenário possui caráter deliberativo. É composto por 09 conselheiros efetivos. Desses, 04 compõem a Diretoria (presidente, vice-presidente, diretor-secretário e diretor-tesoureiro). A Diretoria é o órgão executor das deliberações do Plenário e da administração institucional. As comissões, assessoria e a secretaria executiva têm por finalidade assessorar o Plenário e a diretoria na

<sup>126</sup> COFFITO. Resolução nº 06, de 30 de janeiro de 1978.

<sup>127</sup> COFFITO. Resolução Coffito nº 05, de 28 de fevereiro de 1986; COFFITO. Resolução nº. 182, de 26 de novembro de 1997.

tomada e execução de decisões, respectivamente. Entretanto, conforme o art. 8º da Lei nº 6.316/1975, que cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências:

Aos Presidentes dos Conselhos Federal e Regionais incumbe a administração e a representação legal dos mesmos facultando-se-lhes [sic] 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. (COFFITO, 1975).

O Plenário dos Conselhos, enquanto órgão de deliberação superior, tem competência legal e regimental para “eleger, dentre os seus membros, por maioria absoluta, o seu Presidente e Vice-Presidente [...]” e os componentes da Comissão de Tomada de Contas-CTC. Já o Diretor-Secretário e o Diretor-Tesoureiro são designados pelo Presidente, entre os membros efetivos do Plenário, sendo por ele destituíveis “*ad nutum*”. A Comissão de Ética Profissional, é presidida pelo Vice-Presidente do CREFITO e composta de um Secretário e dois Vogais por ele indicados dentre os conselheiros efetivos ou suplentes. O mandato do Plenário e da Diretoria é de quatro anos.<sup>128</sup> E, ainda, conforme o art. 19: “Os membros dos Conselhos farão jus a uma gratificação, por sessão a que comparecerem, na forma estabelecida em legislação própria (COFFITO, 1975).

Para a composição do Plenário do Conselho Federal a consulta é feita por meio do Colégio Eleitoral, composto por um representante de cada CREFITO, que na maioria das vezes seu presidente (COFFITO, 1975).

A renovação do mandato dos conselhos regionais é feita por meio de eleição direta, através do voto pessoal, secreto e obrigatório, dos profissionais inscritos no referido CREFITO. Para composição das chapas que concorrem ao pleito é condição primeira que os fisioterapeutas e os terapeutas ocupacionais organizem-se em chapa constituída por 18 (dezoito) candidatos, sendo esta dividida em 09 (nove) efetivos e 09 (nove) suplentes, “com o mínimo de 3 (três) candidatos fisioterapeutas e 3 (três) candidatos terapeutas ocupacionais, tanto para membros efetivos como para suplentes” (COFFITO, 2009).<sup>129</sup>

Em 1997, o Regimento Interno Padrão dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional foi revisto e teve sua adequação aprovada pela Resolução COFFITO nº 182/ 1997, com a finalidade de assegurar o “funcionamento autônomo e regular,

---

<sup>128</sup> COFFITO. Resolução nº. 182, de 26 de novembro de 1997.

<sup>129</sup> COFFITO. Resolução nº. 369, de 06 de novembro de 2009.

administrativo e financeiro” dos CREFITO. (COFFITO, 1997).<sup>130</sup> O parágrafo único do art. 1º desta resolução define que:

Os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITOS, são organizados e instalados por ato específico do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional-COFFITO, nos termos do inc. IV, do art. 5º, da Lei nº 6.316, de 17.12.1975, e segundo critério da divisão do país em regiões de jurisdição que, em função do número de profissionais e pessoas jurídicas em atividade, assegure funcionamento autônomo e regular, administrativo e financeiro. (COFFITO, 1997).

Conforme os art. 3º e 4º da resolução supracitada, o CREFITO

fiscaliza 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; cumpre e faz cumprir as disposições as disposições da Lei nº 6.316/75, das resoluções e demais normas baixadas pelo Conselho Federal – COFFITO; funciona como tribunal Regional de Ética, conhecendo, processando e decidindo os casos que lhe forem submetidos. [...] no âmbito da administração interna da Instituição, são instâncias de 1º grau, nas áreas: deliberativa, normativa, administrativa, contenciosa e disciplinar. (COFFITO, 1997).

Em relação à estrutura e organização dos conselhos regionais a mesma resolução define que:

Art. 6º – A estrutura do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – CREFITO, compreende: I – Plenário; II – Diretoria; III – Comissão de Tomada de Contas – CTC; IV – Comissão de Ética Profissional – COEP; V – As Assessorias Técnicas; VI – Secretaria Geral.

Art. 7º – O Plenário é o órgão de deliberação superior da Instituição, constituído por nove membros efetivos eleitos e empossadas no cargo de Conselheiro, nos termos do art. 3º, da Lei nº 6.316/75. (COFFITO, 1997).

Para composição do Plenário do CREFITO, conforme a Resolução COFFITO nº 369/2009, que dispõe sobre as eleições diretas para os conselhos regionais de fisioterapia e terapia ocupacional e dá outras providências:

Art. 41 – Após a cerimônia de posse, será dado início aos procedimentos previstos na Resolução COFFITO nº: 182, onde serão tomadas as medidas de composição da Diretoria e dos demais órgãos, em consonância com o artigo 7º, inciso I da Lei 6.316/75, dando ciência ao COFFITO dos atos praticados para fins de arquivamento e conhecimento. (COFFITO, 2009).

---

<sup>130</sup> COFFITO. Resolução nº. 182, de 26 de novembro de 1997.

Assim, de acordo com os art. 7º e 8º da Resolução COFFITO nº 182/1997, o Plenário de um CREFITO é composto por 09 membros efetivos que foram eleitos e empossados no cargo de Conselheiro. Esse Plenário, em sua primeira reunião deliberativa, elege o seu presidente e vice-presidente e os integrantes da Comissão de Tomada de Contas (CTC) e aprovam os “os nomes de Fisioterapeutas e/ou Terapeutas Ocupacionais para comporem o Colegiado, como membros suplentes”. Os cargos de Diretor- Tesoureiro e Diretor-Secretário são designados pelo presidente eleito, que detém a prerrogativa de mantê-los ou não no cargo durante o mandato da Diretoria eleita e empossada – que é de quatro anos (COFFITO, 1997).

Os recursos financeiros do sistema COFFITO/CREFITO são provenientes da arrecadação de anuidades e emolumentos<sup>131</sup> e a arrecadação se via CREFITO:

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. [...]  
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. (COFFITO, 2016).

A partir da década de 1980, as áreas de jurisdição dos três primeiros conselhos regionais foram sendo redefinidas, em função do número de profissionais e pessoas jurídicas em atividade, atualmente existem no Brasil 16 CREFITO<sup>132</sup>, que estão assim distribuídos: 2 na Região Norte, 5 na Região Nordeste, 2 no Centro-Oeste, 4 no Sudeste e 3 na Região Sul.

---

<sup>131</sup> A Resolução nº 469/2016 em seu art. 1º define que: “as anuidades a serem arrecadadas pelos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITOS), de acordo com a competência estabelecida pelo inciso X do art. 7º da Lei Federal nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975, tendo como contribuintes os profissionais e pessoas jurídicas circunscritas, são fixadas em R\$ 468,00 (quatrocentos e sessenta e oito reais)”. A mesma resolução define ainda que: “O pagamento da anuidade será efetuado até o último dia útil do mês de março de 2017, diretamente ao Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (CREFITO) em que se encontrarem inscritos os profissionais ou pessoas jurídicas.[...] Os valores dos emolumentos a serem arrecadados pelos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e, no que couber, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, são fixados nesta resolução, observados os seguintes valores, para vigência no exercício do ano de 2017:a) Inscrição de pessoa física: R\$138,00 (cento e trinta e oito reais); b) Inscrição de pessoa jurídica: R\$248,00 (duzentos e quarenta e oito reais); c) Expedição e substituição de carteira profissional, inclusive 2ª via: R\$138,00 (cento e trinta e oito reais); d) Expedição e substituição de cédula de identidade, inclusive 2ª via: R\$29,00 (vinte e nove reais); e) Certidão ou Certificado de Registro: R\$82,00 (oitenta e dois reais). [...] sendo obrigatório o crédito automático de 20% (vinte por cento) do valor recebido para o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, a ser automaticamente destacado pela instituição financeira em que ocorrer a arrecadação, depositando-os em conta própria de titularidade do COFFITO”. (COFFITO, 2017).

<sup>132</sup> O CREFITO-7 está em processo de desmembramento, dando origem ao CREFITO 17, conforme **Resolução nº 484, de 13 de julho de 2017** que promove o desmembramento da região territorial do CREFITO-7 e determina a realização de eleições diretas para o preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª Região, como condição para sua definitiva instalação. (COFFITO, 2017).

Somente os estados das regiões Sudeste e Sul contam com um conselho regional por estado<sup>133</sup> (lista com endereço das sedes do CREFITO, anexo 11).

A expansão do sistema de conselhos de classe no país teve impulso com o desmembramento de conselhos regionais. O processo de desmembramento leva a redimensionar a área jurisdicional de um CREFITO com a finalidade de dar origem a um novo conselho regional. Conforme conversas informais com participantes da pesquisa observou-se que há uma certa relação de conflito de interesse entre o desmembramento de um conselho regional e o processo de Consulta para composição do Colegiado do conselho federal. O tópico a seguir busca apresentar elementos dessa relação e sua repercussão no sistema de conselhos.

### 6.2.1 Desmembramentos e Escolha de Representantes

A relação entre processo de desmembramento e a consulta eleitoral para composição do Plenário do COFFITO referida por participantes da pesquisa motivou a busca na *homepage* do COFFITO de documentos que auxiliassem no tratamento analítico desse tema. Em acordo com os dados analisados – resoluções publicadas pelo COFFITO – observou-se que o processo de consulta guarda relações com o desmembramento de conselhos regionais.

A análise de resoluções que foram publicadas, para tratar de processos de desmembramento de conselho regionais, demonstra certos indícios que aumentam a probabilidade do uso dessa estratégia – desmembramento – como forma de favorecer a permanência no poder, conforme apontado por participantes da pesquisa. Por exemplo, a publicação das primeiras resoluções que tratam da criação dos conselhos regionais da 13<sup>a</sup>, 14<sup>a</sup> e 15<sup>a</sup> região, nos Estados do Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Norte, respectivamente, ocorreram no semestre anterior ao previsto para que ocorresse a formação do Colégio Eleitoral. À época, esse processo de criação de novos conselhos regionais foi interrompido por medida judicial, que levou o COFFITO a publicar a Resolução COFFITO n.º. 339/2008<sup>134</sup>. Nessa resolução, o COFFITO, após apresentar uma série de justificativas em forma de considerando, resolve:

Revogar as *Resoluções COFFITO n.º. 32/2007, 328/2007, 329/2007, 330/2007 e 332/2007*, que disciplinam o desmembramento territorial dos CREFITOs da 1<sup>a</sup> e 9<sup>a</sup> Regiões para fixar novas unidades regionais nos Estados do Mato Grosso do Sul,

---

<sup>133</sup> COFFITO. **Lista endereço das sedes do Crefito.**

<sup>134</sup> COFFITO. **Resolução n.º. 339, de 23 de janeiro de 2008.**



Paraíba e Rio Grande do Norte e compor comissões provisórias destinadas às instalações dos mesmos [CREFITO 13, 14 e 15]. (COFFITO, 2008),

Informalmente, terapeutas ocupacionais relataram que os ocupantes dos cargos diretivos do COFFITO e com interesse na reeleição, recorreram à justiça, enquanto COFFITO, tendo aprovado seus recursos. Nota-se que, em 23 de janeiro de 2008, data em que o COFFITO publicou a Resolução nº 339/2008 que revogou àquelas aprovadas em 2007, também publicou as novas Resoluções de nº 340/2008<sup>135</sup>, 341/2008<sup>136</sup>, 342/2008<sup>137</sup>, que findaram por criar os três conselhos regionais que tiveram sua criação impedida por medida judicial, CREFITO's 13ª, 14ª e 15ª. Observa-se que apesar da publicação dessas resoluções há uma discordância entre elas e a Lista de Endereços dos atuais conselhos regionais existentes no país<sup>138</sup>, conforme Quadro nº 2.

QUADRO 05 - CONTRADIÇÕES ENTRE RESOLUÇÕES E ENDEREÇOS DE CREFITO'S

RESOLUÇÕES	LISTA DE ENDEREÇO DOS CREFITO
CREFITO – 14ª Conforme Resolução COFFITO nº 341/2008 tem sede em João Pessoa-PB	CREFITO-14ª tem sede em Teresina-PI <sup>139</sup>
CREFITO – 15ª Conforme Resolução COFFITO nº 342/2008 tem sede em Natal-RN	CREFITO-15ª tem sede em Vitória-ES <sup>140</sup>

Fonte: COFFITO (2017); quadro elaborado pelo autor

Existem outras contradições entre resoluções que tratam de desmembramentos de conselhos regionais e a Lista de Endereços, que constam na *homepage* do COFFITO. Também se encontrou conselhos regionais que possuem mais de uma resolução que trata de sua criação como o CREFITO-13ª.<sup>141</sup>

O que se observa é que no mesmo ano da criação dos três novos conselhos foi publicada também a Resolução nº 349/2008 com a finalidade de regulamentar as instruções para renovação dos mandatos no COFFITO<sup>142</sup>. Em acordo com o art. 5º da referida resolução:

<sup>135</sup> COFFITO. **Resolução nº. 340, de 23 de janeiro de 2008.**

<sup>136</sup> COFFITO. **Resolução nº. 341, de 23 de janeiro de 2008.**

<sup>137</sup> COFFITO. **Resolução nº. 342, de 23 de janeiro de 2008.**

<sup>138</sup> COFFITO. **Endereços.**

<sup>139</sup> Desmembramento regulamentado pela **Resolução nº 437, de 10 de dezembro de 2013.**

<sup>140</sup> Desmembramento regulamentado pela **Resolução nº 441, de 18 março de 2014.**

<sup>141</sup> Existem duas Resoluções que tratam da criação do CREFITO-13ª: a **Resolução nº. 340, de 23 de janeiro de 2008** (COFFITO, 2017j) e a **Resolução nº 374, de 13 de abril de 2010.** Essas resoluções foram assinadas por diferentes presidentes do COFFITO.

<sup>142</sup> COFFITO. **Resolução nº. 349, de 26 de maio de 2008.**

o Colégio Eleitoral, integrado por 1 (um) representante de cada CREFITO, por este eleito em reunião plenária especialmente convocada, entre os membros com mandato vigente por eleição legalmente realizada, reunir-se-á sob a direção do Presidente do COFFITO ou quem o substituir legalmente, em sessão preliminar, na data designada pelo edital de convocação, para credenciamento dos representantes de cada CREFITO, e após, para julgamento de impugnações, exame, discussão, aprovação e registro das chapas concorrentes. (COFFITO, 2008).

O resultado final do Colégio Eleitoral de 2008 resultou no fim do mandato de gestores eleitos para o mandato 2004-2008, sob a presidência de José Euclides Poubel e Silva. Os gestores de 2004-2008 venceram as eleições, na Consulta de 2004, sob o discurso da necessidade da renovação. Eles se opuseram ao presidente que estavam conduzindo a COFFITO desde 1988, reeleito por quatro vezes – Ruy Gallart Menezes. Como relataram informalmente participantes da pesquisa, Ruy Gallart Menezes, reeleito por quatro vezes no COFFITO, utilizou como estratégia política arranjos na composição de sua diretoria. Os colégios eleitorais, tanto de 2004 quanto de 2008, foram turbulentos e marcado por processos judiciais. Observa-se a regulamentação de processos de desmembramentos de conselhos regionais próximo ao período que antecedeu a constituição desses colégios eleitorais.

Por fim, na tentativa de oferecer elementos que permitiam melhor compreender o processo de desmembramento da região de jurisdição dos conselhos regionais, e sua relação com os mandatos do conselho federal, apresenta-se a seguir uma síntese a partir do que está publicado na *homepage* do COFFITO, na forma de resoluções que tratam do tema. Optou-se por dividir os períodos em acordo com o indivíduo que ocupava o cargo de presidente.

De 1975 à 1988, sob a presidência da fisioterapeuta Sonia Gusman (primeira presidente do COFFITO) observa-se que foi desmembrada a jurisdição:

- a) do CREFITO-2, sediado no Rio de Janeiro (que incluía o Distrito Federal e os Estados de Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo), criando-se o CREFITO-4<sup>143</sup> em Belo Horizonte, tendo como área de jurisdição os Estados de Minas Gerais, Goiás e Distrito Federal;
- b) e do CREFITO-3, sediado em São Paulo, (que incluía os Estados de Mato Grosso [inclui o Estado de Mato Grosso do Sul], São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul) foi desmembrado criando-se o CREFITO-5<sup>144</sup>, em Porto Alegre, tendo como área de jurisdição Estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina.

---

<sup>143</sup> COFFITO. Resolução nº. 56, de 27 de maio de 1985.

<sup>144</sup> COFFITO. Resolução nº. 54, de 27 de maio de 1985.

De 1988 a 2004, na presidência do fisioterapeuta Ruy Gallart de Menezes<sup>145</sup>, foi desmembrada a jurisdição:

- a) do CREFITO-1 (que incluía em sua área de jurisdição os Estados do Acre, Amazonas, Pará, Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia e pelos Territórios Federais de Rondônia, Roraima, Amapá e Fernando de Noronha), criando-se o CREFITO-6<sup>146</sup> em Fortaleza, tendo como área de jurisdição os Estados do Ceará, Piauí, Maranhão, Pará, Amazonas e os Territórios Federais de Roraima e Amapá;
- b) e do CREFITO-7<sup>147</sup> em Salvador, tendo como área de jurisdição os Estados da Bahia e Sergipe;
- c) Novamente a jurisdição do CREFITO-3, criando o CREFITO-8<sup>148</sup> em Curitiba, tendo como área de jurisdição Estados do Paraná, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Acre.
- d) o CREFITO-8 que deu origem ao CREFITO-9<sup>149</sup> em Cuiabá, tendo como área de jurisdição os Estados do Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Rondônia e Acre;
- e) o CREFITO-5 criando-se o CREFITO-10<sup>150</sup> e Florianópolis, tendo como área de jurisdição o Estado de Santa Catarina;
- f) o CREFITO-4 criando-se o CREFITO-11<sup>151</sup> tendo como área de jurisdição o Estado de Goiás e Distrito Federal;
- g) e o CREFITO-6 criando-se o CREFITO-12<sup>152</sup> tendo como área de jurisdição Estados do Maranhão, Pará, Amazonas, Tocantins, Roraima e Amapá.

De julho de 2004 a junho de 2008, sob presidência do fisioterapeuta José Euclides Poubel e Silva (ex-presidente do CREFITO 9), há desmembramento do CREFITO-9 criando-se o CREFITO-13<sup>153</sup> em Campo Grande, tendo como área de jurisdição o Estado do Mato Grosso do Sul (esse CREFITO possui duas resoluções de criação, sendo outra na gestão de

<sup>145</sup> Esse agente já estava ocupando cargo de presidência no Sistema COFFITO/CREFITOS desde a sua origem, foi o primeiro presidente do CREFITO-2- RJ.

<sup>146</sup> COFFITO. **Resolução n.º 90, de 25 de fevereiro de 1988.**

<sup>147</sup> COFFITO. **Resolução n.º 91, de 30 de novembro de 1987.**

<sup>148</sup> COFFITO. **Resolução n.º 126, de 26 de novembro de 1991.**

<sup>149</sup> COFFITO. **Resolução n.º 160, de 29 de novembro de 1994.**

<sup>150</sup> COFFITO. **Resolução n.º 252, de 29 de maio de 2003.**

<sup>151</sup> COFFITO. **Resolução n.º 266, de 22 de maio de 2004.**

<sup>152</sup> COFFITO. **Resolução n.º 267, de 22 de maio de 2004.**

<sup>153</sup> COFFITO. **Resolução n.º 340, de 23 de janeiro de 2008.**

Roberto Cepeda – 2008-2012). Esses processos de desmembramento foram turbulentos devido seus impedimentos judiciais e os processos que decorreram desses impedimentos.

De julho de 2008 até 2016, sob a presidência do fisioterapeuta Roberto Mattar Cepeda (ex-presidente do CREFITO-8, Paraná) aconteceram o desmembramento jurisdicional:

- a) do CREFITO-9 criando-se o CREFITO-13<sup>154</sup> em Campo Grande, tendo como área de jurisdição Estado do Mato Grosso do Sul;
- b) do CREFITO-6, criando-se o CREFITO-14<sup>155</sup> Terezina, tendo como área de jurisdição no Piauí;
- c) do CREFITO-2 criando-se o CREFITIO-15<sup>156</sup> em Vitória, tendo como área de jurisdição o Estado do Espírito Santo;
- d) e do CREFITO-12 criando-se o CREFITO-16<sup>157</sup> em São Luís, tendo como área de jurisdição o Estado do Maranhão.
- e) Atualmente está em andamento o desmembramento do CREFITO-1 que cria o CREFITO-17<sup>a</sup>, tendo como área de jurisdição o Estado do Rio Grande no Norte.

Ressalta-se que Roberto Mattar Cepeda foi reeleito pela segunda vez, para o mandato 2016-2020.

É importante pontuar que, nesse processo, os terapeutas ocupacionais na maior parte do tempo transitaram entre o cargo de diretor-secretário e vice-presidente; também que desde a criação do Sistema de Conselhos não houve um Colegiado que tivesse, tanto em Plenário quanto na Diretoria, uma composição numérica paritária entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Historicamente, os colegiados dos conselhos de classe foram compostos por 12 fisioterapeutas e 06 terapeutas ocupacionais, sendo a diretoria composta por 03 fisioterapeutas e 01 terapeuta ocupacional, salvo raras exceções.

A partir do exposto acima, a compreensão do COFFITO/CREFITO como sistema político representativo, é notória a fragilidade política dos representantes oficiais da TO para pautar e aprovar temas do interesse dos terapeutas ocupacionais, principalmente quando esses temas ferem interesses dos fisioterapeutas.

---

<sup>154</sup> COFFITO. Resolução n.º. 374, de 13 de abril de 2010.

<sup>155</sup> COFFITO. Resolução n.º. 437 de 10 de dezembro de 2013.

<sup>156</sup> COFFITO. Resolução n.º. 441 de 18 de março de 2014.

<sup>157</sup> COFFITO. Resolução n.º. 447, de 14 de novembro de 2014.

Recentemente, os terapeutas ocupacionais vêm reivindicando a paridade na composição das chapas que concorrem para o mandato nos Conselhos Federal e Regionais, bem como o respeito à paridade na composição de suas Diretorias. Eles alegam que a composição dos colegiados com um número maior de fisioterapeutas é um dos fatores que contribuíram para os problemas enfrentados pelos terapeutas ocupacionais no exercício profissional, como a falta de reconhecimento social e valorização profissional. Para os terapeutas ocupacionais, a longo prazo essa situação resultou numa baixa inserção no mercado de trabalho, baixo índice de procura pelos cursos de graduação, e desconhecimento da população sobre a TO.

Em alguns Conselhos Regionais, os terapeutas ocupacionais têm conseguido êxito; no entanto, o cargo de presidente permanece sendo ocupado majoritariamente por fisioterapeutas. O principal argumento utilizado pelos fisioterapeutas e que sustenta sua posição contrária à paridade na composição dos Colegiados e das Diretorias dos Conselhos, funda-se no número desproporcional de profissionais de Fisioterapia e TO inscritos no Sistema COFFITO/CREFITO; estes últimos representam em média 10% dos filiados. Dessa desproporcionalidade resulta o argumento econômico de que são os fisioterapeutas os responsáveis pela manutenção dos Conselhos.

A discordância e a insatisfação dos terapeutas ocupacionais têm se constituído como fatores de pressão sobre os representantes oficiais da TO no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO, bem como das demais organizações profissionais. Entretanto, no que se refere a pressão sobre o Sistema COFFITO/CREFITO, esta tem ganhado força a partir do apoio de outros representantes oficiais das demais organizações profissionais, em especial das associações profissionais. O resultado dessa pressão na atualidade são as ações políticas em prol do desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITO. Durante a participação nos eventos científicos, em especial no Congressos Brasileiros de TO, observou-se que por meio da Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO) e suas Associações Estaduais e da Rede de Ensino e Pesquisa de TO (RENETO) o tema *Desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITO's* esteve na pauta desses eventos.

As Assembleias das ABRATO e dos congressos brasileiros de 2013 e 2015, e de congressos regionais de 2014, o COFFITO tem se posicionado oficialmente de forma favorável. Parte dos representantes oficiais da TO, no âmbito do sistema de conselhos, tem se posicionado favoravelmente, desde que os estudos de viabilidade demonstrem a capacidade de autogestão, uma proposta que já vem se arrastando desde o início dos anos 2000. Nesta direção, representantes oficiais da TO que ocupavam cargos diretivos no COFFITO

apresentaram em 2005 no Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (CBTO) uma proposta de estudos, e esse não foi o primeiro espaço em que tal proposta foi apresentada aos terapeutas ocupacionais. Essa pauta vem ocupando a agenda dos CBTO, e ganhou força nos CBTO de 2007 (Recife), 2009 (Goiânia), 2011 (São Paulo), 2013 (Florianópolis) e 2015 (Rio de Janeiro) e ao que tudo indica, ocupará a pauta do CBTO 2017 (Porto Alegre). O prazo para o início do desmembramento, estabelecido por representantes oficiais da TO no âmbito do sistema de conselhos, foi o ano de 2014, o que não ocorreu. Nos últimos CBTO, representantes oficiais buscaram pautar novamente o tema do desmembramento do sistema de conselhos com a finalidade de discutir as mudanças que ocorreram nas últimas décadas. Entretanto, os terapeutas ocupacionais, mediados pela ABRATO, se opuseram, pois entenderam que o tema do desmembramento já havia sido amplamente discutido e aprovado com parecer favorável em CBTO anteriores. Os terapeutas ocupacionais entenderam que rediscutir o desmembramento era abrir brechas para o seu engavetamento.

No penúltimo CBTO, ocorrido no Rio de Janeiro, em 2015, houve uma audiência coordenada pelo COFFITO em que se tratou do assunto. Nessa audiência entre outros pontos discutidos estava a organização de um Sistema de Conselhos próprio da TO. Nesse sentido, o possível Sistema seria composto pelo Conselho Federal de TO e cinco Conselhos Regionais, sendo um para cada região brasileira. De modo geral, esse é o ponto em que ficou a pauta do desmembramento do Sistema COFFITO/CREFITO. Com as mudanças de conselheiros nos cargos de diretoria do COFFITO e suas respectivas propostas, observa-se que esta pauta está parada. Em acordo com as observações realizadas no último CBTO, que aconteceu em Porto Alegre-RS, em setembro de 2017, ao que parece a pauta do desmembramento não é em si uma prioridade para a atual gestão do COFFITO.

Assim, a discussão acerca do desmembramento tem produzido na atualidade uma disputa entre os terapeutas ocupacionais e representantes oficiais da TO no âmbito do sistema de conselho. A maioria dos terapeutas ocupacionais defende que o desmembramento trará mais vantagens que desvantagens. A vantagem seria a autonomia da TO em relação à Fisioterapia, o que representa a abertura do caminho para elaboração e aprovação de novos marcos regulatórios para a profissão, que na atualidade só ocorre quando não fere interesses da Fisioterapia.

Há também entre os fisioterapeutas aqueles que são contrários ao desmembramento, pois entendem que o desmembramento trará prejuízos às profissões. Os terapeutas ocupacionais veem com cautela essa preocupação dos fisioterapeutas acerca do prejuízo que o desmembramento traria às profissões. Os conselheiros que compõem o Plenário dos

Conselhos Federal e Regionais são responsáveis por pautar as temáticas de interesse para as categorias, elaborar e aprovar os documentos ético-legais das profissões. Nas condições atuais, considerando a composição dos colegiados do Sistema de Conselhos (em sua maioria é composto por 12 fisioterapeutas e 06 terapeutas ocupacionais), é evidente o domínio da Fisioterapia sobre a TO.

Por outro lado, está em tramitação na Câmara dos Deputados um projeto de Lei 7647/2010<sup>158</sup> de autoria do deputado Milton Monti –PR/SP, apresentado em 13 de julho de 2010. A situação atual do projeto é: “Pronta para Pauta na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC)<sup>159</sup>” (BRASIL, 2017).

Retomando a questão da regulamentação das profissões pelo COFFITO, em síntese, a partir da análise do conjunto de resoluções aprovadas, observa-se que no final da década de 1970, o COFFITO elaborou resoluções com a finalidade de legislar sobre o funcionamento do sistema de conselhos no país. No início da década de 1980, observa-se que as resoluções aprovadas, de forma geral, deram continuidade aos temas de interesse para o pleno funcionamento dos conselhos e da regulação e fiscalização do exercício profissional e criação de novos conselhos regionais. Ainda na década de 1980, frente às demandas advindas do mercado de trabalho, foram publicadas resoluções com a finalidade de regular o exercício profissional. Essa regulação, por um lado aportou-se no discurso de sua necessidade para a proteção da sociedade do exercício ilegal das profissões e “dos maus profissionais”.

A seguir, apresenta-se um panorama dos marcos regulatórios que o COFFITO aprovou para as profissões de Fisioterapia e TO. A partir da pesquisa documental, buscou-se selecionar entre as resoluções publicadas pelo COFFITO, no período de 1978 a 2017, aquelas que tratam da regulamentação do exercício profissional. Para essa seleção, foram lidos os títulos e ementas das resoluções. A partir desta leitura, selecionaram-se as resoluções que serão apresentadas no tópico que segue.

---

<sup>158</sup> Câmara dos Deputados. PL 7647/2010. (BRASIL, 2017h).

<sup>159</sup> O PL 7647/2010 já passou por várias comissões da câmara, já foi arquivado e desarquivado e os dois últimos despachos que constam datam de 30 de agosto de 2016: “Apresentação do Requerimento de Redistribuição n. 5154/2016, pela Deputada Erika Kokay (PT-DF), que: “Requer a revisão do despacho de distribuição do PL N° 7.647, de 2010, para que a Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania aprecie o seu mérito”. E o último é de 14 de setembro de 2016: “Indeferido o Requerimento n. 5.154/2016, conforme despacho do seguinte teor: ‘Indefero o Requerimento n. 5.154/2016, haja vista que a matéria versada no Projeto de Lei n. 7.647/2010, quanto ao mérito, não se enquadra no campo temático da Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania, delimitado no artigo 32, IV, do RICD. Publique-se. Oficie-se’”. (BRASIL, 2016).

## 6.2.2 Marcos para Regulação e Fiscalização do Exercício Profissional

As primeiras resoluções que tratam do exercício profissional foram aprovadas no final da década de 1978, conforme apresentadas no Quadro 03.

QUADRO 06 – RESOLUÇÕES QUE REGULAM O EXERCÍCIO PROFISSIONAL

DOCUMENTO	ESCOPO
Resolução COFFITO n°. 08, de 20 de fevereiro de 1978. <sup>160</sup>	Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. (Alterada pelas Resoluções n° 15/1980, 18/1981, 28/1982, 184/1998, 331/2007, 353/2008 e 359/2008)
Resolução COFFITO n° 10, 3 de julho de 1978. <sup>161</sup>	Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Fonte: COFFITO (2016); quadro elaborado pelo o autor

Essas duas resoluções buscam estabelecer as normas gerais para o exercício profissional e o código de ética. O aspecto que chama a atenção é que elas mantêm a relação simbiótica entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. São pouquíssimos os artigos que tratam das profissões separadamente.

No período de 1980 a 2000, essa relação simbiótica, em termos de publicação de resoluções não é mantida. Nota-se a discrepância entre o número de resoluções publicadas direcionadas à Fisioterapia e às direcionadas à TO, conforme Quadro 04.

QUADRO 07 – COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS PELO COFFITO, NO PERÍODO DE 1980 A 2000.

(continua)

PERÍODO	FISIOTERAPIA		TERAPIA OCUPACIONAL	
1980	Resolução n°. 60, de 22 de junho de 1985. <sup>162</sup>	Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.	-	-
	Resolução n°. 80, de 9 de maio de 1987. <sup>163</sup>	Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências	Resolução n°. 81, de 9 de maio de 1987 <sup>164</sup> .	Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Terapeuta Ocupacional, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia

<sup>160</sup> COFFITO. Resolução n°. 08, de 20 de fevereiro de 1978.

<sup>161</sup> COFFITO. Resolução n°. 10, 3 de julho de 1978.

<sup>162</sup> COFFITO. Resolução n°. 60, de 22 de junho de 1985.

<sup>163</sup> COFFITO. Resolução n°. 80, de 9 de maio de 1987.

<sup>164</sup> COFFITO. Resolução n°. 81, de 9 de maio de 1987.



QUADRO 07 – COMPARAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS PELO COFFITO, NO PERÍODO DE 1980 A 2000.

(continuação e conclusão)

PERÍODO	FISIOTERAPIA		TERAPIA OCUPACIONAL	
				Ocupacional, e dá outras providências
1990	Resolução nº. 189, de 9 de dezembro de 1998. <sup>165</sup>	Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências.	----- -	-
	Resolução nº. 188, de 9 de dezembro de 1998. <sup>166</sup>	Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências. (Alterada pelas Resoluções nº 318/2006 e 225/2001)	----- -	-
2000	Resolução nº. 213, de 19 de setembro de 2000. <sup>167</sup>	Dispõe sobre o reconhecimento do Título Acadêmico de Kinesiólogo como equivalente ao Título Acadêmico de Fisioterapeuta.	----- -	-

Fonte: COFFITO (2016); quadro elaborado pelo o autor

Tomando-se por referência o período de 1980 a 2000, observa-se uma diferença numérica em relação às resoluções aprovadas, sendo 01 para a TO e 05 para Fisioterapia. Este dado demonstra indícios da tendência institucional para responder aos interesses da Fisioterapia, em detrimento da TO. Essa tendência pode ser evidenciada não apenas pelo número, mas também pelo teor das resoluções. Primeiramente chama atenção o fato de que a única resolução sobre a TO aprovada no período Resolução COFFITO 81/87 - parece “cópia” da Resolução COFFITO 80/87 da Fisioterapia, diferenciando-se apenas no que respeita ao objeto das profissões e os objetivos das intervenções, que em si, não trazem a clareza necessária para distinção das profissões.

A Fisioterapia é uma ciência aplicada, cujo objeto de estudos é o movimento humano em todas as suas formas de expressão e potencialidades, quer nas suas alterações patológicas, quer nas suas repercussões psíquicas e orgânicas, com objetivos de preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função<sup>168</sup>. (COFFITO, 1987).

A Terapia Ocupacional é uma ciência aplicada que tem como objeto de estudos a cinética do homem e sua relação com atividades ocupacionais, em todas as suas formas de expressão, quer nos seus desvios patológicos, quer nas suas repercussões

<sup>165</sup> COFFITO. Resolução nº. 189, de 9 de dezembro de 1998.

<sup>166</sup> COFFITO. Resolução nº. 188, de 9 de dezembro de 1998.

<sup>167</sup> COFFITO. Resolução nº. 213, de 19 de setembro de 2000.

<sup>168</sup> COFFITO. Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987.

psíquicas e orgânicas, tendo como meta restaurar a capacidade físico-mental do indivíduo<sup>169</sup>. (COFFITO, 1987).

Falar em cinética do homem inclui falar em movimento humano, em termos forças internas e externas que o controla. Assim cinética e movimento são termos interdependentes. Essa interdependência leva à semelhança nos objetivos da intervenção profissional, nas formas de avaliação e nas prescrições das profissões, ou seja, falar em “integridade de órgão, sistema e função” e “capacidade físico-mental do indivíduo” no do texto legal, não produz em si uma distinção entre as profissões.

Retomando-se as ideias de Freidson (2009), essas resoluções em certa medida evidenciam como a organização formal da profissão por vezes não representa em si a totalidade de uma profissão. No caso da TO, definir o objeto de estudo da profissão como cinética do homem, em um primeiro plano cobre em especial o exercício profissional sob a perspectiva da Reabilitação Física. A perspectiva da Saúde Mental – que constituiu a terapia ocupacional nas décadas 1940, que na década de 1950 e 1960 operava como distinção entre práticos de TO e terapeutas ocupacionais e que nas décadas de 1970 e 1980 os terapeutas ocupacionais se aproximaram para fins de formação e exercício profissional – fica em um segundo plano, para não dizer excluída no texto dessa resolução, tendo em vista que a dimensão psíquica está vinculada a desordens da dimensão física.

Durante a pesquisa empírica, observou-se que terapeutas ocupacionais e estudantes de TO não se referem à cinética do homem como objeto de estudo e de trabalho da TO; por outro lado, eles identificam o movimento humano como objeto de estudo e de trabalho da Fisioterapia. Para os estudantes de TO e terapeutas ocupacionais, o objeto de estudo e trabalho da TO tem relação com as atividades ocupacionais. Ademais, é possível relacionar a cinética do homem como a dimensão funcional do movimento. Neste sentido, o movimento e a cinética são termos entendidos a partir do ponto de vista ocupacional, ou seja, eles se constituem como elementos necessários para a execução de uma atividade cotidiana, como aquelas que envolvem o cuidado com o corpo e com o ambiente doméstico, a atividade laborativa, de lazer e de socialização.

Outro fator que chama à atenção é que a Resolução 81/1987 parece que, na tentativa de ampliar o objeto de trabalho da TO, o coloca em segundo plano, na medida em que as atividades ocupacionais não são em si o objeto de estudo, mas se relacionam a ele: “A Terapia

---

<sup>169</sup> COFFITO. Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987.

Ocupacional é uma ciência aplicada que tem como objeto de estudos a cinética do homem e sua relação com atividades ocupacionais” (COFFITO, 1987).

Vale retomar o Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969<sup>170</sup>, em relação aos atos privativos do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional:

Art. 3º É atividade privativa do fisioterapeuta executar métodos e técnicas fisioterápicos 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 recreacional (sic) com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente. (BRASIL, 1969).

O decreto aponta um elemento de diferenciação entre a TO e a Fisioterapia, que é a finalidade de cada uma das profissões. No caso da Fisioterapia, a finalidade está relacionada à capacidade física do paciente, e no da TO à capacidade mental do paciente. A finalidade de cada uma das profissões pode ser indicativa de seu objeto de trabalho e, conseqüentemente, de sua identidade profissional. No entanto, ainda assim é complexo na medida que pode induzir a uma relação direta entre capacidade física e movimento e entre capacidade mental e psique, levando à identificação do fisioterapeuta com a Reabilitação Física e o terapeuta ocupacional com a Psiquiatria-Saúde Mental. Essas questões tornam complexas a distinção entre Fisioterapia e TO.

No texto da Resolução nº 08/1978<sup>171</sup> – que aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências – nota-se que cada profissão possui seus métodos e técnicas e em relação aos atos privativos:

Art. 3º. Constituem atos privativos do fisioterapeuta prescrever, ministrar e supervisionar terapia física, que objetive preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano.

Art. 4º. Constituem atos privativos do terapeuta ocupacional prescrever, ministrar e supervisionar terapia ocupacional, objetivando preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional do cliente a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade. (COFFITO, 1987).

Observa-se que os termos “terapia física” e “terapia ocupacional” são denominados como o conjunto dos atos privativos, de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, respectivamente. No caso da TO, questiona-se o porquê do uso da expressão “terapia ocupacional” ao invés de “terapia funcional”, por exemplo. Seria o uso da expressão “terapia

<sup>170</sup> COFFITO. Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.

<sup>171</sup> COFFITO. Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978.

ocupacional” uma forma de demonstrar as dificuldades em nomear o que faz o TO, ou seja, se o fisioterapeuta faz terapia física e não fisioterapia, que tipo de terapia faz o terapeuta ocupacional?

No caso da TO, não há diferença na forma de nomear profissão e o ato privativo. Por outro lado, é relevante lembrar que a terapia ocupacional se constituiu como uma prática, um método de trabalho. Talvez se o nome da profissão fosse por exemplo, “Analista Ocupacional” ou outro nome que não “Terapia Ocupacional”, não existiria tal similaridade entre o método e a nome da profissão. Talvez ao se nomear a profissão com o nome do método que o profissional utiliza, tornou complexo a interpretação dessa passagem textual da resolução. Assim, não é possível inferir se essa forma está ou não relacionada ao jogo de interesses entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Por outro lado, essa resolução aponta para um aspecto importante que é o objetivo da ação profissional. Nesse sentido, é possível observar uma distinção entre a Fisioterapia e a TO. Enquanto a ação do fisioterapeuta está voltada para “preservar, manter, desenvolver ou restaurar a integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano”, a do terapeuta ocupacional visa “preservar, manter, desenvolver ou restaurar a capacidade funcional do cliente a fim de habilitá-lo ao melhor desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade” (COFFITO, 1978). No entanto, será visto mais adiante que essa distinção não é mantida no processo de elaboração e aprovação de outras resoluções.

Um conceito que merece nossa atenção aqui é o de funcionalidade. Os participantes da pesquisa se referem a esse conceito como sendo aplicado às duas profissões. No entanto, enquanto para os fisioterapeutas esse termo, à luz da Resolução nº 09/1978, se refere à integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano. Para os terapeutas ocupacionais, ele se refere ao desempenho físico e mental possível, no lar, na escola, no trabalho e na comunidade. E é aqui que se centram os embates entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no âmbito do Sistema de Conselhos e nos espaços em que se concretiza o exercício profissional, em especial no campo da Reabilitação Física.

Considerando o texto dos art. 3º e 4º da Resolução 08/1978, a TO teria um escopo de ação mais amplo que a Fisioterapia, ao considerar que sua ação em termos de funcionalidade inclui não apenas uma questão da “integridade de órgão, sistema ou função do corpo humano”, mas a capacidade funcional do cliente – desempenho físico e mental.

Durante a pesquisa empírica, a fisioterapeuta que guiou a visita no Centro de Reabilitação comentou que: “de nada adianta devolver ao paciente a capacidade de mover um segmento corporal se não houver a devolução da capacidade de utilizar esse movimento

dentro do contexto de uma tarefa cotidiana” (FISIOTERAPEUTA, Coordenadora de um Centro de Reabilitação, Região Nordeste). Para ela, é o terapeuta ocupacional que consegue estimular o paciente para que ele se organize corporalmente para uma tarefa cotidiana necessária à sua inclusão e participação social, desde tarefas simples como as da rotina diária de cuidado com o corpo até ir a um supermercado, ao shopping, a escola, por exemplo.

Voltando às Resoluções do COFFITO supracitadas, elas partem do princípio que “métodos compreendem um conjunto sistemático de procedimentos orientados para os fins de produção e/ou aplicação de conhecimentos e que técnicas são todas as atividades específicas apropriadas aos princípios gerais delineados na metodologia” (COFFITO, 1987). Acresce-se a esse entendimento que, esses métodos e técnicas, enquanto atos privativos do profissional, compreendem, no caso da Fisioterapia a “avaliação físico-funcional, prescrição fisioterapêutica, programação e uso dos recursos terapêuticos, reavaliação, e alta fisioterápica”; e, no caso da TO a “avaliação cinética-ocupacional, prescrição terapêutica ocupacional, programação e uso dos recursos terapêuticos, tratamento, reavaliação, e alta terapêutica ocupacional” (COFFITO, 1987). A partir desses entendimentos, as resoluções definem como competência do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional:

É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional [...] [onde] são analisados e estudados os desvios físico-funcionais intercorrentes, na sua estrutura e no seu funcionamento, [...] [e] prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia [...]; dar ordenação ao processo terapêutico baseando-se nas técnicas fisioterapêuticas indicadas; induzir o processo terapêutico no paciente. (COFFITO, 1987).

É competência do TERAPEUTA OCUPACIONAL elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação cinética-ocupacional [...] [onde] são analisadas e estudadas as alterações psico-físico-ocupacionais, [...] [e] prescrever baseado no constatado na avaliação cinética-ocupacional, as condutas próprias da Terapia Ocupacional [...]; ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo. (COFFITO, 1987).

Nota-se que o objeto “movimento humano” e “cinética do homem” leva ao entendimento das competências, do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. Referente aos procedimentos de avaliação, o fisioterapeuta tem a competência de realizar a avaliação físico-funcional, e o terapeuta ocupacional a competência para a avaliação cinética-ocupacional. Enquanto o fisioterapeuta avalia as alterações físico-funcionais, o terapeuta ocupacional avalia as alterações psico-físico-ocupacionais. Seria com base nesses entendimentos que o fisioterapeuta e TO utilizariam de suas condutas técnicas próprias para agir. Há uma semelhança nos conceitos, restando apenas três adjetivos que poderiam ser entendidos como

elementos distintivos: no caso da Fisioterapia o conceito de *funcional*, e no da TO *psico-ocupacional*. Entretanto, o termo *funcional* é atribuído no âmbito da formação e exercício profissional opostamente ao documento regulatório. Apesar da resolução atribuir o termo *funcional* à avaliação do fisioterapeuta, em especial, nas décadas de 1990 e 2000<sup>172</sup>, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas atribuíam esse termo à ação do terapeuta ocupacional.

A publicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Saúde e Incapacidade (CIF) pela OMS, em 2001, o trouxe à disputa pelo termo *funcional*. Existe um debate em torno da elaboração de uma política pública sob o tema de Saúde Funcional, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO's impedem, por exemplo, a regulamentação da especialidade Terapia Ocupacional em Saúde Funcional, pois estão em jogo, em especial, os interesses dos fisioterapeutas.

Durante as conversas informais, audiências a aulas e palestras em eventos científicos, percebeu-se que o termo *funcional* é utilizado para distinguir entre a finalidade do tratamento em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional. O termo *funcional* está relacionado ao uso do movimento de forma intencional e com sentido no contexto de uma atividade da vida cotidiana.

Como apontou a fisioterapeuta do Centro de Reabilitação, o fisioterapeuta trabalha com o movimento do órgão ou sistema danificado, o que não articula com o psiquismo humano, coisa que está nas atribuições do TO. Aprender e subjetivar um movimento é diferente de conseguir fazê-lo porque está treinado para tal. Em relação ao movimento, as práticas da Fisioterapia não requerem em si um envolvimento intencional do paciente, que implicaria no desenvolvimento mental. No caso das práticas em TO, o paciente precisa se envolver mentalmente em sua terapia, e ela precisa fazer sentido e ter significado para ele. Esta é uma diferença importante entre ser treinado e aprender a subjetivar. No caso de um indivíduo com uma paralisia dos movimentos do corpo, o fisioterapeuta busca restabelecer a capacidade do indivíduo em se mover, enquanto o TO busca fazer com que o indivíduo utilize de forma intencional essa capacidade para realizar as atividades cotidianas.

---

<sup>172</sup> Atualmente o termo funcional ainda é referido, em especial nos serviços de Reabilitação Física, para se referir à finalidade da ação do terapeuta ocupacional, bem como para distinguir a ação desse profissional com a do fisioterapeuta.

Outro fator que chama a atenção é o fato de que, ao tratar dos recursos utilizados para alcançar tais objetivos, só há menção desses recursos na Resolução que trata da Fisioterapia, ao considerar que o fisioterapeuta

utiliza, para alcançar os fins e objetivos propostos nas suas metodologias, a ação isolada ou conjugada de fontes geradoras termoterápicas, crioterápicas, fototerápicas, eletroterápicas, sonidoterápicas e aeroterápicas, bem como agentes cinésio-mecano-terápicos, e outros, decorrentes da evolução e produção científica nesta área. (COFFITO, 1987).

A questão que fica em aberto: por que os representantes oficiais da TO no COFFITO não sugeriram nomear entre os recursos da TO o próprio uso da ocupação e seus métodos como a laborterapia, a ergoterapia, a praxiterapia? Ao mesmo tempo é uma evidência de como os representantes oficiais da TO não conseguiram re-significar as primeiras práticas do uso de ocupação com fins terapêuticos no Brasil.

Também, os representantes oficiais da TO não conseguiram garantir certos recursos terapêuticos que estão na base da formação de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, como por exemplo, a cinesioterapia. A cinesioterapia é um recurso utilizado para resolver problemas relacionados como o movimento e a cinética humana. Apesar desse recurso terapêutico, que também pode ser entendido como técnica ou método, fazer parte do rol de disciplinas em cursos de graduação de TO e Fisioterapia, seu uso no exercício profissional está regulamentado pelo COFFITO como uso privativo da Fisioterapia:

Considerando que, [...] As metodologias e as técnicas de Cinesioterapia, são práticas próprias e exclusivas do profissional Fisioterapeuta; [...] resolve:  
Art. 3º – A indicação e a utilização das metodologias e das técnicas da Cinesioterapia é prática terapêutica própria, privativa e exclusiva do profissional Fisioterapeuta. (COFFITO, 1994)<sup>173</sup>

Chama a atenção ao fato de que ementa da Resolução nº 158/1994, que concede uso privativo da cinesioterapia ao fisioterapeuta, não trata de regular o uso de recursos, técnicas e métodos, mas de proibir:

o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional, de utilizar para fins de identificação profissional, titulações outras, que não sejam aquelas próprias da Lei regulamentadora das respectivas profissões, ou omitir sua titulação profissional sempre que se anunciar em eventos científicos-culturais, anúncio profissional e outros, e dá outras providências. (COFFITO, 1994).

---

<sup>173</sup> COFFITO. Resolução nº. 158, de 29 de novembro de 1994.

Essa situação de tornar a cinesioterapia de uso privativo do fisioterapeuta produziu mudanças na formação profissional, na medida em que as disciplinas quando não excluídas das matrizes curriculares tiveram sua carga horária diminuídas. No exercício profissional, terapeutas ocupacionais começaram a dar novos nomes a esse recurso terapêutico, como uma estratégia para escapar da fiscalização do sistema de conselhos.

O exposto até o momento demonstra que, se por um lado as primeiras resoluções utilizadas para regulamentar o exercício profissional das profissões não deram conta de criar uma distinção entre a Fisioterapia e a TO, por outro lado o jogo de interesses presente no âmbito dos Conselhos, ao longo do tempo atendeu aos interesses da Fisioterapia, no sentido de normatizar e regular o uso dos métodos e técnicas.

Acredita-se que a falta de resoluções posteriores à Resolução nº. 81/1987<sup>174</sup> para definir o objeto da TO contribuiu para as dificuldades encontradas na atualidade na compreensão do que vem a ser o objeto de trabalho da TO e permitir a atualização da identidade profissional em acordo com os avanços obtidos no âmbito da formação e do exercício profissional. Há que se fazer um esforço sobrenatural para conceber a cinética do homem como objeto de estudo que dá base a diferentes perspectivas que guiam a formação e o exercício profissional em TO no Brasil: a da Reabilitação Física, da Saúde Mental e dos Contextos Hospitalares, Sociais e Educacionais.

O mesmo não ocorreu em relação à Fisioterapia. Nesse mesmo período, o COFFITO buscou regulamentar inicialmente duas especialidades: a de Fisioterapia Neurofuncional e a de Pneumofuncional. Esse reconhecimento trouxe para campo da formação e exercício profissional da Fisioterapia respaldo legal e estímulo para o desenvolvimento técnico-científico da profissão.

O desenvolvimento técnico-científico motivou a criação de Sociedades Científicas de Fisioterapia. Essas sociedades acumularam a longo prazo um conhecimento sistematizado que contribuiu o reconhecimento social em torno do papel do fisioterapeuta na solução de problemas do homem leigo que envolve distúrbios do movimento e respiratórios.

Esse reconhecimento social motivou a criação de outras sociedades científicas e com elas novas especialidades foram regulamentadas pelo COFFITO, como a Acupuntura. Em 2000, a Fisioterapia já estava organizada por um rol de especialidade. Esse rol de

---

<sup>174</sup> COFFITO. Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987.



especialidade permitiu que a Fisioterapia, durante a atualização da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) fosse reconhecida como uma Família de Ocupações.<sup>175</sup>

A revisão da CBO, de 2002, que trouxe a criação da Família da Fisioterapia pode indicar por um lado o reconhecimento de suas especialidades e, por outro, o processo histórico das ações estratégicas do COFFITO para esse reconhecimento (anexo 13). Fato é que essas ações estratégicas foram fundamentais para desenvolvimento e expansão da Fisioterapia, no que diz respeito à estruturação da formação e do exercício profissional e de seu reconhecimento social.

O mesmo não ocorreu em relação à TO. Em 2002, quando foram finalizados os trabalhos para a revisão da CBO-1994, a TO não possuía nenhuma especialidade regulamentada no âmbito do COFFITO/CREFITO's. As duas perspectivas técnico-científicas tradicionais que guiaram o exercício profissional, em especial, nas décadas de 1960 a 1980 – a Reabilitação Física e a Saúde Mental – não foram normatizadas.

Entretanto, essa falta de regulamentação de especialidades tem dois lados da moeda. Um lado da moeda expressa a resistências dos terapeutas ocupacionais, em especial, parte de professores e pesquisadores de TO que, na década de 1990, travaram uma luta de resistências contra a criação de especialidades em TO. Esses terapeutas ocupacionais conseguiram impor um discurso que se tornou hegemônico no meio acadêmico e profissional – não à criação de especialidades em TO. Frente à esse discurso representantes oficiais da TO, no âmbito do sistema de conselho, ao que parece não conseguiram resistir à sua pressão, até porque haviam terapeutas ocupacionais que ocupavam posições tanto na esfera acadêmica quanto no sistema de conselhos e em outras organizações profissionais que defendiam o discurso do “não à especialidade em TO”.

O outro lado da moeda expressa o uso de discursos favoráveis à criação das especialidades em Fisioterapia, pelos fisioterapeutas e representantes oficiais da Fisioterapia. Ao que parece os representantes oficiais da Fisioterapia, por um lado, advogavam, apoiados pela academia e pelos fisioterapeutas – da prática profissional cotidiana – em prol da criação de especialidades em Fisioterapia, e por outro, acatavam o discurso contrário à criação de especialidades em TO. Resguardando as devidas proporções, a batalha em si em torno da criação de especialidades em TO, foi entre os terapeutas ocupacionais entre si e entre os

---

<sup>175</sup> Na CBO a família da Fisioterapia é composta pelos Títulos e seus respectivos códigos: 2236-05 - Fisioterapeuta Geral; 2236-25 - Fisioterapeuta Respiratória; 2236-30 - Fisioterapeuta Neurofuncional; 2236-35 - Fisioterapeuta Traumatológico-Ortopédica Funcional; 2236-40 - Fisioterapeuta Osteopata; 2236-45 - Fisioterapeuta Quiropraxista; 2236-50 - Fisioterapeuta Acupunturista; 2236-55 - Fisioterapeuta Esportivo; 2236-60 - Fisioterapeuta do Trabalho. (MTE, 2017).

próprios representantes oficiais da TO no COFFITO/CREFITO e em outras organizações profissionais, mas do que uma batalha com os fisioterapeutas. Os fisioterapeutas e representantes oficiais da Fisioterapia estavam preocupados com o desenvolvimento da Fisioterapia no Brasil.

Retomando o que se apontou no capítulo 3, a produção do conhecimento em TO no Brasil, advinda do processo de pós-graduação de docentes de São Paulo, em especial, apontou para a existência de três modelos de intervenção que guiavam a prática do terapeuta ocupacional: o positivista, humanista e materialista histórico (PINTO, 1990; FRANCISCO, 2001). Esses estudos apontavam para a necessidade de construir uma prática transformadora no campo da TO e, para tal, indicava-se o Modelo Materialista Histórico, como apontou uma participante da pesquisa:

[...] Nós ficamos nessa visão, profundamente preconceituosa, durante vinte anos, desde o começo dos anos 1980 até o final dos anos 1990 isso era muito forte. Então nós criamos na TO aquela história de quem era do bem e quem era do mal. E ao mesmo tempo uma ideia de que quem era do bem, que era do materialismo histórico, essa era a verdadeira TO, e o resto era Fisioterapia, a Reabilitação Física tinha uma coisa: “ah, mas isso é nada mais que Fisioterapia, isso não é TO”. E essa visão segmentada ficou vinte anos na nossa profissão. [...] E aí eu me sinto sempre o bicho de fora... porque eu sou sim a favor da especialidade e isso é um tema muito polêmico na TO. Mas por que, porque eu acho impossível você achar que a Terapia Ocupacional é uma só, no sentido dos campos e contextos de atuação. Se você pensar, eu quero ter uma Terapia Ocupacional que valha para todo mundo, mas gente os terapeutas ocupacionais que atuam na Saúde Mental, eles estão enfrentando um determinado contexto, determinadas políticas de saúde, uma organização do campo, uma determinada população que é muito diferente de quem está na Reabilitação Física. Então, como é que você vai dizer que a Terapia Ocupacional é uma só para toda essa diversidade? A profissão é uma só, mas eu tenho que ter respeito às diversidades. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, Região Sudeste).

Além desses conflitos entre os terapeutas ocupacionais, o sistema de conselho por meio da Resolução COFFITO nº 158/1994, resolveu:

Art. 1º – É proibido a Fisioterapeuta e a Terapeuta Ocupacional, sob quaisquer circunstâncias, utilizar para fins de identificação profissional, titulações outras, que não sejam aquelas expressadas nos instrumentos reguladores do seu respectivo ramo de atividade profissional ou, omitir sua titulação profissional sempre que se anunciar em eventos científico-culturais, anúncio profissional e outros.

Art. 2º – A substituição das titulações de Fisioterapeuta e/ou Terapeuta Ocupacional, por expressões genéricas, tais como: Terapeuta Corporal, Terapeuta de Mão, Terapeuta Funcional, Repegistas, Terapeuta Morfoanalista e assemelhadas, por profissional registrado/inscrito no Sistema COFFITO/CREFITOS configura descumprimento legal, passível de enquadramento em procedimento ético-disciplinar. (COFFITO, 1994).

No âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO, as primeiras resoluções que tratam da normatização das especialidades foram aprovadas somente a partir de 2009, mais de 20 anos após a aprovação das primeiras especialidades da Fisioterapia. Ressalte-se que o tema das especialidades em TO ainda é controverso entre os próprios terapeutas ocupacionais. Participantes da pesquisa, tanto clínicos quanto professores alegam que tais especialidades não representam nem ajudam a tornar claro o objeto da profissão; ao contrário, as especialidades revelam uma tendência de fragmentá-lo, tornando-o invisível. Dos 88 profissionais de TO participantes da pesquisa, apenas 02 apontaram ter o título de especialista reconhecido pelo COFFITO. O Quadro 05 apresenta as resoluções que tratam das especialidades da TO na atualidade.

QUADRO 08 - RESOLUÇÕES DO COFFITO QUE TRATAM DAS ESPECIALIDADES DA TO

ANO	DOCUMENTO	ESCOPO
2009	Resolução n°. 366, de 20 de maio de 2009. <sup>176</sup>	Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. (Alterada pela <u>Resolução n° 371/2009</u> )
2009	Resolução n°. 371, de 30 de novembro de 2009.	Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO n° 366.
2010	Resolução n° 383, de 22 de dezembro de 2010. <sup>177</sup>	Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências.
2011	Resolução n° 408 de 18 de agosto de 2011. <sup>178</sup>	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências.
2011	Resolução n°. 407 de 18 de agosto de 2011. <sup>179</sup>	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências.
2011	Resolução n°. 405 de 03 de agosto de 2011. <sup>180</sup>	Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências.
2011	Resolução n°. 406, de 07 de novembro de 2011. <sup>181</sup>	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências.
2016	Resolução n° 477, de 20 de dezembro de 2016. <sup>182</sup>	Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências.

Fonte: COFFITO (2016); quadro elaborado pelo o autor

<sup>176</sup> COFFITO. **Resolução n°. 366, de 20 de maio de 2009.**

<sup>177</sup> COFFITO. **Resolução n°. 371, de 30 de novembro de 2009.**

<sup>178</sup> COFFITO. **Resolução n°. 383, de 22 de dezembro de 2010.**

<sup>179</sup> COFFITO. **Resolução n°. 408, de 18 de agosto de 2011.**

<sup>180</sup> COFFITO. **Resolução n°. 407, de 18 de agosto de 2011.**

<sup>181</sup> COFFITO. **Resolução n°. 405, de 03 de agosto de 2011.**

<sup>182</sup> COFFITO. **Resolução n°. 406, de 07 de novembro de 2011.**

Avançando na análise, nota-se que no processo de elaboração e aprovação de resoluções, enquanto marcos regulatórios do exercício profissional, novos conceitos e entendimentos foram sendo inseridos em relação à Fisioterapia e TO sem, no entanto, diminuir as contradições em torno da distinção entre essas profissões. Por exemplo, o conceito de *cinética*, apontado inicialmente como constituinte do objeto da TO, foi gradativamente sendo usado para se referir à Fisioterapia e no lugar de *cinética*, a ênfase passou a ser nos termos *atividades humanas*, ou *atividades ocupacionais* para se referir à TO. Esses últimos termos foram defendidos dentro do modelo materialista histórico, em especial, como termos capazes de dar unidade ao objeto de trabalho do terapeuta ocupacional. Percebe-se que a formação profissional e a produção de conhecimentos da década de 1980 e 1990, em certa medida influenciou os rumos da regulamentação da TO no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO.

Nota-se também, nas resoluções mais atuais, a permanência da ênfase nas estruturas, órgãos, funções, sistemas do corpo humano como *locus* para situar o objeto de trabalho da Fisioterapia – o movimento humano. Em relação à TO, a ênfase se direcionou para as atividades humanas *locus* para situar o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional – mas sem definição clara desse objeto.

Ademais, por um lado, o problema continua a ser o objeto de estudo e de trabalho semelhantes para as duas profissões, que estão indicados nas Resoluções nº 80/1987 e 81/1987, as quais não passaram por atualizações. E essas são resoluções-chaves para a regulamentação do exercício profissional no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO, por outro lado o não reconhecimento por parte dos terapeutas ocupacionais desse objeto de estudo definido pelo COFFITO, bem como um certo descaso com ações em prol da atualização de tal resolução, por parte de representantes oficiais da TO, tanto do sistema quanto de outras organizações profissionais. Esse “descaso” pode ser entendido como uma dificuldade na negociação dos representantes oficiais da TO com a esfera acadêmica da TO e com os próprios terapeutas ocupacionais – da prática profissional cotidiana – em torno dessa problemática.

Vale ressaltar que nas décadas de 1980 e 1990, os conceitos de *atividades humanas* ou *atividades ocupacionais*, passaram a ser concebidas por parte de terapeutas ocupacionais como o recurso de avaliação e terapêutico e, ao mesmo tempo, ao próprio objeto de estudo e de trabalho profissional. Essa concepção de atividade humana serviu como base que terapeutas ocupacionais utilizavam para explicar a sua prática nas diferentes áreas de atuação. Assim, terapeutas ocupacionais que atuavam sob a perspectiva da Saúde Mental se referiam

ao caráter diagnóstico e terapêutico das atividades expressivas e artesanais em geral e das atividades recreativas e de lazer, por exemplo, como recursos do terapeuta ocupacional para a recuperação de habilidades cognitivo-emocionais necessárias às relações interpessoais que compõem a vida diária em sua dimensão individual e coletiva – esta é a concepção que foi incorporada pelos terapeutas ocupacionais da terapia ocupacional, exercida pelos práticos, em especial no período de 1940 a 1980. Já os terapeutas ocupacionais que atuavam sob a perspectiva da Reabilitação Física traduziam as atividades humanas em forma de atividades de exercícios motores, sensoriais, cognitivos e perceptuais, de treinos de atividades da vida diária, de atividades laborativas, por exemplo, como forma de recuperação de habilidades funcionais necessárias independência e autonomia na vida diária. E ainda havia os terapeutas ocupacionais que buscavam compreender as atividades humanas como produção sociocultural e, afastando-se da concepção de usá-las como mero recurso para recuperação de habilidades, se propunham intervir nas questões sociais que estão implicadas no cotidiano dos indivíduos e instituições, com a finalidade de inserção social. Observa-se que, nas três perspectivas, a atividade humana está como núcleo do objeto de estudo e de trabalho do terapeuta ocupacional. As diferentes interpretações que os terapeutas ocupacionais impõem a esse núcleo estar relacionado com a introdução da terapia ocupacional no Brasil, seu desenvolvimento como prática médica e sua profissionalização.

A partir dos anos 2000, observa-se que outros conceitos passam a ocupar lugar nos documentos regulatórios que tratam da TO e em materiais de divulgação da profissão, como as *atividades da vida diária*, *atividades cotidianas-vida cotidiana-cotidiano*, *desempenho ocupacional* e *ocupação humana*. Esses conceitos acrescentaram novos entendimentos na formação e exercício profissional em TO. Esses conceitos são utilizados na tentativa de articular o objeto de estudo ao objeto de trabalho. Os terapeutas ocupacionais de diferentes perspectivas da TO buscam nesses conceitos aquilo que eles entendem que representam objeto de trabalho profissional. Por exemplo, é comum os terapeutas da Reabilitação Física se filiarem ao conceito de desempenho ocupacional, os da Saúde Mental transitarem entre diferentes conceitos, e os dos Contextos Sociais ao conceito de cotidiano e atividades humanas.

O que se observa como uma generalidade é a tendência dos terapeutas ocupacionais em concentrar a avaliação e terapêutica para a conformação que as pessoas utilizam para realizar suas atividades do dia a dia e o significado que esse processo tem para elas, frente aos seus papéis sociais e desenvolvimento pessoal. Neste sentido, os terapeutas ocupacionais se interessam por problemas do homem leigo que mantêm relação com o enfrentamento de

dificuldades apresentadas por indivíduos e coletivos na realização de atividades da vida diária, de interesse pessoal e/ou esperadas socialmente. Para intervir nesses problemas, os terapeutas buscam explicações para o fenômeno da relação existentes entre o indivíduo, a ocupação e o contexto onde acontece essa ocupação.

As questões apontadas até o momento buscam evidenciar os conflitos que decorrem das contradições entre as resoluções e as perspectivas dos terapeutas ocupacionais. Parte desses conflitos decorrem da falta de autonomia dos representantes oficiais da TO, que a coloca em situação de fragilidade para a defesa dos interesses dos terapeutas ocupacionais no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO.

Acredita-se que a falta dessa autonomia decorre da forma desigual de distribuição do poder entre a fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais na gestão daquele sistema, que se desdobra em disputas no espaço social, frente à inserção e exercício profissional. Ao longo dos 45 anos de existência da profissão de TO no Brasil, foram desenvolvidos métodos e técnicas em diferentes áreas de atuação. No entanto, como pode ser observado no Quadro 09, o período de 1980 a 2000 está demarcado pela escassez de resoluções que expressem a regulamentação do desenvolvimento técnico-científico da profissão no país. Considerando a data de criação do Sistema COFFITO/CREFITO, são mais de duas décadas sem a publicação de resoluções para tratar do exercício profissional, por exemplo, em Saúde Mental e Reabilitação Física. A partir dos anos 2000, observa-se o início tímido da elaboração e aprovação de algumas resoluções.

QUADRO 09 – RESOLUÇÕES DO SISTEMA COFFITO/CREFITO, QUE TRATAM DE TEMAS RELACIONADOS À TERAPIA OCUPACIONAL.

(continua)

ANO	DOCUMENTO	ESCOPO
1987	Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987 <sup>183</sup> .	Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do TERAPEUTA OCUPACIONAL, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.
2000	Resolução nº. 212, de 17 de agosto de 2000 <sup>184</sup>	Veta o exercício profissional da Terapia Ocupacional aos portadores de Certificados de Cursos Sequenciais e dá outras providências
2000	Resolução nº. 210, de 17 de agosto de 2000 <sup>185</sup>	Cria Certificação de Qualidade de Ensino para Cursos de Aprimoramento Profissional na Área da Terapia Ocupacional, e dá outras providências.
2000	Resolução nº. 208, de 17 de agosto de 2000 <sup>186</sup>	Dispõe sobre o reconhecimento de Certificados, Diplomas e Títulos conferidos a Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.

<sup>183</sup> COFFITO. **Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987.**

<sup>184</sup> COFFITO. **Resolução nº. 212, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>185</sup> COFFITO. **Resolução nº. 210, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>186</sup> COFFITO. **Resolução nº. 208, de 17 de agosto de 2000.**

QUADRO 09 – RESOLUÇÕES DO SISTEMA COFFITO/CREFITO, QUE TRATAM DE TEMAS RELACIONADOS À TERAPIA OCUPACIONAL.

(continuação)

ANO	DOCUMENTO	ESCOPO
2001	Resolução n.º. 221, de 23 de maio de 2001 <sup>187</sup>	Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
2004	Resolução n.º 265, de 22 de maio de 2004 <sup>188</sup>	Dispõe sobre a atividade do Terapeuta Ocupacional na empresa e dá outras providências.
2006	Resolução n.º. 316, de 19 de julho de 2006 <sup>189</sup> .	Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.
2007	Resolução n.º. 324, de 25 de abril de 2007 <sup>190</sup> .	Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brinquedo e dá outras providências.
2008	Resolução n.º. 348, de 27 de março de 2008 <sup>191</sup> .	Dispõe sobre o reconhecimento da EQUOTERAPIA como recurso terapêutico da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências.
2008	Resolução n.º. 350, de 13 de junho de 2008 <sup>192</sup> .	Dispõe sobre o uso da Arteterapia como recurso Terapêutico Ocupacional e dá outras providências.
2009	Resolução n.º. 366, de 20 de maio de 2009 <sup>193</sup>	Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. (Alterada pela Resolução n.º 371/2009).
2009	Resolução n.º. 371, de 06 de novembro de 2009 <sup>194</sup>	Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO n.º 366.
2010	Resolução n.º. 382, de 03 de novembro de 2010 <sup>195</sup>	Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Terapeuta Ocupacional de atestados, pareceres e laudos periciais.
2010	Resolução n.º. 383, de 22 de dezembro de 2010 <sup>196</sup>	Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências.
2011	Resolução n.º.407, de 18 de agosto de 2011 <sup>197</sup>	Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências.
2011	Resolução n.º.405 de 03 de agosto de 2011 <sup>198</sup>	Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências.

<sup>187</sup> COFFITO. Resolução n.º. 221, de 23 de maio de 2001.

<sup>188</sup> COFFITO. Resolução n.º 265, de 22 de maio de 2004.

<sup>189</sup> COFFITO. Resolução n.º. 316, de 19 de julho de 2006.

<sup>190</sup> COFFITO. Resolução n.º. 324, de 25 de abril de 2007.

<sup>191</sup> COFFITO. Resolução n.º. 348, de 27 de março de 2008.

<sup>192</sup> COFFITO. Resolução n.º. 350, de 13 de junho de 2008.

<sup>193</sup> COFFITO. Resolução n.º. 366, de 20 de maio de 2009.

<sup>194</sup> COFFITO. Resolução n.º. 371, de 30 de novembro de 2009.

<sup>195</sup> COFFITO. Resolução n.º. 382, de 03 de novembro de 2010.

<sup>196</sup> COFFITO. Resolução n.º. 383, de 22 de dezembro de 2010.

<sup>197</sup> COFFITO. Resolução n.º. 407, de 18 de agosto de 2011.

<sup>198</sup> COFFITO. Resolução n.º. 405, de 03 de agosto de 2011.

QUADRO 09 – RESOLUÇÕES DO SISTEMA COFFITO/CREFITO, QUE TRATAM DE TEMAS RELACIONADOS À TERAPIA OCUPACIONAL.

(continuação)

ANO	DOCUMENTO	ESCOPO
2012	Resolução n.º. 418, de 04 de junho de 2012 <sup>199</sup>	Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. (Alterada pela Resolução n.º 445 de 26 de abril de 2014)
2012	Resolução n.º. 417, de 19 de maio de 2012 <sup>200</sup>	Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional como auditor e dá outras providências.
2013	Resolução n.º. 429, de 08 de julho de 2013 <sup>201</sup>	Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências.
2013	Resolução n.º. 425, de 08 de julho de 2013. <sup>202</sup>	Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional.
2014	Resolução n.º. 445, de 26 de abril de 2014 <sup>203</sup>	Altera a Resolução-COFFITO n.º 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional.
2015	Resolução n.º. 459, de 20 de novembro de 2015. <sup>204</sup>	Dispõe sobre as competências do terapeuta ocupacional na Saúde do Trabalhador, atuando em programas de estratégias inclusivas, de prevenção, proteção e recuperação da saúde.
2015	Resolução n.º. 451, de 26 de fevereiro de 2015 <sup>205</sup> .	Dispõe sobre o estágio curricular obrigatório em Terapia Ocupacional.
2015	Resolução n.º. 452, de 26 de fevereiro de 2015 <sup>206</sup>	Dispõe sobre o estágio não obrigatório em Terapia Ocupacional.
2015	Resolução n.º. 458, de 20 de novembro de 2015 <sup>207</sup> .	Dispõe sobre o uso da Tecnologia Assistiva pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências.
2016	Resolução n.º. 477, de 20 de dezembro de 2016 <sup>208</sup>	Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências
2016	Resolução n.º. 475 de 20 de dezembro de 2016. <sup>209</sup>	Normatiza a Intervenção Terapêutica Ocupacional Domiciliar/ <i>Home Care</i> e dá outras providências.
2017	Resolução n.º. 481 de 26 de abril de 2017 <sup>210</sup>	Dispõe sobre o Brasão Oficial da Terapia Ocupacional e dá outras providências.

<sup>199</sup> COFFITO. Resolução n.º. 418 de 04 de junho de 2012.

<sup>200</sup> COFFITO. Resolução n.º. 417, de 19 de maio de 2012.

<sup>201</sup> COFFITO. Resolução n.º. 429, de 08 de julho de 2013.

<sup>202</sup> COFFITO. Resolução n.º. 425, de 08 de julho de 2013.

<sup>203</sup> COFFITO. Resolução n.º. 445, de 26 de abril de 2014.

<sup>204</sup> COFFITO. Resolução n.º. 459, de 20 de novembro de 2015.

<sup>205</sup> COFFITO. Resolução n.º. 451, de 26 de fevereiro de 2015.

<sup>206</sup> COFFITO. Resolução n.º. 452, de 26 de fevereiro de 2015.

<sup>207</sup> COFFITO. Resolução n.º. 458, de 20 de novembro de 2015.

<sup>208</sup> COFFITO. Resolução n.º 477, de 20 de dezembro de 2016.

<sup>209</sup> COFFITO. Resolução n.º. 475 de 20 de dezembro de 2016.

<sup>210</sup> COFFITO. Resolução n.º. 481 de 26 de abril de 2017.



QUADRO 09 – RESOLUÇÕES DO SISTEMA COFFITO/CREFITO, QUE TRATAM DE TEMAS RELACIONADOS À TERAPIA OCUPACIONAL.

(conclusão)

ANO	DOCUMENTO	ESCOPO
2017	Resolução n.º 483, de 12 de junho de 2017 <sup>211</sup>	Reconhece a utilização da abordagem de Integração Sensorial como recurso terapêutico da Terapia Ocupacional e dá outras providências.

Fonte: COFFITO (2016); quadro elaborado pelo o autor

Em relação à Fisioterapia o número de resoluções é consideravelmente maior. A hipótese para essa discrepância, como já citado anteriormente, é de que a composição do Plenário e Diretoria dos conselhos tenha favorecido as pautas e aprovações de documentos regulatórios a favor da Fisioterapia. A Tabela 10 apresenta uma síntese em relação ao número de resoluções aprovadas pelo COFFITO, no período de 1978 a 2000.

TABELA 01 – NÚMERO DE RESOLUÇÕES APROVADAS PELO COFFITO NO PERÍODO DE 1975 A 2017.

Período	Total de Resoluções	Para ambas profissões	Específicas à Fisioterapia (FT)	Específicas à Terapia Ocupacional (TO)
1975 a 1979	02	02	0	0
1980 a 1989	05	01	03	01
1990 a 1999	10	07	03	0
2000 a 2010	41	05	25	11
2010 a 2017	56	02	33	21
Total	114	17	64	33

Fonte: COFFITO (2017); tabela elaborada pelo autor.

Observa-se que na década de 1990 foram publicadas resoluções específicas apenas para a Fisioterapia. No período de 2000 a 2017 houve um crescimento no número de resoluções para ambas as profissões. Nesse período, a Fisioterapia continua em destaque. Esses dados são evidência da tendência do sistema COFFITO/CREFITO na regulamentação da Fisioterapia. Ao que parece, os representantes oficiais da Fisioterapia do COFFITO/CREFITO mantiveram relação com representantes oficiais de outras organizações profissionais dessa profissão, a ponto de subsidiar o avanço na regulamentação profissional pelo próprio COFFITO.

Considerando o que já foi apontado em capítulos anteriores, acerca do Decreto-Lei n.º 938/1969<sup>212</sup>, observa-se que a Lei n.º 6.316/1975 – que criou o Sistema de Conselhos de Classe e as resoluções por aprovadas e publicadas –, contribuiu para reforçar a relação simbiótica entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. Historicamente, as resoluções publicadas pelo COFFITO contribuíram para a manutenção dos terapeutas ocupacionais numa

<sup>211</sup>COFFITO. Resolução n.º 483, de 12 de junho de 2017.

<sup>212</sup>COFFITO. Decreto Lei n.º 938, de 13 de outubro de 1969.

posição subalterna em relação aos fisioterapeutas. Essa relação tem influenciado as relações externas que esses profissionais estabelecem no espaço social.

O reconhecimento e valorização profissional díspares da Fisioterapia e Terapia Ocupacional pela sociedade brasileira é parte dos resultados da posição ocupada por essas profissões no sistema COFFITO/CREFITO. Observa-se um certo entendimento por parte do homem leigo do que vem a ser a Fisioterapia, o que não acontece em relação à TO, nem tampouco no que diz respeito à distinção entre essas profissões. Para muitos a TO seria uma especialização da Fisioterapia. Em síntese, o CREFITO é reconhecido no espaço social como Conselho de Fisioterapia.

A organização e o funcionamento do Sistema COFFITO/CREFITO nas últimas quatro décadas contribuíram para o reconhecimento e valorização díspares dessas profissões no Brasil. Essa hipótese encaminha a análise e a discussão de questões que estão relacionadas às dificuldades em se compreender o que é TO e qual a função social do terapeuta ocupacional. As incompreensões dessas duas questões possuem desdobramentos na formação e exercício profissional.

Acredita-se que a vinculação da TO com a Fisioterapia no âmbito da formação e regulamentação profissional trouxeram uma série de entraves para a consolidação da TO no Brasil. Parte desses entraves foram produzidos, historicamente, pela proporção de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas na composição das chapas concorrentes e eleitas para assumir mandatos em colegiados desse sistema. Essa condição resultou na desvantagem numérica em relação aos terapeutas ocupacionais, bem como na desvantagem representativa no âmbito do Plenário e da Diretoria, no que diz respeito à ocupação de cargos diretivos. Com raríssimas exceções<sup>213</sup>, os fisioterapeutas ocupam seis das nove vagas do Plenário e o cargo de presidente. Essa composição dos colegiados de conselhos é evidência da desigualdade representativa dos terapeutas ocupacionais no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO.

Acredita-se que a desigualdade representativa foi um dos elementos centrais para a regulamentação da Fisioterapia em detrimento da TO. Entende-se que a posição subalterna da TO não explica por si só a regulamentação desigual. Os terapeutas ocupacionais retardaram suas ações no processo de regulamentação profissional, junto ao COFFITO. Como aponta um participante da pesquisa,

---

<sup>213</sup> Em conversas informais apenas o CREFITO-1 teve o cargo de presidente para um mandato ocupado por uma terapeuta ocupacional.

[...] Eu nunca me senti tão violentado no Sistema COFFITO/CREFITO... e eu fiquei me questionando: como a gente se deixou tomar tanta violência? ... Eu acho que é uma questão da profissão no campo... Tinha uma questão de subversão que de certa forma a gente se deixou... que certa forma a Fisioterapia entendeu que podia fazer... eu fiquei pensando: que formação foi essa que desde o primeiro momento a gente não reagiu? ... Tem uma coisa constitutiva nossa, do campo, que é importante... que não é só de uma questão de conteúdo que eu penso... mas de uma ética... encontra uma violência e uma permissão ... eu acho que isso é formativo... a gente tem que tirar esse meio... essa subjetividade que está constituída no campo e a gente tem que lutar por certa dignidade... não pode se deixar se avassalar por isso... por isso é importante a discussão... quando você traz as discussões do CREFITO... é pra você fortalecer essa linha e entender que as entidades de classe não podem ser produtoras de nenhuma violência. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

Essa violência de que fala o participante, em certa medida, partiu da formação e do exercício profissional que alimentou a ideia de que a TO era algo de menor valor na divisão do trabalho de cura, em especial no âmbito da Reabilitação Física. Os próprios terapeutas ocupacionais tinham dificuldades em explicar os benefícios do seu trabalho no processo de Reabilitação Física. Em parte, essas dificuldades estiveram relacionadas à necessidade de elaborarem uma identidade profissional distante da identidade dos Práticos em TO – da perspectiva da Psiquiatria. Ainda que usassem a ocupação com finalidades terapêuticas, não aceitavam ser comparados com a terapia ocupacional, que já estava em desenvolvimento no país, desde a década de 1940.

Essa busca por construir uma “nova” terapia ocupacional parece ter distraído os terapeutas ocupacionais na discussão do que era de fato necessário em termos de regulamentação profissional. Retomando as ideias de Freidson (2009), os terapeutas ocupacionais, diferentemente dos fisioterapeutas, não conseguiram construir uma abordagem singular que lhe concedesse o controle e determinação da essência de seu trabalho. A ausência de uma abordagem singular dificultou o reconhecimento social por parte do homem leigo do que era a TO, e os seus benefícios para a resolução dos problemas da vida prática. Também a ausência dessa abordagem singular pode ter dificultado a percepção da TO enquanto uma possibilidade para a formação profissional.

Conforme relatos dos participantes citados em capítulos anteriores, a TO em si não se constituiu como uma motivação primeira para o ingresso em curso superior. A motivação para cursar TO era decorrente do ingresso em outros cursos, como o de Fisioterapia – tendo em vista a formação conjunta. A ausência de uma motivação primeira esteve relacionada ao fato de que as pessoas interessadas em cursar o Curso de Reabilitação enxergava primeiro a Fisioterapia.

Na década de 1970, infere-se que o número de fisioterapeutas era maior que os de terapeutas ocupacionais, relembrando que a primeira turma da ABBR formou 16 fisioterapeutas e 08 terapeutas ocupacionais. Conforme o que relataram Virgílio e Nadeje, terapeutas ocupacionais que se graduaram na mesma época – o primeiro no Rio de Janeiro e o segundo no Recife:

[...] Eu achei que só tinha Fisioterapia, por causa da fisioterapeuta que atendia meu pai. A turma de TO que vinha antes de mim só tinha uma aluna, depois de mim duas...a minha turma éramos três: eu, a Tereza Valente e a Eunice... depois foi aumentando o número de alunos. (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, Região Sudeste).

[...] Fui fazer Fisioterapia, o curso era de três anos. Eu já tinha feito meio período de Fisioterapia, e quando eu passava pelo corredor do Hospital Pedro II sempre via uma salinha com seis meninas fazendo trabalho manual e eu pensava: Que será aquilo? Fui olhar. Responderam-me que era a sala em que funcionava o curso de Terapia Ocupacional. (Narrativa de Nadeje Accioly, citado por BATTISTEL, 2016, p. 63).

Entre resultados a longo prazo da ausência de uma abordagem singular em TO está o baixo número de profissionais na área jurisdicional dos CREFITO, bem como o baixo número de cursos de formação profissional, quando considerados em relação aos números da Fisioterapia. Por outro lado, o desenvolvimento da abordagem singular em Fisioterapia contribui para aumento do número de fisioterapeutas e de cursos de Fisioterapia no país.

Esse panorama numérico acerca da proporção de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas influenciou a arrecadação no âmbito do Sistema, que fortaleceu a luta dos fisioterapeutas em defesa do número maior de conselheiros na área de Fisioterapia na composição de chapas que pleiteavam o mandato de um colegiado e, automaticamente, os fisioterapeutas da chapa vencedora utilizavam dos mesmos argumentos para defender suas propostas em relação à composição do Plenário, da Diretoria e à ocupação do cargo de Presidente no âmbito do conselho federal ou regional.

Segundo dados informais de terapeutas ocupacionais, que atuam como diretores em conselhos regionais, atualmente, os terapeutas ocupacionais representam aproximadamente 10% da população dos profissionais inscritos no Sistema COFFITO/CREFITO. Neste sentido, a expansão dos cursos de formação, bem como o número de matrículas e concluintes mantêm relações de interdependência com a composição do colegiado dos conselhos. Um participante da pesquisa, citado anteriormente, questionou a posição de que os terapeutas ocupacionais têm assumido em relação à sua condição dentro do sistema de conselhos:

[...] Tem que ter uma formação ética... para discussões de quais são as funções reais do conselho... tem que ser equânime... não pode ser econômica... quando você começa a trazer essas discussões... não podemos entender que a Fisioterapia tem mais direitos por que paga mais... vira uma relação econômica... é um lugar de economia? Então vamos deixar claro... o que rege o CREFITO é economia... dinheiro... não é questão de uma ética... é uma instituição não ética... regida pela lógica do mercado... então assume que é isso que ela é... não faz de conta... e quando isso não acontece a gente teria a modificação de modos de agir não pela ética... é um lugar que o terapeuta ocupacional precisa assumir. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

Acredita-se também que a questão do crescimento da população de terapeutas ocupacionais no país está relacionada com a não resolução de conflitos intergeracionais, entre terapeutas ocupacionais entre si e com os práticos, que marcaram o processo de regulamentação da TO. Inicialmente, os terapeutas ocupacionais viram na vinculação aos fisioterapeutas uma estratégia para alavancar a profissionalização da TO e se livrarem dos práticos, e até dos próprios terapeutas ocupacionais que se filiavam à abordagem Niseriana de TO, como apontou Lisete Ribeiro Vaz, se referindo aos conflitos entre terapeutas ocupacionais e Nise da Silveira:

[...] As dúvidas eu perguntei para ela: porque que você não tem terapeuta ocupacional lá na casa da Palmeiras? [ela respondeu:] seus colegas não me aceitam... porque tinha que ter terapeutas ocupacionais lá dentro das exigências do CREFITO, mas exigências da Casas das Palmeiras eram muitos diferentes. [...] Nise, assim como ela tentou se entender com os psiquiatras, ela também tentou se entender com os terapeutas ocupacionais... mas os terapeutas ocupacionais, não aceitávamos essa outra terapia ocupacional que não era terapia ocupacional formalizada pelo COFFITO. [...] (Lisete Ribeiro Vaz, terapeuta ocupacional, graduada 1980, docente, Região Sudeste).

Os desdobramentos desses conflitos impediram os terapeutas ocupacionais de elaborarem uma identidade profissional fundamentada num objeto de trabalho que lhes permitissem uma interação com o mundo social de forma clara, a partir daquilo que já havia sido construído pelos práticos em TO, em décadas anteriores.

Com o passar do tempo, também os terapeutas ocupacionais não foram capazes de aceitar a necessidade de visualizar seu objeto de trabalho em três especialidades básicas – a saúde mental, reabilitação física, o contexto hospitalar, social e educacional – de forma a melhor orientar a formação e o exercício profissional por uma abordagem singular capaz de articular suas especialidades em um objeto de trabalho. Como apontou um participante da pesquisa, os terapeutas ocupacionais possuem uma dificuldade em definir e delimitar o seu objeto de trabalho:

[...] Eu vejo que a dificuldade que gera dúvida na TO é a decomposição que é difícil... quando a gente vai para o campo da TO... tem sociologia... antropologia... conhecimento de biologia... corpo... são tantos saberes pra você agregar, o que é um conhecimento muito orquestrado... você articular aquilo [diferentes formas de nomear o objeto] num objeto para mim é super complexo... ele é disperso... no sentido de ter um pensamento de vários saberes... e a gente não tem essa prática de agregar... transversalizar... isso é difícil pra gente... pode ser uma incompetência nossa. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

Na década de 1980 e 1990, em especial, os discursos eram feitos por uma única TO, sem especialidades. Especialidade era entendida como sinônimo de fragmentação do objeto de trabalho. Na realidade, a dificuldade não foi se organizar ou não por especialidade, mas a definição e a delimitação do objeto de trabalho em diferentes perspectivas. Todo cuidado era pouco ao se nomear como objeto de trabalho o uso da ocupação com fins terapêuticos, devido à “ameaça” de serem interpretados e identificados com os práticos em TO.

Nos dias atuais ainda é comum ouvir questionamentos em relação à diferença entre um professor de artes, ou um artesão e um terapeuta ocupacional. Há “um esquecimento” de que entre os fundadores da TO estava um professor de arte e trabalhos manuais. No Brasil, entre os participantes da mesa da Assembleia Geral para Constituição da ABBR, onde instalou-se o primeiro curso para formação de terapeutas ocupacionais, estava a professora Eunice Pourchet, que já havia ministrado curso de terapêutica ocupacional. Sinais do desprezo que os próprios terapeutas ocupacionais têm por sua história e filosofia e do lugar que esses acontecimentos ocupam na identidade profissional de muitos dos terapeutas ocupacionais brasileiros.

Se por um lado, no processo de regulamentação profissional, os terapeutas ocupacionais esquivaram-se do passado da terapia ocupacional no Brasil, após a regulamentação se recusaram a aceitar o objeto de trabalho que foi definido pelo sistema COFFITO/CREFITO – a cinética do homem – regulamentado pela Resolução COFFITO nº 81/1987. As dificuldades podem estar relacionadas ao fato de que o exercício profissional do terapeuta ocupacional se vincula à perspectiva da Psiquiatria – que deu origem aos práticos em TO, e que foi rechaçado –, à perspectiva da Reabilitação Física – que deu origem aos cursos que foram reconhecidos como de nível superior – e a perspectiva emergente que não aceitava como objeto de trabalho do terapeuta ocupacional aquele que cada perspectiva anterior defendia. Essa dificuldade foi expressada por um participante da pesquisa ao ser questionado sobre o papel dos terapeutas ocupacionais no âmbito do sistema:

[...] Se eu assumo uma entidade dessa eu teria uma dificuldade entre eu representar e ser representado... o que eu quero dizer... obviamente que se eu estou na clínica... tenho um certo perfil de TO, muitas vezes o meu perfil não condiz com a entidade de classe...principalmente no conselho CREFITO/COFFITO... tem que ir pra lutas muito duras... internas e externas... ainda mais com profissões que são corporativistas... isso cria um nível de enrijecimento muito duro... no sentido de entender o que que é preciso fazer pra TO naquele momento de embate... mas ter a ideia de que ele é factual para aquele sistema... para aquelas lutas internas... ou tornar aquilo que eu tomo como TO... isso depende muito de quem que vai para lá... tem gente que assume tanto o sistema COFFITO/CREFITO... que acha que defender a TO é defender a visão que se tem dentro de determinados conselhos... a TO perde a partir da ótica do sistema...fica mediatizada... visualizada... recortada a partir de uma lógica do sistema COFFITO/CREFITO... que é importante para essa dimensão... mas ele não dá conta da totalidade. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

Essa dificuldade, na ação como representante dos terapeutas ocupacionais no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO, fraturou ainda mais o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional e o fez desaparecer. Esse desaparecimento do objeto de trabalho tornou a identidade profissional opaca, invisível aos próprios terapeutas ocupacionais que ainda se perguntam nos dias atuais: qual é a identidade do terapeuta ocupacional?

Por outro lado, os fisioterapeutas seguiram seu caminho na elaboração de sua identidade profissional a partir daquilo que o Sistema de Conselhos definiu como objeto de estudo e trabalho da Fisioterapia – o movimento humano, regulamentado pela Resolução COFFITO nº 80/1987. Essa aceitação do objeto proposto pelo sistema permitiu a esse mesmo sistema regulamentar especialidades básicas para orientar a formação e o exercício profissional, como por exemplo, a especialidade Neurofuncional e Pneumofuncional.

Logo, a luta vem sendo travada entre os terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no âmbito do Sistema de Conselhos e acontece em um período em que a Fisioterapia numericamente representa aproximadamente 90% da população de profissionais que compõem esse sistema. Nesse jogo social, a posição dos fisioterapeutas tornou-se preponderante. A posição subalterna dos terapeutas ocupacionais demonstra, em parte, a dificuldade dos terapeutas ocupacionais se reconhecerem numa posição de classe e desenvolverem uma consciência de classe (MANNHEIM, 2001, p. 83). Na medida em que os terapeutas ocupacionais assumiram uma posição de subalternos, aceitaram e viveram o papel que lhe foi imposto no momento da regulamentação profissional como algo natural (MANNHEIM, 2001, p. 75). A lógica representativa do sistema COFFITO/CREFITO produziu a distância entre fisioterapeutas (dominadores/superiores) e terapeutas ocupacionais (dominados/inferiores). Essa distância quando vista de forma hierárquica, se revela como numa espécie de uma cultura pré-democrática, onde

inúmeros atos psíquicos que reafirmam e reconhecem essa distância constituem o principal mecanismo através do qual os governantes exercem o poder. [...]. Seu poder nasce de seus governados a considera-los como seres superiores. [...]. Nas sociedades aristocráticas os estratos dirigentes “criam” uma distância entre si e os grupos inferiores encarando os membros destes a partir de um plano superior. Todo contato entre o “superior” e o “inferior” sujeita-se a um ritual altamente formalizado. Dominar grupos inferiores não se resume a dar ordens e a obrigar à obediência. Em grande medida, consiste na manutenção de uma distância vertical que se torna parte integrante do pensamento de dominadores e dominados. Esse distanciamento psíquico faz parte da ordem hierárquica aristocrática tanto quanto a distribuição desigual de vantagens e riscos. (MANNHEIM, 2001, p. 176).

Ainda que Mannheim esteja se referindo a uma sociedade como um todo, é possível aplicar tais entendimentos a grupos sociais, como corporações profissionais, em relação à forma como os dirigentes se distanciam dos estratos inferiores.

Neste contexto, a ação dos terapeutas ocupacionais que ocupavam cargos diretivos não tinham uma base sólida para reivindicar junto ao sistema os interesses coletivos dos terapeutas ocupacionais, pois os mesmos não se entendiam a ponto de construir uma agenda única de negociação. Esta foi e é uma fragilidade dos terapeutas ocupacionais dentro do sistema de conselhos, que impede avanços na regulamentação da TO no Brasil. Esta questão se torna um tanto complexa na medida em que os terapeutas ocupacionais estão congregados com os fisioterapeutas no mesmo conselho de classe. Como apontado anteriormente, para além dos distanciamentos entre dirigentes e estratos inferiores, observa-se que na composição da equipe dirigente a TO está em desvantagem, dos 18 conselheiros que compõem um conselho de classe, geralmente, apenas 06 são terapeutas ocupacionais. Desses 06, apenas 03 compõem o Plenário que é composto por 09 conselheiros. E desses 06, por vezes apenas um compõe a Diretoria e o cargo da presidência é assumido por fisioterapeutas.

Desta forma, a análise que se enuncia é para pensar como se dá esse distanciamento entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO e dos desdobramentos desse distanciamento para a consolidação de ambas as profissões no país, por exemplo nas políticas públicas brasileiras. O mesmo participante citado anteriormente aponta para uma possível saída para o caos que se estabeleceu no âmbito do Sistema COFFITO/CREFITO e de suas implicações para o exercício profissional. Ao sugerir, ele evidencia que não há como se pensar numa única perspectiva para a TO.

[...] Toda entidade é feita por atores... muito regional e muito localizado... tem que ter inteligência em saber o que que a estratégia quer ouvir... se a gente consegue dizer que a TO vai atender aquela determinada estratégia... isso é uma estratégia de inteligência...mas é nessa estratégia... aquilo que eu falo não é necessariamente o que eu acredito sobre a TO mas o que eu preciso falar para que aquele ator entenda



para que pessoa incorpore... essa é a inteligência que as entidades de classe têm que ter... muitas vezes quando eles vão falar, por exemplo pro SUS, o que que eu acho que posso falar da TO que comova... seduza as pessoas que são os gestores do SUS a incorporar a TO nessas políticas... qual o recorte que eu vou ter que fazer da TO..... se eu falar que TO trabalha com reabilitação física não entraria no SUAS [Sistema único de Assistência Social]... nesse recorte eu pego um certo panorama da TO... tem que ter essa inteligência nas entidades de classe... (esses agentes que estão nas entidades conseguem ter essa inteligência?) Alguns sim outros não... outros se perdem na política do que na inteligência... por que toda instituição é muito dura... o pessoal fica tanto tempo vestindo certas máscaras que aquela máscara se torna o próprio corpo... de todas as instituições... O sistema COFFITO/CREFITO são os mais duros... mais enrijecem. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

A lógica de organização do Sistema COFFITO/CREFITO na atualidade tem buscado conceder aos conselheiros<sup>214</sup> representantes oficiais da TO uma posição de grupo dirigente; entretanto, composição dos colegiados, plenário e diretoria não têm garantido uma estratégia política para que, de fato, esses conselheiros terapeutas ocupacionais exerçam com autonomia tal posição. Por outro lado, as dúvidas em torno da identidade profissional e o do objeto de trabalho é um dos fatores que enfraquecem a ação dos representantes oficiais da TO. Neste cenário, representantes oficiais da TO, de modo geral, e os terapeutas ocupacionais reivindicam seus interesses individuais e, às vezes, coletivos, aos colegiados do Sistema COFFITO/CREFITO constituído em sua maioria por representantes oficiais da Fisioterapia.

Essa situação produz situações conflituosas e reações diversas. Há os que se acomodam a ela e os que lutam contra o predomínio dos fisioterapeutas no âmbito do sistema:

[...] Até por que eu participei dessas entidades, de forma constitutivas, fui parte da chapa do conselho. Na época a gente abandonou o CREFITO e fizemos uma denúncia no Ministério Público. No fundo eu acho que nós nos deixamos violentar, principalmente com o sistema COFFITO. O que fez a gente sair daquela história dos terapeutas ocupacionais e sair em denúncia pública foi a relação de violência que existia entre a Fisioterapia e a TO. Uma das coisas mais começou a chocar foi quando a gente foi fazer um evento que se decidiu que a TO tinha um espaço e a Fisioterapia tinha um espaço muito maior, porque tinha muito mais profissionais: uma mesa tinha que ter dez fisioterapeutas e um terapeuta ocupacional. Essa relação completamente desqualificada, gerando uma relação de violência. Nas comissões para discussão de especialidade, as nossas comissões tinham que ter sempre alguém da Fisioterapia. Era uma ordem! Ficavam cerceando o que a gente estava discutindo ou não... eram práticas de violência o tempo todo. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

Outro exemplo dessa condição dos terapeutas ocupacionais, relatado em conversas informais durante a pesquisa empírica, se refere ao processo de aprovação de uma resolução que trata de algo específico à TO. Nesse processo, os terapeutas ocupacionais são sabatinados

---

<sup>214</sup> Membros efetivos e suplentes que compõem o colegiado de um conselho regional ou do federal.

pelos fisioterapeutas, em sessão específica. Eles precisam convencer os fisioterapeutas da capacidade técnico-científica dos terapeutas ocupacionais para aquilo que reivindicam, o que não acontece no sentido contrário. E, ainda mais, temas de resoluções propostas pelos terapeutas ocupacionais que apresentam risco aos interesses dos fisioterapeutas são negligenciados e dificilmente entram em pauta do Plenário.

As estratégias de controle utilizadas pelo COFFITO, em certa medida, são interpretadas pelos terapeutas ocupacionais como algo que não cumpre a função de fortalecer a profissão, mas controlar o seu desenvolvimento, em acordo com os interesses hegemônicos nesse sistema. O relato abaixo é representativo de como parte dos terapeutas ocupacionais percebem o controle que emana do grupo dirigente do sistema de conselho de classe e dos desafios que estão postos para o desenvolvimento da TO no país.

[...] Para mim é um discurso muito controlador punitivo da prática profissional... tanto é que em vários países não existe esse sistema... eu não vejo muito uma lógica... mas que está aí e a gente vai ter que aprender a lidar com ele. Até porque o senso crítico do terapeuta ocupacional e que esse seja na formação é fundamental... mas que essas lógicas são uma política mais dura elas não podem deixar a gente abater outras políticas que são de existência... nosso pensamento sobre a vida... sobre o que é a Terapia Ocupacional... na verdade o que eu mais acho que a TO tem essa função de produção de uma certa intensidade da existência... e ela não se dá em um lugar fechado... bucólico... ideal ou vazio... ela está no cotidiano... como eu posso me armar daquilo que eu tenho... por mais que a gente possa fazer milhões de coisas... como é que eu me associo a essas organizações profissionais para fortalecer a TO e para que possa fortalecer essa minha ética diante dessa instituição... eu diria que eu tento passar... para poder tangenciar essas questões... uma visão política dessas redes que a gente tem que fazer, fazer política é fazer redes... do qual o CREFITO, ACTOERJ e os sindicatos são compostos nessa rede... uma própria Universidade... Unidades de Saúde. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1991, docente, Região Sudeste).

O próximo capítulo é uma continuidade dessa discussão e tem por objetivo apresentar elementos que evidenciem as relações de interdependência entre a regulamentação profissional, produção de conhecimento em TO e a expansão dos cursos de Terapia Ocupacional no país.

## **7 A REGULAMENTAÇÃO E FORMAÇÃO PROFISSIONAL**

Até aqui espera-se que esteja evidente a relação de interdependência que se estabeleceu entre a formação e a regulamentação profissional da Terapia Ocupacional no Brasil, a partir da criação do sistema COFFITO/CREFITO e das posições tomadas pelos terapeutas ocupacionais e os representantes oficiais da TO.

Neste capítulo, apresenta-se uma análise comparativa entre as resoluções publicadas entre 1978 e 2015, pelo COFFITO, e os dados das Sinopses da Educação Superior de 1995, 2000, 2005, 2010 e 2015 publicadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), com a finalidade de demonstrar possíveis relações entre a regulamentação profissional, produção de conhecimento em TO e a expansão da formação profissional que repercutem no exercício profissional.

Didaticamente, este capítulo está dividido em três partes. Na primeira, aprofunda-se na análise comparativa entre o número de resoluções aprovadas pelo sistema de conselhos de classe para a Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Neste momento, as resoluções sob análise são as que tratam da regulamentação do exercício profissional e que foram aprovadas, no período de 1978 a 2000. Em seguida, apresenta-se a influência da produção de conhecimento em TO na regulamentação profissional. Na terceira parte, a partir de um conjunto de dados extraídos das Sinopses da Educação Superior – Graduação, publicadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), nos anos de 1995, 2000, 2005, 2010 e 2015, busca-se: (1) apontar possíveis relações entre a regulamentação das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional pelo COFFITO; e (2) apresentar um panorama geral da posição da TO na Educação Superior no Brasil como um diagnóstico situacional da estruturação da formação no Brasil.

Acredita-se que a relação entre a regulamentação profissional, a formação profissional e a produção de conhecimento em TO mantêm uma interdependência no que diz respeito à consolidação da profissão no Brasil. Essas relações de interdependência têm desdobramentos para a elaboração da identidade profissional dos terapeutas ocupacionais, e conseqüentemente, sua abordagem singular e reconhecimento social (BOURDIEU, 1996; STRAUS, 1999; FREIDSON, 2009; MANNHEIM, 2001).

## 7.1 ANÁLISE COMPARATIVA DE RESOLUÇÕES

Para a realização desta análise, partiu-se de uma busca às resoluções que foram aprovadas no período de 1978 a 2000, e que estão publicadas na página *online* do COFFITO. O acesso *online* se deu no período de outubro de 2016 a abril de 2017.

A primeira resolução do COFFITO data de 20 de fevereiro de 1978. No período de 1978 até 2000 foram publicadas 219 resoluções. Em síntese, essas resoluções tratam de assuntos como: 1. Ordenamento da estrutura administrativa e organizacional dos conselhos, necessárias ao cumprimento de suas atribuições; 2. Expansão do sistema de conselhos por meio da criação de conselhos regionais; e 3. Regulamentação das profissões.

As resoluções selecionadas para análise são aquelas que tratam, mais especificamente, da regulamentação profissional. Nos quadros que seguem essas resoluções estão distribuídas da seguinte forma: Nº Total de Resoluções (Total de Resol.); Resolução Aplicáveis à Fisioterapia (Aplic à FT) e Resoluções Aplicáveis à TO (Aplic à TO). As resoluções que são específicas a uma profissão aparecerão em destaque (em itálico).

Vamos à análise. Ao final da década de 1970, considerando-se o Decreto-lei nº 938/69, que criou as profissões, e a Lei nº 6.316/75, que criou o sistema de conselhos, foram aprovadas 02 resoluções com o objetivo de regulamentar o exercício profissional.

QUADRO 10 - NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1970 PELO COFFITO.

Período	Total de Resol.	Fisioterapia (FT)		Terapia Ocupacional (TO)	
		Aplic. à FT	Nº da Resolução/Ano/ Assunto	Aplic. à TO	Nº da Resolução/Data/ Assunto
1975 a 1979	02	02	Resolução Nº. 08/1978: Exercício Profissional. Resolução Nº 10/78: Código de Ética Profissional <sup>215</sup> .	02	Resolução Nº. 08/78: Exercício Profissional Resolução Nº 10/78: Código de Ética Profissional.

Fonte: COFFITO (2017); quadro elaborado pelo autor.

Nessa década, as profissões foram regulamentadas de forma igualitária. Nos textos dessas resoluções observa-se que os temas se referem aos profissionais em suas generalidades e especificidades, de forma conjunta, em uma mesma resolução, por exemplo:

Art. 1º. O exercício da fisioterapia e da terapia ocupacional é privativo, na área específica de cada uma, respectivamente, do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional. [...](COFFITO, 1978)<sup>216</sup>

<sup>215</sup> Atualmente cada profissão possui uma resolução própria que trata do Código de Ética Profissional.

Art. 1º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional prestam assistência ao homem, participando da promoção, tratamento e recuperação de sua saúde. [...] Art. 2º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional zelam pela provisão e manutenção de adequada assistência ao cliente. [...]. Art. 5º. O fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional atualizam e aperfeiçoam seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais em benefício do cliente e do desenvolvimento de suas profissões. (COFFITO, 1978<sup>217</sup>)

Acredita-se que essa forma de regulamentar as duas profissões pode ter influenciado a produção de uma identidade profissional por parte dos terapeutas ocupacionais, enquanto categoria profissional, de forma vinculada à Fisioterapia, numa relação de dependência.

Em sequência, na década de 1980 foram aprovadas 05 resoluções. Dessas, 02 tratam do mesmo assunto e são em igual teor para as duas profissões. Especificamente para a Fisioterapia são aprovadas 02 resoluções. E, no final da década de 1980, é aprovada 01 resolução com o mesmo assunto, mas em teor diferente para as duas profissões.

QUADRO 11 - NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1980 PELO COFFITO.

Período	Total de Resol.	Fisioterapia (FT)			Terapia Ocupacional (TO)	
		Aplic. à FT	Nº da Assunto	Resolução/Ano/	Aplic. à TO	Nº da Resolução/Data/ Assunto
1980 a 1989	05	05		Resolução nº. 29/82: Fiscalização do exercício profissional <sup>218</sup> . Resolução nº 37/83: Registro de empresas <sup>219</sup> . <i>Resolução nº. 60/85: Prática da acupuntura<sup>220</sup>.</i> <i>Resolução nº. 80/87: Exercício profissional e Registro de empresas<sup>221</sup>.</i> <i>Resolução nº. 97/88: Prática da acupuntura<sup>222</sup>.</i>	03	Resolução nº. 29/82: Fiscalização do exercício profissional. Resolução nº. 37/83: Registro de empresas <i>Resolução nº. 81/87<sup>223</sup>: Exercício profissional e Registro de empresas.</i>

Fonte: COFFITO (2017); quadro elaborado pelo autor.

<sup>216</sup> Esta resolução aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Esta resolução foi alterada pelas resoluções de nº 15/1980, 18/1981, 28/1982, 184/1998, 331/2007, 353/2008 e 359/2008.

<sup>217</sup> Atualmente cada profissão possui uma resolução própria que trata do Código de Ética Profissional.

<sup>218</sup> Esta resolução estabelece normas reguladoras complementares da fiscalização do exercício profissional.

<sup>219</sup> Esta resolução baixa o novo texto do Regulamento para registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

<sup>220</sup> Esta resolução dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências.

<sup>221</sup> Esta resolução baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.

<sup>222</sup> Esta resolução baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-60, que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta, e dá outras providências.

<sup>223</sup> Esta resolução baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Terapeuta Ocupacional, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.

É possível observar uma tendência à regulamentar para Fisioterapia, por meio da aprovação de 02 resoluções. Essas resoluções dizem respeito à prática da acupuntura, que começa a ganhar espaço no campo da saúde no Brasil.

Art. 1º. No exercício de suas atividades profissionais, o Fisioterapeuta poderá aplicar, complementarmente, os princípios, métodos e técnicas da acupuntura desde que apresente, ao respectivo CREFITO, título, diploma ou certificado de conclusão de curso específico patrocinado por entidade de acupuntura de reconhecida idoneidade científica, ou por universidade. [...] § 2º. Depois de aceito e registrado no COFFITO o diploma ou certificado de curso ministrado por entidade de acupuntura, o CREFITO expedirá documento comprobatório que habilita o Fisioterapeuta a aplicar os métodos e técnicas da acupuntura nas suas atividades profissionais. (COFFITO, 1985).

No que se refere às resoluções nº 80/1987 e nº 81/1987, estas tratam do mesmo assunto, mas com teor diferente. Elas tratam do objeto de estudo das profissões e como a partir dele se deve estruturar o processo de trabalho do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional, respectivamente. Em síntese, é nelas que o COFFITO expressa a sua compreensão do que é cada uma das profissões, seus respectivos objetos de estudo e seu processo de atuação. O objeto de estudo da Fisioterapia e TO são semelhantes: movimento humano e cinética do homem, respectivamente. A partir da ideia de que o objeto de trabalho é um componente essencial para identidade profissional, a semelhança entre tais objetos tornou o mundo social particular da Fisioterapia e TO, um mundo problemático, quando visto da perspectiva da regulamentação profissional. Desse assunto tratou-se em tópicos anteriores a este.

Na década de 1990, foram aprovadas 10 resoluções. Dessas, 07 tratam do mesmo assunto e são aplicáveis às duas profissões, e 03 são específicas à Fisioterapia.

Anteriormente, a publicação das resoluções aplicáveis às duas profissões era feita sob um mesmo número. A partir do final da década de 1990, essas resoluções passam a ser publicadas com números sequenciais, sendo o número primeiro destinado à Fisioterapia. Como pode ser observado no quadro 12 as resoluções de n.º 186/98 e 187/98 que tratam de Certificados, Diplomas e Títulos.

QUADRO 12 - NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NA DÉCADA DE 1990 PELO COFFITO.

Período	Total de Resol.	FISIOTERAPIA (FT)		TERAPIA OCUPACIONAL (TO)	
		Aplic. à FT	Nº da Resolução/Ano/ Assunto	Aplic. à TO	Nº da Resolução/Ano/ Assunto
1990 a 1999	10	10	Resolução Nº. 123/91: Critérios a serem observados pelas empresas de Saúde. <sup>224</sup> Resolução Nº. 127/91: Penalidade ao Responsável Técnico. <sup>225</sup> Resolução Nº. 158/94: Identificação profissional. <sup>226</sup> Resolução Nº. 128/91: Penalidade ao supervisor de estágio. <sup>227</sup> Resolução Nº. 139/92: Exercício da Responsabilidade Técnica. <sup>228</sup> Resolução N.º 186/98: ... Certificados, Diplomas e Títulos... <sup>229</sup> <i>Resolução Nº. 189/98: Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional.</i> <sup>230</sup> Resolução Nº. 183/98: Proibições. <sup>231</sup> <i>Resolução Nº. 188/98</i> <sup>232</sup> . <i>Especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional</i> <i>Resolução Nº. 201/1999: Prática da acupuntura.</i> <sup>233</sup>	07	Resolução Nº. 123/91: Critérios a serem observados pelas empresas de Saúde. Resolução Nº. 127/91: Penalidade ao Responsável Técnico Resolução Nº. 158/94: Identificação profissional. Resolução Nº. 128/91: Penalidade ao supervisor de estágio. Resolução Nº. 139/92: Exercício da Responsabilidade Técnica. Resolução Nº. 183/98: Proibições. Resolução N.º 187/98: Certificados, Diplomas e Títulos ... <sup>234</sup>

Fonte: COFFITO (2017); quadro elaborado pelo autor.

A tendência à regulamentação da Fisioterapia é mais uma vez observada, foram aprovadas 03 resoluções de interesses dos fisioterapeutas: 01 para regulamentar a prática da acupuntura; e 02 para regulamentar as especialidades de Pneumo-Funcional<sup>235</sup> – que abre

<sup>224</sup> COFFITO. **Resolução nº 123, de 19 de março de 1991.**

<sup>225</sup> COFFITO. **Resolução nº 127, de 26 de novembro de 1991.**

<sup>226</sup> COFFITO. **Resolução nº. 158, de 29 de novembro de 1994.**

<sup>227</sup> COFFITO. **Resolução nº. 128, de 26 de novembro de 1991.**

<sup>228</sup> COFFITO. **Resolução nº. 139, de 28 de novembro de 1992.**

<sup>229</sup> Esta resolução foi revogada pela Resolução nº 207/2000, ver: COFFITO. **Resolução nº 207, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>230</sup> Esta resolução reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências.

<sup>231</sup> COFFITO. **Resolução nº. 183, de 2 de setembro de 1998.**

<sup>232</sup> Esta resolução que reconhece a Especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências foi alterada pelas Resoluções nº 318/2006 e 225/2001.

<sup>233</sup> Esta resolução dá nova redação ao Art. 1º da Resolução COFFITO-97 que dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta, e dá outras providências.

<sup>234</sup> Esta resolução foi revogada pela Resolução nº. 208/2000, ver: COFFITO. **Resolução nº 208, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>235</sup> Atualmente essa especialidade teve a nomeação modificada para Fisioterapia Respiratória.

espaços para regulamentar a prática do fisioterapeuta, em especial nos serviços hospitalares, ambulatoriais e serviços especializados – e a de Neuro-Funcional – que regulamenta o exercício profissional, em especial, na Reabilitação Física. Neste sentido, a especialidade Neuro-Funcional mantém uma relação de interdependência com a TO, a partir da perspectiva da Reabilitação Física.

O ponto de partida para regulamentação dessa especialidade foi:

Considerando a conclusão da primeira turma de Pós-Graduação realizado na modalidade Residência, treinamento em serviço, [...] destinado a qualificar Fisioterapeutas na condução de uma assistência profissional específica aos distúrbios cinéticos funcionais, decorrentes de síndromes neurológicas, incidentes em órgãos e sistemas; Resolve: Art. 1º – Fica reconhecida a Fisioterapia Neuro Funcional como uma Especialidade própria e exclusiva do Fisioterapeuta. (COFFITO, 2016, Resolução 189/1998).

A especialidade Neuro-Funcional, regulamentada para Fisioterapia, mantém uma relação com o objeto de estudo da TO no que se refere à cinética do homem, respaldado pela Resolução nº 81/1987. No texto da Resolução que regulamenta a especialidade Neuro-Funcional para os fisioterapeutas, fica evidente a incorporação do termo *cinética* – objeto de avaliação do terapeuta ocupacional – em substituição ao termo *físico* – objeto de avaliação do fisioterapeuta – os quais foram definidos pelo próprio COFFITO em sua Resolução nº 81/1987:

É competência do TERAPEUTA OCUPACIONAL elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, compreendido como avaliação cinética-ocupacional [...] prescrever baseado no constatado na avaliação cinética-ocupacional, as condutas próprias da Terapia Ocupacional. (COFFITO, 1978)

É competência do FISIOTERAPEUTA, elaborar o diagnóstico fisioterapêutico compreendido como avaliação físico-funcional [...] prescrever, baseado no constatado na avaliação físico-funcional as técnicas próprias da Fisioterapia. (COFFITO, 1978).

Este é um dos exemplos de como a partir da margem fronteira dos objetos de estudo da Fisioterapia e TO, os elementos do objeto de estudo da TO foram sendo gradativamente incorporados ao objeto de trabalho do fisioterapeuta. Um exemplo do resultado dessa incorporação gradativa é a descrição de procedimentos relacionados às atividades da vida diária no conjunto de atividades que compõem áreas de competência profissional do fisioterapeuta na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO-2002)<sup>236</sup>. As

<sup>236</sup>As profissões que estão classificadas na CBO-2002 têm estabelecidas as suas Grandes Áreas de Competências (GACs). Estas GACs são constituídas por um conjunto de atividades profissionais, como por exemplo: aplicar



atividades da vida diária, historicamente foram entendidas e negociadas numa espécie de *acordo de cavalheiros*, no âmbito do sistema de conselhos, como sendo atribuição e competência do terapeuta ocupacional. Com o passar do tempo, esse *acordo de cavalheiros* fragilizou a defesa dos terapeutas ocupacionais na luta pela regulamentação das atividades de vida diária como ato privativo do terapeuta ocupacional. Essa incorporação gradativa também auxilia na explicação da identificação dos terapeutas ocupacionais interessados no estudo e intervenção em Reabilitação Física como sendo “mais fisioterapeutas que terapeutas ocupacionais”.

Desta forma, a regulamentação da especialidade Neuro-Funcional para a Fisioterapia promoveu a incorporação do objeto de estudo da TO – a cinética do homem – ao objeto de trabalho do fisioterapeuta – na medida em que, ao invés de se falar em *distúrbios físico-funcionais*, que é o que está regulamentado na Resolução nº 80/87, passa-se a falar em *distúrbios cinético-funcionais*.

Pode parecer um preciosismo com a questão terminológica, e o é, pois nomear é um ato de classificação, de colocação, e porque não de posição, no sentido de posicionar algo, um objeto, uma prática no mundo social. (STRAUSS, 1999; BOURDIEU, 1996, 2003).

Torna-se evidente que apesar da criação conjunta dos cursos oficiais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no final da década de 1950, manter uma vinculação forte com o Movimento Internacional de Reabilitação, após duas décadas de regulamentação das profissões, apenas a Fisioterapia tem regulamentada especialidades voltada à Reabilitação Física – a Neuro-Funcional. Importante destacar que esse dado aponta não apenas para o papel do COFFITO, mas também para os conflitos entre os próprios terapeutas ocupacionais em relação à organização formal da profissão por especialidades. Como comentado anteriormente à crítica, da perspectiva da Reabilitação Física, em especial, em espaços acadêmicos da TO, da região Sudeste, também contribuiu para a escassez de resoluções em torno da outorga de título de especialista.

O que se sabe do processo histórico é que na década de 1990 já havia uma certa crítica produzida em espaços acadêmicos acerca da pertinência das práticas reabilitadoras devido ao seu caráter constitutivos em estar baseadas em modelos reducionistas (cinesiológico, neurológico e psicanalítico).

Soares (1991) conclui sua crítica aos modelos reducionistas apontando que:

---

avaliação; atender clientes e paciente; exercer atividades técnico-científicas. Cada uma dessas atividades é composta por um rol de procedimentos. Entre os procedimentos descrito como de competência do fisioterapeuta estão: Avaliar funções cinética-funcionais; Readaptar clientes e pacientes nas avd (atividades de vida diária) nas avde (atividades de vida diária/esportiva).

as expressões socioculturais têm sido pouco exploradas no programa terapêutico ocupacional, de modo que ao se eleger os aspectos físicos ou psicológicos da problemática do cliente, estes são priorizados minimizando os demais. Afinal, seria preciso priorizar alguns dos aspectos da problemática do indivíduo no tratamento, de forma atemporal e a-histórica, se o indivíduo é um todo indivisível ou ele é um aglomerado biopsicossocial? Concluindo, neste período de crise profissional no qual os modelos profissionais não têm respondido à complexidade de demandas da clientela, portanto, uma crise resultante do modelo reducionista de ciência, observou-se a busca de respostas em outras áreas do conhecimento (educação, psicologia, saúde pública), ora visando a concepção de homem e saúde e, ora visando a absorção de outros modelos técnicos (também fruto do reducionismo científico). Desta maneira, a intervenção em cada área foi se distinguindo ainda mais em relação as outras e, em decorrência, a atividade humana, o ponto de intersecção, foi sendo diluído. Assim, se a atividade humana, sem seu aspecto físico, psíquico e social, deixasse de ser a essência da terapia ocupacional, o que viria a sê-lo? (SOARES, 1991, p. 190).

A produção do conhecimento na região Sudeste, em especial no estado de São Paulo, compartilhava desses ideais<sup>237</sup>. Se, por um lado, os argumentos supracitados procedem no sentido de explicar algumas questões envolvidas no comportamento posicional dos terapeutas ocupacionais, especialmente os ligados à academia, frente aos modelos reducionistas, por outro lado, precisa-se avançar em direção a outros aspectos do processo histórico social da terapia ocupacional no Brasil.

Esses aspectos podem evidenciar a relação interdependente entre a formação e a regulamentação profissional que se expressam nas relações entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas. E, também, entre os terapeutas ocupacionais entre si, entre os que defendiam a Saúde Mental, a Reabilitação Física e os Contextos Sociais. Cada um desses grupos, ao que parece, ao levantarem a bandeira por uma TO Brasileira, não estavam preocupados em si com a questão de fragmentação do objeto. Essas bandeiras dissimulavam a luta pelo poder no campo da TO. Cada grupo lutava para se colocar num lugar hegemônico, ainda que alguns partissem da crítica da hegemonia médica e todo seu sistema classificatório e dos fisioterapeutas, no campo da saúde e âmbito do sistema de conselhos, respectivamente.

É nesse sentido que se busca lançar luz sobre a questão do comportamento posicional dos terapeutas ocupacionais, no âmbito do sistema de conselhos que, em certa medida, está em relação de interdependência com a crítica produzida no âmbito da formação profissional

---

<sup>237</sup> Pode citar como exemplos as seguintes obras: GALHEIGO, Sandra Maria. **Terapia Ocupacional: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar** – em busca de um depoimento coletivo. Campinas-SP: UNICAMP, 1988. (Dissertação); MAGALHÃES, Lilian Vieira. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição**. Campinas-SP: UNICAMP, 1989. (Dissertação) PINTO, Jussara de Mesquita. **Correntes metodológicas em terapia ocupacional: contextualização e crítica**. São Carlos-SP: UFSCar, 1990. (Dissertação); FRANCISCO, Berenice. Rosa. **Terapia Ocupacional**. Campinas: Papyrus, 1988. (Livro); MEDEIROS, Maria Heloísa da Rocha. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2003 (Livro).

(cursos de graduação) e como, a partir dessa relação, se tenciona a questão de se ter ou não especialidades no campo da TO, à época, ou seja, da possibilidade de organizar a profissão em especialidades.

Fato é que, conforme as ideias de Freidson (2009), em relação ao desenvolvimento da tecnologia de trabalho segura e prática, percebe-se que o COFFITO, ao regulamentar duas especialidades para Fisioterapia, influenciou na posição dessa profissão no mundo do trabalho. Por exemplo, a posição do fisioterapeuta em serviços destinados a responder a problemas práticos do homem leigo relacionados à Reabilitação Física, como os hospitais, ambulatorios e centros de reabilitação. A criação de duas especialidades, ao invés de fragmentar o objeto de trabalho, ampliou o campo dos possíveis na Fisioterapia, na medida que essas especialidades criaram novas disposições por meio das quais os fisioterapeutas passaram a tomar posição no espaço social e se distinguir entre si e entre outros profissionais (BOURDIEU, 1996).

Neste sentido, no caso da TO, não só o sistema de conselhos, enquanto uma organização profissional híbrida, influenciou na posição ocupada pela TO no mundo do trabalho, mas também a formação profissional, no que diz respeito à academia a partir da crítica feita à prática profissional – produção e reprodução do conhecimento – que reverberou na forma de pensar e agir dos terapeutas ocupacionais.

De acordo com Ernest Manheim, no prefácio da obra de Mannheim (2001), para compreender-se as motivações de indivíduos e grupos torna-se necessário atentar-se para dois termos básicos: *estrutura e função*. Mannheim (2001) exemplificando essa questão aponta que

uma profissão, por exemplo, estrutura-se através de métodos particulares de seleção de seus membros, seu treinamento e doutrinação [formação profissional], o controle de competição, a observância de padrões [organizações profissionais], e assim por diante. Cada uma dessas atividades desempenham uma função na medida em que mantêm a profissão enquanto um órgão viável da sociedade. A função é atributo de uma condição indispensável para um dado desempenho ou situação. O conjunto final de funções inter-relacionadas de que depende um dado processo constitui sua estrutura. [...]. As motivações são dados significativos para sociologia na medida em que proporcionam comportamentos estruturalmente relevantes. Para persistir, uma estrutura deve perpetuar motivações de um tipo e inibir outras. Saber como e se certas incitações são engendradas ou reprimidas reveste-se de importância básica para a compreensão do sistema de ação. (MANHEIM, 2001, p. XX-XXI).

Desta forma, as relações de interdependência que se estabelecem entre organizações profissionais, formação profissional e prática profissional em um determinado tempo e espaço

se constituem como motivadora de percepções individuais coadunadas com a circulação social de percepções entre os que participam de uma situação social<sup>238</sup>.

Neste sentido, Mannheim (2001) afirma que

um estrato social adquire nova estrutura que se defronta com uma nova situação e desenvolve um novo estilo de vida. O novo ideal nascido desse encontro proporciona direção e ímpeto adicional à reorientação incipiente. [...] A área dentro da qual uma pessoa realiza sua medida de liberdade não é o espaço absoluto do universo; ao contrário, ela é delimitada pelas necessidades do grupo e a cujo desafio o indivíduo age. Entretanto, esta relação entre desafio-reação não é nem um caso de puro determinismo, nem lhe faltam elementos de determinação. Somos livres para escolher e implementar nossas próprias soluções dentro dos limites de alternativas dadas e meio disponíveis. (MANNHEIM, 2001, p. 31).

Assim, a ação do sistema de conselhos de forma interdependente com as instituições de ensino motivaram os agentes a buscarem desenvolver uma tecnologia de trabalho segura e prática. A expectativa era de que, por meio de bons resultados da prática ou da crítica às práticas, ou ambas, as duas profissões atraíssem o homem leigo em consultar tais profissionais, por meio do encaminhamento médico, tendo em vista a posição de profissões paramédicas que a TO e a Fisioterapia ocupavam na divisão do trabalho de cura (FREIDSON, 2009).

Considerando o contexto histórico social das décadas de 1980-1990 no campo da saúde, isto é, a forte influência do modelo biomédico hospitalocêntrico, não deve restar dúvidas da função que a regulamentação das especialidades da Fisioterapia teve no sentido de percepção da viabilidade dessa profissão na sociedade. Ao que tudo indica, por meio das especialidades Neuro Funcional e Pneumo-Funcional, os fisioterapeutas conseguiram dar respostas aos problemas do homem leigo vinculados à perda de movimentos e problemas respiratórios, conquistando assim o reconhecimento social.

O mesmo parece não ter acontecido em relação à TO, em relação à não regulamentação de especialidades no mesmo período. Aqui questiona-se: teria a crítica em relação ao paradigma reducionista, produzida e reproduzida nos cursos de formação profissional, contribuído para o imobilismo da TO no âmbito do sistema de conselhos? Teriam os terapeutas ocupacionais se encantado como a liberdade de escolha e a possibilidade

---

<sup>238</sup> Em relação situação social é preciso manter-se atento a quatro variáveis: “ (1). A situação, [...] que procuramos interpretar quando reagimos a ela; (2) o indivíduo particularmente envolvido na situação e que, portanto, forma dela uma imagem. Tais envolvimentos podem incluir objetivos ocupacionais, aspirações políticas, [...] uma variedade de ligações superpostas a grupos; (3) o conjunto de imagens que o indivíduo ou grupo adota; (4) finalmente, os destinatários para quem a imagem é transmitida, incluindo suas compreensões peculiares, os símbolos aos quais atribuem significado e um vocabulário ao qual respondem. ” (MANHEIM, 2001, p. XIV).

de implementar soluções próprias, sem perceber os limites de alternativas dadas e meios disponíveis para a viabilidade da profissão no mundo social global e particular?

Por fim, considerando-se os contornos do exercício profissional decorrentes do processo histórico até então era de se esperar, na década de 1990, a regulamentação de duas especialidades à TO: uma relacionada à Psiquiatria e outra à Reabilitação Física.

Dando prosseguimento a exposição de dados, no ano 2000 foram aprovadas 08 resoluções, conforme quadro 13. Dessas 03 possuem teor semelhante, mas com numeração diferente, e 02 resoluções tratam especificamente da Fisioterapia.

QUADRO 13 – NÚMERO DE RESOLUÇÕES PUBLICADAS NO ANO 2000 COFFITO.

Década	Total	FISIOTERAPIA (FT)		TERAPIA OCUPACIONAL (TO)	
		Aplic. à FT	Nº da Resolução/Ano/ Assunto	Aplic. à TO	Nº da Resolução/Ano/ Assunto
2000	08	05	Resolução N.º 207/2000: Certificados, Diplomas e Títulos <sup>239</sup> . Resolução N.º 209/2000 Certificação de Qualidade de Ensino para Cursos de Aprimoramento Profissional <sup>240</sup> . Resolução N.º. 211/2000: Portadores de Certificados de Cursos Sequenciais <sup>241</sup> . <i>Resolução N.º. 213/2000: Título Acadêmico de Kinesiólogo</i> <sup>242</sup> . <i>Resolução N.º. 219/2000: Especialidade da Acupuntura como do Fisioterapeuta</i> <sup>243</sup> .	03	Resolução N.º. 208/2000: Certificados, Diplomas e Títulos <sup>244</sup> . Resolução N.º 210/2000: Certificação de Qualidade de Ensino para Cursos de Aprimoramento Profissional <sup>245</sup> . Resolução N.º. 212/2000: Portadores de Certificados de Cursos Sequenciais <sup>246</sup> .

Fonte: COFFITO (2017); quadro elaborado pelo autor.

Considerando-se o exposto até o momento, observa-se claramente a tendência do COFFITO em regulamentar as práticas da Fisioterapia. Em 2000, é aprovada a especialidade da Acupuntura, que já vinha sendo orquestrada desde a década de 1980.

<sup>239</sup> Esta resolução dispõe sobre o reconhecimento de Certificados, Diplomas e Títulos conferidos a Fisioterapeuta e dá outras providências.

<sup>240</sup> COFFITO. **Resolução nº 209, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>241</sup> COFFITO. **Resolução nº. 211, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>242</sup> Esta resolução dispõe sobre o reconhecimento do Título Acadêmico de Kinesiólogo como equivalente ao Título Acadêmico de Fisioterapeuta.

<sup>243</sup> Esta resolução dispõe sobre o reconhecimento da Acupuntura como Especialidade do Fisioterapeuta.

<sup>244</sup> Esta resolução dispõe sobre o reconhecimento de Certificados, Diplomas e Títulos conferidos a Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.

<sup>245</sup> COFFITO. **Resolução nº 210, de 17 de agosto de 2000.**

<sup>246</sup> COFFITO. **Resolução nº. 211, de 17 de agosto de 2000.**

Retomando a ideia de Portocarrero (2009), em torno do objeto fronteiroço<sup>247</sup> e sua relevância para o estilo de pensamento de uma profissão, a aprovação dessa resolução ocorre num momento em que, no Brasil, a acupuntura está se tornando uma espécie de objeto fronteiroço. Isto é, diversas profissões buscaram se conectar ao discurso da Medicina Tradicional Chinesa e seus enunciados para se apresentar como profissionais habilitados à prática da Acupuntura, entre elas, a Medicina, a Fisioterapia, a Fonoaudiologia, a Medicina Veterinária e a própria TO.

Inicialmente, os terapeutas ocupacionais expressaram certo estranhamento com a possibilidade de ter essa prática regulamentada para si. Os poucos que se reconheciam nessa prática, apesar de possuir certificação em cursos de acupuntura, não tiveram a outorga do COFFITO por falta da regulamentação da acupuntura à TO.

Mais tarde, devido à disputa entre as profissões da saúde e a Medicina, em torno da prática da Acupuntura, o COFFITO se aliou a outros conselhos de classe para regulamentar a prática da Acupuntura às suas respectivas profissões, como o de Fonoaudiologia. Essa foi uma estratégia do COFFITO para garantir a prática da acupuntura aos fisioterapeutas.

Em meio a essa luta no campo da saúde, o COFFITO se viu “num beco sem saída”, repensou sua posição e regulamentou a acupuntura à TO em 2001, por meio da Resolução nº 221/2001<sup>248</sup>, partindo do entendimento que “qualquer profissional de Saúde com formação acadêmica superior está apto, após qualificar-se em curso específico, ao domínio técnico científico da Acupuntura (COFFITO, 2017, Resolução nº 221/2001).

Ou seja, a regulamentação da Acupuntura à TO não foi resultado em si das lutas que os representantes oficiais da TO travaram no âmbito do COFFITO, mas da luta que o COFFITO e outros conselhos de classe travaram com o Conselho Federal de Medicina (CFM). Em relação à esta regulamentação, vale destacar ainda que entre os *considerandos* do

---

<sup>247</sup> Um objeto fronteiroço é constituído de um núcleo rígido – uma zona de acordo entre os grupos profissionais que interagem – e a partir de uma periferia difusa, indistinta, que é diferente para cada grupo. A transposição e assimilação de elementos de um estilo de pensamento diferente (geralmente mais prestigiado por um outro grupo) podem acarretar benefícios concretos para o grupo que assimila estes elementos de estilo. (PORTOCARRERO, 2009, p. 71).

<sup>248</sup> Segundo a referida resolução, “**considerando:** Que qualquer profissional de Saúde com formação acadêmica superior está apto, após qualificar-se em curso específico, ao domínio técnico científico da Acupuntura; Que o Terapeuta Ocupacional tem na sua graduação acadêmica superior, a essência dos conhecimentos que o qualificam a ingressar nos estudos técnicos/científicos e no domínio clínico da Acupuntura, nos limites da sua área de intervenção profissional; Que a Acupuntura tem indicações clínicas nas alterações bio-psico-ocupacionais no âmbito das atividades humanas; **Resolve:** Art.1º – Autorizar o Terapeuta Ocupacional a usar complementarmente a Acupuntura em suas condutas profissionais, após a comprovação da sua formação técnica específica, perante o COFFITO. Art.2º – Somente serão aceitos para fins de registro no COFFITO, os títulos emitidos por cursos com projetos pedagógicos já aprovados e homologados pelo COFFITO. [...]. Art. 5º – Somente após efetuado o registro de sua qualificação, estará o Terapeuta Ocupacional autorizado a prática da Acupuntura e a anunciar pelos meios eticamente aceitáveis a nova qualidade profissional.

COFFITO para regulamentar a acupuntura à TO estão afirmativas que tratam da formação no nível da graduação e do objeto da profissão. O COFFITO afirma

Que o Terapeuta Ocupacional tem na sua graduação acadêmica superior, a essência dos conhecimentos que o qualificam a ingressar nos estudos técnicos/científicos e no domínio clínico da Acupuntura, nos limites da sua área de intervenção profissional; Que a Acupuntura tem indicações clínicas nas alterações bio-psico-ocupacionais no âmbito das atividades humanas (COFFITO, 2017, considerando a Resolução nº 221/2001).

Esses aspectos não passaram por mudanças significativas no período de 1985 a 2000. Os currículos dos cursos de graduação de ambas profissões, aprovados em 1983, só foram alterados em 2002, quando da aprovação da Diretrizes Nacionais Curriculares para ambas as graduações (HAHN; LOPES, 2003).

Apesar do terapeuta ocupacional já possuir “a essência dos conhecimentos que o qualificam a ingressar nos estudos técnicos/científicos e no domínio clínico da Acupuntura”, a regulamentação dessa prática, inicialmente, foi dada apenas à Fisioterapia. A regulamentação da Acupuntura é mais uma evidência do processo desigual de regulamentação das duas profissões no período de 1978 a 2000.

Por outro lado, durante a pesquisa empírica, percebeu-se que apesar da regulamentação da especialidade em acupuntura à TO, ainda assim, essa especialidade não foi inteiramente assimilada pelos terapeutas ocupacionais e representantes oficiais da TO, ainda há questionamentos acerca da procedência dessa especialidade para TO. Esses questionamentos evidenciam que os terapeutas ocupacionais não aceitam passivamente as decisões do sistema de conselho e, por vezes, coloca em questão até mesmo aquilo que poderia ser entendido como um avanço para a profissão.

Vale ressaltar que não é só dessa, mas de certas especialidades e suas áreas de atuação, as quais não expressam a prática estabelecida no mundo do trabalho, mas um dispositivo para reserva de mercado, como Saúde Coletiva e Saúde da Família. Essas são áreas de atuação que surgem no mundo particular da TO posteriormente à Reabilitação Física e Saúde Mental, e podem ser entendidas como áreas emergentes. No entanto, foram regulamentadas de forma conjunta em 2009, por meio das Resoluções nº 366/2009 e 371/2009.

Em suma, no período de 1978 a 2000, a Fisioterapia tem três especialidades regulamentadas: a Pneumo-Funcional, a Neuro-Funcional e a Acupuntura. Ao contrário, a TO não teve especialidades regulamentadas. A única resolução que trata especificamente da TO é

a Resolução nº 81/1987, que não foi inteiramente assimilada nem pelos cursos de formação profissional nem no âmbito do exercício profissional.

Em certa medida, a assimilação parcial dessa resolução mantém relação de interdependência com as dificuldades dos próprios terapeutas ocupacionais e estudantes de TO expressarem de forma clara e objetiva o seu objeto de trabalho e, conseqüentemente, com o processo de elaboração das identidades individuais e coletivas no mundo social da TO em relação com outros mundos sociais (STRAUSS, 1999).

A tabela 02 apresenta uma síntese em relação ao número de resoluções aprovadas pelo COFFITO, no período de 1978 a 2000.

TABELA 02 – NÚMERO DE RESOLUÇÕES APROVADAS NO PERÍODO DE 1970 A 2000, PELO COFFITO.

Período	Total de Resoluções	Para ambas profissões	Específicas à Fisioterapia (FT)	Específicas à Terapia Ocupacional (TO)
1970 a 1979	02	02	0	0
1980 a 1989	05	01	03	01
1990 a 1999	10	07	03	0
2000	05	03	02	0
Total	22	13	08	01

Fonte: (COFFITO, 2016); tabela elaborada pelo autor.

Assim, no período em análise, foram aprovadas 22 resoluções. Sendo 14 do mesmo assunto e de teor semelhante, isso equivale a aproximadamente 60% das resoluções aprovadas. Das resoluções específicas às profissões, 08 foram para regulamentar a Fisioterapia e 01 para a TO; isso equivale a aproximadamente 36% e 4%, respectivamente.

Observa-se que, apesar do COFFITO iniciar, a partir do ano 2000, um processo de aprovação de resoluções, em separado para Fisioterapia e TO, essas em seu conteúdo não regulamentam em si as práticas específicas da TO, apenas é uma replicação do discurso regulamentador que se faz à Fisioterapia, por exemplo, Resolução nº 207/2000(Fisioterapia) e Resolução nº 208/2000 (Terapia Ocupacional); ambas tratam do mesmo assunto: Certificados, Diplomas e Títulos.

Estranhamente, até o ano de 2000 não houve a aprovação de resoluções para regulamentação das práticas que caracterizaram a atuação do terapeuta ocupacional, no Brasil, nas décadas anteriores. A primeira geração de TO construiu suas práticas em serviços voltados ao atendimento de pessoas com doenças mentais, em especial na especialidade médica da Psiquiatria. A motivação para a criação dos primeiros cursos oficiais de TO foi a



necessidade de pessoal para os serviços especializados de Reabilitação Física vinculado às especialidades médicas da ortopedia e traumatologia, neurologia e fisioterapia.

Tomando por referência o período de 1940 a 2000, quando a TO se vinculou às especialidades médicas supracitadas, não se observou motivação do COFFITO em regulamentar as práticas que resultaram de tais vinculações. Diferentemente do que fez em relação à Fisioterapia.

Logo, a partir do final da década de 1970, a atuação do terapeuta ocupacional vinculada a especialidades médicas da área de Reabilitação Física, se desenvolveram sem a produção *pari passo* de uma normativa específica para nortear o exercício profissional, em especial, nos serviços de saúde, socioassistenciais e de educação.

Em suma, considerando, minimamente, as práticas em TO existente no país, construídas a partir da primeira geração de TO e as que motivaram a criação dos primeiros cursos oficiais, no final da década de 1950, questiona-se a falta de regulamentação no âmbito da Saúde Mental e da Reabilitação Física para TO, pelo COFFITO no período sob análise.

Conforme já se apontou anteriormente, cabe ressaltar que a posição subalterna dos representantes oficiais da TO em relação aos da Fisioterapia, no âmbito do sistema de conselhos de classe, não é suficiente para explicar a posição da TO nesse sistema COFFITO/CREFITO, nem tampouco para torná-la uma vítima desse sistema. Os representantes oficiais da TO são participantes do processo de regulamentação profissional e nele ela estão posicionados e tomam posições conforme as suas disposições.

Por outro lado, a batalha que se trava entre os terapeutas ocupacionais e os representantes oficiais da TO não deve nos escapar de vista. Nessa batalha a academia, representada pelos cursos de graduação e pós-graduação, assume uma relevância na medida em que produz e reproduz um discurso que também normatiza, orienta, motiva a ação de terapeutas ocupacionais e estudantes de TO (MANNHEIM, 2001; BOURDIEU, 2003).

Durante a pesquisa empírica, nas audiências nos eventos científicos e conversas informais, percebeu-se que os terapeutas ocupacionais se posicionam de forma contraditória em relação ao sistema de conselhos: por um lado cobram do conselho a regulamentação das práticas da TO; por outro lado, por vezes não acatam em suas práticas profissionais, nem tampouco em processos de formação profissional. Até mesmo as decisões desse sistema de conselho em temas onde não há conflitos de interesses entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Para melhor compreender essa questão, abre-se um parêntese para apresentar um exemplo: uso, na atualidade, dos Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais<sup>249</sup> na estruturação de processos de trabalho. A Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014, que trata dos parâmetros assistenciais é resultado de uma batalha travada no âmbito do sistema de conselho que envolveu em especial a academia e as associações profissionais, enquanto representantes específicos dos terapeutas ocupacionais. Essa discussão se inicia na década de 1990, conforme consta o documento, aprovado em 2007, pela Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais (ABRATO)<sup>250</sup> e publicado na homepage do COFFITO.

Assim, em síntese, a ABRATO na gestão de 2005-2007, a partir de estudos da realidade da prática em TO, no Brasil, de forma articulada com o desenvolvimento da profissão no mundo, e considerando o processo histórico em torno da questão no mundo social da TO, produziu um documento que se denominou *Procedimentos de Terapia Ocupacional*.

Em seguida, a diretoria daquela gestão propôs a discussão desse documento como pauta das reuniões da ABRATO que ocorreriam durante o X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (X CBTO), a ser realizado em Goiânia–GO, em 2007. Assim, durante o X

---

<sup>249</sup> **Resolução N.º 445 de 26 de abril de 2014.**

<sup>250</sup> Os marcos históricos apontam, em síntese, para: **1991:** Elaborada por uma comissão a Tabela de Honorários, no II Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional realizado em Fortaleza-CE; **1993:** Aprovada a Tabela de Honorários, na Plenária Final do III Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em Curitiba-PR; **1995:** Deliberação para reformulação da Tabela de Honorários pela ABRATO em parceria com outras entidades, na Plenária Final do IV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado no Rio de Janeiro-RJ.; **1997:** Aprovação da Lista de Procedimentos do Terapeuta Ocupacional com os novos valores referenciais expressos em Moeda vigente – Real (R\$), na Reunião Plenária da ABRATO em 31.01.1997. Referendada e homologada a Lista de Procedimentos do Terapeuta Ocupacional, na Plenária Final do V Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em Belo Horizonte-MG; **2002:** Início de um estudo aprofundado acerca da relação de procedimentos que são realizados pelos terapeutas ocupacionais pela Câmara Técnica de Referencial de Honorários e Planos de Saúde do CREFITO-2.; **2005:** Propostas aprovadas na Assembleia da ABRATO em 05.03.2005: “Carta ao COFFITO pedindo para ANS estender o prazo para entrega de sugestões para elaboração do rol procedimentos e confirmando que o responsável pela categoria dos profissionais terapeutas ocupacionais do Brasil no âmbito científico e cultural é a ABRATO; **2006:** Em 2006 a Lista de Procedimentos em Terapia Ocupacional foi um documento, realizado de forma conjunta por Comissão da Rede Nacional de Ensino em Terapia Ocupacional e da Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais com contribuições para a discussão da Lista de Procedimentos em Terapia Ocupacional, a ser enviada para a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). [...] no II Fórum de Políticas Públicas da Terapia Ocupacional do COFFITO, realizado em Belo Horizonte-MG foram nomeados os componentes para a Comissão da Lista de Procedimentos e Honorários da Terapia Ocupacional do COFFITO com participação de representante da ABRATO; **2007:** Participação da ABRATO nos dois grupos de trabalho [...] na reformulação dos Procedimentos de Terapia Ocupacional, [...]. Apresentação e homologação dos PROCEDIMENTOS DE TERAPIA OCUPACIONAL durante a Assembleia Geral da ABRATO e referendo em Plenária Final do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em Goiânia/GO. Revisão gramatical dos Procedimentos de Terapia Ocupacional, registro no 2º Cartório de Títulos e Documentos do Recife/PE e publicação no Diário Oficial da União nº 141, Ano CXLIV, Seção 3, páginas 91 e 92, em 24 de julho de 2007. Curitiba, julho de 2007. Andréa Maria Fedeger – Presidente. (COFFITO, 2017). Para mais detalhes ver: COFFITO. **Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional – LPTO.** Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais: 2007.

CBTO, o documento após discutido e feitos os devidos ajustes e correções foi aprovado pela categoria representada de forma individual e coletiva (associações regionais dos terapeutas ocupacionais).

Posteriormente, esse documento foi encaminhado e acolhido pelo COFFITO, que inicialmente o divulgou sob o nome de Lista de Procedimentos de Terapia Ocupacional. Mais tarde, aquele conselho deu início ao processo de regulamentação profissional nessa questão. Decorrido várias fases e etapas desse processo, na atualidade a questão dos procedimentos de TO está regulamentada pela Resolução nº 445/2014, sendo nomeado de Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais<sup>251</sup>.

De acordo com a resolução e seus anexos, pode-se dividir os parâmetros assistenciais em quatro eixos que cobrem as seguintes áreas de atuação em TO: (1) campo da Saúde: contextos hospitalares, de média ou alta complexidade, em internação, leito-dia e ambulatório hospitalar; contexto ambulatorial extra-hospitalar de média ou alta complexidade; contextos de atenção domiciliar (visita, assistência, acompanhamento e internação domiciliar); em atenção básica à saúde; e saúde do trabalhador; (2) campo da Assistência Social: serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social básica; serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social especial de média complexidade; e serviços, programas e projetos socioassistenciais de proteção social especial de alta complexidade; (3) campo da Cultura: serviços, programas e projetos culturais; e serviços, programas e projetos socioambientais, econômicos, diversas modalidades associativas e com comunidades tradicionais; e (4) campo da Educação: serviços, programas e projetos educativos formais e não formais; e em educação (ex. ensino regular e especial) (COFFITO, 2016, títulos dos anexos da Resolução 445/2014).

O quadro nº 14 apresenta exemplos de parâmetros assistenciais tomando por referência o contexto hospitalar, atenção básica e educação para demonstrar a estrutura desses anexos em termos de procedimentos e parâmetro.

QUADRO 14 - PARÂMETROS ASSISTENCIAIS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAIS

(continua)

PROCEDIMENTO	PARÂMETRO
<i>Consulta (contextos hospitalares)</i> Procedimento que inclui a coleta de dados e o contrato terapêutico ocupacional. Avaliação das áreas ocupacionais, habilidades e contextos de desempenho ocupacional. Antecede os demais procedimentos. Inclui a primeira consulta e consultas posteriores.	Enfermaria/Leito Comum 1 consulta/45min

<sup>251</sup> Resolução Nº 445 de 26 de abril de 2014.

## QUADRO 14 - PARÂMETROS ASSISTENCIAIS TERAPÊUTICOS OCUPACIONAIS

(continuação e conclusão)

PROCEDIMENTO	PARÂMETRO
<i>Consulta (contextos hospitalares)</i> Procedimento que inclui a coleta de dados e o contrato terapêutico ocupacional. Avaliação das áreas ocupacionais, habilidades e contextos de desempenho ocupacional. Antecede os demais procedimentos. Inclui a primeira consulta e consultas posteriores	Enfermaria/Leito Comum 1 consulta/45min
<i>Atividade em Grupo (enfermarias/unidades especializadas)</i> Procedimento realizado com número de participantes caracterizado pela realização de uma atividade ou um projeto desenvolvido em grupo, através da relação de trabalho em conjunto e do convívio com questões do cotidiano, por meio de conduta sistematizada, promotora das relações interpessoais.	Um grupo máximo de 10 clientes/pacientes/usuários/ ou acompanhantes/ou cuidador com duração de 1h30
<i>Consulta (em Atenção Básica à Saúde)</i> Procedimento que inclui a coleta de dados e o contrato terapêutico ocupacional. Avaliação das áreas ocupacionais, habilidades e contextos de desempenho ocupacional. Identificação de necessidades sócio-ocupacionais, identitárias, dos modos de vida, do autocuidado, das atividades da vida diária, das atividades instrumentais de vida diária, do trabalho, das expressões estéticas e culturais, do lazer e da vida cotidiana, ocupacionais e econômicas, diagnóstico territorial, planejamento e avaliação de ações, nas áreas de vulnerabilidade para a construção de projetos contextualizados e o desenvolvimento socioambiental cultural. Antecede os demais procedimentos. Inclui a primeira consulta e consultas posteriores.	Em domicílio 1 consulta/hora  No Território 1 consulta/hora
<i>Atendimento por turno de 6 horas (Quantitativo) (em educação)</i> Assistência prestada pelo Terapeuta Ocupacional ao aluno/professor/pais/membros da equipe individualmente	Individual 10 pessoas (aluno/professor/pais/membros da equipe)

Fonte: COFFITO, 2016, Resolução 445/2014.

Uma das finalidades desses parâmetros é o de se constituir em uma normativa para a organização dos processos de trabalho no âmbito da saúde, da assistência social, da cultura e da educação. Durante a interação com os participantes da pesquisa, não se percebeu uma articulação dessa regulamentação com a formação e o exercício profissional, nem tampouco de outras resoluções aprovadas desde a década de 1990. No entanto, observou-se uma atitude queixosa por parte de terapeutas ocupacionais acerca da falta de regulamentação por parte do COFFITO dos procedimentos do terapeuta ocupacional.

Isto posto, resguardando as devidas proporções, os terapeutas ocupacionais não acatam de forma plena as decisões do COFFITO, nem de outras organizações profissionais. Este comportamento pode estar motivado pelo grau de consciência dos terapeutas ocupacionais, enquanto categoria profissional, o que traz implicações na elaboração da identidade profissional no campo da TO.

A análise em torno da regulamentação profissional no período de 1978 a 2000, chama a atenção a questão da regulamentação de especialidades para TO. Percebeu-se que, *especialidades* é um tema de controvérsias entre os terapeutas ocupacionais, em especial os da segunda e terceira geração (1960-2000). Essas controvérsias são perdidas a partir da quarta geração, que emerge a partir da aprovação das Diretrizes Nacionais Curriculares para o curso de graduação em TO (2002). Para a quarta geração, a regulamentação de especialidades para TO se torna uma necessidade.

Os favoráveis à criação das especialidades acreditam que a prática requer um terapeuta ocupacional especializado em uma determinada área de atuação. Para esses, não se faz tudo, da mesma forma, em todas as áreas, é preciso especificidade. Os contrários à criação de especialidade acreditam que profissão não pode ser fragmentada, pois o seu objeto de trabalho prevê uma visão total, holística do ser humano. Essa concepção é motivada pelo discurso de que o profissional trata o indivíduo como um todo e não em partes.

Acredita-se que a concepção “de tratar o indivíduo como um todo” para além de práticas baseadas no pensamento positivista, em certa medida foi confundida com a necessidade da regulamentação de especialidades para TO, tanto pela academia, quanto pelos representantes oficiais da TO no âmbito da formação, exercício e regulação profissional.

Talvez, a busca por uma diferenciação da Medicina, a qual estava organizada em especialidades, tornava a aceitação de se constituir a TO em especialidades um risco à sua emancipação, no sentido de mantê-la sob orientação do modelo biomédico, em acordo com o pensamento positivista. Tudo que se assemelhasse à Medicina, era repugnado pelo discurso contrário à criação de especialidades.

O que os terapeutas ocupacionais contrários a especialidades não percebiam é que o fato de não ter especialidade não garantiria a TO uma autonomia plena. Como aponta Freidson (2009)

é interessante notar que as ocupações paramédicas frequentemente procuram dar a si o *status* profissional, criando instituições idênticas àsquelas das profissões que o possuem. Elas desenvolvem um currículo formal padronizado de formação, se possível na universidade. Criam uma teoria abstrata para ensinar a seus alunos. Escrevem códigos de ética. E são propensas a procurar apoio para o credenciamento e o registro para serem capazes de exercer certo controle sobre o quem está autorizado a exercer seu trabalho. Mas o que estas ocupações nunca conseguem é obter a autonomia plena, nem na formulação de seus padrões de treinamento e credenciamento, nem no exercício concreto de seu trabalho. Sua autonomia é sempre parcial, porque ela é apenas uma parte limitada pela profissão dominante. Este é um critério irreduzível que mantém estas ocupações na condição paraprofissional, apesar de chegarem a alcançar muitos dos atributos institucionais das profissões. A autonomia plena tem um poder discriminatório e não corresponde à validade das mudanças institucionais, como a formação ou o credenciamento. Que tais mudanças

institucionais sejam úteis para dotar uma ocupação de autonomia, isto é certo; que sejam condições necessária, isso pode se discutir, mas é simplesmente falso que sejam condições suficiente. (FREIDSON, 2009, p. 88-89).

O discurso contra a criação de especialidades em TO teve grande influência a partir da terceira geração (terapeutas ocupacionais formados a partir do primeiro currículo mínimo de TO, aprovado em 1983). Nessa época os cursos de formação começavam a expandir para além da região sudeste. O mesmo parece não ter acontecido com a Fisioterapia, isso é, ao que parece os fisioterapeutas perceberam as regras do jogo social no campo da saúde e tomaram posição conforme as disposições possíveis – organização do processo de trabalho por especialidades.

## 7.2. A PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO EM TERAPIA OCUPACIONAL E A REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL

Ao que se percebe, a produção do conhecimento em TO no Brasil, nas décadas de 1980 e 1990, seguia numa direção por vezes oposta ao pensamento que orientava o processo de regulamentação profissional. Essa situação era produzida pelos conflitos entre os diferentes representantes oficiais da TO, como apontou uma participante da pesquisa

[...] Durante muito tempo havia uma dissociação, quem é da formação acadêmica não dialoga com quem é da política. Tanto é que para a gente ir para um evento da RENETO eu ia porque eu era dos dois lados, eu era da política e eu era docência. Mas, durante muito tempo era malvisto os conselhos que fosse nos eventos da RENETO, que na época não era nem RENETO... era um evento dos professores... hoje em dia a gente está começando a ver um diálogo acontecer, precisa investir muito, muito ainda. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1980, região nordeste, docente e membro do sistema de conselhos.

Um exemplo que evidencia tal direção é a forma como se define o objeto de estudo da TO: o discurso da academia por meio da produção e reprodução do conhecimento aponta para as *atividades humanas* como objeto da TO e o sistema de conselhos por meio da regulamentação profissional aponta para a *cinética do homem*.

Na atualidade esses discursos se atravessam ao adotarem um discurso em torno da ocupação humana – uma tentativa de se conectar ao discurso mundial da TO, propagado pela *World Federation of Occupational Therapists* (WFTO). Para tornar esse atravessamento mais complexo, observa-se no discurso de professores, terapeutas ocupacionais e estudantes de TO uma certa dose de ingenuidade e, por vezes, até de prepotência, em assumir a competência em resolver os problemas relacionados à ocupação humana ou atividade humana, que se

apresentam no cotidiano de indivíduos e coletivos. De fato, seja pela ingenuidade ou prepotência, eles parecem não perceber o limite presente no campo de saber e prática da TO no que diz respeito ao cotidiano – a vida do homem de todos os dias. Também, falta aos terapeutas ocupacionais e estudantes de TO a percepção de que muitos dos objetos – problemas do homem leigo, aos quais a TO se vincula, são objetos fronteirços. Por exemplo, problemas decorrentes de doenças mentais, doenças físicas, questões sociais. São arenas onde se disputa saberes e práticas por diferentes campos profissionais e disciplinas acadêmicas.

Dessa forma, acredita-se que as contradições entre a concepção holística e o reducionista, inculcada nos espaços de formação profissional e eventos científicos, em certa medida, motivaram a ação de representantes oficiais da TO no sistema de conselhos no período de 1978 a 2000, frente à produção de resoluções no mesmo patamar que ocorreu em relação à Fisioterapia, em relação as especialidades. A crítica ao reducionismo pode ainda ter facilitado a ação dos representantes oficiais da Fisioterapia na incorporação da cinética do homem ao seu objeto de estudo e de trabalho, tornando-o mais consistente e transparente. Neste sentido, acredita-se que apenas a composição do colegiado dos conselhos de forma desigual numericamente – em média 12 Fisioterapeutas e 06 terapeutas ocupacionais – não é suficiente para explicar a escassez de resoluções para regulamentar a TO no período sob análise. Fato é que se há por um lado uma escassez de resoluções, por exemplo, que normatizem especialidades em TO no período de 1978 a 2000, e por outro, o discurso no mundo social particular da TO advogava pela não especialização das práticas, como uma forma de combater o discurso biomédico.

Apesar do discurso inovador, em especial nas décadas de 1980 e 1990, que defendia a necessidade de aportar a formação e o exercício profissional numa perspectiva materialista histórica, a justificativa para a ação do terapeuta ocupacional, ainda era a necessidade de intervenções voltada para problemas relacionados a doenças físicas e mentais, e que constituíam as duas grandes áreas básicas de atuação em TO: a Psiquiatria e a Reabilitação Física. É a partir dessas duas grandes áreas de atuação que a TO, em certa medida, se mantém ligada aos serviços de saúde e da educação, em especial.

Importa apontar que o discurso inovador da formação partia, em especial, da região sudeste onde havia uma concentração maior de cursos e instituições públicas de ensino superior. Enquanto instituições privadas, em maioria, se dedicavam preponderantemente ao ensino de graduação, as instituições públicas buscavam responder à cobrança institucional em torno da integração ensino-pesquisa-extensão.

Os professores de instituições públicas, ou ainda instituições privadas com alto prestígio social como por exemplo as Pontifícias Universidades Católicas, eram convocados para formação em pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Por outro lado, aos docentes das instituições privadas eram exigidos um grau de especialista ou uma experiência profissional em determinada área de atuação para se manter no quadro docente.

Essas posições ocupadas por terapeutas ocupacionais no desempenho do papel de professor constituem por si só um jogo social no espaço da formação profissional no que diz respeito à produção e reprodução do conhecimento. E nesse jogo social que o discurso inovador toma forma e se enraíza por outros espaços do campo da TO, como o do exercício profissional e das organizações profissionais.

Como aponta Medeiros (2003), em sua análise acerca dos modelos que orientariam as práticas de TO no Brasil, baseada na análise e classificação apontada por professores da área de “Fundamentos de Terapia Ocupacional” da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), aponta como modelos de TO no Brasil o funcionalista, humanista e o dialético.

Esses três modelos foram nomeados por outros autores por termos semelhantes, por exemplo: por Pinto (1990) como correntes metodológicas de terapia ocupacional positivista, humanista e materialista-histórica; por Francisco (2001) como modelos de processo de terapia ocupacional positivista, humanista e materialista histórico, respectivamente. Essas correntes metodológicas, modelos de processo, ou ainda modelos de TO, em suma evidenciam três formas de pensar e agir em TO no Brasil que foram explicitadas a partir da década de 1980, tendo como base pesquisas realizadas em São Paulo.

Vale destacar que o campo empírico dessas pesquisas, em sua quase totalidade, é o Estado de São Paulo, e as pesquisadoras e autoras das obras afiliadas à PUC-Campinas e UFSCar. Entretanto o impacto dessas pesquisas e a relevância que assumira para TO produziram crises em relação ao objeto de trabalho e a identidade profissional do terapeuta ocupacional. Essas crises foram essenciais para o debate em torno da constituição da TO no Brasil, não apenas no estado de São Paulo.

Observa-se que a crítica produzida, pelos autores supracitados, caminha na direção de apontar o materialismo histórico como a forma de pensar e agir mais adequada ao terapeuta ocupacional brasileiro. Para eles, essa forma de pensar e agir poderia oferecer aportes teóricos capazes de orientar o exercício profissional na direção a resolução dos problemas do homem leigo que constitui a população alvo da TO. Como aponta Medeiros (2003) em relação aos modelos emergentes de TO,



Seria prematuro, no caso brasileiro, indicar uma tendência única emergente. Mas não se pode ignorar os estudos atuais desenvolvidos sobretudo em algumas universidades e nas práticas transformadoras do Sistema Único de Saúde atual, que se esforçam por sistematizar um modelo que tenha como pressuposto uma concepção materialista histórica do homem e da sociedade. [...] Os terapeutas ocupacionais assumiriam, no caso, a perspectiva dos dominados, cientes de que a ciência e a educação foram frequentemente realizadas segundo os interesses da classe dominante, pondo-se assim a seu serviço. (MEDEIROS, 2003, p. 59)

Aos poucos o discurso inovador foi se tornando hegemônico no espaço da formação profissional, motivada pela produção e reprodução desse conhecimento. As práticas em TO que a ele não se afiliaram, foram sendo inquiridos e posicionados na marginalidade, em relação ao modelo materialista histórico.

Uma breve revisada das produções de dissertações e teses defendidas por terapeutas ocupacionais, em sua maioria afiliados às instituições de ensino, publicadas entre 1980 e 1990 evidenciará que esse discurso se tornou hegemônico na TO. Na atualidade esse discurso, em parte, pode ser reconhecido na perspectiva da *Terapia Ocupacional Social*, que se vincula a especialidade de Contextos Sociais, regulamentada pelo COFFITO em 2009.

Isso só aponta para um certo discurso que, em um primeiro momento criticou aquele que, em especial na década de 1970 e 1980, foi entendido como discurso hegemônico no campo da TO no Brasil, representado em especial pelas perspectivas oriundas das especialidades médicas (psiquiatria e as ligadas à reabilitação física).

Na virada do século XX para o XXI, o avanço na produção e reprodução de conhecimento no campo da TO, baseado no discurso inovador que se posicionou, em especial na década de 1990, de forma contra hegemônica, aumentou o capital simbólico daqueles que proferiam tal discurso a ponto de lhes conferir uma certa posição hegemônica quando se trata de se dizer da TO, em especial quando se propõem a tratar de questões sociais.

Algumas questões para o momento: é o materialismo histórico a única perspectiva teórica para o estudo das questões sociais? São as questões sociais a questão de primeira ordem do objeto de trabalho dos terapeutas ocupacionais ou uma das questões que estão em relação de interdependência com demais questões que envolve o objeto de trabalho destes profissionais? Os terapeutas ocupacionais ao assumir para si a defesa das minorias (populações com privação de direitos humanos e sociais) conseguiu estabelecer uma aliança com estas minorias a ponto de construir uma abordagem singular capaz de lhe atribuir uma identidade profissional? Ou ao contrário fez da defesa dessa minorias sua única bandeira a ponto de se confundir com essa bandeira com o seu processo de profissionalização? Até que ponto as críticas aos modelos positivista e humanista avançaram na elucidação do objeto de

estudo e de trabalho do terapeuta ocupacional, por meio da produção de conhecimentos e práticas em TO? São questões que estão colocadas.

Reconhece-se que parte das críticas às perspectivas da Reabilitação Física e a Psiquiatria foram importantes para as mudanças no processo de formação profissional, no sentido de apontar para a necessidade de se considerar a realidade brasileira como ponto de partida para análise e intervenção profissional. Um exemplo são as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em TO (DCNTO), aprovadas em 2002, e que propôs uma formação generalista, crítica e reflexiva. Mas, a crise entre as três formas de pensar e agir em TO manteve-se na arena, em que as práticas ditas positivistas, em especial, sofreram um ataque por parte da academia.

Observar-se que, o primeiro currículo específico para formação de terapeutas ocupacionais aprovado em 1983, entre outros aspectos aponta para: identificação do terapeuta ocupacional como profissional da saúde, tendo como meta a promoção da saúde e a qualidade de vida – finalidade da ação profissional (HAHN; LOPES, 2003, p. 130). Já as DCNTO, em relação à meta da ação profissional propõe que a formação de graduação deve dotar o terapeuta ocupacional de habilidade e competências que lhe permita:

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. (BRASIL, 2002, p. 02).

Nas DCNTO, a emancipação e autonomia dos atendidos são os principais objetivos. Esses dois termos estão diretamente vinculados ao discurso materialista histórico que estava em ascensão na TO da década de 1990. E quais são os outros objetivos? Por que eles não são enunciados? Ou ainda qual é o objetivo central? Acredito que os “outros objetivos” omitidos no texto desse item tem a ver com a perspectiva da Reabilitação Física e Saúde Mental. Ademais uma análise pormenorizada do texto da DNTTO revela a tensão entre as três perspectivas que orientava a formação e o exercício profissional. Por exemplo, no item IV do art. 5º da DCNTO – que trata das competências e habilidades específicas do terapeuta ocupacional – pode se notar que relações *saúde-sociedade* e de *exclusão-inclusão social* formam pares para emoldurar na primeira a perspectiva da Reabilitação Física e Saúde Mental e na segunda a perspectiva dos Contextos Sociais.

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; (BRASIL, 2002, p. 02).

É como se no par *saúde-sociedade* não estivesse contemplada a questão da *exclusão-inclusão social* e vice-versa. Do ponto de vista da população historicamente atendida pelos terapeutas ocupacionais, estes pares são interdependentes; portanto, desnecessário o uso da expressão “como também” para situar, destacar o par *exclusão-inclusão social*. As três perspectivas da TO possuem forma de avaliar e intervir em problemas do homem leigo que estão relacionados ao par *exclusão-inclusão social*, enquanto problema–e–solução. É nesse contexto das DCNTO emergiu quarta geração de TO e foi a partir dele que profissionais e estudantes passaram a se intitular de profissional da saúde e profissional do social. Aqui surge uma espécie de “dupla identidade profissional” do terapeuta ocupacional ou identidade híbrida. Ainda que não seja a intenção aqui aprofundar a discussão, vale a pena pontuar que conforme aponta Stuart Hall: “O próprio conceito com o qual estamos lidando, ‘identidade’, é demasiadamente complexo, muito pouco desenvolvido e muito pouco compreendido na ciência social contemporânea para ser definitivamente posto à prova. (HALL, 2005, p. 8)

Retomando a questão central – a regulamentação de especialidades no âmbito do COFFITO – é em meio as lutas travadas em torno de se ter ou não especialidades em TO que emerge a quarta geração. Nesse período *reducionismo/positivismo* e *especialidades* compõem faces de uma mesma moeda para os terapeutas ocupacionais que a partir da perspectiva do materialismo histórica se opõem à perspectiva positivista, e até por vezes, à perspectiva do humanista. O contraditório é que, mais recentemente terapeutas ocupacionais da perspectiva do materialismo histórico, e que, por vezes se intitulam como profissionais do social estão em vinculados à especialidade dos Contextos Sociais. Essa especialidade não enfrentou o embate para sua criação, neste momento, ao contrário foram representantes do pensamento materialista histórico e dialético, que ocupam posição de destaque na área de TO no Brasil, que subsidiaram representantes oficiais da TO no âmbito do sistema de conselhos no processo de elaboração da resolução que disciplina tal especialidade.

Por fim, o comportamento crítico aos modelos positivistas e humanistas, que se viu nas décadas de 1980 e 1990, se assemelham ao comportamento crítico em relação às práticas das décadas de 1950-1970. Parece que os terapeutas ocupacionais em certa medida têm dificuldades no presente em re-significar o passado da profissão rumo ao futuro, de forma a atualizar a sua identidade profissional e seu objeto de trabalho. Por exemplo, ao criticar as práticas que foram desenvolvidas sob a orientação de modelos positivistas (cinesiológico, neurológico e psicanalítico) e humanistas parecem desconsiderar métodos e técnicas que

constituíram o avanço técnico-científico em cada época, no sentido de dar-lhe uma roupagem nova.

Feito a análise acerca das resoluções que tratam da regulamentação da TO e da Fisioterapia, no período de 1978 a 2000, apresenta-se a seguir os dados de Censos da Educação Superior produzido pelo Instituto Nacional de Educação e Pesquisa Anísio Teixeira (INEP).

### 7.3. IMPACTOS DA REGULAMENTAÇÃO PROFISSIONAL NA EXPANSÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

A partir das questões que foram apresentadas nos tópicos anteriores acredita-se que a escassez de resoluções para tratar do exercício profissional do terapeuta ocupacional trouxe impactos negativos para o desenvolvimento da TO no país. Também impactou negativamente a elaboração da identidade profissional e do objeto de trabalho da TO. Desta forma, a seguir apresenta um panorama geral da formação profissional da TO no Brasil, de forma comparada com a Fisioterapia, no que diz respeito ao número de cursos, de matrículas e concluintes.

Para estrutura esta terceira parte da análise utilizou-se dos dados relativos aos censos de 1995 e 2000<sup>252</sup>, em relação aos cursos de graduação de Fisioterapia e TO e o número de concluintes desses cursos, coletados das Sinopse dos respectivos censos. Espera-se que a apresentação desses dados permita a compreensão de possíveis relações de interdependências entre o processo de regulamentação profissional e a criação de novos cursos e a expansão das profissões no país, no que diz respeito ao aumento numérico de profissionais, egressos dos cursos de graduação.

Essa análise parte de dois pontos principais: a expansão dos cursos e o crescimento da população em ambos campos profissionais. Vale lembrar que o número no início da década de 60 apenas dois cursos foram reconhecidos como oficiais para a formação de terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas ocupacionais no Brasil. É com base nesses cursos que a formação profissional se expande para as regiões brasileiras.

Em relação ao número de cursos, no ano de 1995 havia no Brasil 16 cursos de graduação em Terapia Ocupacional e 63 de Fisioterapia, distribuídos por instituições de ensino superior (IES) públicas e privadas. No ano de 2000, o número de cursos de TO elevou-se para 27 e o de Fisioterapia para 177, conforme a tabela 03.

---

<sup>252</sup> Optou-se por iniciar tal análise a partir de 1995, pois é quando se publica o primeiro Censo de Educação Superior pelo INEP.

TABELA 03 - NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995 E DE 2000.

Curso de Graduação	Total	1995		Total	2000	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	16	5	11	27	6	21
Fisioterapia	63	17	46	177	27	150
Total	79	22	57	204	33	171

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

De imediato observa-se que, de dois cursos criados no final da década de 1950, a Fisioterapia avança para 63 curso em 1995 e a TO para apenas 16 cursos, no mesmo período. Considerando o total de 79 cursos das duas áreas, no ano de 1995, os de TO representavam aproximadamente 20% e os de Fisioterapia 80%. No ano de 2000, considerando o total de 204 cursos das duas áreas, os de TO representavam aproximadamente 13% e os de Fisioterapia 87%.

É evidente a discrepância entre o número de cursos de TO e de Fisioterapia no país, em 1995 e 2000. No período de 1995 a 2000, observa-se uma queda no número de cursos de TO em relação aos de Fisioterapia.

Comparando a expansão dos cursos no período de 1995 a 2000, foram criados 11 cursos de TO e 114 de Fisioterapia. Isso equivale a uma expansão aproximada de 40% no número de curso de TO e de 64% no de Fisioterapia, considerando o número de cursos existentes em 2000, 27 e 177, respectivamente.

Em relação à organização administrativa das instituições que oferecem os cursos de graduação em TO e Fisioterapia, há uma predominância de instituições de caráter privado.

Em 1995, 31% dos cursos de TO estavam alocados em instituições públicas e 69% em instituições privadas. No caso da Fisioterapia, 27% estavam alocados em instituições públicas e 73% em instituições privadas.

Em 2000 22% dos cursos de TO estavam alocados em instituições públicas e 78% em instituições privadas. No caso da Fisioterapia 15% estavam alocados em instituições públicas e 85% em instituições privadas

A expansão dos cursos de ambas as áreas se deu de forma predominante para as instituições de caráter privado. No período de 1995 a 2000, foi criado 01 de curso de TO em instituição pública e 10 em instituições privadas. No caso da Fisioterapia foram criados 27 cursos em instituições públicas e 150 em instituições privadas.

Isso equivale a uma expansão aproximada de 16% no número de curso de TO em instituição pública e 48% em privadas, e no caso da Fisioterapia 37% em públicas e 69% em privadas, considerando o número de cursos de TO e Fisioterapia existentes em 2000, em cada tipo de organização administrativa.

Considerando os dados supracitados, observa-se que, houve uma tendência para o ensino da graduação predominantemente em instituições de ensino superior de caráter privado, tanto em TO quanto em Fisioterapia. Esse dado é relevante na medida que ele pode indicar a baixa produção científica da TO, visto que as instituições privadas não possuem uma obrigatoriedade em integrar ensino-pesquisa-extensão.

O número de cursos de graduação existentes em 1995 e sua expansão no período de 1995 a 2000, influenciou, conseqüentemente, a discrepância entre o número de concluintes de curso de TO e de Fisioterapia, conforme tabela 04:

TABELA 04 - NÚMERO DE CONCLUINTE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.

Curso de Graduação	Total	1995		Total	2000	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	192	77	115	381	96	285
Fisioterapia	2114	425	1.689	5085	859	4226
Total	2306	502	1804	5466	955	4511

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

Considerando o total de 2306 concluintes, somatória das duas áreas, no ano de 1995, os de TO representavam aproximadamente 8% e os de Fisioterapia 92%. No ano de 2000, considerando o total de 5466 concluintes, somatória das duas áreas, os de TO representavam aproximadamente 7% e os de Fisioterapia 93%.

A discrepância entre o número de concluintes de TO em relação aos de Fisioterapia é alarmante. Observa-se uma queda no número de concluintes de curso de TO em relação aos de Fisioterapia, no período de 1995 a 2000.

Comparando o aumento no número de concluintes por curso, no período de 1995 a 2000, observa um aumento, no ano de 2000, de 189 concluintes de cursos de TO e 2971 de Fisioterapia. Isso equivale a um aumento aproximado de 47% no número de concluintes de curso de TO e de 58% no de Fisioterapia, considerando o número de concluintes em 2005, 381 e 5085, respectivamente.

Em relação à organização administrativa das instituições dos concluintes dos cursos de graduação em TO e Fisioterapia, observa-se uma predominância de concluintes oriundos de instituições de caráter privado.

Em 1995, 40% dos concluintes de cursos de TO são oriundos de instituições públicas e 60% de privadas. No caso da Fisioterapia, 20% são oriundos de instituições públicas e 80% de privadas.

No ano de 2000, 25% dos concluintes de cursos de TO são oriundos de instituições públicas e 75% de privadas. No caso da Fisioterapia 17% são oriundos de instituições públicas e 83% de privadas.

Observa-se a predominância de concluintes oriundos de ambos os cursos de instituições privadas, devido a existência de um número maior de cursos em instituições de ensino superior com este tipo de organização administrativa.

Esses dados apontam para configuração do campo da TO e da Fisioterapia, no período. Também aponta para o campo lutas que se formou a partir dessa configuração, onde a segunda geração de TO ocupou uma posição frágil, subalterna, em relação à Fisioterapia, em especial, no que diz respeito a assumir o monopólio das práticas em Reabilitação Física. Tendo em vista a aprovação da especialidade Neuro-Funcional para a Fisioterapia.

Assim, conclui-se que, os dados apresentados podem indicar evidências da relação de interdependência entre a expansão dos cursos e de concluintes com o processo de regulamentação da TO e Fisioterapia pelo COFFITO. Esses dados também podem ser indicativos do resultado, a longo prazo, da postura assumida pelo COFFITO, por meio das motivações de seus conselheiros, na regulamentação de ambas profissões, desde a sua criação até o ano 2000.

A predileção do COFFITO em regulamentar a Fisioterapia pode ser considerada uma estratégia utilizada, seja internamente ou externamente, para posicionar a Fisioterapia no mundo do trabalho, de modo a potencializar a tomada posições favoráveis aos interesses dos fisioterapeutas, por vezes em detrimento dos interesses dos terapeutas ocupacionais.

Acredita-se que, essa estratégia do COFFITO, também, findou por influenciar os processos formativos, desde a construção de projetos pedagógicos dos cursos de graduação até o direcionamento dos concluintes em suas carreiras, tendo em vista a inserção no mundo do trabalho.

E mais, esses dados, demonstram a posição frágil da TO no campo de lutas, tanto no mundo acadêmico (produção e reprodução do conhecimento) quanto no mundo do trabalho

(prática profissional). Os problemas que daí surgiram, em síntese, reverberaram na elaboração da identidade profissional dos terapeutas ocupacionais.

Se por um lado apenas a organização formal não é capaz de produzir um reconhecimento social de uma profissão, por outro, a falta dessa organização pode se constituir em uma barreira para consolidação de uma identidade profissional. É ela que, em certa medida, motiva e orienta as ações dos profissionais nas interações no espaço social.

O que se pode apontar como resultado de tal vinculação, no momento, é que ela contribuiu para diminuir as possibilidades dos terapeutas ocupacionais se tornarem árbitros do seu próprio trabalho. Isto é, não assumiram uma posição de destaque no controle e determinação da essência de seu trabalho no mundo do trabalho: de um lado, os médicos na divisão do trabalho de cura, e do outro lado, os fisioterapeutas no processo de regulamentação profissional via conselho de classe.

Esse entrave, em certa medida, pode explicar a dificuldade da TO na elaboração de uma identidade própria ancorada em um objeto de trabalho definido. Dessa forma, as gerações de terapeutas ocupacionais entraram num campo de lutas em busca de sua regulamentação e autonomia profissional, e nele persiste com escassos avanços.

É preciso pontuar que essa autonomia é sempre relativa. Por autonomia relativa entende-se que as práticas e os profissionais ocupam sempre uma posição que é relacional. Partindo das ideias de Pierre Bourdieu, entende-se que, é o capital simbólico da TO e do terapeuta ocupacional que determina a sua maior ou menor autonomia. O capital simbólico, pode ser entendido como resultado do processo de lutas que os profissionais e a profissão concentram, a partir do êxito nas lutas que travaram no espaço social (BOURDIEU, 1996).

Por exemplo, a terapêutica ocupacional nas décadas de 1940, 1950 e 1960, esteve dotada de um reconhecimento social que garantiu aos médicos e aos práticos um poder simbólico. O poder simbólico conferido à terapêutica ocupacional permitiu aos práticos a elaboração de uma identidade profissional. Essa identidade profissional foi elaborada a partir do entendimento da terapêutica ocupacional como um recurso coadjuvante no tratamento médico. As formas de compreensão desse recurso e, que mais tarde tornou-se objeto de trabalho da TO.

No caso da segunda geração de TO, a sua autonomia, baseada no poder simbólico, perpassa o processo de regulamentação profissional. O campo de lutas que se instaurou, e permanece, entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, no que diz respeito à regulamentação profissional, teve como base de motivação o reconhecimento social das



práticas de Reabilitação Física, em especial. A partir desse reconhecimento travou-se a luta pelo seu monopólio.

Acrescentando a análise as ideias Freidson (2009), em torno do processo de profissionalização, a participação do homem leigo nesse processo é primordial. Assim, profissionais/profissão produzem crenças, desenvolvem rotinas e criam expectativas de forma compartilhada com o homem leigo. É através dele que uma prática alcança o reconhecimento social. O profissional que é identificado como possuidor das habilidades e competências para o seu exercício aumenta suas chances para alcançar o seu monopólio.

Dessa forma, uma profissão para ser reconhecida socialmente precisa resolver os problemas práticos do homem leigo. Seus profissionais precisam demonstrar, por meio de suas habilidades e competências, ou seja, o objeto de trabalho com o qual se identifica e deseja ser identificado é capaz de solucionar tais problemas. Ao contrário, profissão e profissionais estarão numa posição é frágil, subalterna em relação àquelas que logrou êxito nessa tarefa.

Isso é, ela estará sempre numa função de complementariedade àquela que triunfou na luta, isto é, aquela que conseguiu resolver o problema prático do homem leigo, da sociedade. Assim o capital simbólico do terapeuta ocupacional e da TO, é dependente do capital simbólico, acumulado ao longo do tempo, por suas gerações, e que lhes permitem tomar posição no espaço social.

### 7.3.1 Formação em Terapia Ocupacional no Brasil - 1995 a 2015

O panorama que se apresenta a seguir busca demonstrar a posição que o curso de graduação em TO ocupa na Educação Superior no Brasil, no nível da graduação. Desta forma, inicialmente apresenta-se dados da Educação Superior no Brasil de forma geral, resultado da pesquisa documental na homepage do INEP em relação às Sinopses da Educação Superior - Graduação dos anos: 1995, 2000, 2005, 2010 e 2015<sup>253</sup>. Não é intenção aqui uma análise quantitativa desses dados, mas apresentá-los como mais um dos elementos que auxiliam na contextualização e compreensão de questões apontadas até aqui acerca das relações de interdependências entre a formação profissional, a regulamentação das profissões, o exercício profissional.

---

<sup>253</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Superior 1995, 2000, 2010, 2015.** (INEP, 2017).

Em seguida será apresentado os dados relativos a Área de Saúde e Bem-estar Social, na qual o curso de graduação em TO está posicionado.

Conforme apontou-se anteriormente o ensino superior é ofertado predominantemente em instituições de ensino superior (IES) privadas. O crescimento das IES públicas no período de 1995 a 2015 não conseguiu mudar essa realidade, conforme evidencia os dados da Tabela 05. Vale ressaltar que em relação aos cursos de graduação em TO das IES, estes passam por dificuldades em manter a oferta de vagas. Muitos deles estão sob ameaça de fechamento. Uma das explicações para a baixa procura pelo curso foi a falta de reconhecimento social da profissão.

TABELA 05 - NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), SEGUNDO A CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES

Censo	Total	Pública	Privada
Ano 1995	894	210	684
Ano 2000	1180	176	1004
Ano 2005	2165	231	1934
Ano 2010	2378	278	2100
Ano 2015	2364	295	2069

Fonte: INEP (1995; 2000; 2005; 2010; 2015); tabela elaborado pelo autor.

Em relação à distribuição da IES pelas região do país, a região sudeste concentra o maior número de IES, conforme tabelas 06 e 07. Como apontado em capítulos anteriores essa região é o berço da formação em TO no Brasil. No período de 1995 a 2000 observa-se que a região sul está na segunda posição no número de IES, entretanto, considerando o Relatório da Comissão de Especialista da área de Terapia Ocupacional<sup>254</sup>, a região sul e nordeste ocupam a segunda posição no número de IES que ofertam o curso de graduação em TO (MEC, 1997). Dos 16 cursos existentes, nove estão na região sudeste, três na região sul, três na região nordeste e um na região norte (MEC, 1997).

<sup>254</sup> Indicadores de Áreas do Conhecimento - Descrição da Área de Terapia Ocupacional (MEC, 1997)

TABELA 06 - NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES

Região Brasileira	Total	1995		Total	2000	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Norte	31	12	19	46	11	35
Nordeste	92	38	54	157	44	113
Sudeste	561	89	472	667	72	595
Sul	120	38	82	176	34	142
Centro-Oeste	90	33	57	134	15	119
Brasil	894	210	684	1180	176	1004

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

No período de 2000 a 2005, observa-se uma aceleração no crescimento do número de IES no Brasil em relação aos outros períodos. Em relação a criação de novos cursos de graduação de TO essa aceleração é observada no período de 2005 a 2010, nas IES públicas em decorrência no Programa Reuni.

TABELA 07 - NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES

Região Brasileira	Total	2005		Total	2010		Total	2015	
		Pública	Privada		Pública	Privada		Pública	Privada
Norte	122	16	106	146	25	121	150	24	126
Nordeste	388	60	328	433	64	369	456	66	390
Sudeste	1051	98	953	1169	131	1038	1118	151	967
Sul	370	39	331	386	41	345	405	35	370
Centro-Oeste	234	18	216	244	17	227	235	19	216
Brasil	2165	231	1934	2378	278	2100	2364	295	2069

Fonte: INEP (2005; 2010; 2015); tabela elaborado pelo autor.

Em relação às áreas de conhecimento, o curso de graduação em TO, até 1999, esteve alocado na Área das Ciências da Saúde. A partir do ano 2000, com a modificação na denominação das áreas de conhecimento e na forma de distribuição dos cursos de graduação, pelo INEP, o curso de TO foi alocado na Área Saúde e Bem-Estar Social. A mudança proposta pelo INEP fez com que houvesse uma reorganização dos cursos de graduação por área de conhecimento, que passou a ser entendida como “Área Básica de Cursos”, como por exemplo, a psicologia passou a integrar a Área de Ciências Sociais. A Área Saúde e Bem-Estar Social está composta por cursos tradicionalmente conhecidos como das Ciências da Saúde e foram vinculados a essa áreas outros cursos como o de Serviço Social. Historicamente a área Saúde e Bem-Estar Social vem ocupando a quarta posição no número de cursos de graduação ofertados. Em relação às dados dos cursos por Área Básica de Curso,

para o momento apresenta-se apenas os dados relativos a Sinopse da Educação Superior de 2015; os dados das sinopses dos demais períodos encontram-se no anexo 10.

TABELA 08 - NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTEs, VAGAS OFERTADAS, INSCRITOS, INGRESSOS E MATRÍCULA, SEGUNDO A ÁREA BÁSICA DE CURSOS

Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e/ou Cursos	Total Censo 2015					
	Cursos	Concluintes	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos	Matrícula
Área Básica de Cursos	0	0	21.955	338.374	19.695	29.074
Educação	7.005	152.794	512.527	1.987.411	243.044	907.926
Humanidades e Artes	1.543	28.481	120.462	324.892	52.372	165.664
Ciências Sociais, Negócios e Direito	9.347	390.831	1.409.207	4.027.889	715.166	2.502.904
Ciências, Matemática e Computação	3.227	55.956	318.258	1.018.962	141.142	424.772
Engenharia, Produção e Construção	4.879	102.870	646.187	2.354.013	347.908	1.214.363
Agricultura e Veterinária	950	22.367	78.528	620.680	59.455	212.682
Saúde e Bem-Estar Social	3.997	139.173	537.051	2.992.165	321.522	1.060.865
Serviços	1.080	23.891	110.109	361.736	43.874	115.295
<b>Total</b>	<b>32.028</b>	<b>916.363</b>	<b>3.754.284</b>	<b>14.026.122</b>	<b>1.944.178</b>	<b>6.633.545</b>

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (2015); tabela elaborado pelo autor.

Tendo apresentado os dados gerais da Educação Superior no Brasil, no que concerne ao número de IES e à distribuição dos cursos de graduação pelas Áreas Básicas de cursos, a seguir a apresentação dos dados se concentrará na Área Saúde e Bem-Estar Social. Os cursos de graduação desta área distribuídos em oito Áreas Detalhadas. E o curso de TO está alocado na área Terapia e reabilitação.

QUADRO 15 - ÁREAS DETALHADAS E PROGRAMAS E/OU CURSOS DA ÁREA BÁSICA SAÚDE E BEM-ESTAR, CONFORME A SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR 2015

<b>SAÚDE E BEM-ESTAR SOCIAL</b>
Enfermagem e atenção primária (assistência básica) inclui: Enfermagem
Farmácia inclui: Análises toxicológicas; Farmácia; Farmácia de manipulação; e Farmácia industrial
Medicina inclui: Ciência Médica; Medicina
Odontologia inclui: Odontologia
Saúde (cursos gerais) inclui: Educação Física; Naturologia; Saúde (programas ou cursos gerais); Saúde Pública
Serviço social e orientação inclui: Serviço Social
Tecnologias de diagnóstico e tratamento médico inclui: Tecnologia de radiologia; Tecnologia oftálmica.
Terapia e reabilitação inclui: Fisioterapia; Fonoaudiologia; Nutrição; Optometria; Quiroprática; Terapia Ocupacional

Fonte: INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISA EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA (2015); quadro elaborado pelo autor.

Tendo localizado os cursos que compõem a Área Básica Saúde e Bem-Estar Social, e considerando o que foi apresentado até aqui sobre a formação, regulamentação e o exercício profissional em TO, optou-se por apresentar apenas os dados dos seguintes cursos de: TO, Fisioterapia e Medicina pelas relações de interdependência mais marcantes; o curso de Serviço Social por questões do exercício profissional no âmbito do Sistema Único de Assistência Social na atualidade; e por fim, o de Optometria por conta dos ortoptistas compor juntamente com os terapeutas ocupacionais uma família de ocupação da CBO-2002. Além desses cursos foi inserido dados do curso de graduação em Psicologia que pertence a Área Básica Ciências Sociais, Negócios e Direito, pelas fronteiras do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional com o objeto de trabalho dos psicólogos, em especial na perspectiva da Saúde Mental. A finalidade da apresentação desses dados é para permitir um panorama dos cursos de TO em comparação aqueles cursos. O panorama foi estruturado apenas a partir dos dados relativos ao número de cursos, vagas oferecidas, matrículas e concluintes.

No período de 1995 a 2000 observa-se que o curso de TO tem um número relativamente baixo. O curso de Optometria é o que possui o menor número e se mantém assim até 2015. O curso de Serviço Social é o que tem o maior crescimento no período seguido do curso de Fisioterapia, e essa posição se mantém nos demais períodos. Observa-se que nesse período os cursos de TO e Fisioterapia tem um crescimento exponencial na IES privadas.

TABELA 09 - NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995 E DE 2000.

Curso de Graduação	1995			2000		
	Total	Pública	Privada	Total	Pública	Privada
Terapia Ocupacional	16	5	11	27	6	21
Fisioterapia	63	17	46	177	27	150
Medicina	85	52	33	100	52	48
Serviço Social*	34	219	125	94	31	63
Ortótica/Optométrica	2	1	1	2	0	2
Demais Cursos	486	244	242	742	227	515
Total da Área da Saúde e Bem-Estar Social	652	538	458	1142	343	799
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	115	36	79	181	38	143

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

No período de 2005 a 2010 observa-se um crescimento no número de curso de TO e Fisioterapia em IES públicas. No caso da TO, o número de cursos em IES privada

praticamente se mantém, diferentemente da Fisioterapia que continua crescendo no número de cursos nas IES privadas.

TABELA 10 - NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO DE 2005 E 2010.

Curso de Graduação	Total	2005		Total	2010	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	46	9	37	54	18	36
Fisioterapia	379	38	341	503	64	439
Medicina	149	69	80	181	78	103
Serviço Social*	193	44	149	333	63	270
Ortótica/Optométria	3	0	3	3	0	3
Demais Cursos	1510	294	1216	2339	518	1821
Total da Área da Saúde e Bem-Estar Social	2280	454	1826	3413	741	2672
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	309	52	257	538	110	428

Fonte: INEP (2005; 2010); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

No período de 2010 a 2015, observa-se que há um aumento no número de curso de TO em IES públicas e uma queda no número desses cursos em IES privada. Ao contrário, na Fisioterapia houve aumento em ambas as IES. No caso da Psicologia, de modo geral se observa um aumento gradativo no número de cursos, em especial nas IES privadas.

TABELA 11 - NÚMERO DE CURSOS PRESENCIAIS, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO DE 2015.

Curso de Graduação	Total	2015	
		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	48	21	27
Fisioterapia	560	68	492
Medicina	266	121	145
Serviço Social*	409	75	334
Ortótica/Optométria	2	1	1
Demais Cursos	2712	527	2185
Total da Área da Saúde e Bem-Estar Social	3997	813	3184
Outra Área do Conhecimento			
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	560	101	459

Fonte: INEP (2015); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Em síntese, os dados sobre o número de cursos de TO revelam que apesar do aumento desse número, de 16 em 1995 para 48 em 2015, ainda é pequeno quando considerado

o número de cursos das demais áreas básicas de curso com as quais a TO mantém relações de interdependência no exercício profissional. Esse dado é relevante na medida em que o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional possui zonas fronteiriças com o objeto da Fisioterapia na Reabilitação Física, com o da Psicologia na Saúde Mental e com o do Serviço Social no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), por exemplo. A desvantagem em número de cursos traz impactos na inserção profissional e na regulação profissional, seja por parte dos conselhos de classe dessa profissão, seja por meio das políticas de trabalho e emprego e dos sistemas brasileiros de saúde, educacional e assistência social. O número de cursos também traz impactos diretos no número de vagas oferecidas, matrículas e de concluintes.

O total do número de vagas oferecidas em Fisioterapia, no ano 2000 é maior que o número de vagas da Medicina. As vagas oferecidas em TO não chegam a 10% do número da oferta em Fisioterapia, no mesmo período. E em relação ao número dos demais cursos da área de Saúde e Bem-Estar, a oferta de vagas em Fisioterapia equivale a mais de ¼. Esses números da Fisioterapia se mantêm em relação ao número de ingresso, conforme a tabela 12.

TABELA 12 - NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.

Curso de Graduação	1995			2000		
	Vagas Ofertadas	Inscrições	Ingressos	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos
Terapia Ocupacional	670	2687	567	1874	5828	1400
Fisioterapia	6098	34961	5825	25555	102801	20443
Medicina	8247	241503	7888	9906	323397	9820
Serviço Social*	14355	65280	13435	8558	33022	6899
Ortótica/Optométria	43	205	41	380	223	146
Demais Cursos	44252	308213	39421	80482	375994	67576
Total da Área Saúde e Bem-Estar	59310	587569	53742	126755	841265	106284
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais:						
Graduação em Psicologia	65.280	13.435	52.587	26186	95744	19214

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de vagas oferecidas, inscritos e ingressos em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

No período de 2005 a 2010, o curso de Fisioterapia continua na liderança em relação ao crescimento no número de oferta de vagas e ingresso. O curso de TO, no mesmo período, representa aproximadamente 5% dos números da Fisioterapia, conforme tabela nº 13.

TABELA 13 - NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANOS DE 2005 E 2010.

Curso de Graduação	2005			2010		
	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos
Terapia Ocupacional	3161	6572	1695	2876	8884	1397
Fisioterapia	61721	108134	30822	71502	111498	26731
Medicina	14661	313683	14283	16468	542007	17563
Serviço Social*	20210	52204	14933	36098	87192	19459
Ortótica/Optométrica	100	86	69	260	285	305
Demais Cursos	212293	542403	138886	289872	628426	144383
Total da Área Saúde e Bem-Estar	312146	1023082	200688	417076	1378292	209838
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	49455	97275	25847	69465	159126	36240

Fonte: INEP (2005; 2010); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de vagas oferecidas, inscritos e ingressos em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Em 2015, o número ingressos em curso de Fisioterapia é o dobro do número de ingressos em curso de Medicina. O número de ingresso em curso de TO é menos que 5% do número de ingressos em Fisioterapia, conforme tabela nº 14.

TABELA 14 - NÚMERO DE VAGAS OFERECIDAS, INSCRITOS E INGRESSOS EM CURSOS PRESENCIAIS, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2015.

Curso de Graduação	2015		
	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos
Terapia Ocupacional	2736	21833	1523
Fisioterapia	85081	284869	49094
Medicina	24777	1124028	24802
Serviço Social*	49428	163992	19011
Ortótica/Optométrica	163	269	48
Demais Cursos	374866	1397174	227044
Total da Área Saúde e Bem-Estar	537051	2992165	321522
Outra Área do Conhecimento			
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	86833	375416	63202

\* O número de vagas oferecidas, inscritos e ingressos em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Fonte: INEP (2015); tabela elaborado pelo autor.

Em síntese, no período de 1995 a 2015, observa-se que: apesar da Medicina possuir o maior número de inscritos, a Fisioterapia possui o maior número de vagas e de ingressos; o número de vagas e ingressos em curso de TO vai gradativamente diminuindo em relação aos números da Fisioterapia; os números do curso de Psicologia se aproximam dos números do



curso de Fisioterapia; e os números do curso de Serviço Social gradativamente foi se aproximando dos 50% dos números da Fisioterapia.

TABELA 15 - NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.

Curso de Graduação	Total	1995		Total	2000	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	1996	693	1.303	4226	857	3369
Fisioterapia	18150	2.989	15.161	55609	5566	50043
Medicina	47934	29.544	18.390	55486	30602	24884
Serviço Social*	19027	9.460	9.567	23080	10244	12836
Ortótica	280	110	170	335	0	335
Demais Cursos	146598	67.815	78.783	184460	59751	124709
Total da Área Saúde e Bem-Estar	214958	101151	113807	323196	107020	216176
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais:						
Graduação em Psicologia	52587	11664	40923	70721	12369	58352

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de matrículas em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

O número de matrículas revela que a população total de estudantes de Medicina e Fisioterapia, no ano 2000, estão equiparadas. A população total de estudantes de TO é menor que 5% em comparação com a população total de estudantes de Fisioterapia. Em relação à população de estudantes de TO, em IES pública privadas, observa-se que a população da IES pública representa aproximadamente 50% da IES privada no ano de 1995 e 25%, no ano 2000.

Em 2005, a população total de estudantes de Fisioterapia ultrapassou a população total de estudantes de Medicina. No período entre 2005 e 2010, a população total de estudantes do curso de TO se mantém aproximadamente 5%, quando comparada à população total de estudantes da Fisioterapia. No período de 2005 a 2010, observa-se uma queda no número da população de estudantes de TO na IES privadas, e um aumento na população de estudantes de TO na IES pública. Uma das explicações para a queda no número da IES privadas pode ser explicado pelo fechamento de cursos nesse período, o aumento na IES pública pode ser explicado na abertura de novos cursos de TO e a expansão do número de vagas nos cursos existentes em virtude do Programa Reuni.

TABELA 16 - NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2005 E 2010.

Curso de Graduação	Total	2005		Total	2010	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	5659	1261	4398	4997	2561	2436
Fisioterapia	102150	7961	94189	99216	10098	89118
Medicina	68834	34908	33926	103312	41054	62258
Serviço Social*	42092	12538	29554	68724	15876	52848
Ortótica	307	0	307	503	0	503
Demais Cursos	403422	74963	328459	541998	439712	102286
Total da Área Saúde e Bem-Estar	622464	131631	490833	818750	509301	309449
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais:						
Graduação em Psicologia	98176	15310	82866	136420	20611	115809

Fonte: INEP (2005; 2010); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de matrículas em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

No ano de 2015, a população total de estudantes de Fisioterapia é maior que a população de estudante de Medicina. Quando comparada às populações totais de estudantes da Fisioterapia e TO, a da TO é menor que 4%. Quando comparada às populações de estudantes dos cursos de TO de IES pública e privada, o número da privada representa aproximadamente 35% da pública.

TABELA 17 - NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DO ANO 2015.

Curso de Graduação	Total	2015	
		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	5376	3987	1389
Fisioterapia	141010	14318	126692
Medicina	127632	48540	79092
Serviço Social*	75931	18766	57165
Ortótica	334	91	243
Demais Cursos	710582	124227	586355
Total da Área Saúde e Bem-Estar	1060865	209929	850936
Outra Área do Conhecimento			
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	223490	26166	197324

Fonte: INEP (2015); tabela elaborado pelo autor.

\*O número de matrículas em cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Considerando-se os dados apresentados até o momento, nota-se o impacto da expansão no número de cursos de Fisioterapia no número de vagas oferecidas, inscritos e na população total de estudantes na Área Básica Saúde e Bem-Estar Social. Ao contrário, os

dados em relação ao curso de TO demonstram que a discrepância entre os cursos de TO e de Fisioterapia foi gradativamente aumentando. Os números dos cursos de TO, em relação aos mesmos aspectos, não acompanharam proporcionalmente o avanço numérico dos cursos de Fisioterapia; ao contrário, em 1995 o percentual que era de 10% caiu para menos de 5% em 2015.

Em relação ao número total de concluintes, o curso de TO dobrou esse número em 2000, em relação a 1995. O número total de concluintes em Fisioterapia, no mesmo período, se aproximou do número total de concluintes do curso de Medicina. Quando comparado ao número total de concluintes do curso de TO em relação ao de Fisioterapia, de Psicologia e do Serviço Social, observa-se que o número da TO é baixíssimo; por exemplo, não chega a 2% em relação ao curso de Psicologia no ano de 1995, e menos de 10% em relação ao curso de Fisioterapia, conforme tabela 18.

TABELA 18 - NÚMERO DE CONCLUINTE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995 E 2000.

Curso de Graduação	Total	1995		Total	2000	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	192	77	115	381	96	285
Fisioterapia	2114	425	1.689	5085	859	4226
Medicina	7622	4.670	2.952	7758	4782	2976
Serviço Social*	2948	1.237	1.711	3442	1537	1905
Ortótica/Optométria	24	6	18	0	0	0
Demais Cursos	22.909	10.967	11.942	26027	10398	15629
Total da Área Saúde e Bem-Estar	32.861	16.145	16.716	42693	17672	25021
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	9730	2063	7667	10714	2199	8515

Fonte: INEP (1995; 2000); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de concluintes do curso de Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Na década de 1990, o exercício profissional em TO, como apontou-se em capítulos anteriores, era orientado pela perspectiva da Reabilitação Física e Saúde Mental. Infere-se que o baixo número de concluintes, em relação aos demais cursos, foi responsável pela escassez de terapeutas ocupacionais no mercado de trabalho. Esta escassez contribuiu para o reconhecimento social da Fisioterapia e Psicologia como profissionais de referências para solução de problemas do homem leigo relacionados à Reabilitação Física e Saúde Mental, respectivamente. Neste sentido, infere-se também que tal escassez contribuiu para que o

objeto de trabalho do terapeuta ocupacional – o uso de ocupações com fins terapêuticos – fosse utilizado por outros profissionais, como o fisioterapeuta e o psicólogo, por exemplo.

A aproximação do número total de concluintes do curso de Fisioterapia com o número total de concluintes do curso de Medicina, no ano 2000, pode ter contribuído para aumentar a interação entre fisioterapeutas e médicos na divisão do trabalho de cura, em especial nas especialidades ligadas à Reabilitação Física e ao campo hospitalar. Neste contexto, a regulamentação pelo COFFITO das especialidades Pneumo-Funcional e Neuro-Funcional para a Fisioterapia, no final da década de 1990, fortaleceu as interações entre médicos e fisioterapeutas. Logo, a escassez de terapeutas ocupacionais no mercado de trabalho, juntamente à regulamentação das especialidades pelo COFFITO, elevou ainda mais o reconhecimento social da Fisioterapia.

Nos anos de 2005 e 2010, o número total de concluintes do curso de Fisioterapia é maior que o número total de concluintes do curso de Medicina, apesar da queda que se observa no ano de 2010, em relação a 2005, conforme tabela nº19. Nesse período, observa-se que as interações entre fisioterapeutas e médicos são marcadas por conflitos. Um exemplo foi a luta travada entre o Conselho Federal de Medicina (CRM) e o COFFITO em torno da regulamentação da prática da acupuntura na divisão do trabalho de cura. O número total de concluintes no curso de Fisioterapia se aproxima do número total de concluintes de curso de Psicologia, que em 1995 e 2000 não chegava a 50%. Em relação ao curso da TO, observa-se um aumento no número de concluintes em IES públicas e uma queda desse número em IES privadas.

TABELA 19 - NÚMERO DE CONCLUINTEs EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 2005 E 2010.

Curso de Graduação	Total	2005		Total	2010	
		Pública	Privada		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	985	202	783	870	319	551
Fisioterapia	15136	1499	13637	16274	1404	14870
Medicina	10004	5131	4873	12982	6176	6806
Serviço Social*	6035	2221	3814	11792	2505	9287
Ortótica/Optométria	37	0	37	112	0	112
Demais Cursos	58413	13873	44540	91767	16385	75382
Total da Área Saúde e Bem-Estar	90610	22926	67684	133797	26789	107008
Outra Área do Conhecimento						
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	16110	3075	13035	18311	3042	15269

Fonte: INEP (2005; 2010); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de concluintes do curso de Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

No período de 2005 a 2010, os terapeutas ocupacionais travaram uma luta para se inserir no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), criado em 2005. O assistente social e o psicólogo são profissionais de referência nesse sistema. A posição desses profissionais é análoga a dos médicos e enfermeiros no sistema único de saúde. A média do número de concluintes do curso de TO, quando comparado ao número de concluintes dos cursos de Serviço Social e Psicologia, não ultrapassa os 20%. Considerando que, nesse período, os terapeutas ocupacionais possuem, minimamente, três perspectivas que orientam o exercício profissional, o número indefinido de concluintes vinculados a perspectiva da TO Social torna a proporção em relação aos concluintes do curso de Serviço Social e de Psicologia menor ainda. Neste sentido, a comparação do número total de concluintes de TO, Serviço Social e Psicologia é indicativo da tensão provocada pela defesa dos terapeutas ocupacionais em ser reconhecidos como profissional do SUAS.<sup>255</sup>

TABELA 20 - NÚMERO DE CONCLUINTE EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO ANO 2015.

Curso de Graduação	Total	2015	
		Pública	Privada
Terapia Ocupacional	883	613	270
Fisioterapia	14505	2210	12295
Medicina	17123	6447	10676
Serviço Social*	12991	2787	10204
Ortótica/Optométria	70	15	55
Demais Cursos	93601	17709	75892
Total da Área Saúde e Bem-Estar	139173	29781	109392

<sup>255</sup> Segundo Almeida et al (2012), “em junho de 2011 a Resolução nº 17 do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS (BRASIL, 2011) – reconheceu as categorias profissionais de nível superior que devem atender às especificidades dos serviços socioassistenciais [...]. Dentre estas, a terapia ocupacional figura como profissão que pode integrar as equipes de referência [...]. Os terapeutas ocupacionais, com toda a razão, comemoraram. [...] essa Resolução trouxe o reconhecimento de uma prática que se efetiva e que se vem aprimorando de modo consistente desde a década de 1970 (SOARES, 1991). [...] a comemoração também se deveu ao fato de que o conteúdo da Resolução CNAS nº 17 de 2011 refletiu a participação organizada da categoria profissional no processo de discussão [...] instalado como forma de atender à Resolução CNAS nº 172, de 2007 (BRASIL, 2007) [...] terapeutas ocupacionais de todo o Brasil, especialmente os que atuam no âmbito da Assistência Social e da Terapia Ocupacional Social, encontraram oportunidades de discutir a complexidade do trabalho no SUAS e o lugar da profissão no contexto atual [...]. A ABRATO – Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais – teve papel fundamental nesse percurso. [...] A Terapia Ocupacional Social (BARROS; LOPES; GALHEIGO, 2007), por sua vez, fundamenta nossa perspectiva crítica [...]. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (2010), por sua vez, a partir da reivindicação da categoria, editou em 2010 a Resolução nº 383, na qual se definiram as competências profissionais da Terapia Ocupacional no âmbito social. A elaboração dessa Resolução contou com assessoria de profissionais de diferentes regiões do Brasil engajados no processo de discussão sobre a implantação do SUAS, tendo sido esse um dos prováveis motivos pelo qual a Resolução se articula coerentemente aos esforços para qualificar as práticas desenvolvidas no campo social.” Para mais detalhes consultar ALMEIDA et al. (2012).

TABELA 20 - NÚMERO DE CONCLUINTEs EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS, POR CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR NO ANO 2015.

Curso de Graduação	Total	(continuação e conclusão) 2015	
		Pública	Privada
Outra Área do Conhecimento			
Ciências Sociais: Graduação em Psicologia	23285	3873	19412

Fonte: INEP (2015); tabela elaborado pelo autor.

\* O número de concluintes do curso de Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Conforme tabela 20, no ano de 2015, observa-se que o número de concluintes de curso em TO, nas IES privadas, caem praticamente pela metade. Esse dado está relacionado ao fechamento de cursos de TO em IES dessa categoria administrativa. Quando comparado o número total de concluintes do curso de TO, ao do curso de Fisioterapia, observa-se que o número da TO é menor que 10%. Quando se compara o número total de concluintes do curso de TO com os dados do curso do Serviço Social e de Psicologia, o curso de TO não atinge 5%. Em relação ao número total de concluintes de curso de Fisioterapia, discreto crescimento não foi o suficiente para mantê-lo à frente do número total de concluintes da Medicina.

Concluindo, os dados apresentados auxiliam na compreensão de questões que envolvem a formação, o exercício e a regulamentação da TO frente ao cenário da educação superior no Brasil. Comparando os dados do curso de TO com os dos cursos de Fisioterapia, de Psicologia e de Serviço Social, observa-se que o curso de TO possui um número baixíssimo em relação ao daqueles cursos.

Ao se considerar a relação entre as perspectivas da Reabilitação Física, da Saúde Mental e dos Contextos Sociais, que orientam os terapeutas ocupacionais na formação e no exercício profissional, com perspectivas da Fisioterapia, da Psicologia e do Serviço Social, respectivamente, fica em evidência o desafio que está colocado para os terapeutas ocupacionais no que diz respeito à negociação das práticas em torno do uso da ocupação com fins terapêuticos, seja na divisão do trabalho de cura, ou na divisão do trabalho socioassistencial. De fato, uma determinada ocupação pode se constituir em exercício físico, em espaço para subjetivação individual ou coletiva e em possibilidade de inserção social.

Neste sentido, o conjunto de dados das Sinopses da Educação contribuem no sentido de fornecer elementos para se pensar os desafios enfrentados pelos terapeutas ocupacionais no Brasil na atualidade para atualização sua identidade profissional, bem como para o resgate de seu objeto de trabalho no sentido de torná-lo transparente no espaço social. Esse conjunto de

dados aponta ainda para as perspectivas futuras para TO no Brasil, em termo de formação profissional, regulamentação profissional e inserção e atuação no mercado de trabalho.

No próximo capítulo são apresentadas as percepções de estudantes e terapeutas ocupacionais acerca de da formação profissional, do exercício profissional e das organizações profissionais.

## 8 PROFISSÃO, MOTIVAÇÕES E PERCEPÇÕES

Os indivíduos, ao optarem por prestar vestibular para um determinado curso de graduação, partem de percepções que possuem acerca de uma profissão e de sua vinculação com a expectativa futura em termos de carreira profissional. Ao ingressar no curso de graduação, os indivíduos iniciam a sua vinculação à profissão a partir do papel de estudante. Por meio do papel de estudante, o indivíduo estabelece interações que contribuem na construção da concepção do que é a profissão e o seu objeto de trabalho. Assim, no decorrer da graduação o estudante inicia a elaboração de sua identidade profissional.

O presente capítulo está estruturado em duas partes. Na primeira, retoma-se a relevância da formação profissional em nível superior para sobrevivência de uma profissão. Ainda na primeira parte, a partir da narrativa de uma terapeuta ocupacional se demonstra como a partir da formação profissional os indivíduos entram em contato com a abordagem singular da profissão e constroem a sua concepção do objeto de trabalho e identidade profissional. Para avançar na discussão do processo de elaboração da identidade profissional, na segunda parte, apresenta-se as motivações para opção pelo curso de graduação em TO e as percepções acerca do exercício profissional.

### 8.1 A ABORDAGEM SINGULAR DE UMA PROFISSÃO: OBJETO DE TRABALHO E IDENTIDADE PROFISSIONAL

A formação profissional<sup>256</sup> se constitui em um dos pilares de uma profissão. Ela contribui para a sobrevivência da profissão, seja pela manutenção, seja pela transformação de seus saberes e práticas. Conforme aponta Coelho (1999), em seu ensaio “As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930”, é por meio da formação profissional, de nível superior, que uma profissão consegue sistematizar, controlar, em termos de produção e reprodução, o seu conhecimento.

Para o referido autor, no sentido sociológico convencional, a educação superior é uma característica inerente às profissões, que, em certa medida, influencia no processo de profissionalização. É por meio desse processo, que uma ocupação adquire o *status* de

---

<sup>256</sup> Utilizo a expressão *formação profissional* para me referir aos processos que envolve a educação profissional com objetivo de preparar indivíduos para o exercício de uma determinada profissão, em uma determinada sociedade.



profissão. Assim, resguardando os aspectos que envolvem a questão de qualificar uma profissão como liberal ou assalariada, em síntese, entende-se por profissão:

uma atividade especializada que requer preparo através de treinamento formal de nível superior, que carrega prestígio social ou intelectual ou ambos, que é praticada de forma autônoma e cuja base de conhecimentos é de natureza predominantemente técnica ou intelectual. (COELHO, 1999, p. 24).

Durand (1975) em seu trabalho intitulado “A serviço da coletividade - crítica a sociologia das profissões”, considera que processo de profissionalização expressa o movimento das ocupações em busca do *ethos*<sup>257</sup> e o modelo organizacional das profissões. Assim,

tomado na acepção anglo-saxônica, *profession* designa ocupação que exige preparo escolar sistemático e prolongado, controle do desempenho individual pelos pares (ou autocontrole) e legitimação da ação profissional em nome de prestação desinteressada de serviço à comunidade, traço usualmente chamado de "ideal de serviço". (DURAND, 1975, p. 59).

O mesmo autor acrescenta que

Neste sentido, *profession* é tomado como um tipo ideal, na acepção weberiana do termo, e supostamente - entende-se - trata-se de processo generalizado pelo qual passam as mais diversas ocupações nascidas da divisão técnica do trabalho, e que, no limite, buscariam regular, legal e eticamente (ou corporativamente), a competição econômica entre seus membros e com outras categorias, suplantando as oposições entre classes sociais. (DURAND, 1975, p. 59).

Freidson (2009), em seu estudo sobre a profissão médica, refere que é preciso entender “a relação entre o conhecimento profissional e seus procedimentos para organização profissional e para o mundo leigo”. Neste sentido, ele advoga pelo entendimento de uma profissão como sendo “um tipo de organização ocupacional onde um certo estado de consciência floresce com capacidade para transformar, se não realmente recriar, a essência do próprio trabalho, a partir de sua posição autorizada na sociedade”. (FREIDSON, 2009, p. 17).

Nesse processo de florescimento de um certo estado de consciência, a profissão desenvolve uma abordagem singular profissional, em relação à natureza da realidade com a qual lida. Isso é, ela “muda a definição e a forma com que os problemas vinham sendo vividos e interpretados pelo leigo. O problema do homem leigo é recriado e gerenciado – outra

<sup>257</sup> Segundo Ribeiro, Gontijo e Lucero (2008, p. 127), o *ethos* se refere a “uma constância no agir contraposta ao impulso do desejo, denotando uma orientação habitual para agir de certa maneira. Ele se desdobra, assim, como espaço da formação do hábito, entendido como disposição permanente para agir de acordo com os imperativos de realização do bem, tornando-se lugar privilegiado de inscrição da *praxis* humana”.

realidade social é criada pela profissão” (FREIDSON, 2009, p. 15). Esse estado de consciência produz mudanças e continuidades nas identidades daqueles que estão afiliados e se afiliam a um determinado grupo ocupacional, assim a identidade profissional se modifica de forma dinâmica e recíproca.

Tomando como base as ideias de Anselm Strauss, no que tange ao processo de mudança e continuidade da identidade profissional – enquanto processo recíproco entre identidades individuais e coletivas<sup>258</sup> – entende-se que o processo interacional é a base onde se desenvolve a abordagem singular profissional. Durante a formação profissional, professores, estudantes, coordenadores de cursos, gestores de serviços, técnicos, entre outros, cooperam para que essa abordagem singular profissional seja constantemente avaliada e atualizada, atualizando as suas próprias formas de pensar e agir, suas próprias visões e divisões do mundo social. Assim, a abordagem singular resulta das interações que determinados indivíduos estabelece entre si, a partir da afiliação simbólica a um grupo ocupacional, de forma recíproca com as estruturas sociais. Nessas interações, eles desempenham diferentes papéis de maneira relacional com as experiências vividas em mundos sociais particulares – fonte de suas motivações para ação-interação nesses mundos, enquanto constituintes de um mundo social global. (STRAUSS, 1999, p. 27).

No caso da profissão de Terapia Ocupacional (TO), toma-se aqui a narrativa de uma terapeuta ocupacional como expediente para evidenciar como essa abordagem singular profissional vai sendo incorporada à identidade profissional. Essa terapeuta ocupacional cursou a graduação na região sudeste no período de 1982 a 1985 e atualmente é professora de um curso de graduação em TO da região Norte do país. Sua narrativa evidencia como os indivíduos que ingressam na formação profissional enfrentam o desafio de negociar o passado da profissão com as expectativas futuras em relação à carreira profissional, num presente

---

<sup>258</sup> De acordo com Anselm Strauss a identidade individual e identidade coletiva se constituem reciprocamente, são interdependentes, nesse sentido, a *identidade* está constituída pela dimensão individual e coletiva. Em sua obra *Espelhos e Máscaras*, publicada em 1959, ressalta a “impossibilidade de entender as identidades individuais sem compreender a atividade coletiva”. Para ele, “a vinculação da identidade individual (igualmente agregada à coletiva), bem como de suas respectivas coreografias temporais – cada uma afetando a outra no tempo – conduz a uma igual associação explícita entre estrutura e a interação. As interações acontecem entre indivíduos, mas os indivíduos também representam – em termos sociológicos – coletividades diferentes e muitas vezes múltiplas que se estão expressando por meio das interações. É claro que as interações entre as coletividades envolvem igualmente atores representativos [...]. Por conseguinte, a estrutura social e a interação estão intimamente associadas, e também afetam reciprocamente uma à outra (novamente) no tempo. Trata-se de uma concepção temporal não só da interação mas também da própria estrutura, sendo essa última moldada pelos atores por meio da interação”. Isto é, Strauss está preocupado com uma faceta da identidade: “o modo pelo qual as pessoas se tornam implicadas com as outras pessoas e são afetadas, e afetam-se mutuamente, por meio dessa implicação” (STRAUSS, 1999, p. 27; 32).

provisório, aberto, mutável, por vezes confusos, contraditório. Ao ser questionada acerca das motivações para cursar TO ela comenta:

[...] Eu poderia resumir isso numa pequena frase: foi o encantamento pela atividade, seu valor terapêutico. Na verdade, eu conheci a Terapia Ocupacional, ainda muito jovem. Naquela fase de indecisão de que curso eu vou fazer, qual vai ser minha profissão. Tive naquela época a oportunidade de acompanhar um primo que fazia acompanhamento de Terapia Ocupacional, em Niterói-RJ, entre os anos de 1980 e 1981. Ele fazia um acompanhamento multidisciplinar: tinha o médico psiquiatra, o psicólogo e a Terapia Ocupacional. Eu ficava na sala de espera e quando ele saía eu perguntava: o que você fez lá dentro? E ele ia me contando das brincadeiras, de tudo que ele fazia. Muitas vezes eu via a terapeuta ocupacional, ela abria a porta entre uma atividade e outra. Eles estavam lá com uns barbantes na mão e brincando, era em grupo. Eu ficava encantada! Eu percebia a melhora que ele estava tendo. E me questionava: como é que a atividade, uma brincadeira modifica a pessoa, que poder, que magia tem por trás da atividade para modificar as pessoas? Como qualquer pessoa curiosa eu comecei a perguntar para as terapeutas ocupacionais. Na verdade, eu não perguntava sobre ele, mas sobre a Terapia Ocupacional. Daí elas me falavam o que era profissão, o que trabalhavam, o que elas objetivavam nas atividades, a atividade enquanto terapia, que a atividade que tratava e que o tratamento estava na atividade. E eu fiquei encantada com isso! Nessa época eu estava no segundo grau, com 16 para os 17 anos, aí eu decidi que era terapeuta ocupacional que eu queria ser. Aí fui descobrir o curso nas duas faculdades que tinha, as coisas foram se encaminhando. Visitei outras instituições também, visitei consultórios particular de terapeuta ocupacional e fui vendo outras áreas de atuação, como por exemplo, a neuropediatria e o trabalho de reabilitação profissional com adultos. Fui gostando cada vez mais, já começava a ver aplicação na família: minha tia tinha problema de artrite, então a atividade fazia isso... Era uma forma de convencimento da família, porque questionavam: que curso é esse que você vai fazer? Porque ninguém sabia. A família nunca foi contra porque só o fato de entrar para uma faculdade na época já era tudo de bom: o que você escolher tá bom, a primeira universitária da família... (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, professora, Região Norte).

Ao optar por cursar a Graduação em Terapia Ocupacional, o indivíduo tem uma vaga noção acerca do que representa a afiliação a um mundo social particular – o da TO. A narrativa apresenta exemplos de como os indivíduos que ingressam no curso de TO entram em contato com a TO, a partir de experiências da vida cotidiana. Durante a pesquisa empírica, não se observou mudanças significativas na forma como se deram os primeiros contatos com a TO, ao longo das últimas quatro décadas. Essas formas de contato – observação do exercício profissional, visitas a serviços que contam com a presença do TO, informações sobre locais onde se oferece o curso de TO – como o *locus* de onde surge a motivação, o ponto de partida para prestar vestibular para o curso de TO.

É por meio do *status* de estudante que os indivíduos iniciam sua trajetória de formação profissional em TO. No início dessa trajetória o encanto dos primeiros contatos vai dando lugar às dúvidas e incertezas. O estudante começa a se dar conta de que há um sistema classificatório complexo, uma mistura de ciências biológicas com ciências humanas e sociais, que de imediato não oferecem elementos para se compreender o que é TO de fato, mas

confundem do que ajudam. As experiências cotidianas se tornam insuficientes para dominar a linguagem da TO, necessário para ser reconhecido como um estudante de TO pelos pares e professores de TO.

[...] Eu não sabia o que eu estudaria, eu tinha uma ideia do que que a Terapia Ocupacional trabalhava, muito superficial. Eu lembro que eu não sabia que ia ter anatomia, no primeiro dia de aula eu fui conhecer o laboratório de anatomia humana, tinha equipes que ficavam responsáveis pelos ossos. E aí eu recebi um saco de osso para levar para casa: por que esses ossos? Eu achava que era atividade que eu estudava, depois eu fui entender que eu tinha que estudar esse homem, esse indivíduo em todos os seus aspectos para depois chegar lá. Eu fui entendendo a essência da Terapia Ocupacional a partir das disciplinas que iam surgindo. Era uma angústia muito grande porque eu queria conhecer a Terapia Ocupacional, até para poder falar mais. Porque as pessoas perguntavam: mais que curso é esse que você faz? O que você vai trabalhar? E eu só sabia daquelas coisas que eu tinha visitado. A gente no primeiro semestre não tinha nenhuma disciplina de Terapia Ocupacional. Aí no segundo semestre tinha uma que era só a história da Terapia Ocupacional, muito pouco, então eu estava angustiada, queria ver a prática. Aí fui tentar fazer estágio logo no segundo semestre. Consegui um estágio de observação na área de saúde mental, muito complicado: eu tinha muito medo dos doentes mentais, não entendia ali a atividade, mas não fazia sentido para mim naquele momento. Eu não conseguia entender o sentido da atividade com eu tinha entendido lá na atuação com crianças excepcionais, com adultos em Reabilitação Física. Com meu primo, eu tinha uma coisa mais palpável, na saúde mental não, me questionava: mas como é essa pintura? Mas eles pegam esses lápis e ficam riscando, mas o que que isso vai ajudar na recuperação dessas pessoas? Como é que isso vai curar? Vai transformar? O terapeuta ocupacional me afirmava que tratava, mas eu não conseguia absorver isso. Eu senti realmente que eu não estava pronta. Eu não tinha estudado nada nem de Terapia Ocupacional, nem de doença mental. Conversei com o terapeuta ocupacional ele chegou à conclusão que realmente não estava na minha hora de um estágio em saúde mental. Aí surgiu uma outra possibilidade de um outro estágio na área de neuropsiquiatria, que fiz no segundo ano, fiquei por dois anos, muito mais tranquilo porque não era tão subjetiva, era mais objetivo, e isso facilitava, dava um sentido maior. Na neuropsiquiatria o uso da atividade eu entendia o porquê, na saúde mental, como a coisa era muito subjetiva, eu não conseguia compreender. Estava muito imatura para isso. É claro que ao longo do curso essa compreensão foi se modificando. Mas hoje eu digo que o que ainda me encanta na Terapia Ocupacional é o poder da atividade, o quanto ela é transformadora, essencial para vida da gente o quanto a gente não vive sem atividade. (TERAPETUA OCUPACIONAL, graduada em 1985, professora, Região Norte).

Para Strauss (1999), “o ato de identificar os objetos, quer físicos, quer humanos, permite a uma pessoa organizar sua ação com referência a esses objetos”. Ao se afiliar ao mundo social particular de uma profissão, o indivíduo modifica a sua forma de pensar e agir, nomeia e é nomeado conforme a linguagem da profissão ao qual se afiliou. Ser identificado como membro autêntico de uma profissão requer a habilidade de nomear, enquanto “um ato de colocação, ou de classificação - do eu e dos outros”—, a partir de um ponto de vista em comum, que lhe permita juntar coisas, que em outras circunstâncias seriam diferentes, e classificá-las, em acordo com o sistema classificatório profissional de forma interrelacionada com outros sistemas classificatórios do mundo social (STRAUSS, 1999, p. 31; 62). Na

narrativa acima, analogicamente, o juntar os ossos, o lápis e os riscos e rabisco, o barbante e as brincadeiras em grupo de forma articulada com a atividade humana, de forma objetiva e subjetiva, no contexto de tratamento da criança e do adulto, em saúde mental, em neuropediatria, são representativos de sistemas classificatórios que os terapeutas ocupacionais precisam dominar e operacionalizar para poder responder: o que é TO. Como aponta Strauss (1999):

o modo como as coisas são classificadas juntas, revela tanto gráfica como simbolicamente a perspectiva do classificador [...]. Qualquer grupo de pessoas que permanece por algum tempo num lugar desenvolve uma “linguagem especial”, um dialeto ou jargão, que representa suas maneiras de identificar aqueles objetos importantes para a ação do grupo. [...] Quando um homem entra em contato com grupos novos para ele e, assim, aprende terminologias novas, suas atribuições de motivos são influenciadas. Ele aprende que existem tipos novos de motivação, se não para si mesmo, pelo menos para os outros. Tendo admitido que existem tais motivos para a ação, muitas vezes está apenas um passo de atribuí-los a si mesmo. (STRAUSS, 1999, p. 40; 68).

Destarte, no percurso da formação profissional, as experiências vividas se constituem na base onde se elabora a identidade profissional. Essas experiências que projetaram um futuro surgem no presente como algo a ser negociado. Essa negociação por vezes é geradora de conflitos interacionais em que a sua resolução depende de como os indivíduos percebem e articulam, no presente, o passado e o futuro da profissão a qual eles se afiliam. Aos indivíduos é permitido moldar seus mundos particulares, no que diz respeito à elaboração de sua identidade profissional, até certo ponto, tendo em vista as inescapáveis coerções estruturais. As coerções estruturais impõem aos indivíduos, na medida em que avança no processo formativo, novas posturas e novos alinhamentos: “Veja! Você chegou até aqui! Este é um marco!” (STRAUSS, 1999, p. 27; 103). Nesse sentido, o estudante terá que negociar em suas interações, durante a formação profissional, suas experiências vividas e suas expectativas com a realidade presente do curso de graduação, do exercício profissional e da regulamentação profissional. A realidade do curso de graduação está em relação contínua com outros mundos sociais onde a profissão se insere, que não apenas o mundo da academia. Assim o estudante se insere no mundo social particular da profissão em relação com outros mundos sociais particulares, dos quais ele e a profissão participa e que compõem o mundo social global (STRAUSS, 1999).

É com base nesses entendimentos que a identidade individual se agrega à identidade coletiva – da profissão ou profissional – , por meio das avaliações decisivas feitas dos estudantes, sejam por eles mesmos ou pelos outros, necessária a conversão, isto é, deixar de

ser um homem leigo e passar a ser identificado como pertencente ao mundo profissional específico. (STRAUSS, 1999, p. 19).

Retomando a narrativa da terapeuta ocupacional, durante a formação profissional os estudantes vão entrando em contato com a organização formal da profissão – as organizações profissionais. A terapeuta ocupacional apresenta sua avaliação acerca da compreensão que os profissionais e estudantes possuem das organizações profissionais, e de seu envolvimento nessas organizações:

[...] A gente sabia que existia o conselho de classe. E, 1982-1985 as associações [estaduais] estavam em processo de criação, os professores ainda estavam tentando criar lá no Rio a ATOERJ [Associação de Terapeutas Ocupacionais do Rio de Janeiro]. Eu cheguei a frequentar algumas reuniões do conselho, muito pouco. Eu via o conselho com um certo respeito, como aquele órgão fiscalizador, que está ali para te fiscalizar. Depois de formada eu comecei a me aproximar mais das entidades representativas. Lá no Rio, eu participei desde início, das reuniões para criação da ATOERJ. Eu lembro desse que a gente não entendia as diferenças entre o papel das associações e dos conselhos. Por isso cobrávamos do conselho aquilo que não competia a ele, e o mesmo fazíamos em relação às associações. Aí percebemos que a gente precisava de um sindicato. Então vamos formar um sindicato, o sindicato dos terapeutas ocupacionais. Então os papéis dessas organizações profissionais, ainda, até hoje, para muita gente, é muito confuso. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, professora, Região Norte).

Ao falar de si e do coletivo dos terapeutas ocupacionais, fica evidente a avaliação que ela faz de sua carreira pessoal em reciprocidade com a própria carreira da TO no Brasil, na década de 1980. Na década anterior, em 1975, foi criado o sistema de conselho de classe e, na década de 1980, estava em curso a criação de associações profissionais e sindicatos. Esse dado, em certa medida, aponta para a expectativa dos terapeutas ocupacionais para com às suas organizações profissionais. Eles esperavam que essas organizações atuassem em favor do reconhecimento de sua abordagem singular para o fortalecimento de sua identidade profissional. Também, que ampliasse as formas de representação nos espaços sociais para tomada de posição conforme as suas disposições, de maneira lograr êxito na luta pelo monopólio e controle da essência de seu trabalho – do seu objeto de trabalho.

As interações que se estabeleceram no âmbito da formação, de forma interdependente com exercício profissional, não foram capazes de criar uma organização formal da TO a ponto de contribuir para a elaboração da identidade profissional e transparência do objeto de trabalho da TO. Essa incapacidade mantinha relações de interdependência com a fragilidade das organizações profissionais e da percepção de seus papéis por parte de estudantes e terapeutas ocupacionais. Em consequência, essa fragilidade dificultou a expressão clara de uma imagem da profissão de TO necessária ao reconhecimento

social, em especial por parte do homem leigo. Esta é uma das explicações que auxiliam na compreensão do que os estudantes e terapeutas ocupacionais denominaram durante a pesquisa empírica como “crise de identidade” da TO.

Em decorrência dessa “crise de identidade” os terapeutas ocupacionais buscaram novos conceitos para se referir ao objeto de trabalho da TO. Na narrativa da terapeuta ocupacional, o uso da atividade humana com finalidade terapêuticas, sem perder seu lugar de encantamento, passa a ser concebida sob novas perspectivas, advindas da produção de conhecimento em TO, em âmbito internacional: *desempenho ocupacional* e a *ciência da ocupação*:

[...] Eu fico muito orgulhosa, acho que a gente cresceu muito enquanto área de atuação... identidade profissional. Hoje a gente tem um poder muito maior para falar da atividade humana. Antes a gente sabia que ela tratava, mas não como ela modificava. Hoje a gente entende a atividade humana de uma forma muito mais profunda. Acho que a gente não perdeu a atividade humana, pelo contrário, a gente ampliou muito, por exemplo, nas discussões mais atuais sobre o desempenho ocupacional, na ciência da ocupação, na importância da atividade na vida do homem. Antes a gente pensava: eu sou um profissional da área da reabilitação. A gente trabalhava com pessoas com sequelas, com doenças, a compreensão que eu tinha na época era essa. A gente não entendia que a Terapia Ocupacional podia ser útil também pra pessoas que não tem doença nenhuma. A atividade humana, assim como era útil para vida e tinha um poder de tratamento na vida das pessoas que tinham algum tipo de disfunção ou lesão, ela também tinha um sentido para vida. Eu me enquadrava nesse meio. Hoje o grande diferencial é que a gente entende a função da atividade humana na vida do ser humano, independente de ele ser uma pessoa com algum tipo de deficiência, dificuldade, ou a vida. Acho que eu poderia dizer que nesses 30 anos mais ou menos de Terapia Ocupacional, 32 se for pensar desde a graduação, eu continuo encantada pela atividade humana e nunca me arrependi de ser terapeuta ocupacional. Até hoje tenho muito orgulho da Terapia Ocupacional, me emocionando falando de TO. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, professora, região norte).

É relevante notar que, a terapeuta ocupacional em sua narrativa posiciona a atividade humana, base de sua motivação para cursar a graduação em TO, como o centro de onde derivam suas explicações, justificativas para se identificar como terapeuta ocupacional. Assim, ela parece apontar para as atividades humanas como sendo o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional, e conseqüentemente, sua identidade profissional. Há uma certa busca minimizar os efeitos das mudanças na identidade profissional, na tentativa de manter a sensação de singularidade ou continuidade, numa espécie de dissimulação individual e coletiva do que foi ou se é, a fim de parecer o que deseja ser. (STRAUSS, p. 36).

Nesta linha de raciocínio, acredita-se que a formação profissional se constitui em um dos espaços sociais no qual os indivíduos e estruturas sociais interagem, reciprocamente, para controlar a produção e reprodução dos discursos que circulam no mundo social e nos mundos

sociais particulares – no nosso caso aqui, a profissão de TO. Desta forma, os terapeutas ocupacionais, a partir de suas posições sociais nas instituições de ensino, serviços de treinamento, agências do governo, organizações profissionais, entram no jogo social para autonomar-se e nomear práticas sociais, com a quais se identificam e desejam ser identificado. A expectativa dos terapeutas ocupacionais é a de assumir a legitimidade de seu monopólio, de modo, a garantir o controle e determinação da essência do seu trabalho.

É importante atentar para o fato de que, “qualquer homem que age como representante institucional pode atuar durante qualquer interação, ou fase interacional, em vários papéis institucionais diferentes. (STRAUSS, 1999, p. 86).

Assim, os papéis de professor e de estudante, e de estagiário, técnico de serviços e usuários desse serviço assumem a centralidade nas interações que estruturam processo de formação profissional. Em especial, o papel de professor ou do técnico do serviço de um campo profissional específico é central para elaboração da identidade profissional. Em certa medida, nessas interações está em jogo o poder de nomear, classificar, inculcar a abordagem singular de uma profissão, onde os indivíduos se auto avaliam, avaliam os outros e são por eles avaliados. É também durante a formação profissional que os indivíduos vão criando expectativas em relação aos papéis que podem vir a desempenhar no mundo social particular da profissão.

[...] Desde a graduação eu tinha interesse pela docência. Na minha cabeça estava muito claro que eu tinha que me preparar, tinha que ter mais experiência profissional. Trabalhei por mais de 08 anos em neuropsiquiatria. Quando terminei a especialização em neurofisiologia achava ainda que não estava pronta. Veio a oportunidade do ingresso na docência, não queria perder aquela oportunidade, por que eu não sabia se iria surgir outra. Entrei para ministrar duas disciplinas: uma que não tinha nada a ver comigo – Terapia Ocupacional Aplicada às Condições Sociais – e a outra um presente. Sobre TO aplicada às Condições Sociais a gente, no final da década de 1990, tinha poucas coisas publicadas na área social, relativamente mais nova, comparado com a neurologia, neuropsiquiatria e saúde mental. Acho que foi uma experiência positiva para eu aprender a lidar com as minhas dificuldades, rejeição do outro, porque os alunos eram muito questionadores, queriam fundamentação teórica e eu não tinha: “professora, mas isso é o que a senhora acha? Mas quem fala isso? Com base em quem que você está falando isso?” Então falava da atuação da Terapia Ocupacional na comunidade, em presídios, escolas e aí a comparação era essa: “mas isso não é do pedagogo? Mas até onde vai o papel do pedagogo? Mas isso não é do psicólogo? Mas onde que está escrito que TO também faz isso?” Eu aprendi lidar com esse sofrimento. Quando eu encontrei alguém que aceitou assumir a disciplina foi um peso que saiu de cima de mim. Porque eu acreditava, mas eu sabia que não era a minha área de atuação e que eu não tinha o embasamento teórico para isso, não era minha área de pesquisa, não era o que eu gostava mais de estudar. Aí eu preferi ficar com as disciplinas que realmente tinham a ver comigo, que era análise de atividades humanas com um enfoque mais cinesiológico, que a gente fazia análise de vivência e análise de atividade humana. Aí depois assumi na área de neuropsiquiatria e neurologia, hoje a vida mudou completamente. Hoje com nosso currículo novo as disciplinas de neuropsiquiatria e



neurologia se chamam, respectivamente, Clínica da Terapia Ocupacional Infância e Adolescência e Clínica da Terapia Ocupacional Adulto e Idoso. Com enfoque em neurologia e psiquiatria o foco da disciplina não é mais a doença, não é a área do corpo, mas é o indivíduo. A gente não trabalha mais com partes do corpo, segmentos corporais, tem uma questão que é forte, que é todo o contexto do adulto, do idoso, do trabalho, da família, dos papéis sociais, seja do adulto ou da criança. O foco já não é mais tanto na doença. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, professora, Região Norte)

As mudanças esperadas na forma de pensar e agir do terapeuta ocupacional motiva a luta no mundo social particular da TO em relação à nomeação do objeto de trabalho da TO. O resultado dessa luta é a posição de poder ocupada pelos discursos que vencem a batalha, e vão acumulando capital simbólico no campo profissional da TO (BOURDIEU, 1996). A partir do aumento do volume e da estrutura de seu capital simbólico, esses discursos terminam por impor o que deve ser dito em relação à TO, como deseja que ela seja reconhecida no mundo social, e ao que faz um terapeuta ocupacional, por meio do que faz e por que faz, entre tantas outras respostas que são oferecidas às indagações acerca do objeto de trabalho e da identidade profissional, respectivamente. Essa luta ocorre em dois níveis o dos grupos dirigentes das organizações profissionais e o dos estratos inferiores – terapeutas ocupacionais vinculados apenas à prática profissional cotidiana. Os grupos dirigentes são compostos por terapeutas ocupacionais que ocupam cargos diretivos nas organizações profissionais, e os estratos inferiores no caso aqui, são compostos por terapeutas ocupacionais e estudantes de TO vinculados às diferentes perspectivas da TO – Reabilitação Física, Saúde Mental e dos Contextos Sociais, Hospitalares e Escolares – que põem em movimento as interações sociais no mundo social particular da TO, as quais produzem mudanças e permanências na identidade profissional. Tanto grupos dirigentes quanto estratos inferiores em suas batalhas, dissimulam a pretensão de que possuem a verdade sobre o que é TO e o que faz um terapeuta ocupacional. Como aponta Strauss (1999):

Na medida em que esperamos que os outros ajam de modo conveniente conosco mesmos, mas não existe uma base firme de entendimento compartilhado a respeito disso, então é provável que a nossa expectativa seja vista muito mais como uma pretensão [...]. As estratégias requerem muitas vezes aceitações temporárias da exigência e controle do outro sobre a nossa própria, a fim de não quebra a interação, e de conseguir estabelecer nossos objetivos a longo prazo. (STRAUSS, 1999. p. 97).

Essa forma de interação dos terapeutas ocupacionais está em relação de interdependências com as interações que eles estabelecem com outros mundos sociais particulares no espaço social global. A pretensão dos terapeutas ocupacionais em expandir o seu campo de ação profissional também contribui para conflitos entre os estratos inferiores

entre si e destes com grupos dirigentes da TO. Um dos exemplos é o discurso em torno do terapeuta ocupacional ser identificado como profissional não apenas da saúde. Esse discurso vem sendo difundido no mundo social particular da TO pela perspectiva da TO Social frente à expansão do campo de ação para além da divisão do trabalho de cura. Esse discurso, que na década de 1990 ganhou força se fazia em relação à TO como um todo, na atualidade, como apontado anteriormente, está situado no âmbito da especialidade de Contextos Sociais, que possui uma inserção profissional em especial no Sistema Único de Assistência Social. A emergência de novos tipos de *status* e identidade em um campo profissional exige que seus profissionais estejam “particularmente conscientes ou reflexivos do que está acontecendo: depois de chegar a novas fases do relacionamento, acabarão por inventar novos conceitos para abarcar um reconhecimento, embora vago, de que existe algo novo em seu mundo”. (STRAUSS, 1999, p. 88).

Assim, no desenrolar do desenvolvimento de uma profissão<sup>259</sup>, saberes e práticas que no passado constituíram a identidade de um grupo ocupacional, são avaliadas e atualizadas em relação aos saberes e práticas emergentes, que estão em disputa. O que se busca é minimizar as mudanças de identidade, face à necessidade da sensação de singularidade ou continuidade de uma profissão, de sua identidade profissional no mundo social. Também, busca-se manter sob controle e determinação a essência do trabalho que identifica um determinado campo profissional.

Neste sentido, a formação profissional se constitui como ferramenta para tal propósito, quando analisada a partir da carreira daqueles que se afilia a uma profissão. Um indivíduo, ao afiliar-se a uma profissão em uma situação particular, pode receber diferentes nomeações, em acordo com o *status* – posição ocupada. Trata-se de uma adição de um título ao seu nome, que sugere uma mudança de *status*, ao qual, “a pessoa deve fazer jus; tão logo o adquiriu, ela diz a si mesma que é isto o que ela é e que as outras pessoas pensam do mesmo modo, ou, do contrário, não se lhes dirigiam dessa maneira”. (STRAUSS, 1999, 37).

Considerando o contexto da formação profissional em TO, eles podem ser nomeados de “estudante de TO”, “professor de TO”, “técnico de TO” enquanto um qualificador. Isso vale tanto para as questões que envolvem a mudança de *status* na dimensão individual quanto

---

<sup>259</sup> A partir das ideias de Strauss acerca dos processos de mudança e continuidade de identidade, o desenvolvimento da identidade profissional, sociologicamente, pode ser entendido como a figura de “um rolo japonês que vai se desenrolando continuamente [...] de um lado (o futuro) e vai enrolando do outro o passado. Uma geração sucede à outra, aparecem novas gerações e desaparecem as velhas, e as gerações vivas mudam no processo”. Ou seja, “quando o movimento é assim regularizado, isso significa que existem antecessores e sucessores: haviam pessoas lá antes de nós e virão pessoas depois de nós. Isso dá continuidade não só ao grupo ou organização, mas também à existência pessoal” (STRAUSS, 1999, p. 142; 109).

na dimensão coletiva. Um exemplo de *status* coletivo, no caso da TO, seria: profissão da saúde, da educação e da assistência social. Importante lembrar que cada *status* obedece ao seu respectivo sistema classificatório, o qual deve ser compreendido por quem é nomeado como seu possuidor.

Conforme Freidson (2009), no caso da profissão médica, a formação profissional de nível superior, desempenhou um papel relevante para que a medicina alcançasse o *status* de profissão. Para o referido autor,

a escola médica universitária da Idade Média preparou as bases para o desenvolvimento de critérios claros sobre os quais um grupo específico de trabalhadores podia ser identificados. Ela também ajudou na criação de um grupo ocupacional consciente de si mesmo que compartilhava uma formação comum de treinamento. [...] os novos médicos formados pela universidade obtiveram o apoio do Estado para se tornar árbitros do trabalho médico. Assim, essa Medicina passou a exercer sobre seu trabalho um controle oficialmente reconhecido. (FREIDSON, 2009, p. 43).

Nesse sentido, a educação profissional pode ser entendida como um elemento que contribui para criação e fortalecimento da identidade de um grupo profissional. Também contribui para a tomada de posição desse grupo no espaço social. Barbosa (2003), em seu ensaio “As Profissões no Brasil e sua Sociologia”, aponta que a formação e atuação dos grupos profissionais evidenciam as disputas em torno do lugar social desses grupos. Para a autora, é necessário considerar

as trajetórias desses grupos sociais são associadas a fatores diferenciados daqueles que definem outros grupos, que as profissões não podem ser entendidas como meros resultados de forças estruturais que modelam qualquer grupo social. Que é possível perceber, nos processos de profissionalização, os traços distintivos da configuração de forças sociais que constituem as profissões. Assim, se o mercado é característica comum à qual são submetidos todos os grupos sociais, as profissões conseguem estabelecer regras diferenciadas para sua presença nessa instância da vida social. Se a educação escolar é base de socialização e hierarquização nas sociedades contemporâneas, os certificados acadêmicos tornaram-se importante instrumento de distinção dos grupos profissionais. (BARBOSA, 2003, p. 594).

Com base em Strauss (1999), pode-se acrescentar que os indivíduos, a partir do seu processo de afiliação a um determinado grupo profissional, via formação profissional, gozam dessa distinção ao cumprir as exigências, como dominar a linguagem classificatória.

Frequentemente, a previsão é institucionalizada de tal maneira que é feita uma proclamação pública: “Dito candidato seguiu o caminho previsto e prescrito da experiência e obteve o ponto desejado. Ajoelhe-se e receba o seu grau de cavaleiro. Suba até à plataforma e receba seu diploma”. Quando os caminhos são institucionalizados, um candidato pode facilmente balizar seu progresso [...] Se

existirem os costumeiros reconhecimentos institucionalizados [...] podem constituir também momentos decisivos na autoconcepção [ao contrário] se forem apenas formalizadas [sem significado ou não] ter mais sentido real, é evidente que para ele não serão mais momentos decisivos [de mudança na identidade]. (STRAUSS, 1999, p. 104).

Destarte, há necessidade de se atentar para as transformações que ocorrem na identidade profissional. Para compreender essas transformações, é necessário considerar “o caráter aberto, experimental, exploratório, hipotético, problemático, tortuoso, mutável e apenas parcialmente unificado dos cursos humanos da ação”, presente nas relações entre as permanências e as mudanças que ocorrem nas identidades, isto é, nas formas de pensar e agir, de ser. (STRAUSS, 1999, p. 101).

Também é preciso atentar-se para o fato de que, “a delegação de autoridade que fundamenta culturalmente um conjunto de práticas (ou, reificadamente uma categoria ocupacional)” é processual e dependente das “mudanças nas relações entre classes e frações de classe, ao nível simbólico e político”. (DURAND, 1975, p. 65).

Desta forma, é possível conceber que os mundos sociais particulares, entre eles o mundo das profissões, estão posicionados num campo de lutas. Considerando que uma profissão comporta um mundo social particular, os processos formativos não ocorrem de forma desarticulada desse campo de lutas. A partir da resenha de alguns estudos de grupos profissionais, entre eles o de enfermeiros, psicólogos, advogados e médicos, Durand (1975) aponta que,

A preocupação com recursos humanos ora é pretexto para encaminhar análises cuja intenção é de inculcar nos praticantes e nas categorias ocupacionais conexas a noção da necessidade de profissionalização de ocupações que, sem grande densidade técnica, não conseguem abandonar a situação de dependência em relação a ocupações mais consistentemente estruturadas nem se garantir da desqualificação advinda da competição de indivíduos sem preparo escolar formal: os leigos. (DURAND, 1975, p. 62)

No campo da TO, tal preocupação com recursos humanos, como se apontou em capítulos anteriores, surgiu na década de 1950, que culminou com a criação de dois cursos na região Sudeste do país. Apesar da criação desses dois primeiros cursos, que funcionaram como disparadores do processo de sua profissionalização da TO no Brasil, a dependência da Medicina, resguardando suas proporções, perdura até os dias atuais e o uso da ocupação com finalidade de intervenção, seja em saúde ou no social, ainda é objeto de disputa entre diferentes profissionais e leigos.

Em suma, buscou-se demonstrar até o momento a interação entre indivíduos e estruturas sociais que motivaram a formação de recursos humanos inicialmente para o que se denominou *terapêutica ocupacional*. E a partir daí, em acordo com demandas nacionais e tendências e internacionais no campo da saúde, criaram os primeiros cursos de graduação em TO no Brasil, buscaram reconhecimento desses cursos como sendo de nível superior e a consequente regulamentação da profissão de TO no país. Com a criação e expansão da formação profissional, os terapeutas ocupacionais fortaleceram sua vinculação com fisioterapeutas a ponto de constituírem seu conselho de classe e sindicatos e algumas associações profissionais, de forma conjunta. .

Nesse processo, a formação profissional teve um papel de destaque, na medida em que buscou controlar e reproduzir discursos capazes de, em um primeiro momento, vincular a TO à ao campo da saúde enquanto uma profissão paramédica e, em um segundo momento, lutar pela controle e determinação da essência de seu trabalho.

A seguir, apresentam-se as motivações estudantes de TO e terapeutas ocupacionais para prestarem vestibular para o curso de Terapia Ocupacional e suas percepções acerca das organizações profissionais.

## 8.2 MOTIVAÇÕES E PERCEPÇÕES DE ESTUDANTES E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Para apresentação das motivações e percepção de estudantes de TO e terapeutas ocupacionais, participantes da pesquisa, optou-se pela utilização das respostas às Questões Temáticas do Roteiro de Coletas de Dados (apêndices 1 e 2) a saber: (a) O que o levou a cursar Terapia Ocupacional? O que acha da prática profissional? Os dados empíricos de 78 questionários aplicados foram analisados de forma articulada com as entrevistas, as discussões em grupos. Buscou-se, ainda, articular as respostas aos questionários com as interações estabelecidas com estudantes e terapeutas ocupacionais participantes dos eventos científicos da TO, no período de outubro de 2013 a abril de 2016, que se constituíram como campo empírico.

Mais especificamente em relação às questões metodológicas, os questionários passaram por três etapas: ordenação, classificação e análise (MINAYO, 2004; 2011; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). A etapa de ordenação incluiu a organização dos questionários em dois grupos: questionários aplicados aos estudantes e os aplicados aos terapeutas ocupacionais. Na etapa de classificação, realizamos leitura das respostas que os

participantes deram às questões temáticas, com a finalidade de estabelecer as categorias centrais. Em seguida, buscou-se a constituição de *Corpus* de comunicações por meio de uma leitura transversal, das repostas ao questionário. Posteriormente, elaborou-se uma tabela na qual as respostas foram agrupadas em cada categoria central, a fim de elaborar uma lógica unificada. As colunas da tabela foram nomeadas sequencialmente por: código do participante, idade, sexo, ano de conclusão do curso, instituição do curso e pelas categorias centrais motivações, influências do ambiente acadêmico, exercício profissional, organizações profissionais, influências.

Na etapa de análise, realizou-se uma etapa de inflexão acerca das respostas buscando-se uma articulação com dados empíricos de outras naturezas (entrevistas, grupos de discussão, participação em eventos científicos e visitas a cursos de serviços de TO) para posterior diálogo com a pesquisa bibliográfica e documental (BERTAUX, 1980 *apud* PIRES, 2014; MINAYO, 2004; 2011; VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Neste sentido, as citações das respostas encontradas nos questionários e que aparecerão no decorrer do texto são representativos das percepções dos participantes da pesquisa como um todo. Para a composição dessas citações, buscou-se selecionar as ideias contidas nas respostas e articulá-las entre si, a fim de elaborar um texto coeso e coerente. Buscou-se selecionar e aglutinar as respostas de participantes das diferentes regiões do país. Como cada citação envolve respostas de diferentes participantes, optou-se por indicar apenas ao final de cada citação a expressão *respostas ao questionário*.

Desta forma, neste capítulo busca-se apresentar as motivações dos indivíduos por optarem pelo curso de graduação em TO ao prestarem vestibular. Também aponta para aspectos do processo de formação profissional que influenciam a elaboração da identidade profissional na concepção do objeto de trabalho da TO.

Este tópico está estruturado em categorias centrais, a saber: (1) Motivações para cursar Terapia Ocupacional; (2) Percepção da Prática Profissional. Vale ressaltar que as motivações e percepções que serão apresentadas é um recorte de um universo maior, com a finalidade de oferecer outros elementos empíricos que auxiliem na compreensão do que foi apresentado até o momento sobre a TO no Brasil.

### 8.2.1 Motivações para cursar Terapia Ocupacional

A partir da categoria central Motivações para cursar Terapia Ocupacional, foram criadas nove categorias temáticas. Considerando-se o número de ocorrências, essas categorias

são: *A identidade do Curso de Terapia Ocupacional; Lidar com Pessoas; Influências de Outros; Contato com a Prática Profissional; Interesse pela Área da Saúde; Ampliação de Conhecimentos; Diversidade de Campo de Atuação; Visão da Profissão; Mercado de Trabalho.*

A identidade de um curso de graduação se constitui em um dos elementos chave no momento de escolha pelo curso para qual se prestará vestibular. Os participantes, ao se referirem à *Identidade do Curso de Terapia Ocupacional*, destacaram:

[...] É um curso relativamente novo, da área de saúde. Li sobre o curso, pesquisei e me identifiquei porque trata, cuida de pessoas, reabilita, inicie e me encontrei. Fiquei bastante interessada devido a abrangência que o curso propõe em tratar o indivíduo em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Promove a independência e autonomia do sujeito. (Respostas ao questionário).

Observa-se que a identidade do curso está ligada à área da Saúde, na medida que trata, cuida, reabilita indivíduos e coletivos. Logo, as primeiras impressões e expectativas que se tem é que ao concluir o curso será um profissional da saúde. Em primeiro lugar, a identidade da TO foi elaborada a partir da introdução da ocupação com fins terapêuticos no Brasil, em especial por médicos psiquiatras, no final do século XIX e início do século XX, como apontado no capítulo 4. Em segundo, a formação de terapeutas ocupacionais no país decorreu de uma demanda nacional – a epidemia de Poliomielite – e as demandas advinda do Movimento Internacional de Reabilitação que motivou a implantação do Centro de Reabilitação Latino-Americano em São Paulo, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Desde a aprovação do primeiro currículo mínimo para os cursos de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, em 1964, até as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em TO (DCNTO), em 2002, o curso de TO está identificado como um curso da área da saúde (anexo 9). Nas IES onde o curso de TO é ofertado, ele está posicionado nos setores, centros, departamentos vinculados à área da saúde. A formação profissional em TO, até a década de 1980, esteve preponderantemente orientada pela perspectiva da Saúde Mental e Reabilitação Física. Independentemente dos serviços onde os terapeutas ocupacionais desenvolviam suas atividades profissionais, eles eram identificados como profissionais de saúde.

Em especial, no final da década de 1990 e nos anos 2000, com a emergência da TO Social, em São Paulo, e as novas possibilidades para o exercício profissional, teve início o questionamento da identidade do terapeuta ocupacional como profissional de saúde e esse

questionamento produz também questionamentos acerca da identificação não só do profissional, mas também da profissão e do curso que forma esse profissional. Uma terapeuta ocupacional que cursou TO no período de 1997 a 2000, em São Paulo, e atualmente, professora de um curso da região Centro-Oeste, em relação às suas motivações para cursar TO comenta:

[...] Eu sempre gostei da área da saúde. Isso para mim sempre foi claro: eu queria trabalhar na área da saúde. Muito embora a TO não é só da área da saúde, tem toda essa discussão contemporânea, que ganhou força na década de 1990. Na época era uma profissão muito focada na saúde. E aí eu disse: é isso que eu quero fazer. Prestei o vestibular só para Terapia Ocupacional. Eu quero fazer TO! (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2000, professora, Região Centro-Oeste).

Na atualidade, os estudantes de TO que ingressam no curso de TO, se deparam com conflitos entre os professores de TO e terapeutas ocupacionais, no concerne à identificação do terapeuta ocupacional como profissional da saúde. Os estudantes, em conversas informais, entrevistas e grupos focais referiram que, no início do curso, eles se viam apenas como estudantes da área da saúde e, portanto, profissionais da saúde. À medida que as disciplinas específicas de TO vão sendo ministradas, os estudantes influenciados pelos discursos dos professores travam uma luta em torno da questão se a identificação do terapeuta ocupacional como profissional de saúde procede ou não. Em parte, essa luta é motivada pela necessidade do estudante em elaborar a sua identidade profissional. Um exemplo da influência do discurso dos professores foi relatado por uma terapeuta ocupacional ao ser questionada acerca da concepção de TO defendida pelos seus professores:

[...] As concepções de TO eram muito diferentes. Meus professores foram os grandes nomes da TO Brasileira, imagine: Berenice Rosa Francisco, Lourdes Feriotti, Luisa Ballarin, a Sandra Galheigo, Lilian Magalhães, Rosé Colon Toldrá<sup>260</sup>. Elas se dividiam entre a saúde mental, área social e área física. Então foram pessoas que traziam na sua história, histórias pessoais de militância. Então esses professores, foram grandes inspiradores de confirmar todas as coisas que eu procurava. Eles gozavam de um respeito, porque eram professores respeitados na sua área específica, e na Terapia Ocupacional como um todo. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 2000, professora, Região Centro-Oeste).

As terapeutas ocupacionais citadas são autoras de publicações com impacto na literatura nacional da TO no Brasil, algumas inclusive com repercussão internacional, em especial, da área social. Durante a visita às bibliotecas de cursos de graduação em TO, se

---

<sup>260</sup> Esse dado é de conhecimento do pesquisador, pelo fato de compor o corpo docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR.



constatou exemplares de livros que tratam da TO, de autoria, organização ou com a participação dessas terapeutas ocupacionais. A percepção da terapeuta ocupacional citada, é representativa do prestígio social que as terapeutas ocupacionais, citadas por ela, possuem, em especial, no âmbito da formação profissional e da produção de conhecimentos em TO no Brasil. Como foi comentado por outra participante da pesquisa, e citado em capítulo anterior, na década de 1980 e 1990 essas terapeutas ocupacionais estavam entre o grupo de docentes que polarizava a discussão entre as três perspectivas de TO no Brasil – a Saúde Mental, a Reabilitação Física e a TO Social. Sobre a influência do discurso dos professores em sua formação, um outro participante da pesquisa, graduado na década de 1980, na mesma instituição acrescentou:

[...] As aulas que mais me impressionavam mesmo eram as aulas de filosofia e sociologia. Até por que havia já uma carência de modelos e caminhos para Terapia Ocupacional. Naquele momento o curso de graduação da PUC-Campinas era reativo aos modelos originariamente americanos, e um pouco menos reativa à formação à modelos europeus, de cuidado em Terapia Ocupacional. Praticamente a gente tinha que criar um modelo de vanguarda crítico, a partir da rediscussão do marxismo, quer dizer do Capital e das Teorias Marxistas, da Teoria da Práxis do Sanches Vásquez – era um livro quase que obrigatório na graduação. Essa rediscussão era importante para o ponto de vista intelectual, mas eu via que não existia uma sustentação para a clínica. Nós não tínhamos a maturidade e a sustentação teórica para a clínica, tínhamos uma sustentação para o discurso, uma ideia de enxergar o sujeito como um sujeito pleno de direitos, que tinha direito a suas escolhas, um discurso nessa direção. Entretanto, para o ponto de vista de operacionalização da clínica, são necessários os modelos de intervenção com seus instrumentos de avaliação, seus métodos, suas abordagens, ou seja, como eu faço um *approach* de uma pessoa com essa dificuldade, a necessidade mais técnica. Por que havia uma negação do tecnicismo. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1986, membro de organização profissional, Região Sudeste).

A ausência de consenso sobre a forma de identificação do terapeuta ocupacional posiciona estudantes de TO, terapeutas ocupacionais e professores de TO em dois grupos: os que defendem que o terapeuta é um profissional da saúde e os que defendem que é da saúde, mas também da educação, do social, entre outras formas possíveis de identificação. Em meio à disputa pela nomeação da identidade do terapeuta ocupacional, no âmbito da formação profissional, se discute a revisão das DCNTO e a questão de identificar o terapeuta como profissional da saúde e do social está em pauta.

Retomando à questão da identidade do curso de graduação em TO, entende-se que ela está vinculada ao uso da ocupação com finalidade terapêutica, ao reconhecimento do curso de Reabilitação da ERRJ-ABBR e do IR-USP como de nível superior e à emergência da TO Social como uma perspectiva para organização do processo de trabalho em TO. De acordo com a última Sinopse da Educação Superior da Graduação do INEP, publicada em 2015, o

curso de TO está alocado na área de Saúde e Bem-Estar Social. Da mesma forma, com base na organização formal da TO no Brasil, a identificação do terapeuta ocupacional permanece como profissional da saúde. O fato desse profissional atuar na área social, por exemplo, ainda não foi o suficiente para mudar a sua identidade profissional. O que talvez se pode afirmar é que os terapeutas ocupacionais, por vezes, atuam em serviços de outras áreas que não estão relacionados com a divisão do trabalho de cura, e também que nesses serviços eles não ocupam uma posição de paramédicos, nos termos definidos por Freidson (2009). A TO Brasileira mantém sua identidade como profissão da saúde.

No momento, é possível afirmar que a TO possui diferentes perspectivas – Reabilitação Física, Saúde Mental, TO Social, Contextos Hospitalares, Contextos Sociais, Contextos Educacionais, Justiça e Direitos Humanos – que têm orientado o exercício profissional em diferentes serviços públicos e privados, áreas e contextos de atuação. Essas perspectivas dão estrutura a abordagem singular em termos de raciocínio profissional. Esse raciocínio profissional orienta o terapeuta ocupacional na busca por soluções para os problemas do homem leigo. O que se observa é que o objeto de trabalho da TO nem sempre ocupa a centralidade do raciocínio profissional. E esse é um dos motivos que dificultam a percepção transparente desse objeto. Desta forma, por vezes a recriação e gerenciamento dos problemas do homem leigo pelos terapeutas ocupacionais não contribui para elaboração da abordagem singular em TO e, por consequência, impede o reconhecimento social da TO, em especial por parte do homem leigo. Um exemplo disso, é a queixa dos profissionais em relação à “confusão” do homem leigo em achar que TO é uma especialidade da Fisioterapia, ou ainda, da Psicologia, entre outras “confusões” de que são acusados pelos terapeutas ocupacionais.

Acredita-se que em parte a obscuridade do objeto de trabalho da TO mantém relação de interdependência com os conflitos dos professores de TO entre si, com os terapeutas ocupacionais e com os grupos dirigentes da TO, em especial nas décadas de 1980 e 1990. Parte desses conflitos foram motivados pela produção do conhecimento em TO, em especial, na perspectiva da TO Social, em São Paulo, e do capital simbólico que os indivíduos vinculados a essa perspectiva galgou em termos acadêmicos. Esses conflitos permanecem na atualidade quando se trata de nomear o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional. Como apontou um participante da pesquisa a reatividade aos modelos de intervenção em TO de origem norte-americana e europeia criou uma cisão entre a formação profissional e o exercício profissional, com reflexos na atualidade.

[...] Essa reatividade ainda existe. Entretanto, ela existe sem uma crítica, vamos dizer mais pormenorizada. Eu vejo isso porque eu sou um clínico. Eu vejo uma crítica muito forte nos artigos e na forma de fazer ciência que a Terapia Ocupacional tomou no Brasil. Há uma certa dificuldade de dizer de uma Terapia Ocupacional unívoca. Um pouco que possa servir de norte para toda a categoria, fala-se de múltiplas Terapias Ocupacionais, eu entendo, mas como uma profissão isto dificulta o processo de apreensão do objeto de cuidado. E vejo que existe uma reatividade, mas que não apresenta uma resposta. Por exemplo, o Gary Kielhofner criou o Modelo de Ocupação Humana, trabalho magnífico, nós podemos até ter críticas a determinados pontos, mas a magnitude do trabalho, o tempo de estudo, a dedicação, permitiu escrever um livro de “parar de pé”, um livro com bastante conteúdo. É preciso pensar isso, ensinar isso, mostrar isso, e não simplesmente reagir a isto. Essa reatividade é crítica e reflexiva da teoria ou apenas reage? Eu acho que a crítica reflexiva da teoria na graduação feita pelos professores ainda é uma reatividade sem respostas. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1986, membro de organização profissional, Região Sudeste).

Durante a pesquisa empírica, na audiência a palestra em eventos científicos e conversas informais com terapeutas ocupacionais de diferentes regiões do país, foi observada uma queixa quanto à postura de professores de TO, principalmente, os pesquisadores, frente à crítica que eles fazem à incorporação de modelos de intervenção de TO oriundos de outros países. Para eles, essas críticas produzem uma reatividade no campo da formação profissional que dificulta o diálogo com terapeutas ocupacionais que estão no exercício profissional da TO. Essa queixa é em especial à perspectiva da TO Social. O participante da pesquisa citado acima acrescenta:

[...] Os primeiros anos da prática, o terapeuta ocupacional vai sofrer, porque ele carrega ainda essa reatividade da academia. Ele vai ver que outras profissões, parecem ter um norte, e a TO não consegue ter esse norte. O terapeuta ocupacional fica muito expostos às outras categorias como uma categoria que tem uma ausência de um norte. Por ausência de opção, somos reativos. As outras profissões reagem a um modelo, reagem a uma parte de si própria. No mais, eu acho que nos últimos 20 anos, talvez até mais, a Terapia Ocupacional veio sendo complacente com determinados modelos e reativo a outros. Por exemplo, alguns filósofos, como os da escola foucaultiana são bem recepcionados, são bem aceitos dentro da Terapia Ocupacional e outros me parece que não, digamos os que são de uma filosofia um pouco mais pragmática, analítica, são rechaçados em geral. Então se alguma teoria, modelo de Terapia Ocupacional, for sustentado dentro de um parâmetro analítico, mais lógico, mais inglês, anglo-saxão, haverá uma certa reatividade. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1986, membro de organização profissional, Região Sudeste).

Tendo apresentado uma discussão acerca da identidade do curso de TO e de suas implicações no processo de formação profissional, a seguir apresentam-se as demais categorias temáticas que estão relacionadas com a motivação dos estudantes para prestar vestibular, e também um exemplo de como o homem leigo percebe o trabalho do terapeuta

ocupacional, ainda que sem uma clareza do que é o seu objeto de trabalho. Ressalta-se que as categorias a seguir mantêm relações de interdependências com a identidade do Curso de TO.

O *Lidar com Pessoas* foi referido como uma forma de identificação com o curso, tendo em vista que o exercício profissional foi visto com uma possibilidade manter-se em interação com pessoas e ainda prestar uma contribuição social:

[...] O principal motivo foi o fato de gostar de lidar com seres humanos, gosto de ajudar pessoas, de ajudar o próximo. Sempre gostei muito de ouvir histórias de vida das outras pessoas, e também ajudá-las, com objetivo de potencializar a qualidade de vida diante das dificuldades físicas, sociais, emocionais, e trazer perspectiva na vida. Isso me levou a buscar uma profissão que eu tivesse um contato direto com as pessoas. (Respostas ao questionário).

Os motivos acima apontam em certa medida para os tipos de problemas do homem leigo com os quais o terapeuta ocupacional se envolve – dificuldades físicas, sociais, emocionais. Esses problemas estão vinculados à expressão que é jargão na TO: a dimensão biopsicossocial do indivíduo. Ao se referir a esta dimensão, estudantes e terapeutas ocupacionais buscam se opor ao que denominam como fragmentação do homem, muito comum nos discursos que veem os problemas pelo viés do modelo biomédico, da doença. Como comentou um participante da pesquisa:

[...] Eu queria na verdade fazer um curso que eu pudesse estudar saúde, mas não naquela perspectiva da doença. Eu quis estudar algo que pudesse envolver a saúde, mas também pudesse contemplar qualidade de vida, alguns aspectos sociais, psicológicos. E aí muito jovem eu fui fazendo uma leitura, fiz aqueles testes vocacionais. Eu entrei em contato com a Terapia Ocupacional, no final da década de 1980, na época, eu entrei no guia do estudante e conversei com os profissionais. E aí resolvi cursar Terapia Ocupacional. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1993, professor, Região Sul).

Observou-se que perspectiva de lidar com pessoas e seus problemas, ainda que problemas de saúde, traz em si uma influência na forma de pensar e agir dos estudantes das Ciências Humanas e Sociais. Nos relatos de estudantes, é marcante a percepção que o curso é da saúde, mas não é para tratar doença. Apesar de todo o avanço na produção de conhecimento, no que diz respeito à necessidade da ampliação do conceito de saúde, ainda se observa no âmbito da formação uma reatividade aos conceitos saúde e doença no âmbito da formação profissional. O resultado dessa reatividade é o uso da expressão biopsicossocial por estudantes e professores de TO e terapeutas ocupacionais, pois eles se defendem como profissionais que vão tratar do ser biopsicossocial e não da doença. E essa defesa traz impactos para na elaboração da identidade profissional de futuros terapeutas ocupacionais:

[...] No meio do curso entrei numa crise de identidade. Não sabia se era realmente TO o que eu queria estudar, por que a concepção que eu via na minha formação era uma concepção muito da doença, alta complexidade, muito dos sintomas e sinais, da semiologia funcional. Então aquele caráter que estava mais perto do aspecto da doença. Isso me questionou bastante, de ter que estudar a fisiologia, biofísica, anatomia, enfim, essas disciplinas todas das ciências biológicas e da saúde. Mas o que me levou foi acreditar que a Terapia Ocupacional tinha uma formação mais ampliada nesse aspecto, não só muitas vezes dentro da questão da saúde, mas a compreensão mais humana do sujeito. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduado em 1993, professor, Região Sul).

Essa concepção do indivíduo como um ser biopsicossocial, produz uma tensão entre as perspectivas que orientam o raciocínio profissional do terapeuta ocupacional brasileiro. Essa tensão produz certas incoerências na forma de interpretação dessa tensão por estudantes de TO, como por exemplo: (1) a de apontar que terapeutas ocupacionais da Reabilitação Física ou dos Contextos Hospitalares são guiados por uma perspectiva da doença, devido à sua vinculação com as especialidades médicas e, portanto, são positivistas e reducionistas; (2) acreditar que os terapeutas ocupacionais vinculados à perspectiva da Saúde Mental seriam os mais humanistas; e (3) de olhar para os terapeutas ocupacionais da TO Social como os dotados de uma crítica-reflexiva que transcende essa concepção biopsicossocial. Falar em indivíduo biopsicossocial não é garantia de distinção entre as profissões com as quais a TO mantém relações de interdependência no espaço social.

Para o momento, é possível apontar que essa concepção biopsicossocial não tem contribuído em si para a transparência do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional, necessário à elaboração de uma abordagem singular capaz de aumentar o reconhecimento social da TO.

O reconhecimento social de uma profissão contribui para aumentar as chances do indivíduo optar por prestar vestibular para um curso de graduação desta profissão. A identificação com a profissão, em parte, é dependente das interações que o indivíduo estabelece em sua vida cotidiana, no âmbito da família, da escola, dos grupos de afinidades, entre outras. A *Influências de outros*, evidencia como familiares e amigos influenciam para o ingresso no curso de TO:

[...] Influência de parentes que trabalhavam na área de saúde; Indicação de uma amiga que cursava TO, me explicou sobre o curso e quis fazer; O contato com os alunos do curso de TO nas disciplinas básicas do início da graduação em um outro curso da saúde; Influência do meu professor do 2º grau, quando perguntei para ele o que era TO, ele respondeu que por causa da TO ele estava de volta ao trabalho. (Respostas ao questionário).

A posição que os terapeutas ocupacionais ocupam em determinado espaço social, permite que os indivíduos entrem em contato com a TO. A partir desse contato, os indivíduos avaliam não só a TO, mas a si próprios com a finalidade de esboçar seu futuro profissional. Assim, a categoria temática *Contato com a prática profissional* revela como a TO surge em mundos sociais particulares, como segue: “ter visto a prática da profissão em escola especial; a experiência de conhecer a profissão através do trabalho de familiares; a participação em um projeto para trabalhar com idosos; vivenciar alguns atendimentos de Terapia Ocupacional” (Respostas ao questionário).

Como mencionado anteriormente, ainda que atualmente os terapeutas ocupacionais atuem em diferentes áreas de atuação (saúde, educação, assistência social, cultura, etc) esse profissional foi e é reconhecido socialmente como um profissional da área da saúde, e é dela que incorpora disposições (*habitus*) profissionais. Esse reconhecimento social motiva indivíduos com interesse em cursos da área da saúde, que não os das profissões hegemônicas (Medicina, Enfermagem e Odontologia). O *Interesse pela Área da Saúde* revela a identidade do curso de TO: “*Meu interesse pela TO foi por gostar da área de saúde, e ser o curso de saúde que mais me interessou na instituição*” (Resposta ao questionário).

A área da saúde é constituída por um conjunto de profissões que interagem a partir da divisão do trabalho de cura. No trabalho de cura, essas profissões têm uma função de complementaridade à Medicina. Essa função complementar é marcada por uma batalha pelo monopólio da nomeação legítima do saber e da prática. (FREIDSON, 2009; BOURDIEU, 2004; STRAUSS, 1999;). Neste contexto, por vezes profissionais veem no curso de TO uma possibilidade para ampliar seu saber com a finalidade de dar novos contornos à sua prática. Estudantes apontaram *Ampliação de Conhecimentos* como motivo para o retorno à universidade por meio do curso de graduação:

[...] Voltei à universidade a partir do interesse em ampliar meus conhecimentos. A opção pelo curso de TO foi pela possibilidade de associar a terapia ocupacional nos meus atendimentos diários. Quero muito poder entender a cabeça das pessoas, difícil saber o que leva pessoas depressivas tirarem sua própria vida. (Respostas ao questionário).

A percepção dos indivíduos sobre a contribuição que o curso de TO pode oferecer para ampliação de conhecimentos, em certa medida, resulta de suas três perspectivas centrais – Reabilitação Física, Saúde Mental, TO Social – na medida em que orientam as práticas em TO, mas não porta em si o seu objeto de trabalho. Essas perspectivas, ao mesmo tempo que dificultam a delimitação, por parte dos terapeutas ocupacionais, do objeto de trabalho da TO a

ponto de estabelecer sua abordagem singular, produz uma percepção da profissão como um conhecimento interdisciplinar e que pode ser associado à uma prática terapêutica de uma outra profissão. Esta é uma questão que gera conflitos entre professores e estudantes de TO.

Ao longo de aproximadamente cinco décadas, a TO por meio de suas três perspectivas centrais, citadas acima, ampliou o seu campo de exercício profissional. Os hospitais gerais e psiquiátricos e dos centros de reabilitação física que marcaram o exercício profissional nas décadas de 1950 e 1960, e os serviços socioassistenciais, da justiça e da cultura que marcam novos espaços para o exercício profissional em TO na atualidade, são evidências do desenvolvimento da TO no Brasil nas últimas cinco décadas. A *Diversidade de Campo de Atuação* foi apontada como um dos motivos para opção pelo curso de TO no vestibular: as inúmeras possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional, me chamaram à atenção. (Respostas ao questionário)

À medida que os terapeutas ocupacionais foram se inserindo em outros processos de trabalho, que não apenas os caracterizados pela divisão do trabalho de cura, contribuíram para a ampliação da base filosófica da profissão. Um dos resultados dessa ampliação foi a *Visão da Profissão* de homem em relação ao que o discurso da formação profissional hegemônico definia com seu objeto de trabalho da TO – as atividades humanas. Esse discurso se opõe ao discurso do modelo biomédico e faz com que os estudantes reativamente sintam-se por ele “apaixonados”:

[...] O olhar voltado para o indivíduo como um todo isso me fascinou. Buscar a autonomia no cotidiano, a independência nas atividades cotidianas. Essa intrínseca característica da profissão de promover independência e autonomia do sujeito, me fez apaixonar pela profissão e me descobrir nela. (Respostas ao questionário).

Por fim, o desenvolvimento da TO no país não foi acompanhado pelo aumento no número de profissionais. A escassez do profissional em determinadas regiões do país, principalmente em cidades do interior, tem contribuído para interiorização do curso de TO. A expectativa com a oferta de curso de TO, em cidades do interior, é o crescimento no número de profissionais nessas cidades e regiões vizinhas. Assim, estudantes, em especial que residem em cidades do interior, referiram que “*a falta desses profissionais na região e no mercado de trabalho*” se constituiu em motivação para escolha do curso de TO (Respostas do questionário).

## 8.2.2 Percepção do Exercício Profissional em Terapia Ocupacional

Durante as entrevistas, grupos focais e orientação para o preenchimento do questionário, buscou-se instigar os estudantes, em especial, a expressar sobre suas percepções acerca do exercício profissional em TO. Para facilitar, optou-se por solicitar que eles se referissem às práticas que já tinham observado ou que já haviam participado, enquanto estagiários por exemplo. Em relação aos terapeutas ocupacionais, foi solicitado que os mesmos dessem exemplos de experiências profissionais que pudessem facilitar a compreensão de sua percepção do exercício profissional em TO.

Assim, a partir das percepções de estudantes de TO e terapeutas ocupacionais em relação ao exercício profissional em Terapia Ocupacional se estruturou as seguintes categorias temáticas: *Prática voltada ao indivíduo; Encantamento; Desafios da Prática; Campos de Atuação e Mercado de Trabalho; Percepção da Profissão pela Sociedade; Correlação Teórico-Prática.*

Durante a pesquisa empírica, nas interações com estudantes de TO e terapeutas ocupacionais, se observou que ao expressarem suas percepções acerca do exercício profissional buscam incorporar ao seu discurso as três perspectivas centrais da TO – a Reabilitação Física, a Saúde Mental e a TO Social. Independente da perspectiva, observou-se que há uma certa preocupação em falar do todo, no qual o ser humano se apresenta como o centro, o objeto de estudo, investigação e intervenção.

[...] Creio que essa prática seja muito importante para o dia-a-dia de um ser humano que necessita retomar a sua vida diária, ao seu cotidiano ou ao menos tentar levar uma vida normal. É uma prática que considera a subjetividade do paciente/cliente/usuário, visando sua autonomia e independência independente da condição clínica/patológica. Eu penso que a prática é de suma importância na reabilitação do ser humano, de suas capacidades físicas, mentais e sociais. É um trabalho onde ajuda as pessoas, se reabilita. Somos profissionais que estamos inseridos no cotidiano do paciente, facilitando ou favorecendo o retorno em suas atividades e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida. (Respostas ao questionário).

Nas respostas acima, ficam evidente as três perspectivas centrais da TO, termos como *dia-a-dia, cotidiano, subjetividade, autonomia, independência, clínica, prática, físicas, mentais e sociais* são utilizados para se referir à dimensão individual do *paciente/cliente/usuário* e suas necessidades frente à meta de retomar a vida diária. Esses termos, por si só, indicam os sistemas classificatórios que orientam a forma de pensar e agir em determinada perspectiva. Em parte, fica em evidência que terapeutas ocupacionais



trabalham com problemas do homem leigo relacionados com a habilidade física, mental ou social, que interfere em sua capacidade de decidir e realizar uma determinada atividade da vida cotidiana. O limite dessa intervenção na vida cotidiana do homem leigo depende da produção do conhecimento em TO e do reconhecimento social da TO, ambos produzidos historicamente.

Neste sentido, a percepção do exercício da TO como uma *Prática voltada ao indivíduo* aponta para a necessidade de compreender elementos essenciais que constituíram o processo de profissionalização da TO no Brasil: primeiro, o uso da ocupação com finalidades terapêuticas que, historicamente, legitimou participação dos terapeutas ocupacionais na divisão do trabalho de cura, com foco no interesse do indivíduo e no significado atribuído por ele às atividades; segundo, a caracterização da TO como uma profissão de consulta que busca oferecer à população leiga serviços que procuram resolver problemas práticos, enquanto um requisito para a sua própria sobrevivência (FREIDSON, 2009); em terceiro, o resultado do trabalho do terapeuta que deve ser fruto do objeto de trabalho da TO, por meio do qual se possibilita ao indivíduo recuperar habilidades necessárias à realização de atividades do dia a dia, que se constituem em problemas no momento presente, e que são frutos de uma negociação entre o indivíduo e sua realidade social e cultural, enquanto elementos que constitui a qualidade de vida.

Ademais, ao se referir à *Prática Voltada para o Indivíduo*, estudantes e terapeutas ocupacionais, em certa medida, transmitiam um *Encantamento* pela possibilidade que o exercício profissional oferecia em relação a se inserir na realidade cotidiana do indivíduo que é atendido:

[...] A prática de TO é fascinante, pois somos profissionais que estamos inseridos no cotidiano do paciente. É uma prática de qualidade, seriedade, competência e muito importante para a recuperação do paciente como um todo. Uma prática única, que me encanta cada vez que conheço mais. A TO é esplêndida, apaixonante, maravilhosa, muito gratificante. Ela tem o poder de modificar o cenário em que está inserida. É uma profissão muito linda, com práticas maravilhosas. Um trunfo da humanidade para viver a diversidade e a vida com qualidade. (Respostas ao questionário).

Esse fascínio/encantamento pelo exercício profissional é um lado da moeda, o outro é o da frustração pela falta de reconhecimento social, que em parte é produzido pelos próprios terapeutas ocupacionais e estudantes de TO. Eles reconhecem o valor da intervenção do terapeuta ocupacional apenas para o outro. Partindo do princípio de que o terapeuta ocupacional resolveria problemas da vida diária, quando os estudantes foram indagados se já

havia consultado um terapeuta ocupacional para ajudá-los a resolver problemas práticos relacionados à vida cotidiana a resposta foi o silêncio. Em relação aos estudantes, de certa forma é compreensível tal encantamento pela profissão.

Em relação aos *Campos de Atuação e Mercado de Trabalho* estudantes e terapeutas ocupacionais apontaram para: a diversidade das áreas de atuação; a relevância do exercício profissional para solidez da carreira profissional; e a necessidade de se especializar para que o profissional consiga se manter no mercado de trabalho. A escassez de profissionais no mercado de trabalho contribui para a inserção imediata no mercado de trabalho após a graduação, em especial, daqueles que são oriundos de cidade do interior ou aqueles que são da capital, mas não se recusam a ir trabalhar no interior.

[...] A prática me levou a estar onde estou hoje, me formei em 1997 e um mês, digo, no mesmo mês, que me formei já estava trabalhando e muitos dos trabalhos foi por indicação dos meus professores. Tenho em mente que a prática da profissão é muito diversificada, uma prática com amplas possibilidades por suas diversas áreas e locais que possibilitam a atuação do terapeuta ocupacional. É um leque de oportunidades, especialmente em cidades do interior. A Terapia Ocupacional está em crescimento, o que exige a constante busca do profissional em definir seu espaço, se especializar para se garantir no mercado de trabalho. No entanto, os locais de atuação deveriam ser mais expandidos e o salário (piso) mais alto, pela quantidade e qualidade de estudo que a profissão demanda. Acredito que a obrigatoriedade de haver um terapeuta ocupacional fixo em cada espaço de atuação poderia ser melhor exigido, levando assim a contratação de mais profissionais. (Respostas ao questionário).

Referente à diversidade das áreas de atuação e a escassez de profissionais, quando combinadas produzem uma situação de fragilidade no exercício da profissão, por vezes, estudantes recém-formados assumem postos de trabalhos para os quais não receberam treinamento necessário. Esta é uma situação que coloca em risco não apenas o reconhecimento social da profissão, mas a eficácia das intervenções na resolução de problemas práticos do homem leigo. A motivação para ingressar em cursos de especialização nem sempre partem do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional. Por vezes, o egresso inicia a sua pós-graduação *lato sensu* na expectativa de compreender seu papel profissional, o objeto de seu trabalho. O complicado dessa situação é que as especializações, em sua maioria não são específicas de Terapia Ocupacional, são interdisciplinares.

Em relação à regulação do mercado de trabalho há uma certa ingenuidade por parte de estudantes e terapeutas ocupacionais em acreditar que as dificuldades de inserção profissional, definição de processos de trabalho e remuneração é decorrente da falta de ação de cunho jurídico – luta pelos direitos – por parte das organizações profissionais, não que esta falta não influencie, mas de fato o que se percebe é a falta de conhecimento por partes de

estudantes e terapeutas ocupacionais de marcos regulatórios que definem o exercício profissional em TO no Brasil. Durante a pesquisa empírica, se observou que dos marcos regulatórios, o único que é de amplo conhecimento entre os terapeutas ocupacionais é o Decreto-Lei que cria a profissão de terapeuta ocupacional e, ainda assim, não há clareza no que representou esse decreto para o desenvolvimento da TO no Brasil. A exemplo, em conversas informais, inclusive com representantes oficiais da TO, no âmbito de Sistema COFFITO/CREFITO, quando indagou-se acerca da Resolução nº 81/1987, que entre outros temas define o objeto de estudo da TO não se obteve respostas conclusivas amparadas pela referida resolução.

Também é consenso que, durante a formação profissional, o tema Organizações Profissionais não é discutido em profundidade de forma a desenvolver uma reflexão acerca da constituição da TO no Brasil. O que há são alguns professores de TO que, quando estão vinculados a grupos dirigentes das organizações profissionais, trazem para o curso informações sobre essas organizações e dos embates que estão colocados no momento. Ainda há muitos equívocos acerca dos papéis de cada organização profissional. A organização profissional de referência é o Sistema COFFITO/CREFITO, na medida que é a única organização de filiação obrigatório para o exercício profissional. Ainda assim, percebeu-se que estudantes e terapeutas ocupacionais desconhecem o teor das resoluções do COFFITO que tratam da regulamentação profissional. Ouviu-se queixas dos conselheiros de sistema COFFITO/CREFITO que os profissionais cobram ações que não estão entre as finalidades e competências legais da instituição, como a definição de piso salarial, que é de competência dos sindicatos. Por outro lado, representantes oficiais dos Sindicatos se defendem acusando que os profissionais não se afiliam à instituição.

Neste sentido, de acordo com as percepções de estudantes e terapeutas ocupacionais, o cenário do exercício profissional, de certa forma, revela alguns dos *Desafios da Prática*. Esses desafios apontam para questões relacionadas ao fortalecimento das práticas, ética, compromisso dos profissionais com suas organizações profissionais, lutas por direitos, busca de conhecimentos técnicos, clareza das práticas ao público alvo, entre outros:

[...] Acho que ainda necessitamos nos fortalecer enquanto nossas práticas, pois nota-se uma certa precariedade em algumas áreas. A prática profissional abrange exercer a profissão dentro da ética, respeitar os deveres e tomar posse e lutar pelos direitos da profissão. Existe muita falta de compromisso de nós terapeutas ocupacionais com a nossa profissão. Acho que a prática me impulsionou a buscar mais conhecimento técnico, pois temos muita prática e diferentes áreas, dificultando o entendimento do usuário. Por fim, ainda tem 'alguns' ajustes a serem feitos para melhor definir a prática profissional, inclusive entre os próprios terapeutas ocupacionais, sendo

pertinente as discussões sobre as especialidades no momento. (Respostas ao questionário).

Vale acrescentar que quando estudantes e terapeutas ocupacionais se referem às especialidades é como se elas fossem dotadas do objeto de trabalho da TO. Esse é um ponto que merece se atentar na medida em que a TO avança para a definição de especialidades sem ter definido claramente para si e para os outros o seu objeto de trabalho. De que adianta uma especialidade em Acupuntura se os próprios terapeutas ocupacionais não conseguem enxergar claramente a vinculação dessa especialidade com aquilo que denominam como objeto de trabalho? A Acupuntura é só um exemplo. O problema em si não é essa ou aquela especialidade, se esse ou aquele nome que deva ter, mas sim uma delimitação confusa do objeto de trabalho da TO, e como esse objeto se vincula a determinadas especialidades, a ponto de permitir um raciocínio profissional baseado numa abordagem singular da profissão.

As imprecisões que estão presentes no campo profissional da TO influenciam diretamente à *Percepção da Profissão pela Sociedade*. Estudantes e terapeutas ocupacionais transparecem um certo grau de desconforto pela percepção do homem leigo relação à Terapia Ocupacional. Esse desconforto gera angústia e frustração na medida em que os estudantes e terapeutas percebem que a TO,

[...] ainda não é valorizada pela sociedade. O desconhecimento do que é Terapia Ocupacional é geral. Desconhecem as possibilidades de atuação em TO, o que as vezes restringe a ação dos profissionais. Acredito que deve ser mais valorizada e divulgada, pois tem um impacto social muito forte. Ainda não temos uma força acadêmica isso contribui para o baixo reconhecimento social. (Respostas ao questionário).

Os estudantes e terapeutas ocupacionais ainda não possuem clareza acerca da diferença entre uma profissão acadêmica e uma profissão de consulta. (FREIDSON, 2009). A falta de “força acadêmica” referida está relacionada com a posição que os terapeutas ocupacionais, historicamente, ocuparam na estrutura das instituições de ensino e da própria motivação para criação de cursos de graduação. Ao se criar um curso de TO, busca-se formar profissionais técnicos e não pesquisadores. Neste sentido, não é academia em si que trará o reconhecimento social, mas os bons resultados alcançados pelos terapeutas ocupacionais na solução dos problemas práticos do homem leigo.

Para se alcançar bons resultados, uma profissão de consulta deve buscar desenvolver tecnologias voltadas para a realidade concreta da população que busca oferecer seus serviços. Para isso, é necessário o desenvolvimento de modelos de processos de trabalho que permitam ser avaliados. Uma profissão de consulta, que se recusa a orientar sua prática profissional por

modelos de intervenção que comunique suas intenções, seus métodos e resultados esperados, está fadada ao descrédito.

Alguns estudantes e terapeutas relataram que percebe que há necessidade de uma *Correlação Teórico-Prática*

[...] Eu acho que a prática em Terapia Ocupacional é bem feita quando é bem fundamentada através da correlação teórico-prática. Essa correlação é extremamente importante para que de fato se adquira a 'mão terapêutica', o que associada a teoria e pesquisa torne o profissional um profissional completo. Isto é um processo construído com base em 2 pilares: trabalho e formação continuada. Foi isto que levou à organização teórico-prática da minha atuação. (Resposta ao questionário).

As motivações e percepções de estudantes e terapeutas ocupacionais é uma imagem, ainda que borrada da realidade da dicotomia entre a formação profissional e o exercício profissional em TO. No próximo capítulo será apresentada o perfil de estudantes de TO e de terapeutas ocupacionais na finalidade de acrescentar outros elementos para compreensão do cenário atual da TO no Brasil.

## 9 TERAPIA OCUPACIONAL: DE 1980 ATÉ A ATUALIDADE

Este capítulo visa apresentar a situação atual da Terapia Ocupacional no Brasil, tomando-se o período compreendido entre 1980 aos dias atuais, tendo como fonte empírica principal o perfil dos profissionais formados após a regulamentação da profissão e dos estudantes ainda em formação. Considerando a diversidade de dados empíricos para construção desse perfil, optou-se por utilizar a Parte 1 e 2 do Roteiro de Coleta de Dados que, juntamente com a Parte 3, guiaram as entrevistas e os grupos focais e a aplicação de questionário (apêndices 1 e 2). As Partes 1 e 2 geraram um conjunto de dados composto pelas características pessoais dos participantes e pelas informações gerais sobre o processo de formação e atuação profissional.

Participaram da pesquisa, por meio do Roteiro de Coleta de Dados, 225 sujeitos, sendo 88 terapeutas ocupacionais e 137 eram, ou ainda são, estudantes de TO. Assim, para estruturação do perfil desses participantes, com base nas Partes 1 e 2, foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Science for Windows (SPSS)*.

Em seguida, buscou-se a articulação da análise obtida via SPSS, com a análise das respostas às questões temáticas que constam na Parte 3 do mesmo Roteiro de Coleta de Dados. Relembrando, a Parte 3 desse roteiro foi composta por questões abertas e permitia aos participantes expressarem suas percepções acerca da formação e exercício profissional e das organizações profissionais. Buscou-se também agregar a essas análises as observações de campo, em relação às visitas aos cursos e serviços de TO e à participação nos eventos científicos.

Para a articulação do conjunto de dados, e suas análises, utilizou-se de três fontes documentais: a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), as Diretrizes Curriculares Nacionais para Graduação em Terapia Ocupacional (DCNTO), e as Sinopses de Educação Superior relativas aos anos de 1995, 2000, 2010 e 2015. Além das fontes documentais, buscou-se um diálogo com outros estudos relacionados aos temas que surgiram no decorrer das análises. As três fontes documentais trouxeram entendimentos que permitiram aprofundar a discussão de aspectos que envolvem a formação e o exercício profissional, bem como das relações desses aspectos com a atualização do objeto de trabalho da TO e da identidade profissional.

O presente capítulo está estruturado em duas partes: (1) perfil dos terapeutas ocupacionais; e (2) perfil dos estudantes de TO.

## 9.1 A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES E A TERAPIA OCUPACIONAL

Durante a pesquisa empírica, observou-se que os terapeutas ocupacionais desempenham diferentes papéis, entre eles: clínico, gestor, consultor, professor, pesquisador. Com base na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), esses papéis se relacionam com duas ocupações profissionais: terapeuta ocupacional e professor de Terapia Ocupacional. Essas ocupações se constituem como conjuntos distintos de atividades, que estão nomeadas e classificadas e que permitem a identificação dos indivíduos no mundo do trabalho. Vale ressaltar que, durante a pesquisa empírica, observou-se que os terapeutas ocupacionais não possuem uma clareza acerca da existência da ocupação profissional de professor de TO, inclusive àqueles que estão vinculados aos cursos de graduação no papel de professor. Essa falta de clareza tem produzido conflitos nas interações que são estabelecidas entre terapeutas ocupacionais e professores e de professores entre si.

A partir da análise dos documentos da CBO, que tratam das ocupações profissionais *terapeuta ocupacional* e *professor de TO*, foi possível dividir os terapeutas ocupacionais em três grupos: terapeutas, professores e terapeutas-professores. Incluiu-se no *grupo terapeuta* o participante da pesquisa que se dedica, na maior parte do tempo, às atividades do exercício profissional relacionadas na descrição sumária da ocupação de terapeuta ocupacional. O participante que, na maior parte do tempo, está vinculado às atividades profissionais descritas na descrição sumária da ocupação de professor de TO foi incluído no *grupo professor*. E incluiu-se no *grupo terapeuta-professor* os participantes que no exercício profissional dividem o seu tempo entre as atividades esperadas de um terapeuta ocupacional e de um professor de TO.

TABELA 21 - PERFIL OCUPACIONAL DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Segmentos	Frequência	Percentual	Validade Percentual
Terapeuta	38	43,2	43,2
Professor	38	43,2	43,2
Terapeuta-Professor	12	13,6	13,6
Total	88	100,0	100,0

Fonte: o autor (2016).

Na tabela 21 observa-se um equilíbrio entre o número de terapeutas ocupacionais que exercem a ocupação apenas de professor, ou de terapeuta, e um número menor daqueles que exercem essas duas ocupações. Ressalta-se que esse dado em si não representa um retrato da proporção dos terapeutas ocupacionais nos referidos grupos no país. Entende-se que este

resultado foi influenciado pelas interações estabelecidas durante a realização da pesquisa empírica, em torno dos cursos de graduação e eventos científicos, bem como da metodologia utilizada para inclusão de participantes da pesquisa.

O que interessa dos dados da tabela 21 não é a sua dimensão quantitativa, mas qualitativa. Esses dados auxiliam na descrição das ocupações que estruturam o campo profissional da TO no Brasil, na atualidade. Também auxiliam na reflexão acerca das percepções dos terapeutas ocupacionais, no que diz respeito à formação profissional para o exercício dessas ocupações profissionais. Essas percepções têm influenciado as mudanças que vem ocorrendo na TO, em relação ao seu objeto de trabalho e à elaboração da identidade profissional dos novos terapeutas ocupacionais. Por exemplo, no caso da ocupação profissional de professor de TO, o estímulo ao desenvolvimento de competências relacionadas às atividades de pesquisa e de ensino.

O interesse de egressos em TO pela carreira acadêmica, e os pré-requisitos exigidos para o ingresso na ocupação de professor de TO, têm contribuído para mudanças na identidade profissional em relação à ocupação profissional de professor de TO, e produzido uma distinção entre essa ocupação profissional e a de terapeuta ocupacional. Em visita aos cursos de graduação, percebeu-se uma proporção maior de professores de TO, graduados em especial a partir dos anos 2000, com trajetória profissional constituída basicamente pela formação em pós-graduação *stricto-sensu*, diferentemente dos professores de TO graduados em décadas anteriores. Os professores de TO graduados antes dos anos 2000, em sua maioria, possuem uma trajetória profissional marcada pelo exercício da ocupação profissional de terapeuta ocupacional e uma formação de pós-graduação *lato sensu*, em especial nas instituições de ensino superior privada. Mais à frente serão apresentados os dados sobre essa questão.

Em relação à origem dos terapeutas ocupacionais, que compõem os três grupos, observa-se que: os *terapeutas* atuam em serviços de TO de instituições públicas e privadas, em diferentes regimes de trabalho; os *professores*, em especial os das instituições de ensino superior (IES) públicas, em sua maioria são contratados em regime Estatutário com Dedicção Exclusiva; e os terapeutas-professores, em sua maioria, são oriundos de cursos das IES privadas, de serviços de TO da iniciativa privada ou pública, e estão contratados pelo regime Celetista, das Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A forma de contratação é um fator que influencia e motiva o exercício profissional em uma ou nas duas ocupações profissionais.



Em relação à proporção entre professores e terapeutas-professores nos cursos de graduação em TO de instituições públicas, Pan e Lopes (2013) apresentam um panorama dessa realidade:

TABELA 22 - PANORAMA GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL DAS IFES - 2013.

IFES*	Ano de Criação do Curso	Projeto Político Pedagógico Vigente	Recursos Humanos		
			Nº de Docentes**		Técnicos
			Efetivos	Substitutos/ Temporários	
UFPE	1962	2011	18	2	-
UFSCar	1978	2011	17	11	-
UFMG	1979	2009	17	2	-
UFPR	2000	2005	23	-	2
UNIFESP	2006	2013	14	-	-
UFTM	2007	2007	15	4	2
UnB	****2008.2	2009	12	2	-
UFPA	2009	2009	6	2	-
UFES	2009	2007	12	-	2
IFRJ	2009	2012	9	3	-
UFRJ	****2009.2	2008	15	10	-
UFSM	2009.2	2009	9	3	-
UFPB	****2010.2	2008	12	-	-
UFPEl	2010.2	2013	2	6	-
UFS	2011	2012	8	2	-
Totais			189	44	6***

Fonte: PAN; LOPES (2013)

\*Todas oferecem cursos em período integral, com exceção do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da UFPR, que possui uma entrada em período integral e uma entrada em período noturno. \*\*Considerando apenas os da Área Específica – Terapia Ocupacional. \*\*\*Terapeutas ocupacionais. Fonte: Projetos Político-Pedagógicos e Entrevistas com Coordenadores dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional das IFES; elaboração das autoras.

\*\*\*\*Refere-se ao 2º semestre do ano letivo.

Observou-se nos cursos de TO e seus respectivos departamentos das IES públicas, em especial os criados a partir de 2008, uma tendência pela preferência na contratação de professores de TO em regime de Dedicção Exclusiva. Essa preferência é um dos fatores que influencia no número de professores de TO existente no país quando comparados o número de professores nos cursos/departamentos entre si e com o número de professores de outras áreas profissionais.

Em relação ao número e contratação de docentes substitutos/temporários, uma das motivações principais para tal contratação é a ocorrência de afastamentos de docentes efetivos

e disponibilidade da IES. No caso da TO, um dos motivos que gera os afastamentos é o processo de formação *stricto sensu* dos docentes, que ingressam na carreira com tal formação incompleta. Por exemplo, de acordo com Lan e Lopes (2013) o curso da UFPR não contava com a presença de docentes substitutos/temporários; entretanto, na atualidade esse curso conta com 04 docentes que substituem 04 docentes que estão afastados para o curso de doutorado<sup>261</sup>. Outro aspecto que merece atenção, nos dados apresentados pelas autoras, é a presença de técnicos; esses, geralmente são terapeutas que se envolvem na formação profissional, mas a partir das competências esperadas de um terapeuta ocupacional e não de professor de TO.

As questões enunciadas podem ser melhor compreendidas quando posicionadas dentro de sistemas classificatórios. Neste sentido, a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) oferece elementos para avançar na análise e discussão dessas questões, na medida em que ela se constitui em sistema classificatório das ocupações profissionais no Brasil. As atualizações que ocorreram nessa classificação resultaram de mudanças no mundo do trabalho em relação com a formação profissional e a regulamentação das ocupações profissionais. Observa-se que essas mudanças mantêm uma relação de interdependência com as mudanças oriundas da produção do conhecimento, e vice-versa. Neste sentido, no caso da TO, essa classificação oferece elementos para a compreensão de como a formação e o exercício profissional se articulam e produzem mudanças na identidade profissional e no objeto de trabalho dessa profissão. Como foi demonstrado nos capítulos 3, 4 e 5, a profissão de TO se estruturou no país a partir das interações de práticos em TO, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e médicos. Desde a introdução do uso terapêutico das ocupações, até os dias atuais, essa prática terapêutica passou por diversas mudanças que motivaram a sua regulamentação profissional; por exemplo, a criação da classe Auxiliar de Praxiterapia pelo Decreto-Lei nº 299/1967 com base na Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960, a criação da profissão de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional pelo Decreto-Lei nº 938/1969 e a inserção dessas ocupações profissionais no Grupo Outras Atividades de Nível Superior pelo Decreto nº 72.493/1973, que passaram a ser consideradas uma categorias funcional, sob o Código NS-906 - Técnico em Reabilitação.

A criação da CBO, em 1977 e suas atualizações produziram mudanças na forma como os indivíduos e as estruturas sociais identificam a TO no mundo social. Isso decorre do fato da CBO se constituir como uma “referência obrigatória dos registros administrativos que

---

<sup>261</sup> Esse dado é de conhecimento do pesquisador, pelo fato de compor o corpo docente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFPR.

informam os diversos programas da política de trabalho do país” e como uma ferramenta fundamental para a elaboração de currículos e no planejamento da educação profissional (MTE, 2016).

Segundo o Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), a estrutura básica da CBO foi construída em 1977, a partir do convênio firmado entre o Brasil e a Organização das Nações Unidas (ONU), por intermédio da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Para a estruturação da CBO, baseou-se na Classificação Internacional Uniforme de Ocupações (CIUO), de 1968 (MET, 2016).

A CBO, de 1994, descrevia o terapeuta ocupacional como um profissional que dedicava “ao tratamento, desenvolvimento e reabilitação de pacientes portadores de deficiências físicas e/ou psíquicas, promovendo atividades com fins específicos, para ajudá-los na sua recuperação e integração social” e detalha essa descrição nas seguintes competências:

prepara os programas ocupacionais destinados a pacientes confinados em hospitais ou outras instituições, baseando-se nos casos a serem tratados, para propiciar a esses pacientes uma terapêutica que possa desenvolver e aproveitar seu interesse por determinados trabalhos; planeja trabalhos individuais ou em pequenos grupos, como trabalhos criativos, manuais, de mecanografia, horticultura e outros, estabelecendo as tarefas de acordo com as prescrições médicas, para possibilitar a redução ou cura das deficiências do paciente, desenvolver as capacidades remanescentes e melhorar seu estado psicológico; dirige os trabalhos, supervisionando os pacientes na execução das tarefas prescritas, para ajudar o desenvolvimento dos programas e apressar a reabilitação. Pode conduzir também programas recreativos. (MTE, 2016).

Essa descrição do terapeuta ocupacional, e de suas competências, está em acordo com a constituição e desenvolvimento da TO no país. Ela opera como uma síntese do que se esperava de um terapeuta ocupacional, a partir do conhecimento produzido e acumulado acerca do uso de ocupações com fins terapêuticos no mundo e no Brasil. Ela também revela o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional na divisão do trabalho de cura que permitiu a elaboração da identidade profissional, por parte de estudantes de TO e terapeutas ocupacionais e, também, por parte do homem leigo.

Desde a sua criação a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) passou por atualizações. A última atualização se iniciou em 1996, e foi concluída em 2002<sup>262</sup>. Nessa

---

<sup>262</sup> A elaboração e atualização da CBO cabe ao Ministério do Trabalho e Emprego. Essa competência é regida pelas Portarias nº 3.654, de 24.11.1977, nº 1.334, de 21.12.1994 e nº 397 CBO 2002. Segundo o MET (2016), em relação à CBO (2002) “a grande novidade do processo descritivo em relação à CBO anterior é que cada família ocupacional foi descrita por um grupo de 8 a 12 trabalhadores da área, em oficina de trabalho (ou painel) com duração de três dias, sendo dois dias de descrição e um dia de revisão, por outro comitê, também formado por trabalhadores. Ao todo, foram 1.800 reuniões-dia, em vários pontos do Brasil, com a participação

versão um documento essencial para compreensão de uma ocupação profissional é a Ficha de Descrição, conforme modelo apresentado no Quadro 16:

QUADRO 16: FICHA DE DESCRIÇÃO DA CBO (2002)

CONTEÚDO DA FICHA DE DESCRIÇÃO DE UMA FAMÍLIA OCUPACIONAL
<p>A ficha de descrição da CBO (2002), publicada na versão em papel, está organizada em uma folha impressa por grupo de base ou família ocupacional. Ela traz as seguintes informações:</p> <p><b>TÍTULO DA FAMÍLIA OCUPACIONAL (OU GRUPO DE BASE)</b></p> <p>Descrição Sumária: Parágrafo que descreve as grandes áreas de atividade da família ocupacional para facilitar a codificação.</p> <p>Formação e experiência: Parágrafo que informa sobre a formação requerida para o exercício das ocupações.</p> <p>Condições gerais de exercício: Parágrafo que apresenta informações das atividades econômicas em que atuam os trabalhadores da referida família ocupacional, condição da ocupação - assalariado com carteira assinada, conta-própria, empregador; local e horário de trabalho e algumas condições especiais.</p> <p>Código Internacional: CIUO 88 Neste campo, registra-se o código correspondente da Classificação Internacional Uniforme de Ocupações CIUO 88, para comparação de estatísticas internacionais. A sigla da CIUO 88 em inglês é ISCO 88 e em francês é CITP 88.</p> <p>Recursos de Trabalho: Neste campo são registrados alguns recursos de trabalho usados nas ocupações descritas.</p> <p>Participantes da Descrição – Especialistas: Neste campo são listados os trabalhadores da área que atuaram como especialistas no painel de descrição e de validação.</p> <p>Instituições: Neste campo são listadas as instituições ou empresas que dispensaram os dias de trabalho de seus trabalhadores para participação dos painéis de descrição ou validação. Instituição conveniada responsável Registro de uma das instituições conveniadas responsáveis pela descrição.</p> <p>Glossário: Explicação de termos específicos e siglas usadas na descrição completa, incluindo ficha e a descrição detalhada.</p>

Fonte: MET (2016); quadro elaborado pelo autor.

A Classificação Brasileira de Ocupações é um documento de natureza normatizadora “do reconhecimento, da nomeação e da codificação dos títulos e conteúdos das ocupações do mercado de trabalho brasileiro. É ao mesmo tempo uma classificação enumerativa e uma classificação descritiva” (MET, 2016). Três conceitos merecem ser destacados, a saber: ocupação, título e família de ocupações.

Por *ocupação* entende-se:

---

de aproximadamente 7 mil trabalhadores” (MTE, 2016). Para saber mais sobre a estrutura da CBO (2002), consultar: BRASIL (2017i).

um conceito sintético não natural, artificialmente construído pelos analistas ocupacionais. O que existe no mundo concreto são as atividades exercidas pelo cidadão em um emprego ou outro tipo de relação de trabalho (autônomo, por exemplo). Ocupação é a agregação de empregos ou situações de trabalho similares quanto às atividades realizadas. (MET, 2016).

Os *títulos* se referem a:

O título ocupacional, em uma classificação, surge da agregação de situações similares de emprego e/ou trabalho. Outros dois conceitos sustentam a construção da nomenclatura da CBO 2002: Emprego ou situação de trabalho: definido como um conjunto de atividades desempenhadas por uma pessoa, com ou sem vínculo empregatício. Esta é a unidade estatística da CBO. (MET, 2016).

Por *família ocupacional* compreendem-se os campos profissionais, considerados como “a unidade de classificação descritiva mais desagregada” (MET, 2016). O campo profissional se refere a um conjunto de empregos mais amplos e que “são identificados por processos, funções ou ramos de atividades”, onde os indivíduos se movimentam com mais facilidade (MET, 2016). Neste sentido, a estrutura da CBO (2002).

agrega os empregos por habilidades cognitivas comuns exigidas no exercício de um campo de trabalho mais elástico, composto por um conjunto de empregos similares que vai se constituir em um campo profissional do domínio x, y e z. A unidade de observação é o emprego. [...] ao invés de se colocar a lupa de observação sobre os postos de trabalho, agregando-os por similaridades de tarefas, como era a tônica da CIUO 68 e CBO 82 e CBO 94, a CBO 2002 amplia o campo de observação, privilegiando a amplitude dos empregos e sua complexidade, campo este que será objeto da mobilidade dos trabalhadores, em detrimento do detalhe da tarefa do posto. (MET, 2016).

A partir da versão CBO (2002), a descrição da sumária de uma ocupação é composta por um conjunto de atividades de competência de uma família ocupacional nomeado de Grande Área de Competências (GACs). Tomam-se as GACs como referência central para situar os terapeutas ocupacionais nas duas famílias ocupacionais – *Terapeutas ocupacionais e ortoptistas* e *Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior* – e demonstrar as distinções e pontos de convergências das competências dos terapeutas ocupacionais nessas duas famílias ocupacionais. Essas distinções e convergências estruturam a dinamicidade do processo de formação profissional de forma articulada ao exercício profissional e a regulamentação profissional.

Os terapeutas ocupacionais que pertencem à família *Terapeuta Ocupacionais e ortoptistas* são aqueles que concentram suas atividades no exercício profissional. Essa

família é composta por dois títulos com seus respectivos códigos<sup>263</sup>: terapeuta ocupacional/2239-05 e ortoptista/2239-10<sup>264</sup>. A partir desses códigos é possível distinguir as atividades desses profissionais, exigências para o exercício profissional, entre outros aspectos. A descrição sumária dessa família ocupacional aponta para as seguintes GACs<sup>265</sup>:

Intervenções e tratamento de pacientes e clientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional e ortóptica. Avaliam funções e atividades<sup>266</sup>; analisam condições dos pacientes e clientes; Realizam diagnósticos<sup>267</sup>. Atuam na orientação de pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis. Desenvolvem, ainda, programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida. (MTE, 2016).

Cada atividade da Grande Área de Competências (GACs) dos profissionais que compõem uma família ocupacional é composta por um conjunto de procedimentos. Existem procedimentos que são de competência dos terapeutas ocupacionais e ortoptista e os que são de competência específica de cada um desses profissionais. Por exemplo, a “atividade realizar intervenções e tratamentos” é de competência dos terapeutas ocupacionais e ortoptistas; procedimentos como o de “realizar procedimentos de habilitação e de reabilitação

<sup>263</sup> A última atualização desses códigos se deu em 31 de dezembro de 2008 (CBO, 2016).

<sup>264</sup> Em relação ao ortoptista o Conselho Brasileiro de Ortóptica (CBOrt) oferece informações acerca da prática de cura que deu origem à essa ocupação profissional. Segundo o CBOrt “no Brasil, o interesse pela Ortóptica data de 1939 [...]. A insatisfação do oftalmologista em relação ao resultado do tratamento do estrabismo era geral. [...] Foi dentro deste panorama que Dr. Moacyr Álvaro, pioneiro da colaboração internacional para o progresso da oftalmologia, [...] contactou Miss Mayou, ortoptista de renome do Moorfields Eye Hospital. Combinou sua vinda ao Brasil, em 1947, para ministrar em São Paulo o primeiro Curso, instalar a primeira clínica e orientar os alunos que constituíram o primeiro grupo de “Técnicos em Ortóptica” da América do Sul. [...] [O curso ] foi reconhecido pelo Conselho Federal de Educação em 16/10/1978 como curso de nível superior: decreto no 82412 [...] o Curso foi reestruturado, com ampliação da carga horária e mudanças no conteúdo programático com inserção de novas disciplinas e com novo e amplo perfil profissional. O graduando da UNIFESP passou a ter dupla formação: Ortóptica e Tecnologia Oftálmica. [...] Com a graduação da 10ª turma com este padrão de formação, em 1998, o curso foi extinto e substituído pelo Curso de Tecnologia Oftálmica que vigora até hoje. [...] Com desempenho profissional essencialmente clínico o Ortopista, como é conhecido hoje, tem como atribuições: identificar, avaliar, prevenir e auxiliar a recuperação das deficiências sensorio-motoras, funcionais da visão, por meio de aparelhagem e técnicas específicas a fim de desenvolver condições para o uso correto e confortável da visão mono e binocular (CBORT, 2017). Disponível em <http://www.cbort.com.br/mauris-posuere/> Acesso em 16 ago. 2017.

<sup>265</sup> Para mais detalhes consultar o anexo14 (NOVO CBO-2002 TO).

<sup>266</sup> Essa atividade é composta por um rol de procedimentos que visam a avaliação das funções e atividades necessárias para o desempenho de atividades cotidianas. São exemplos desses procedimentos: “Avaliar desenvolvimento neuro-psico-motor; Avaliar sensibilidade; Avaliar condições dolorosas; Avaliar motricidade geral (postura, marcha, equilíbrio)” (MET, 2016).

<sup>267</sup> O termo *diagnóstico* é polissêmico. No caso da TO se refere aos procedimentos que visam identificar problemas da dimensão individual ou coletiva que impendem, dificultam ou inviabilizam a realização de atividades cotidianas de interesse para o indivíduo ou grupo. São procedimentos de competência do terapeuta ocupacional nesta atividade: “Avaliar coordenação óculo manual e pedal; Avaliar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos; Identificar redes de suporte social; Avaliar aspectos afetivos, emocionais e sociais; Avaliar distúrbios da aprendizagem da linguagem oral, leitura e escrita; Avaliar integração sensorial; Avaliar aspectos cinético-funcionais; Realizar diagnóstico sócio-ocupacional; Avaliar impacto do adoecimento e da institucionalização” (MET, 2016).

e o de “ensinar procedimentos de orientação/mobilidade (dependente/semi-independente/independente)”. No entanto, apenas os terapeutas ocupacionais têm competência para o procedimento de ensinar técnicas de independência e autonomia em atividades da vida diária e atividades instrumentais da vida diária; e apenas os ortoptistas possuem competência para “ensinar técnicas para uso funcional da visão e prescrever exercícios ortópticos”. (MET, 2016). Dessa família ocupacional, interessa o título de terapeuta ocupacional.<sup>268</sup>

A partir da descrição sumária da família ocupacional *terapeutas ocupacionais e ortoptistas* (anexo 14), é esperado do terapeuta ocupacional competências para executar os seguintes tipos de atividades: realizar intervenções/tratamento; avaliar funções e atividades; analisar condições dos pacientes, clientes, ambientes e comunidades; realizar diagnósticos; orientar pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis; executar atividades técnico-científicas e administrativas; comunicar-se; e demonstrar competências pessoais.

Nas visitas realizadas aos serviços de TO e aos cursos de graduação, e na participação nos eventos científicos da profissão, foi possível contatar que, de forma concreta, os terapeutas ocupacionais se preocupam com as dificuldades dos indivíduos em realizar as ações mais corriqueiras do dia a dia que compõem as atividades de autocuidado (alimentar-se, vestir-se, higienizar-se, entre outras) e de interação social (comunicar-se, expressar desejos e emoções, etc.), até as da esfera produtiva e econômica (trabalhar, consumir bens e serviços, etc.). Para tanto, os terapeutas ocupacionais estruturam um programa que envolve os indivíduos na execução de atividades, de forma que lhes permitam avaliar e tratar os indivíduos, com o objetivo de responder à problemática que justificou sua ação profissional, tanto na esfera individual quanto social.

Observou-se que, independente da técnica, do método, do instrumental de trabalho utilizado, os terapeutas ocupacionais buscam estimular, desenvolver, melhorar as habilidades físicas, psíquicas e sociais daqueles que estão sob seus cuidados para a realização de atividades cotidianas desejadas pelo indivíduo ou esperadas socialmente.

Segundo a CBO, para o exercício da ocupação profissional de *terapeuta ocupacional* é exigido curso superior em Terapia Ocupacional e registro no Conselho Profissional. Na maior parte do tempo, o terapeuta ocupacional atua em equipes multiprofissionais, nos seguintes espaços: “consultórios, hospitais, ambulatórios, clínicas,

---

<sup>268</sup> Para saber mais sobre os ortoptista consultar a homepage do Conselho Brasileiro de Ortóptica (2017).

escolas, domicílios, clubes, comunidades, escolas, indústrias, dentre outros, em horários diurnos” (MTE, 2016).

Tendo apresentado um panorama geral acerca da ocupação profissional de terapeuta ocupacional, resta nesse momento tratar do panorama geral em relação à ocupação de professor de TO. Essa ocupação surge na CBO em 30 de dezembro de 2012, e faz parte da família ocupacional *Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior*, sob o título *Professor de Terapia Ocupacional*<sup>269</sup> e o código 2344-55 (anexo 15). Os títulos de professores que compõem essa família desempenham suas funções em instituições voltadas para o ensino, pesquisa e extensão. Exige-se para o exercício da ocupação de professor de TO “formação superior, em geral complementada por especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado” (MET, 2016). Apesar da CBO não explicitar a exigência do diploma de terapeuta ocupacional para o exercício da ocupação de professor de TO, processos de seleção de candidatos, em especial, em concursos públicos, exigem a graduação em TO; salvo raras exceções, é o *modus operandi* quando se trata da contratação de professores de TO no Brasil.

A descrição sumária dessa família ocupacional aponta que o objeto de trabalho dos professores se estrutura a partir das seguintes atividades:

Ministram atividades didáticas; preparam aulas teóricas e práticas para disciplinas das ciências biológicas e da saúde, do ensino superior; planejam cursos; realizam atividades de extensão e divulgam produção acadêmica. Orientam e avaliam alunos; participam da administração universitária; avaliam disciplinas e cursos; comunicam-se oralmente e por escrito. Podem desenvolver pesquisa. (MTE, 2016).

Essas atividades, na medida em que compõem o objeto de trabalho dos professores de TO, também influenciam na elaboração da identidade profissional. Nos procedimentos que compõem as atividades das GACs da família ocupacional de professores, não estão explícitas as distinções entre os procedimentos comuns e específicos dos diferentes títulos de professores, professores de Medicina, de TO, de Enfermagem, etc. (ver Anexo nº). Os procedimentos são iguais, entendendo-se sua distinção pelo objeto de trabalho da profissão na qual se aplica cada procedimento. Neste sentido, o objeto de trabalho funciona como núcleo, filosofia profissional que dá estrutura e organização aos procedimentos que acontecem em um determinado curso de graduação. Procedimentos como “instruir os alunos em técnicas especiais” ou “orientar e supervisionar estágios curriculares” são procedimentos

<sup>269</sup> Vale ressaltar que os professores que atuam nos cursos de graduação de TO fazem parte de diferentes famílias e possuem seus respectivos títulos em acordo com sua área de conhecimento. De modo geral, os professores pertencem à família dos *professores de ciências biológicas e da saúde*, em sua maioria, e *professores das ciências humanas do ensino superior*.



aplicados por qualquer professor, em qualquer curso de graduação; entretanto, o objeto de trabalho de cada profissão opera como um elemento de distinção. Professores de TO instruem estudantes em técnicas de treinamento de atividades de vida diária, enquanto médicos instruem em técnicas cirúrgicas e médicos veterinários em técnicas de inspeção sanitária, e assim sucessivamente. Assim, o objeto de trabalho da TO é um aspecto decisivo para elaboração da identidade profissional dos professores de TO. É a partir do objeto de trabalho da profissão que os professores de TO são identificados em suas atividades de ensino-pesquisa-extensão.

Neste sentido, os professores de TO no exercício profissional manipulam, articulam dois objetos de trabalho: o objeto da ocupação professor e o objeto da ocupação terapeuta ocupacional. A investigação do objeto de trabalho da TO, enquanto um meio para fins de solução de problemas do homem leigo, permite ao professor a articulação da formação profissional com o exercício profissional em TO. E também motiva as interações entre terapeutas ocupacionais que compõem os três grupos: terapeuta, professor e terapeuta-professor.

Ao mesmo tempo em que o objeto de trabalho de uma profissão une ocupações de famílias diferentes, a descrição sumária de cada uma delas opera como uma distinção entre terapeutas ocupacionais e professores. Retomando o que foi dito anteriormente, em relação ao terapeuta ocupacional, espera-se que ele realize “intervenções e tratamento de pacientes e clientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional”, entre outras. (MET, 2016). No caso do professor, espera-se que ele ministre atividades didáticas e prepare aulas teóricas e práticas, entre outras. (MTE, 2016)

Neste sentido, entende-se que o terapeuta tem como sujeito de atenção indivíduos que são encaminhados ou procuram os serviços de TO em busca de solução para problemas cotidianos relacionados com doenças físicas ou mentais ou às questões sociais. No caso dos professores de TO, estes têm como sujeito de atenção os estudantes de TO frente aos problemas que decorrem do próprio processo de formação profissional. É dever do professor avaliar e intervir nesse processo formativo, de forma articulada com as possíveis realidades e serviços em que esse estudante fará seu treinamento profissional.

Uma observação que merece atenção é o objeto de trabalho da profissão, que é manipulado tecnicamente pelo professor a partir do papel de docente-assistencial. Neste papel, ele divide a sua atenção para dois sujeitos: o usuário ou grupo de usuários de um serviço de TO e o estudante de TO. Ao prestar assistência ao usuário, ou a um grupo, o professor é o responsável pelas intervenções às quais eles são submetidos e, ao mesmo

tempo, se utiliza dessas intervenções para instruir os estudantes no que se refere às competências necessárias ao exercício profissional. Neste sentido, o desempenho esperado do professor articula à função pedagógica com a função assistencial. Em relação a essa dupla função, observou-se durante a pesquisa empírica que há divergências de entendimento entre os próprios professores de TO. Existem os professores que advogam para si apenas as atividades de cunho pedagógico e os professores que entendem que as atividades de cunho assistencial também fazem parte do ser professor de TO.

À luz do que diz a CBO, é esperado do professor de TO a execução de atividades e seus procedimentos que estão relacionados tanto à dimensão pedagógica quanto à assistencial, nas disciplinas e projetos que exigem tal articulação. Uma possível saída para a resolução dos conflitos talvez esteja na estruturação das matrizes curriculares dos cursos e organização dos processos de trabalho, de forma a atender os interesses individuais e coletivos que perpassam as realidades dos cursos de graduação e serviços de TO. É preciso compreender que a CBO (2002) busca dar uma visão ampla de uma ocupação profissional, permitindo uma liberdade maior para que os indivíduos possam transitar pelas atividades que a compõem.

Entende-se que o objeto de trabalho da TO motiva a interação entre professores e terapeutas ocupacionais, em busca de soluções para os problemas do homem leigo. Em especial, durante a audiência às palestras, sessão de pôsteres e diálogos com os participantes dos congressos de TO, percebeu-se que tanto os terapeutas ocupacionais quanto os professores de TO, na elaboração de propostas de soluções de problemas do homem leigo, se baseiam nos modelos de intervenção cinesiológico, neurológico ou psicanalítico, que deram base a Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Psiquiatria, ou na perspectiva da Terapia Ocupacional Social<sup>270</sup> – modelos que foram discutidos no decorrer do capítulo 3 e 4.

Assim, a CBO (2002) ao indicar o perfil ocupacional esperado para o terapeuta ocupacional, e para o professor de TO, influencia a formação e o exercício profissional em TO, bem como as ações empreendidas pelas organizações profissionais em prol da divulgação e luta por reconhecimento da profissão. A partir desse entendimento, será focalizada a influência da CBO na elaboração e atualização das Diretrizes Curriculares

---

<sup>270</sup> Em relação à Terapia Ocupacional Social, Pan (2014), em *Políticas de ensino superior, graduação em Terapia Ocupacional e o ensino de terapia ocupacional social no Brasil*, oferece elementos acerca do desenvolvimento da formação em TO no Brasil, a partir da análise dos cursos TO de instituições federais de ensino em funcionamento no período de 2012 a 2103, no que se refere à sua história, seu projeto pedagógico e à abordagem dada à subárea Terapia Ocupacional Social nos processos formativos em TO. Para mais detalhes consultar Pan (2014).

Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (DCNTO), instituída pela Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002.

Durante a análise de projetos pedagógicos dos cursos de graduação em TO observou-se que as DCNTO são utilizadas como um documento guia para justificar as opções teórico-metodológicas que guiam esses projetos<sup>271</sup>. Como base no que foi apresentado em capítulos anteriores, a regulamentação dos cursos de formação em TO está demarcada por três documentos principais: (1) o primeiro currículo mínimo aprovado em 1963 – que deu base para a expansão dos cursos de Reabilitação pelo país, no período de 1960 a 1980; (2) o currículo mínimo dos cursos de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, aprovado em 1983, que buscou atualizar os norteadores da formação profissional com base no desenvolvimento da TO e da Fisioterapia no país; e (3) as atuais DCNTO aprovadas em 2002, buscando oferecer as diretrizes para formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde. Esses documentos podem ser entendidos como evidências de mudança que ocorreram na formação profissional, no exercício profissional e na regulamentação profissional, de forma interdependente. Considerando que os dois primeiros foram temas de discussão em capítulos anteriores, será dada ênfase no terceiro documento: as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional (DCNTO).

Seguindo uma tendência do setor saúde no que diz respeito à formação profissional, as DCNTO apontam que 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. (BRASIL, 2002, p. 12).

De acordo com as DCNTO, o objetivo da formação do terapeuta ocupacional é:

dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde; Tomada de decisões; Comunicação; Liderança; Administração e gerenciamento; e Educação permanente. (BRASIL, 2002).

<sup>271</sup> O acesso ao projeto pedagógico de alguns cursos de graduação em TO por vezes é dificultado pela sua não publicação em meios virtuais. Utilizando-se de estratégias de busca por outras vias de acesso, como por exemplo, contatos com coordenadores de cursos e colegas professores, é possível o acesso à parte desses projetos.

Essas competências e habilidades gerais são comuns aos cursos da área da saúde. Mais uma vez o objeto de trabalho de uma profissão funciona como distintivo de uma profissão e auxilia na compreensão do que é esperado enquanto competência profissional, que deve estar presente e guiar as atividades e procedimentos que seus profissionais desempenham numa determinada configuração, como o setor saúde. Isso é possível na medida em que o objeto de trabalho traga consigo uma visão de homem e saúde numa relação de complementaridade às outras profissões da saúde. Espera-se que essas competências e habilidades sejam desenvolvidas no processo de formação profissional e aperfeiçoadas por meio da educação permanente. A título de exemplo, em relação à Atenção à Saúde, espera-se dos profissionais:

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. (BRASIL, 2002).

A partir dessas habilidades gerais, enumeram-se os conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades específicas. As DCNTO descrevem um rol de competências e habilidades esperadas dos terapeutas ocupacionais, das quais se destacam:

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;

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 autocuidado, 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;

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;

XXXIV - conhecer as forças sociais do ambiente, dos movimentos da sociedade e seu impacto sobre os indivíduos. (BRASIL, 2002).

A análise das competências e habilidades gerais e específicas descritas na DNCTO, em comparação com as competências descritas na Tabela de Atividades dos terapeutas ocupacionais e professores de TO descritas na CBO<sup>272</sup>, revela que há similaridades entre esses dois documentos, no que se refere às competências esperadas de um terapeuta ocupacional ou de professor de TO. O quadro 17 traz algumas evidências das similaridades entre as GACs da CBO e as competências da DCNTO.

QUADRO 17 : COMPETÊNCIAS ESPERADAS DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

COMPETÊNCIA	CBO	DCNTO
Trabalho em Equipe	Demonstrar liderança, iniciativa e capacidade de contornar situações adversas, de escuta e interlocução, de empatia, de análise e síntese e de comunicação; trabalhar em equipe; tomar decisões.	Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, envolve: compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz.
O uso da tecnologia assistiva como recurso de avaliação e intervenção.	Prescrever, adaptar e confeccionar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos. Adaptar órteses. Treinar paciente na utilização de órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos.	Conhecer a tecnologia assistiva e acessibilidade, através da indicação, confecção e treinamento de dispositivos, adaptações, órteses, próteses e software.
Avaliação e Intervenção	Estimular desenvolvimento neuro-sensório-motor e percepto-cognitivo. Acompanhar clientes em atividades do cotidiano. Aplicar estratégias para reabilitação psicossocial.  Estimular habilidades sociais. Organizar cotidiano de clientes. Estimular habilidades sociais. Acompanhar clientes em atividades do cotidiano.	Desenvolver atividades profissionais com diferentes grupos populacionais em situação de risco e ou alteração nos aspectos: físico, sensorial, percepto-cognitivo, mental, psíquico e social;  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 autocuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras.
Atividades de ensino, pesquisa e gestão.	Coordenar e participar eventos científicos; executar consultoria <i>ad hoc</i> ; redigir textos didáticos, científicos e técnicos; redigir relatórios técnicos, científicos e boletins; redigir boletins; proferir palestras e conferências.	Desempenhar atividades de ensino, pesquisa, planejamento e gestão de serviços e de políticas, de assessoria e consultoria de projetos, empresas e organizações.

Fonte: CBO (2016); BRASIL (2002); quadro elaborado pelo autor.

<sup>272</sup> A CBO parte do princípio que as competências que são “mobilizadas para o desempenho das atividades do emprego ou trabalho” e possuem duas dimensões: Nível de competência e Domínio (ou especialização) da competência. Nível de competência e Domínio se refere à “função da complexidade, amplitude e responsabilidade das atividades desenvolvidas no emprego ou outro tipo de relação de trabalho”. O Domínio (ou especialização) da competência se relaciona com as “características do contexto do trabalho como área de conhecimento, função, atividade econômica, processo produtivo, equipamentos, bens produzidos que identificarão o tipo de profissão ou ocupação”. (MET, 2016).

Apesar do DCNTO ser um documento que se refere, em especial, à formação profissional CBO ao exercício profissional, esses documentos são essenciais para a compreensão das mudanças na identidade profissional e o objeto de trabalho da TO nas últimas décadas. Se por um lado o Currículo Mínimo para o Curso de Graduação em TO e Fisioterapia, aprovado em 1983, e a CBO-1994, no caso da TO produziram o entendimento acerca das competências requeridas para o exercício profissional e que deviam ser desenvolvidas durante a formação profissional; por outro lado, as mudanças decorrentes das revisões nesses documentos, em 2001 e 2002, respectivamente, produziram novas formas de compreender a formação e o exercício profissional.

No caso da TO, observa-se que as mudanças disparadas pela formação profissional, a partir das investigações que são realizadas acerca do exercício profissional, produziram conhecimentos capazes de provocar mudanças na regulamentação profissional no âmbito da CBO. Essas mudanças induziram a ampliação do escopo de ação dos terapeutas ocupacionais. Essa ampliação não se deu apenas no âmbito de uma família ocupacional, mas na inclusão do terapeuta ocupacional em outra família ocupacional – a de *Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior*, sob título *Professor de Terapia Ocupacional*. A inclusão do terapeuta ocupacional nessa nova família ocupacional traz novos entendimentos das competências esperadas de um terapeuta ocupacional. Conseqüentemente, influencia a formação profissional no sentido de estimular o estudante para o desenvolvimento de competências relacionadas à ocupação de professor, entre elas a de produção de conhecimentos por meio do desenvolvimento de pesquisas. Neste sentido é que se entende aqui a influência desses documentos para a atualização da identidade profissional e do objeto profissional da TO.

Desta forma, entende-se que as ocupações de terapeuta ocupacional e de professor de TO mantêm relação direta com o exercício profissional e a formação profissional, de forma articulada e interdependente. No entanto, observam-se dificuldades por parte de terapeutas e professores em compreender as funções dos papéis que cada um deve desempenhar no processo de formação de terapeutas ocupacionais. Ainda há uma cisão entre atividade teórica e atividade prática. Na maioria das vezes, o terapeuta reclama que o estudante não detém conhecimentos de métodos e técnicas para subsidiar o seu treinamento profissional, e que isto é de responsabilidade dos cursos de graduação. Os professores se defendem a partir da ótica que não é sua função o ensino de métodos, técnicas ou procedimentos específicos, mas de a produção do conhecimento de forma crítica e generalista.

As dificuldades observadas durante a pesquisa empírica, no que diz respeito ao papel esperado do professor de TO, em certa medida mantém relação com as mudanças na elaboração de identidade do professor de TO. Retomando as ideias de Strauss (1999, p. 29) em torno da elaboração da identidade, entende-se que ela está associada às avaliações que um indivíduo faz de si de forma articulada com as avaliações feitas por outros. Essas avaliações possuem uma temporalidade e ocorrem de acordo com o que se entende por um determinado papel social, no caso aqui, uma ocupação profissional. O depoimento de Virgílio evidencia que, na década de 1970, a inexistência de recursos humanos para assumir o papel de professor de TO nos cursos de graduação motivava a inserção de egressos no próprio curso para dar continuidade à formação de novos terapeutas ocupacionais.

[...] Foi assim, não tinha quem desse, vai você... não tem tu, vai tu mesmo... tinha eu, a Guiomar, a Hinda Balamarqui... tinha uma brasileira que fez o curso na Inglaterra, mas não lembro o nome dela, tinha a Sílvia Landau, que também fez curso[de Terapia Ocupacional no exterior] (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-terapeuta, região sudeste)

Na década de 1970, a expectativa era de que o terapeuta ocupacional, no papel de professor, conseguisse repassar ao estudante os métodos e técnicas que subsidiavam o exercício profissional, sendo preciso que ele soubesse fazer o ato terapêutico em si. Nesse contexto, o professor ensinava o que um terapeuta fazia a partir de sua própria experiência, sendo essa a base da transmissão de conhecimento. Nesse período, o professor tinha um perfil de terapeuta-professor.

Diversos fatores podem ter contribuído para a elaboração da identidade profissional do professor de TO. Acredita-se que o Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973 – que dispõe sobre o Grupo “Outras Atividades de Nível Superior”, a que se refere o artigo 2º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências<sup>273</sup> - trouxe influências para a

<sup>273</sup> Art 3º O Grupo-Outras Atividades de Nível Superior é constituído pelas Categorias Funcionais abaixo indicadas: Código NS-901 - Médico; [...] Código NS-904 - Enfermeiro; Código NS-905 - Nutricionista; Código NS-906 - Técnico em Reabilitação; Código NS-907 - Psicólogo; [...] Art 5º Poderão integrar as Categorias Funcionais a que se refere este Decreto, mediante transposição, os cargos vagos e ocupados, cujas atividades se identifiquem com as indicadas no artigo 1º, observadas as respectivas especialidades, de acordo com o seguinte critério: [...] VI - Na Categoria Funcional de Técnico em Reabilitação, os de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e, por transformação, os de Auxiliar de Fisioterapia e auxiliar de Praxiterapia cujos ocupantes possuam diploma de Fisioterapeuta ou Terapeuta Operacional devidamente registrado, ou habilitação legal equivalente. Art 6º Os cargos ocupados serão transpostos ou transformados mediante a inclusão na Categoria Funcional própria, dos respectivos ocupantes que possuam diploma do correspondente curso superior ou habilitação legal equivalente e far-se-á do maior para o menor nível, nos limites da lotação estabelecida para cada área de especialidade por ordem rigorosa de classificação dos habilitados no processo seletivo à que se refere o Capítulo III deste decreto. (BRASIL, 1970).

carreira profissional dos terapeutas ocupacionais que se dedicavam ao ensino. Na década de 1980, a produção de conhecimento em TO no âmbito das instituições de ensino ganha fôlego. A partir da década de 1990, são publicados estudos sobre Terapia ocupacional oriundos de dissertações de mestrado. À medida que professores e egressos de cursos de graduação ingressaram em programas de pós-graduação *stricto sensu*, vai se elaborando a identidade do professor de TO. É nesse cenário que a transição do perfil de terapeuta ocupacional, para o de professor de TO, vai ocorrendo no campo da TO. Entretanto, conforme observou-se nas entrevistas com estudantes de TO, os interesses com as atividades de pesquisa ainda estão relacionados à sua importância para o desempenho do exercício profissional na qualidade de terapeuta ocupacional.

Essa transição está demarcada por conflitos nas formas de conceber o que faz um professor de TO e um terapeuta ocupacional. Em diálogos com participantes da pesquisa e, nas experiências como professor do curso de graduação de TO, da UFPR, ouvi expressões como: “minha função é de professor e não de terapeuta”. Essa expressão é utilizada de forma polissêmica e, por vezes, refere-se ao relacionamento entre professor-estudante no que diz respeito à forma de lidar com as dificuldades de aprendizagem; em outras vezes, é utilizada para justificar a não necessidade do ensino de um método, técnica ou procedimento profissional, enquanto atribuição do professor no desempenho das atribuições do papel de docente-assistencial<sup>274</sup>, ou ainda para responder às demandas das organizações profissionais dos terapeutas ocupacionais, entre outros usos e sentidos.

Por fim, um indício que aponta para o início da elaboração da identidade do professor de TO, é a motivação dos estudantes que se interessam por atividades de pesquisa ou de monitorias. Para eles, essas atividades os ajudarão no exercício profissional de terapeuta ocupacional, sendo raros os que veem nessas atividades um meio para o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da docência superior. O discurso, nos cursos de graduação, faz uma orientação de que eles serão formados para serem terapeutas ocupacionais e, ainda, quando ingressam em programa de pós-graduação suas motivações decorrem da necessidade de aprofundar conhecimentos técnicos.

Durante a pesquisa empírica, observou-se que há um desconhecimento da ocupação profissional *professor de terapia ocupacional* nos termos da CBO-2002. Por outro lado, observou-se conhecimento superficial da família de ocupações *terapeutas ocupacionais e ortoptista*.

---

<sup>274</sup> Para mais detalhes sobre docente assistencial, ver RODRIGUES (1993); ALMEIDA (2011).



### 9.1.1 Terapeutas Ocupacionais e Professores de TO

A profissão de Terapia Ocupacional, historicamente, é composta predominante pelo sexo feminino. Conforme a Tabela 03, observa-se em todos os grupos de terapeutas ocupacionais a predominância do sexo feminino, sendo essa é uma realidade atual.

TABELA 23 - SEXO DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Sexo	PERFIL OCUPACIONAL – CBO		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Feminino	33	30	11
Masculino	5	8	1
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

A literatura do campo da TO aponta que esse dado mantém relação com o processo social de inserção da mulher no mundo do trabalho. No caso da TO, houve uma relação entre o a crença do uso terapêutico da ocupação – em especial as atividades artesanais e criativas e o treino de atividades de autocuidado – e o público atingido pelos primeiros cursos de treinamento para aplicação dessa terapêutica. Esses cursos de treinamento foram motivados pela crescente incidência de incapacidades “relacionadas aos acidentes de trabalho, tuberculose, à Primeira Guerra Mundial e à doença mental”. (GORDON, 2011, p. 209).

Como se apontou no capítulo 3, no início do século XX, quando a terapia ocupacional ainda não estava constituída como profissão, o interesse pelo uso da ocupação com fins terapêuticos atraiu indivíduos de diferentes ramos profissionais como da Medicina, Arquitetura e Enfermagem. Enfermeiras como Eleanor Clarke Slagle e Susan E. Tracy logo se interessaram pela aplicação dessa prática terapêutica e ofereceram cursos de treinamento para sua aplicação (QUIROGA, 1995).

Em 1917, com a criação da *National Society for the Promotion Occupational Therapy* (NSPOT), que agrupou as práticas terapêuticas baseadas no uso da ocupação, a terapia ocupacional surge como profissão nos Estados Unidos. Nesse momento, a aplicação da terapia ocupacional era feita majoritariamente por mulheres, em especial as enfermeiras formadas nos cursos de treinamento<sup>275</sup>. A entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra Mundial e o crescente o número de soldados lesionados e incapacitados motivaram os

<sup>275</sup> Para mais detalhes sobre a relação entre os cursos de formação para aplicação da terapia ocupacional, sob coordenação das enfermeiras Eleanor Clarke Slagle e Susan E. Tracy, consultar QUIROGA (1995) e BATTISTEL (2016).

militares a solicitarem assistência da NSPOT, para recrutar e treinar mulheres para auxiliar na reabilitação dos soldados feridos na guerra.

Isto gerou uma chamada imediata de voluntárias, conhecidas como ‘auxiliares de reconstrução’, para assistir os homens feridos [...] As auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional forneciam instruções sobre ofícios [...] Em torno do final da guerra, quase 1.200 auxiliares de reconstrução de terapia ocupacional contribuíam com seus serviços. [...] A Segunda Guerra Mundial [...] ressaltou o valor da terapia ocupacional para o auxílio das pessoas doentes e feridas. As Guerras Mundiais ajudaram a aumentar a consciência pública dos benefícios da terapia ocupacional e forneceram uma oportunidade para que os terapeutas provassem sua competência e valor social. (SCHWARTZ, 2002, p. 798)

No Brasil, a questão da presença da mulher na constituição da profissão está demarcada pela introdução do uso da ocupação com fins terapêuticos no campo da psiquiatria que motivou o treinamento de práticos em TO. As ocupações de cunho artístico, artesanal e recreacional vinculou a prática da terapia ocupacional como o sexo feminino, que foram reconhecidas como praxiterapeutas, como se apontou no capítulo 4. Nota-se também que entre os primeiros técnicos do HC-USP, que se interessaram e foram enviados aos Estados Unidos para treinamento, as mulheres são as que se interessam pelo curso de TO. Essas condições nascentes produziram uma identidade profissional da TO vinculado a uma profissão feminina. Virgílio, ao narrar sobre suas motivações para ingressar no curso de TO, na década de 1970, demonstra a percepção que se tinha da profissão naquele período:

Eu achei que só tinha Fisioterapia, por causa da fisioterapeuta que atendia meu pai. E quando eu descobri a Terapia Ocupacional, onde é que tem isso? É na ABBR, eu nem sabia onde ficava a ABBR e tal, aí eu fui lá, quando entrei na TO Geral, eu fiquei encantado com aquilo. Fui à secretaria da Escola de Reabilitação [da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR] do Rio de Janeiro, procurei a secretária Maria Antônia, que também tem que ser considerada, e falei: Maria Antônia me diz uma coisa é proibido homem fazer TO? [Maria Antônia] Não. Não é, por quê? Você que fazer? Quero. [...] Eu era o único professor homem, era uma faca de dois gumes, ao mesmo tempo que isso era bom, abria caminho, vinham, muita gente que era fisioterapeuta, os cursos eram juntos só separavam nas especializações, e diziam: “Você está maluco! Isso é profissão de mulher!”. E profissão tem sexo?... Eu acho que era por conta de lidar com atividades, na época, mais artesanais... E na realidade eram mais mulheres que faziam. Eu conheço muitos fisioterapeutas que lamentam não ter feito [o curso de] Terapia Ocupacional... porque no começo era atividades, era profissão de mulher, só lidava com bordado, coisa ridícula, não era nada disso, mas naquele tempo existia o preconceito, e preconceito a gente sabe o que é né? Então é, foi uma luta mesmo para as primeiras turmas e o primeiro homem terapeuta ocupacional foi um escândalo, mas eu não me arrependo. (Virgílio Cordeiro de Mello Filho, terapeuta ocupacional graduado em 1971, ex-docente, ex-clínico, região sudeste)

Para além da questão da ligação das atividades artesanais como uma atividade feminina, e todo tipo de preconceito que essa ligação suscita, fica evidente o

estigma ainda presente nos discursos atuais em relação à vinculação do uso das atividades artesanais com o processo de constituição da TO no Brasil. Esse estigma guarda relações com os conflitos que foram travados na primeira geração de TO, entre práticos em TO e terapeutas ocupacionais e entre as gerações que sucederam, como se apontou no capítulo 3.

Na atualidade, os terapeutas ocupacionais ainda possuem dificuldades em se relacionar com esse passado profissional tão atual nos serviços de saúde mental e em serviços socioassistenciais, como os Centros de Atenção Psicossocial e Centros de Convivência, onde se dá o exercício profissional da TO. Acredita-se que essa dificuldade em si não está na prescrição e uso da atividade em si, mas no que ela representa em termos de identidade profissional e objeto de trabalho frente ao homem leigo.

O terapeuta ocupacional, apesar de ensinar por vezes, orientar e até treinar uma atividade artesanal, não assume como sendo um profissional destinado a esse fim, em determinados contextos. Ao serem indagados se trabalham com artesanato, os terapeutas ocupacionais, entre outras expressões, respondem: não sou professor de artesanato. De fato, ele não é um professor de artesanato, mas não há como negar o potencial terapêutico e de inserção social que as atividades artesanais e artísticas possuem. Partindo do princípio que os terapeutas ocupacionais se utilizam de atividades intencionais para fins terapêuticos e de inserção social, é clara a contradição entre o que se faz e suas finalidades.

Contradições como a supracitada estão vinculadas à negação do passado da TO no Brasil, a negação do uso de atividades artesanais representa uma forma simbólica de negar tudo que contribuiu para que a TO se erigisse no Brasil, nas décadas de 1940 e 1950. É reflexo da ilusão de que a TO nasce na década de 1960, a partir do reconhecimento de cursos de formação como de nível superior e da posterior regulamentação da profissão de terapeuta ocupacional.

No tocante à idade dos participantes da pesquisa, a faixa etária que predomina está entre 30 e 39 anos de idade, com equilíbrio entre os terapeutas e professores. Há apenas um professor com 60 anos ou mais, conforme tabela 24.

TABELA 24 - FAIXA ETÁRIA DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Faixa Etária	PERFIL OCUPACIONAL – CBO		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-professor Quantidade
Menos de 30 anos	11	6	2
De 30 a 39 anos	14	14	5
De 40 a 49 anos	6	8	3
De 50 a 59 anos	7	9	2
60 ou mais anos	0	1	0
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

Acredita-se que o aumento do número de cursos de graduação em TO e de vagas em curso existentes, em decorrência do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI)<sup>276</sup>, provocará mudanças em relação à faixa etária predominante na população geral de terapeutas ocupacionais, nos próximos anos, em especial de terapeutas com menos de 30 anos.

Em relação à distribuição de terapeutas, professores e terapeutas professores pelas regiões do Brasil, conforme tabela 25, observa-se: uma predominância de terapeutas na Região Nordeste; na Região Sudeste uma predominância de professores. E na Região Centro-Oeste o menor número de terapeutas e terapeutas-professores.

TABELA 25 - REGIÃO EM QUE RESIDEM OS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Regiões do Brasil	PERFIL OCUPACIONAL – CBO		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta e Professor Quantidade
Norte	8	7	1
Nordeste	18	5	5
Centro-oeste	1	6	1
Sudeste	3	17	2
Sul	8	3	3
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016)

<sup>276</sup> O REUNI foi um programa do Ministério da Educação que teve como meta principal a ampliação do acesso e da permanência na educação superior. Nesse programa foram previstas ações que contemplassem o “aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão, entre outras metas que têm o propósito de diminuir as desigualdades sociais no país” (BRASIL, 2007). O REUNI foi uma das ações que integrou o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE). Para saber mais sobre o REUNI consultar o Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que, considerando as realidades regionais, infere-se que os dados acima não representam em si a realidade do número de terapeutas, professores e terapeutas-professores no Brasil. A ausência de dados oficiais acerca da população dos terapeutas ocupacionais por região é uma limitação que impede a comparação dos dados da pesquisa empírica com a realidade brasileira atual. De modo geral, as organizações profissionais não publicizam em sua *homepage* os números oficiais de terapeutas ocupacionais por região, nem nacionalmente. Atualmente, consta na *homepage* do COFFITO o Pré-Recadastramento Nacional que “é o projeto que visa atualizar o cadastro de todos os fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais do Brasil” (COFFITO, 2017)<sup>277</sup>. Seguindo essa tendência, a Associação Brasileira de Terapeutas Ocupacionais também está buscando a efetivação de processo semelhante para obtenção de dados oficiais da população de terapeutas ocupacionais no Brasil.

Por outro lado, os dados empíricos mantêm relação com a constituição da profissão no país e a expansão dos cursos de graduação pelas regiões brasileiras. Retomando os dados históricos, foi na Regiões Sudeste e Nordeste (Pernambuco) que se deu a introdução do uso da ocupação. Posteriormente, nessas regiões, a formação profissional se estabeleceu e se expandiu para as demais regiões e, em paralelo à estruturação dos cursos, também se deu a criação de organizações profissionais. A Região Centro-Oeste, historicamente, é a que possui o menor número de cursos. O Relatório da Comissão de Especialista de Ensino de Fisioterapia e Terapia Ocupacional<sup>278</sup>, publicado em 1997, já apontava para situação de escassez de cursos de TO na Região Centro-Oeste. Segundo o relatório, em 1996, havia 16 cursos, sendo: 01 na Região Norte, 03 na Região Nordeste, 09 na Região Sudeste, 03 na Região Sul e nenhum na Região Centro-Oeste.

Durante a pesquisa empírica, constatou-se que houve um aumento no número de cursos de graduação, em todas as regiões do país, sendo que a Região Centro-Oeste contava apenas com 01 curso de graduação em instituição pública – Universidade de Brasília. Também se constatou que, nessa região, existiram outros cursos antes da abertura do curso na Universidade de Brasília como, por exemplo, o da Pontifícia Universidade Católica de Goiânia e o da Universidade Católica Dom Bosco, em Campo Grande-MS.

---

<sup>277</sup> Disponível em <http://www.coffito.gov.br/campanha/prerecadastrocoffito/public/>. Acesso em 20/08/2017.

<sup>278</sup> Essa comissão apresentou um relatório acerca da formação profissional em TO. A comissão foi nomeada pela Portaria Nº 226 de 28 de junho de 1995 e composta por Profa. Dra. Selma Lancman - USP (Presidente), Profa. Raquel Rodrigues Britto - UFMG (Secretária), Profa. Ilka Falcão - UFPE (Membro), Prof. Carlos Eduardo Castro - UFSCar (Membro), Profa. Nara Maria S. Ferraz -UFSM (Consultora).

Inferese-se que a proporção de terapeutas, professores e terapeutas-professores mantém relação com o número de cursos de graduação em cada região do país. Na Região Sudeste está concentrado o maior número de cursos de graduação e conta com uma maior população em todos os grupos. Quanto à Região Centro-Oeste, é a que têm o menor número de cursos e essa situação influencia no baixo número de terapeutas e terapeutas-professores em relação às demais regiões. A proporção dos três grupos, nas demais regiões, se aproxima da realidade, ao considerar-se o número de cursos de graduação existentes. Essas inferências estão baseadas nos dados das Sinopses Estatística da Educação Superior dos anos 1995, 2000, 2005, 2010 e, a última, do 2015, publicadas pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira (INEP), conforme as tabelas 26 e 27:

TABELA 26 - NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO, MATRÍCULAS E CONCLUINTES, POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995.

Região	Nº Total de Cursos	Pública	Privada	Nº Total de Matrículas.	Pública	Privada	Nº Total de Concluintes*	Pública	Privada
Norte	1	1	0	168	168	0	21	21	0
Nordeste	3	1	2	483	84	399	21	6	15
Sudeste	9	3	6	1022	543	479	99	50	49
Sul	3	0	3	323	0	323	51	0	51
Centro-Oeste	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	16	5	11	1996	795	1201	192	77	115

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016; tabela elaborada pelo autor.

\*O número de concluintes do Senso de 1995 se refere ao ano de 1994.

Das Sinopses Estatísticas da Educação Superior analisadas, apenas a ano de 1995 traz dados classificados por regiões. Esse aspecto impediu uma análise longitudinal dos dados empíricos em comparação com os dados das sinopses. Ainda assim, os dados das demais sinopses permitem uma visão acerca do número de cursos de graduação em TO no país e do número de matrículas e de concluintes, conforme tabela 27.

TABELA 27 - NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO, MATRÍCULAS E CONCLUINTES EM CURSOS PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.

Terapia Ocupac.	Total	1995		Total	2000		Total	2005		Total	2010			2015	
		Púb	Priv		Púb	Priv		Púb	Priv		Total	Púb	Priv		
Nº de Curso de Graduação	16	5	11	27	6	21	46	9	37	54	18	36	48	21	27
Nº de Matrículas	1996	693	1.303	4226	857	3369	5659	1261	4398	4997	2561	2436	5376	3987	1389
Nº de Concluintes	192	77	115	381	96	285	985	202	783	870	319	551	883	613	270

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016; tabela elaborada pelo autor.

Observa-se um crescimento do número de cursos em instituições públicas e uma diminuição nas instituições privadas. O crescimento do número de cursos de graduação em TO nas instituições públicas resulta, dentre outros fatores, dos esforços das organizações profissionais na luta pela ampliação do número de cursos de graduação em TO no país, bem como ampliação do número de vagas nos cursos existentes. Esses esforços ganharam força com o Programa REUNI<sup>279</sup>. Pan e Lopes (2013) em seu estudo *Políticas de ensino superior e a graduação em Terapia Ocupacional nas Instituições Federais de Ensino Superior no Brasil* apontam que esse programa influenciou o crescimento do número de oferta de vagas nos cursos de graduação em TO de instituições federais existentes no país, conforme se constata na tabela 28.

TABELA 28 - EXPANSÃO DO NÚMERO DE VAGAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL EXISTENTES NAS IFES, A PARTIR DE 2008.

IFES	Nº de vagas	
	oferecidas antes do REUNI	oferecidas após o REUNI
Universidade Federal de Pernambuco	30	36
Universidade Federal de São Carlos	30	40
Universidade Federal de Minas Gerais	60	66
Universidade Federal do Paraná	30	120
Universidade Federal de São Paulo	30	40
Universidade Federal do Triângulo Mineiro	40	60
Total	220	362

Fonte: PAN; LOPES (2013).

Em relação à influência do Programa REUNI na abertura de novos cursos de graduação em TO, as mesmas autoras apresentam dados que evidenciam tal influência e seu impacto para o aumento no número de vagas, conforme tabela 29.

Apesar do aumento no número de vagas e cursos de graduação em TO no país, terapeutas ocupacionais veem como preocupante o fechamento de cursos em instituições privadas, em especial os professores e terapeutas-professores que atuam nessas instituições. Esta situação é mais agravante ainda nos estados onde não há curso de graduação em instituições públicas.

<sup>279</sup> Para saber como esse programa influenciou o aumento de cursos de graduação em TO, em instituições públicas de ensino superior, consultar PAN e LOPES (2016).

TABELA 29 - EXPANSÃO DO NÚMERO DE VAGAS NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL EXISTENTES NAS IFES, A PARTIR DE 2008.

IFES	Nº de vagas atualmente oferecidas
Universidade de Brasília	100
Universidade Federal do Pará	30
Universidade Federal do Espírito Santo	50
Universidade Federal de Santa Maria	70
Universidade Federal do Rio de Janeiro	60
Universidade Federal da Paraíba	60
Universidade Federal de Pelotas	40
Universidade Federal de Sergipe	50
Total	460

Fonte: Pan e Lopes (2013).

[...] Eu tenho uma preocupação muito grande, porque nós estamos a cada semestre com uma redução e no meio do ano a gente não está tendo mais oferta no vestibular... a preocupação das instituições é com o lucro, tem aluno que só faz duas disciplinas, se a gente for comparar o custo do curso com a receita não bate... todos nós professores aqui do curso custamos muito caro, tem professores com doutorado, já é adjunto, o custo para instituição é alto... quando eu entrei na instituição, há vinte anos atrás, a gente tinha 36 professores, hoje somos em 10 professores. (Terapeuta ocupacional, graduada em 1993, professora e coordenadora de curso, região nordeste)

Terapeutas ocupacionais veem com preocupação o fechamento de cursos de graduação em TO em instituições de ensino privada frente ao contexto da educação superior no Brasil. Segundo dados obtidos das Sinopses da Educação Superior, observa-se um crescimento no número de instituições privadas em detrimento de instituições públicas, no período de 1995 a 2015, conforme tabela 30:

TABELA 30 - NÚMERO DE INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR (IES), POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES (PÚBLICAS E PRIVADAS).

Região	1995			2000			2005			2010			2015		
	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv
Norte	31	12	19	46	11	35	122	16	106	146	25	121	150	24	126
Nordeste	92	38	54	157	44	113	388	60	328	433	64	369	456	66	390
Sudeste	561	89	472	667	72	595	1051	98	953	1169	131	1038	1118	151	967
Sul	120	38	82	176	34	142	370	39	331	386	41	345	405	35	370
Centro-Oeste	90	33	57	134	15	119	234	18	216	244	17	227	235	19	216
Brasil	894	210	684	1180	176	1004	2165	231	1934	2378	278	2100	2364	295	2069

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016; tabela elaborada pelo autor.

Durante o Encontro Nacional de Docentes de TO (ENDTO), ocorrido em João Pessoa-PB, entre os dias 13 e 16 de outubro de 2014, debateu-se essa questão:

[...] O curso de terapia ocupacional está sendo mantido pelas universidades públicas... Se a educação superior é privatizada, a gente não pode compreender que



terapia ocupacional será sustentada, enquanto profissão somente com [a formação profissional] em instituições públicas... é um dado que a gente vai ter que estudar... fechar um curso significa desemprego e fragilidade para a nossa profissão, são situações que a gente enquanto categoria nesse momento tem que se debruçar... essa discussão dos cursos privados é urgente (Palestra sobre a situação dos cursos de graduação de TO no Brasil no ENDTO-2014)

Neste sentido, o fechamento de cursos em TO influencia o mercado de trabalho no que tange oferta de recursos humanos para o exercício profissional. A escassez de profissionais somadas as fragilidades na regulamentação do exercício profissional do terapeuta ocupacional – conforme se apontou no capítulo sobre o sistema de conselho de classe – pode contribuir para a contratação de profissionais que não terapeutas ocupacionais para executar procedimentos que são esperados dos terapeutas ocupacionais. Essa situação pode ocorrer na medida em que o objeto de trabalho do terapeuta ocupacional está em relação de complementaridade a outras profissões na divisão do trabalho de cura, no sentido de que compartilham com outros profissionais procedimentos gerais criando uma espécie de zona fronteira. Por exemplo, à luz da CBO, com os fisioterapeutas os terapeutas ocupacionais compartilham entre outros os seguintes procedimentos: ensinar procedimentos para mobilidade independente e semidependente; avaliar e prescrever órteses, próteses e adaptações; capacitar clientes e pacientes a usar órteses, próteses e adaptações; readaptar clientes e pacientes nas AVD (atividades de vida diária) nas AVDE (atividades de vida diária/esportiva).

TABELA 31 - NÚMERO DE CURSOS\* DE TERAPIA OCUPACIONAL, FISIOTERAPIA E DEMAIS CURSOS DA ÁREA DA SAÚDE, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.

Curso de Graduação	1995			2000			2005			2010			2015		
	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv	Total	Púb	Priv
Terapia Ocupacional	16	5	11	27	6	21	46	9	37	54	18	36	48	21	27
Fisioterapia	63	17	46	177	27	150	379	38	341	503	64	439	560	68	492
Medicina	85	52	33	100	52	48	149	69	80	181	78	103	266	121	145
Serviço Social	344**	219	125	94	31	63	193	44	149	333	63	270	409	75	334
Ortótica/Optométria	2	1	1	2	0	2	3	0	3	3	0	3	2	1	1
Demais Cursos	486	244	242	742	227	515	1510	294	1216	2339	518	1821	2712	527	2185
Total da Área Saúde e Bem-Estar	652	538	458	1142	343	799	2280	454	1826	3413	741	2672	3997	813	3184

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016. (tabela elaborada pelo autor).

\*O Censo de 1995 refere-se a cursos ministrados. Do censo 2000 a 2015, extraímos apenas os dados dos cursos presenciais.

\*\*O número de cursos do Serviço Social no Censo de 1995, não foi contabilizado no total, pois à época esse curso era considerado dentro da área de conhecimento ciências sociais aplicadas.

Conforme apontam os resultados da tabela 31, a situação do fechamento de cursos de graduação em TO se torna mais preocupante ainda quando considerado o crescimento do número de cursos de graduação da área da saúde, em especial em os de Fisioterapia nas instituições privadas.

A situação do baixo número de cursos de graduação no país, e de fechamento de cursos em instituições privadas, foi destaque no XIV ENDTO e motivou a organização de docentes das regiões para encaminhamentos junto às organizações profissionais. A exemplo, professores de estados da Região Nordeste se reuniram, logo após o encerramento do XIV ENDTO, em busca de planejar as ações de forma a atribuir às organizações profissionais a responsabilidade pelas estratégias de enfrentamento desse problema, em especial, a Rede Nacional de Ensino e Pesquisa em TO (RENETO) e o Sistema COFFITO/CREFITO's. Durante a discussão decidiu-se:

[...] Pegar os encaminhamentos da Plenária Final do ENDTO e encaminhar tanto para o CREFITO-1 para ver as ações dentro dos quatro estados [Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco e Alagoas] quanto para o COFFITO... entre os encaminhamentos estavam: fortalecimento do reconhecimento da TO dentro das políticas públicas... propor a RENETO a organização de fórum nacional para discussão da Diretrizes Curriculares Nacionais... e que seja exigido dos CREFITO's que as discussões sobre formação profissional envolva representantes das Associações Profissionais, das Instituições de Ensino e da RENETO (Reunião de docentes após o ENDTO, em outubro de 2014)

Retomando o perfil dos terapeutas, professores e terapeutas-professores, em relação ao período de conclusão da graduação temos na tabela 32:

TABELA 32 - PERÍODO DA CONCLUSÃO DA GRADUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Período de Conclusão do Curso	PERFIL OCUPACIONAL		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Entre 1980 e 1989	6	11	1
Entre 1990 e 1999	6	5	4
Entre 2000 e 2009	18	17	5
A partir de 2010	8	5	1
NR	0	0	1
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

O período de 2000 a 2009 apresenta uma concentração maior em todos os grupos. Esse foi o período em que a formação dos profissionais de saúde passou por várias reformulações em suas diretrizes. Essas reformulações culminaram na elaboração e publicação, por meio de resoluções do Ministério da Educação, das Diretrizes Nacionais

Curriculares (DNC) para a área da Saúde. Essas DNC apontavam para a necessidade de uma formação profissional voltada para atender ao Sistema Único de Saúde (SUS) vigente no país.

No contexto das mudanças no campo educacional do ensino superior observa-se que a formação em TO também passou pelas reformulações curriculares advindas das DNC para os cursos de graduação da saúde. Entretanto, no interior do campo da TO, tais reformulações não contemplaram os interesses de parte de professores e pesquisadores. A produção do conhecimento e o desenvolvimento da TO no Brasil produziram críticas às DCNTO nas últimas décadas. Essas críticas motivam na atualidade ações em prol da revisão desse documento pelas organizações profissionais da TO, em especial, a Rede de Ensino e Pesquisa em Terapia Ocupacional (RENETO). Observa-se que a revisão das DCN dos cursos da área da saúde é uma tendência. A Medicina já concluiu a revisão de sua DCN<sup>280</sup>; seguindo essa tendência, a RENETO tem organizado seminários para discussão e elaboração da proposta de Revisão das DCNTO. O primeiro seminário aconteceu em 18 de agosto do ano em curso, em São Paulo. Estão previstas edições de seminários em outras cidades do país.

Vale ressaltar que a insatisfação com as atuais DCNTO se mescla com a produção de conhecimento em TO, nas décadas de 1980 e 1990. Nessas décadas, o conhecimento produzido apontava para a necessidade de se pensar numa Terapia Ocupacional Brasileira capaz de oferecer bases teórico-práticas a uma formação e um exercício profissional pautado num referencial crítico e que se opusesse ao modelo vigente nos serviços de saúde. No entanto, tal produção não refletiu em si a aceitação do conhecimento produzido em décadas anteriores. Desta forma, as DCNTO são um reflexo das lutas presentes no âmbito das instituições de ensino públicas e privadas em prol de norteadores para a formação profissional: de um lado os que advogavam pela articulação da formação com o que estava dado no exercício profissional, em especial, as perspectivas da Saúde Mental e Reabilitação Física e, do outro lado, os que a partir da crítica ao que estava dado no campo profissional advogavam por uma formação pautada numa Terapia Ocupacional Brasileira. Uma participante se referindo ao período que antecedeu a elaboração da DCNTO relembra:

A PUC naquele período era a melhor escola de TO que a gente tinha no Brasil, onde estavam concentradas as pessoas que estavam produzindo a Terapia Ocupacional Brasileira, como a Berenice Francisco, a Heloísa Medeiros, a Lílian Magalhães, a Sandra Galheigo, a Lourdes Feriotti, todas elas eram docentes... A gente estava num momento, nesses anos, de uma grande explosão de construção de conhecimento em TO no Brasil, mas com uma negação completa do conhecimento construído até então... Foi aquele período em que a Jussara [Pinto] da UFSCar [Universidade Federal de São Carlos] fez sua dissertação de

---

<sup>280</sup> A nova DCN da Medicina foi aprovada e está publicada sob a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências.

mestrado falando de modelos filosóficos e a Berenice também, tanto que primeiro livro foi esse da Berenice falando dos modelos... A questão, por exemplo dos campos de prática era muito complicado porque, como a gente negava tudo que não fosse essa TO Brasileira, nós fomos abandonando campos de prática, e principalmente aqueles campos que estavam diretamente ligados à área da saúde, e particularmente, as abordagens mais técnicas, ou tecnicistas, e os campos como o campo hospitalar. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, região sudeste)

Esse esforço, em parte, se deu em decorrência da crítica produzida no campo acadêmico, nas décadas anteriores, acerca da formação e exercício profissional fundamentada no modelo biomédico e no modelo econômico capitalista. Essa crítica apontava para a submissão da Terapia Ocupacional à lógica médica e ao modelo econômico do país e para necessidade de avançar na inserção profissional para outros campos, como por exemplo, o da Educação e da Assistência Social. A esse respeito, Ferrigno (1990, p. 22) aponta que

as funções da docência contribuíram para ressaltar as já evidentes contradições da prática clínica, levando parte dos docentes a dirigirem seus estudos no sentido de se obter um embasamento teórico crítico nas áreas das Ciências Sociais e Humanas... Essas e outras questões foram gerando um movimento de organização dos docentes que, recentemente, se concretizou na realização de eventos científicos, como o I e II Encontro Nacional de Docentes, e na elaboração de pesquisas e estudos iniciais em Terapia Ocupacional como novos enfoques, como, por exemplo, os textos de Nascimento (1987), Soares (1987), e de Francisco (1986), entre outros. (FERRIGNO, 1990, p. 22-23)

Importante destacar que Ferrigno (1990)<sup>281</sup>, em seu estudo sobre os docentes de TO, toma para sua análise a realidade empírica dos cursos de graduação do Estado de São Paulo. A produção de conhecimento em TO nesse período se concentrou no estado de São Paulo, e por um grupo específico de professores. Esse grupo tomou pensamento materialista histórico como matriz teórica para as análises que tratavam da formação e do exercício profissional em TO. Se por um lado essa matriz contribuiu para a reflexão acerca da formação e exercício profissional do terapeuta ocupacional, por outro contribuiu para produção de conflitos na identidade profissional e no objeto da TO. Em parte, esses conflitos decorreram da incorporação das ideias marxistas nos cursos de graduação de em TO em contraposição às práticas que estavam vinculadas ao modelo biomédico nos serviços de saúde e da educação. Essa incorporação segundo uma participante da pesquisa

---

<sup>281</sup> Iracema Serrat Vergotti Ferrigno defendeu, em 1990, a dissertação intitulada *Um Estudo Sobre os Docentes de Terapia Ocupacional como Agentes Transformadores da Profissão*. Ferrigno atuou como terapeuta ocupacional, supervisora de estágio de alunos da Universidade de São Paulo e docente do curso de graduação em TO da Universidade Metodista de Piracicaba, segundo curso do Estado de São Paulo, e posteriormente na Universidade de São Paulo. Iniciou sua Pós-Graduação no Programa de Mestrado em Psicologia Social O aporte teórico utilizado para sua investigação foi o marxismo (FERRIGNO, 1990).

[...] fez com que o tal do Modelo Materialista Histórico fosse considerado o transformador, aquele que ia fazer transformações na sociedade; isso estava muito ligado ao modo de pensar dessas pessoas que estavam, dessa linha de pensamento, e o oposto era justamente o reducionista, o positivista, consideradas as pessoas mais reacionárias. A área da Reabilitação Física, por exemplo, ela acabou tomando essa cor, essa visão de uma área mais reacionária dentro da Terapia Ocupacional, porque não era a transformadora, e o humanista era o “café com leite” [muito utilizado na Saúde Mental], que nem é assim, nem é assado. E nós ficamos nessa visão, profundamente preconceituosa, durante vinte anos, desde o começo dos anos [19]80 até o final dos anos [19]90 isso era muito forte. (Terapeuta ocupacional, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, região sudeste)

Esse processo de produção de conhecimento produziu dificuldades de diálogos entre os professores e terapeutas. A mesma participante acrescenta que

[...] os profissionais da Reabilitação Física, não queriam conversar sobre questões de método, de filosofia, porque eles eram assim acusados de serem positivistas, reducionistas. Então nós criamos na TO aquela história de quem era do bem e quem era do mal... quem era do bem era do materialismo histórico, essa era a verdadeira TO... e os resto era Fisioterapia, a Reabilitação Física tinha uma coisa: “ah, mas isso é mais Fisioterapia, isso não é TO”. E essa visão segmentada ficou vinte anos na nossa profissão. E aí eu acho que isso derivou na situação atual... eu que estou a quinze anos num hospital vejo que a nossa categoria, ainda tem muito preconceito com o hospital... Porque o bom era sair das estruturas da saúde, naquela época, então, hoje em dia eu estou tendo que reafirmar que o hospital é sim um importante campo de prática, um importante mercado de trabalho para os terapeutas ocupacionais, talvez seja o contexto que mais tenha terapeutas ocupacionais contratados e atuantes, e mostrar que a Terapia Ocupacional Hospitalar hoje não é a mesma que aquela do passado. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, região sudeste).

A repulsa aos terapeutas ocupacionais que atuavam na Reabilitação Física, vinculados aos serviços ambulatoriais e hospitalares, ocorria tanto por parte dos terapeutas ocupacionais filiados à matriz materialista histórica, quanto pela matriz humanista veiculada em especial na Saúde Mental. Na atualidade, os embates no interior do campo da Terapia Ocupacional continuam em torno da formação e do exercício profissional para além dos serviços de saúde. E também em torno das três grandes áreas: a Saúde Mental, a Reabilitação Física e os Contextos Sociais. O contexto hospitalar congrega terapeutas, professores e terapeutas-professores da Reabilitação Física e da Saúde Mental.

Retornado ao processo de graduação dos participantes da pesquisa observa-se que a maior parte dos terapeutas é formada em IES privadas e, dos professores, em IES públicas, conforme tabela 33. Acredita-se que o número maior de professores formados em IES públicas pode estar relacionado ao estímulo da pesquisa e extensão e à docência (programa de monitoria) enquanto atividades formativas complementares.

TABELA 33 - TIPO DE INSTITUIÇÃO DE ENSINO ONDE OS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS CURSARAM A GRADUAÇÃO.

Tipo de Instituição de Ensino Superior	PERFIL OCUPACIONAL		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Pública	11	23	6
Privada	27	15	6
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

Outro fator importante em relação ao processo de formação na graduação são os estágios profissionalizantes realizados pelos terapeutas ocupacionais durante o curso de graduação. Conforme as DCN para graduação em TO, o curso deve se guiar, entre outros princípios, pelo da generalidade. Tomando por base a visita aos cursos de graduação durante a pesquisa, áreas de estágios profissionalizantes, didaticamente estão denominados de: Saúde Mental, Reabilitação Física, Contextos Hospitalares, Contextos Sociais e Contextos Escolares. Os participantes da pesquisa demonstraram clareza ao se referirem às áreas de Saúde Mental e a Reabilitação Física. Os Contextos Hospitalares e Escolares por vezes foram vinculados com a Saúde Mental e a Reabilitação Física. Os Contextos Sociais foram referidos como uma área emergente de atuação para os terapeutas ocupacionais, em especial no que diz respeito ao Sistema de Assistência Social. De modo geral, com base na percepção dos participantes e nos projetos pedagógicos dos cursos essas áreas de estágios supervisionados dos cursos de graduação se referem à:

- a) Saúde Mental - aos estágios em serviços que atendem pessoas com transtornos mentais e dependência de álcool e outras drogas ilícitas;
- b) Reabilitação Física - aos estágios em serviços de saúde que atendem pessoas com incapacidades motoras, sensoriais, perceptuais, cognitivas e de linguagem, causadas por danos as estruturas do cérebro, órgãos sensoriais ou osteomusculares;
- c) Contexto Hospitalar - está relacionado com todas as experiências vivenciadas em hospitais gerais (enfermarias e ambulatórios), exceto os hospitais psiquiátricos;
- d) Contextos Sociais - foi utilizado para se referir a uma série de experiências vivenciadas em diferentes serviços que não os da saúde, como por exemplo, a escola, o presídio, a comunidade, a rede de serviço do Sistema Único de Assistência Social;
- e) Contextos Escolares - foi relacionado às experiências que ocorreram no âmbito da escola ou em outras instituições com foco nas questões de aprendizagem e com vínculo com serviço de saúde, por exemplo, as escolas especiais.

Observou-se que essas nomeações são utilizadas em documentos dos cursos, palestras, divulgação de eventos científicos e também pelas organizações profissionais ao se referir as áreas de atuação do terapeuta ocupacional. Além dessas áreas, existem outras onde ocorrem estágios supervisionados, como: Saúde Coletiva/Atenção Básica à Saúde, creches e instituições asilares, Serviços de Cultura, Projetos de Extensão e Pesquisa.

TABELA 34 - ÁREAS DE ESTÁGIO CURSADOS DURANTE A GRADUAÇÃO DOS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Áreas de Estágios		PERFIL OCUPACIONAL		
		Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Saúde Mental	Fez estágio	26	23	4
	Não fez estágio	3	1	0
	Não identificado	5	6	5
	Não especificado	4	8	3
	Total	38	38	12
Reabilitação Física	Fez estágio	23	22	7
	Não fez estágio	2	0	0
	Não identificado	9	8	2
	Não especificado	4	8	3
	Total	38	38	12
Contexto Hospitalar	Fez estágio	11	9	5
	Não fez estágio	2	3	1
	Não identificado	21	18	3
	Não especificado	4	8	3
	Total	38	38	12
Contextos Sociais	Fez estágio	5	9	0
	Não fez estágio	11	11	3
	Não identificado	17	10	6
	Não especificado	5	8	3
	Total	38	38	12
Contextos Escolares	Fez estágio	6	5	1
	Não fez estágio	11	12	4
	Não identificado	17	13	4
	Não especificado	4	8	3
	Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

Conforme tabela 34, observa-se que dos 88 participantes, 53 cursaram estágio na área de Saúde Mental, 52 na área de Reabilitação Física, 25 na área de Contexto Hospitalar, 14 na área de Contextos Sociais, 12 na área de Contextos Escolares.

Esses dados indicam a Saúde Mental e a Reabilitação Física como as duas principais áreas de atuação do terapeuta ocupacional e os contextos escolares e sociais como áreas emergentes. A Saúde Mental e a Reabilitação Física foram as áreas por meio das quais se constituiu o objeto de trabalho da TO. Essas duas áreas trouxeram para o campo profissional

duas especificidades articuladas com o uso da ocupação com fins terapêuticos na divisão do trabalho de cura. O desenvolvimento e a produção de conhecimento em TO no Brasil ocorrem em paralelo às críticas que foram lançadas ao modelo biomédico que imperava nos serviços de saúde. Essas críticas produziram uma cisão entre a formação profissional – professores de TO – e o exercício profissional – os terapeutas ocupacionais, conforme apontou uma participante,

A academia se distanciou desses campos, porque tinha aquela ideia de que quem trabalhava na saúde com esse tipo de população era necessariamente reducionista... Nós estávamos em plena redemocratização do país, na década de [19]80. E aí você tinha um corpo docente que estava começando sua pós-graduação muito num viés socialista<sup>282</sup>, por exemplo, Berenice estava escrevendo isso [Modelos Filosóficos] na época que ela estava fazendo pós-graduação, mestrado na Filosofia, assim com outros estavam fazendo o mesmo. Então havia uma preocupação política associada a essa necessidade de você ter uma nova constituição da TO Brasileira. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1985, docente, pesquisadora, membro de organização profissional, região sudeste).

É nesse momento que iniciam as discussões acerca de uma nova perspectiva para a TO: a Terapia Ocupacional Social. Segundo Lopes e Malfitano (2016), essa nova perspectiva da TO no Brasil se desenvolveu a partir de dois pontos de vista:

a análise dos processos sociais, sobretudo no final dos anos 1970 até meados da década de 1980 [...] que se referia à construção da esfera pública mobilizada pela sociedade civil em um momento de “abertura política”, embora ainda permeado pela restrição dessa própria esfera. [...] [o segundo ponto de vista] nasce de outro questionamento, aquele que se referia ao saber médico-psicológico quanto a suas formas reducionistas de compreender e de lidar com fenômenos que eram colocados nos binômio “saúde-doença”, com base na disciplinarização e institucionalização de problemas sociais. [...] Decorre, então, a necessidade de se lançar mão de conceitos que se reportem ao entendimento das dinâmicas das negociações sociais, a incorporação de conhecimentos socioantropológicos aos conhecimentos específicos [...] enfim, a construção daquilo que se denominou como ação no campo social e como terapia ocupacional social. (LOPES e MALFITANO, 2016, p. 18-19).<sup>283</sup>

Neste sentido, acredita-se que nesse processo de desenvolvimento da TO e da produção do seu conhecimento, no âmbito da formação e exercício profissional, confundiu-se a crítica ao modelo biomédico com as práticas que foram desenvolvidas e deram sustentação teórico-prática à profissão com uma nova proposta de ação em TO. Para “apaziguar” os ânimos em torno da formação profissional as agências de controle, como por exemplo, os

<sup>282</sup> Para mais detalhes consultar FERRIGNO (1990).

<sup>283</sup> Para mais detalhes sobre a Terapia Ocupacional Social consultar LOPES e MALFITANO (2016). Nesta obra as organizadoras apresentam uma coletânea de experiências que aliam a formação profissional, o exercício profissional e a produção de conhecimentos que veem sendo desenvolvidas no País em Terapia Ocupacional Social.



avaliadores de cursos de graduação do Ministério da Educação, sugeriram no processo de avaliação de cursos de graduação que o estudante de TO deveria cursar estágios profissionalizantes nas três grandes áreas da TO: Reabilitação Física, Saúde Mental e Contextos Sociais. Essa orientação partia da justificativa que a formação deveria ser generalista.

Entretanto, com base nos dados apresentados na Tabela 14, observa-se que existem participantes que não realizaram estágio em Saúde Mental, ou Reabilitação Física, e um número menor de participantes que realizou estágio em Contextos Sociais. Na medida em que essas três áreas se constituem como a generalidade da TO, mas ao mesmo tempo existem egressos que concluíram o curso sem cursar tais áreas, torna-se contraditório vincular a generalidade da TO ao cumprimento de estágios nessas três áreas.

Esse é um dado relevante no sentido que demonstra que o objeto de trabalho da TO possui especificidades as quais estão vinculadas às áreas de atuação profissional e o fato de cursar ou não uma determinada área não diz em si da generalidade, mas de especificidades. O terapeuta ocupacional ao se vincular a uma área específica de atuação se vincula ao seu objeto de estudo e investigação – objeto nuclear. Cada área de atuação está formada por um objeto nuclear que é composto por problemas específicos do homem leigo. Os objetos de trabalho das profissões que atuam em uma área específica estão em órbita em relação ao seu objeto nuclear. Neste sentido, à medida que a TO se vincula a diferentes áreas de atuação, os terapeutas ocupacionais desenvolvem diferentes especificidades a partir do que eles entendem como sendo o objeto de trabalho da profissão em relação ao objeto de trabalho nuclear.

Na terapia ocupacional social, por ser uma área emergente, os participantes por vezes não conseguiram expressar com clareza a especificidade dessa área, como o fizeram em relação às demais áreas. Pan (2014) em seu estudo sobre *Políticas de Ensino Superior, Graduação em Terapia Ocupacional e o Ensino de Terapia Ocupacional Social no Brasil* aponta que, somente em meados da década de 1990, a terapia ocupacional social passou a ser reconhecida nos cursos de graduação, tendo como fator determinante “a criação do projeto Metuia, por meio de parcerias entre docentes dos cursos de graduação em terapia ocupacional da Universidade de São Paulo (USP), Universidade de Federal de São Carlos (UFSCar) e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp), que vinham investindo nessa área em suas instituições” (PAN, 2014, p. 51).

Durante a visita a cursos de graduação em TO, criados após 2008, percebeu-se a presença de docentes oriundos da UFSCar empenhados no fortalecimento da perspectiva da Terapia Ocupacional Social. Um exemplo é a criação de núcleos Metuia. Durante as

audiências ao *III Simpósio Internacional de Terapia Ocupacional Social*, que aconteceu em 28 e 29 de abril de 2016, no Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, observou-se que os Núcleos Metuia estão sendo implantados nos cursos de graduação em TO, em especial naqueles que contam com docentes oriundos do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da UFSCar, da Linha de Pesquisa “Redes Sociais e Vulnerabilidades”. O desafio desses docentes é a inserção do conhecimento que vem sendo produzido na formação profissional, por meio de disciplinas e projetos de pesquisa e extensão. Um avanço, que foi apontado pelos participantes desse evento, foi a conquista por meio de ajustes ou reformulações curriculares da criação de disciplinas voltadas ao estudo da terapia ocupacional social nos cursos de graduação onde não havia tais disciplinas; nos cursos que já contavam com disciplinas, buscou-se pelo aumento da carga horária dessas disciplinas e a criação de outras para tratar de temas correlatos à terapia ocupacional social.

Em relação ao Contexto Hospitalar, apesar de ser um dos berços da prática em Terapia Ocupacional, devido às críticas, por vezes sem a devida reflexão, acaba por afastar estudantes dessa área de estágio. Essas críticas são oriundas do ambiente acadêmico em relação ao modelo biomédico que impera nos ambientes hospitalares. Acredita-se que, os terapeutas ocupacionais, ao se vincularem ao movimento da Reforma Psiquiátrica, que advogou pela desinstitucionalização da loucura, passaram a interpretar o hospital como um espaço de trabalho não adequado para o exercício profissional. Essa negação culminou na confusão entre a desinstitucionalização no campo da psiquiatria, a crítica que se fazia ao modelo biomédico e o exercício profissional em Contextos Hospitalares. Outro fator, que auxilia na explicação dessa rejeição aos Contextos Hospitalares, está relacionado à pretensão dos terapeutas ocupacionais em se constituir como profissão com autonomia plena, livre do monopólio médico. Logo, o hospital como espaço do médico tornou-se um lugar não desejado para o estágio profissionalizante.

Por outro lado, chama a atenção o fato de que área de Contextos Hospitalares foi a primeira a constituir uma associação científica de TO, a Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHOsP)<sup>284</sup>. Uma das motivações para os terapeutas e professores que atuavam nessa área se organizar para

---

<sup>284</sup> Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATOHOsP), com a finalidade de promover o desenvolvimento técnico-científico da profissão na especialidade de “Contextos Hospitalares” e em Cuidados Paliativos, fundamentando e desenvolvendo seu campo de conhecimentos dentro de suas áreas específicas de atuação, o que a diferencia das associações nacional e estaduais de terapeutas ocupacionais, que são associações de categoria profissional.” Disponível em: [http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=962:criada-associacao-cientifica-de-te](http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=962:criada-associacao-cientifica-de-te). Acesso em: 25 ago.2017.

constituir uma associação científica foi o fato da não inclusão do Contexto Hospitalar como especialidade, pelo Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), na primeira Resolução que tratava da criação das Especialidades em TO. Após a criação da Associação, o COFFITO criou a Especialidade em Contextos Hospitalares.

Os Contextos Escolares é uma área de atuação híbrida, devido ao público alvo das intervenções. Por vezes esse público tem sido o mesmo da Saúde Mental, da Reabilitação Física, e ultimamente também da Terapia ocupacional Social. A diferença, na prática, se faz perceber pelos fundamentos epistemológicos que guiam o exercício profissional. Entretanto, observa-se que os métodos e técnicas utilizadas estão relacionadas com o tipo de problemática população alvo. Por exemplo, ao tratar de indivíduos com deficiências sensoriais, ou motoras, há uma predominância no uso de métodos e técnicas vinculados à Reabilitação Física, ainda que por vezes haja uma abordagem às questões do direito à inclusão escolar. Em se tratando de ações de Reabilitação Física para a inclusão escolar, são utilizados recursos tecnológicos para adaptação do ambiente, de tarefas e de instrumentos e ferramentas comuns de uma sala de aula, além da orientação da equipe pedagógica e estudantes.

Entende-se que a partir do treinamento profissional, por meio dos estágios supervisionados, o indivíduo vai elaborando a sua identidade profissional e formando sua concepção acerca do objeto de trabalho da TO. A produção do conhecimento tem uma forte influência na formação profissional na medida em que o conhecimento acumulado opera como um fundamento para o treinamento profissional. Neste sentido, os programas de pós-graduação têm um papel essencial no sentido de avaliar os métodos e técnicas utilizadas no âmbito da TO em prol da solução de problema práticos do homem leigo, ao mesmo tempo que contribui para a manutenção, modificação e inovação das práticas também contribui para criar posições hegemônicas.

Merece ser destacada que a formação *stricto sensu* dos professores de TO que até 2009 se deu majoritariamente em programas de pós-graduação não específico de Terapia Ocupacional. Esse fator deve ser considerado nas análises que tratam da produção de conhecimento em TO no Brasil e sua influência na elaboração da identidade profissional das concepções acerca do objeto de trabalho. Observa-se que na Região Sudeste a produção de conhecimento esteve vinculada, entre outros, a dois programas de pós-graduação de caráter interdisciplinar: o Programas de Ciências da Reabilitação da Universidade de São Paulo (USP)<sup>285</sup> e da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)<sup>286</sup>. Em 2009, foi criado o

---

<sup>285</sup>“O Programa Ciências da Reabilitação tem como sustentação epistemológica o estudo crítico dos princípios, das hipóteses e dos resultados das três ciências que o compõe (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia

primeiro Programa de Pós-graduação em TO na UFSCar<sup>287</sup>. Esse programa tem sido um importante agente na produção de conhecimentos em TO. A seguir, serão abordados mais detalhes acerca desse programa.

Em relação à formação acadêmica dos participantes da pesquisa, conforme tabela 35, observa-se que há uma predominância da formação no nível *lato sensu* entre os terapeutas e terapeuta-professor e, no nível *stricto sensu*, a predominância é dos professores.

TABELA 35 - FORMAÇÃO ACADÊMICA DOS PROFISSIONAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL QUE RESPONDERAM AO RÓTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Nível de Formação Acadêmica	PERFIL OCUPACIONAL		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Graduação	7	0	1
Especialização	22	3	7
Mestrado	8	21	2
Doutorado	1	14	2
Total	38	38	12

Fonte: o autor (2016).

Enquanto os professores têm na formação *stricto sensu* um caminho para construir a sua carreira profissional, os terapeutas e terapeuta-professor buscam na formação *lato sensu* traçar suas carreiras profissionais. O que se observa é que para além das distinções entre terapeuta e professor, o objeto de trabalho da TO ainda não é claro seja no âmbito das instituições de ensino, seja nos serviços de saúde, educação e assistência social. A ausência do consenso entre professores e terapeutas acerca do objeto de trabalho da TO contribui para as dificuldades no fortalecimento da identidade profissional de terapeutas e professores.

Ocupacional) sendo destinado a determinar a origem lógica, o valor e a objetividade dessas ciências.” O programa é composto por quatro linhas de pesquisa. A linha de pesquisa específica da TO é: Intervenção Social em Terapia Ocupacional. (USP, 2016). Disponível em: <http://www.prg.usp.br/index.php/pt-br/faca-pos-na-usp/programas-de-pos-graduacao/221-ciencias-da-reabilitacao-fm>. Acesso em: 25 ago.2017.

<sup>286</sup>O Programa Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação (PPGCR) da UFMG foi aprovado pela CAPES para iniciar suas atividades em 2002. Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano. Entre as linhas com participação de pesquisadores de TO: Avaliação do Desenvolvimento e do Desempenho Infantil Saúde e Reabilitação no Idoso. (UFMG, 2016). Disponível em: [http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/pos\\_graduacao/ciencias\\_da\\_reabilitacao\\_mestrado\\_doutorado/linhas\\_pesquisa](http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/pos_graduacao/ciencias_da_reabilitacao_mestrado_doutorado/linhas_pesquisa). Acesso em: 25 ago.2017.

<sup>287</sup>O Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO – da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), nível mestrado acadêmico e doutorado é o primeiro programa de Pós-Graduação em TO do Brasil, criado em 2009. O curso de mestrado do PPGTO foi aprovado pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar em sua 25/03/2009, recomendando pela CAPES em 28/09/2009 e regulamentado pelo Conselho Universitário da UFSCar em 30/10/2009. O curso de doutorado foi aprovado pelo Conselho de Pós-Graduação da UFSCar em sua 28/05/2014, recomendando pela CAPES durante a 158ª Reunião do Conselho Técnico-Científico da Educação Superior (CTC-ES), de 11 a 15/05/2015, e regulamentado pelo Conselho Universitário da UFSCar em 29/05/2015. (UFSCar, (2016). Disponível em: <http://www.ppgto.ufscar.br/ppgto>. Acesso em: 29 nov. 2016.

Em relação ao título de especialista, chama a atenção o fato de que, apesar dos participantes apontados terem uma especialização *lato sensu*, e do COFFITO ter aprovado um rol de especialidade, a fim de conferir o Título de Especialista, foi baixa a referência aos títulos de especialista que constam no rol do COFFITO. Como se apontou no capítulo 6, atualmente, são reconhecidas como especialidades em Terapia Ocupacional, pelo COFFITO: 1. Saúde Mental; 2. Saúde Funcional; 3. Saúde Coletiva; 4. Saúde da Família; 5. Contextos Sociais; 6. Contextos Hospitalares; 7. Acupuntura 8. Gerontologia<sup>288</sup>. Dos 32 participantes com especialização *lato sensu*, apenas 02 indicaram possuir o título de especialista, sendo um em Saúde da Família (terapeuta) e outro em Contextos Sociais (professor).

Esse dado pode ser indicativo de como os terapeutas ocupacionais vem se posicionando frente ao processo de regulamentação das especialidades da TO pelo COFFITO. Em conversa com terapeutas ocupacionais, percebeu-se que o rol de especialidade proposto pelo COFFITO ainda é tema de debate nos eventos científicos da área. Parte dos terapeutas ocupacionais ressaltam que os títulos que foram criados não mantêm correspondência com a prática profissional, além de não garantir certa especificidade do terapeuta ocupacional. Outros acreditam que apesar dessa dissonância é preferível acatar o rol de especialidade proposto a permanecer sem nenhuma especialidade regulamentada.

Em relação à área de conhecimento onde os terapeutas ocupacionais buscam cursar suas pós-graduações, conforme a tabela 36 dos 79 participantes com título de pós-graduação, observa-se que 52 tem seu maior título conferido pela área da saúde e 19 pelas ciências humanas e sociais.

TABELA 36 - ÁREA DO CONHECIMENTO DO MAIOR TÍTULO ACADÊMICO.

Área de Conhecimento	PERFIL OCUPACIONAL		
	Terapeuta Quantidade	Professor Quantidade	Terapeuta-Professor Quantidade
Terapia Ocupacional	0	3	0
Saúde	23	19	10
Biológicas	0	3	0
Psicologia	3	4	0
Educação	2	4	0
Humanas e Sociais	2	2	0
Outras	0	1	0
NR	1	2	0
Total	31	38	10

Fonte: o autor (2016).

<sup>288</sup> COFFITO. Resolução nº. 366, de 20 de maio de 2009; Resolução nº 477 de 20 de dezembro de 2016.

Observou-se ainda que dos 88 participantes apenas 09 não tinham iniciado a sua pós-graduação, sendo estes do grupo *terapeuta*.

Esse dado auxilia na compreensão dos embates que estão colocados no campo profissional da TO na atualidade. Durante a pesquisa empírica percebeu-se que, de um lado há profissionais voltados para a prática na área da saúde, já legitimada, e de outros profissionais que buscam legitimar suas práticas em outras áreas, como por exemplo, a educação e a assistência social. Como se demonstrou nos capítulos 3, 4 e 5, a TO se constituiu como uma profissão de saúde e desde a sua criação, no século XX, até a atualidade ela se mantém vinculada ao campo da saúde, sob a hegemonia do modelo biomédico. Os números da Tabela 16 evidenciam o destaque para a área da saúde, enquanto *locus* no qual os terapeutas ocupacionais construíram e sedimentaram os conhecimentos em TO no Brasil. O movimento de crítica ao modelo biomédico levou as profissões da saúde a buscarem novas explicações para as práticas de cura e a produção de novos conhecimentos. No caso da TO, em especial os professores, assim como professores de outras profissões, começaram a buscar nas ciências humanas e sociais conhecimentos para analisar as problemáticas da população brasileira com vistas a construir novos entendimentos e novas práticas. Ao que parece, diferentemente das demais profissões da saúde, os terapeutas ocupacionais tiveram dificuldades em atualizar o seu objeto de trabalho e, na tentativa de elaborar um novo objeto, negaram aquele que sustentava o seu exercício profissional. Essa dificuldade se converteu numa divisão do campo profissional entre os do bem e os do mal: terapeutas ocupacionais da Reabilitação Física acusavam os da Saúde Mental por utilizar-se das “atividades artística-artesanais” que contribuía para degeneração do *status* profissional, os da Saúde Mental acusavam os da Reabilitação Física de serem “meio-fisioterapeutas”, os da Terapia Ocupacional Social acusavam os anteriores de estarem submetidos e aceitarem a lógica do modelo biomédico e eram acusados de ter abandonado o objeto de trabalho da profissão e se tornado “cientistas sociais”. Esse ainda é o clima atual dos sussurros que se ouve nos escondidos da TO.

Nesse sentido, as influências das diferentes formações *stricto sensu* na carreira dos professores e terapeuta-professor, por vezes, perdem a sua maior contribuição que seria um pensamento interdisciplinar acerca do objeto de trabalho. Há uma carência por uma reflexão acerca de como a formação *stricto sensu* dos professores e terapeuta-professor, historicamente, influenciou os currículos dos cursos de graduação em TO e o exercício profissional. Talvez tal reflexão contribuísse para análises acerca dos objetos de estudo que os professores de TO manipulam em suas atividades de pesquisa, ensino e extensão, e em que medida esses mesmos objetos dialogam ou não com o objeto de trabalho da TO. Estas

questões têm a ver com a elaboração da própria identidade do professor de TO e como a partir dessa identidade, em relação com o exercício regulamentação profissional, se elabora a identidade profissional dos terapeutas ocupacionais no Brasil.

Observa-se que na atualidade os terapeutas ocupacionais se posicionam no espaço social a partir de diferentes paradigmas da saúde e das ciências humanas e sociais, em defesa de um objeto de estudo para profissão e de sua identidade profissional. Se por um lado essa luta é justa e necessária, por outro lado, de certa maneira há uma imaturidade na área motivada por egocentrismos, em especial dos professores-pesquisadores que ao invés de fortalecer a identidade e o objeto de trabalho da TO a partir do conhecimento acumulado na área, o fragiliza a partir de discursos que se pretendem emergir como inovações, ou ainda como uma postura crítica e reflexiva acerca do objeto da profissão. Esses embates, na maioria das vezes, não têm cumprido o papel de produzir uma aliança com o homem leigo no sentido desse homem compreender a utilidade do terapeuta ocupacional ou a função social da TO, a ponto de frente a problemas específicos da vida cotidiana, o homem leigo busca consultar um terapeuta ocupacional. Em síntese, não se dão conta de que, de certa forma, na “crítica” destroem o objeto ao invés de atualizá-lo, e talvez esse seja um dos principais sintomas da tal “crise de identidade” de que se queixaram os terapeutas ocupacionais.

Retomando a questão da produção de conhecimento em TO no Brasil, em relação ao primeiro programa de pós-graduação específico de TO, os dados da Tabela 16 mostram que a existência de 03 professores com formação *stricto sensu* em Terapia Ocupacional. Essa formação foi feita no Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional – PPGTO – criado em 2009 na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

O PPGTO visa “atender às demandas presentes no território nacional referentes ao desenvolvimento científico do campo e à necessidade de formação pós-graduada específica em Terapia Ocupacional” (UFSCar, 2016). Sua área de concentração denominada “Processos de Intervenção em Terapia Ocupacional” demonstra embates que estão colocados no campo profissional da TO, e que estão, de certa forma, expressados na finalidade do programa: “dar visibilidade às temáticas concernentes ao campo científico, enfocando os aspectos do desenvolvimento humano, em contextos normais e de alterações, e da inserção social de diferentes grupos populacionais”. (UFSCar, 2016).

Essas duas perspectivas - a do desenvolvimento humano e da inserção social - num primeiro plano parecem conciliadas, na medida em que buscar acolher pesquisas com foco nas intervenções terapêutico-ocupacionais que, “se debruçam sobre os processos de inclusão-exclusão social a que estão submetidas as populações alvo das ações da Terapia Ocupacional

no Brasil, desde a promoção/prevenção até a reabilitação” (UFSCar, 2016). Mas, num segundo plano, as linhas de pesquisa estão sustentadas em diferentes paradigmas, que estão presentes nos contextos específicos de atuação do terapeuta ocupacional, que devem constituir o contexto das investigações:

Na Linha 1 o enfoque é dado na promoção da saúde e do desenvolvimento e na Linha 2, o enfoque está na inserção e participação social de grupos socioeconomicamente desfavorecidos. Ambas as linhas consideram os níveis individual e coletivo. (UFSCar, 2016)

Aprofundando um pouco mais a análise, nessas linhas os estudos estão direcionados para:

- o desenvolvimento típico e atípico do ser humano,
- a análise e a adaptação de atividades do cotidiano para populações com necessidades especiais por incapacidades temporárias ou permanentes,
- o desenvolvimento de novas tecnologias de intervenções terapêutico-ocupacionais que minimizem a dependência e facilitem a autonomia nos diversos contextos da vida diária (em casa, na escola, no trabalho, na vida social),
- a inclusão de populações em processos de ruptura das redes sociais de suporte,
- o estudo de políticas públicas voltadas para a população-alvo da Terapia Ocupacional,
- as pesquisas sobre a produção e aplicação de novos conhecimentos e tecnologias de intervenção em Terapia Ocupacional para a abordagem de problemas sociais. (UFSCar, 2016)

Considerando as visitas aos cursos e serviços de TO e as interações com os participantes da pesquisa, há indícios de que os três primeiros direcionamentos se vinculam à Linha 1 - aos ‘paradigmas da saúde’, no que diz respeito à promoção da saúde e do desenvolvimento<sup>289</sup> e os três últimos à Linha 2<sup>290</sup> - aos ‘paradigmas das ciências sociais no que se refere à inserção e participação social.

<sup>289</sup> Perspectiva com o objetivo de estudar as intervenções em TO “nos contextos da vida diária das pessoas ao longo dos seus ciclos de vida, sob a ótica do desenvolvimento humano, contemplando processos de funcionalidade e de incapacidade, bem como as situações de risco”. Tendo como fundamentos epistemológicos: o “estudo de bases neurobiológicas, cognitivas, psicossociais do desenvolvimento e dos processos de atenção em saúde para [...] compreender como a atividade humana e o ambiente interferem na promoção do desenvolvimento saudável, do desempenho funcional, da independência e da autonomia do ser humano. (UFSCar, 2016). Disponível em: <http://www.ppgto.ufscar.br/linhas-de-pesquisa>. Acesso em: 25 ago.2017.

<sup>290</sup> Perspectiva que tem como objeto de estudo “as intervenções de Terapia Ocupacional com as populações em situação de vulnerabilidade social e o desenvolvimento de tecnologias sociais de inserção, participação e autonomia. Dialoga com as temáticas sociais, tais como: a pobreza, as políticas sociais, a ocupação do espaço urbano, a identidade cultural, o acesso a serviços sociais (saúde, educação, cultura, assistência social, justiça e outros) e correlatas”. Tendo como fundamentos epistemológicos: “Saúde Coletiva, da Educação, das Ciências Sociais, especialmente, da Antropologia e da Sociologia, e da Terapia Ocupacional Social; buscando fundamentar estudos acerca das práticas e dos processos de transformação cultural e de exclusão/inclusão social, da atenção territorial e comunitária, da educação, formal e não-formal, combinando referências para a



A estruturação da área de concentração e linhas do PPGTO possibilita uma imagem, ainda que borrada, dos paradigmas presente no campo da TO na atualidade. Essa questão exemplifica como a proposta do PPGTO para produção de conhecimento, indiretamente, aponta para os embates presentes no campo da TO. Se no início do século XX a história da TO foi permeada por lutas no campo da Medicina em busca de se constituir como campo relativamente autônomo, nesse século é no interior de seu campo que as lutas acontecem em torno dos objetos que estão em disputa, para se legitimar, e poder nomear o que é TO. Essa luta é necessária e profícua para a produção do conhecimento em TO, de forma a permitir a reflexão teórica em torno de seus objetos de trabalho e, consequente desenvolvimento de seu saber. A questão é saber quem está em posição destaque ou hegemônica no campo e quem está em posição menos reconhecida, rechaçada? A promoção da saúde e do desenvolvimento ou a inserção e participação social? Ou nenhuma das duas? E quais têm sido os resultados desse jogo para o desenvolvimento do campo? Essa luta tem ajudado a clarear o objeto de trabalho ou não? Questões para as quais as respostas ainda são incipientes. Ainda que incipiente, como apontado anteriormente, observa-se a dificuldade dos terapeutas ocupacionais na atualização de seu objeto de trabalho e de sua identidade profissional. Entende-se que esta dificuldade esteja relacionada, minimamente, ao processo de produção de conhecimento que trouxe uma perspectiva interdisciplinar para a TO, e esse poderia ser um ponto positivo se não fosse os egocentrismos que tem influenciado deveras o jogo social pelo poder de nomeação no campo profissional da TO.

Ainda acerca da produção de conhecimento em TO no Brasil, o baixo número programas de pós-graduação em TO, ou de Linhas em programas interdisciplinares específicas de TO, é um problema para a consolidação da TO como profissão de consulta e acadêmica (FREIDSON, 2009). Durante as visitas, entrevistas e conversas informais, os participantes se queixaram do quanto é difícil cursar um mestrado ou doutorado em outra área. Por vezes, eles fazem apenas pela obrigatoriedade e a necessidade para avançar na carreira docente. Suas pesquisas por vezes são descontínuas, quando não esquecidas nas “gavetas de seus gabinetes”. Essa situação impacta negativamente a na formação e exercício profissional, na medida em que a produção do conhecimento requer a definição de um objeto de estudo e investigação onde teorias e métodos estão em órbita.

Por fim, é preciso considerar a relevância da produção do conhecimento para o desenvolvimento e reconhecimento de uma profissão de consulta. É a partir da produção de conhecimento que se compreende melhor a que, ou a quais tipos demandas sociais uma profissão de consulta responde. No caso da TO, essa compreensão pode auxiliar na determinação do seu objeto de trabalho frente a determinados problemas enfrentados pelo homem leigo em suas atividades da vida diária. A determinação o objeto de trabalho de uma profissão é o ponto de partida para o enfrentamento dos problemas que envolvem a formação, o exercício e regulamentação profissional. Numa profissão com 100 anos, saber determinar seu objeto de trabalho não é uma questão secundária, mas sim primária, pois ele não depende das situações para existir, existindo por ele mesmo. Espera-se que aos 100 anos, uma profissão esteja mais preocupada com a atualização de seu objeto de trabalho e de sua identidade profissional.

Tendo apresentado algumas das questões que envolvem o perfil dos terapeutas ocupacionais no Brasil, a seguir apresenta-se o perfil dos estudantes de TO na atualidade.

## 9.2 ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Considerando as discussões acerca da formação profissional apresentadas em tópicos anteriores, o perfil dos estudantes está sendo apresentado de forma mais sucinta. O interesse aqui é apontar um panorama geral dos cursos de graduação.

Os estudantes que participaram da pesquisa são de diferentes regiões do Brasil.

TABELA 37 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, PELAS REGIÕES BRASILEIRAS.

Regiões Brasileiras	Frequência	Percentual
Norte	19	13,9
Nordeste	15	10,9
Centro-Oeste	13	9,5
Sudeste	46	33,6
Sul	44	32,1
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Os dados da tabela 37 demonstram que houve uma predominância maior de estudantes das Regiões Sudeste e Sul devido à utilização de questionários, o que demandou uma interação breve do pesquisador com os participantes, quando considerados os

participantes das Regiões Norte e Nordeste, quando se utilizou de entrevistas e grupos focais que exigiram interações prolongadas.<sup>291</sup>

A predominância do número de estudantes de TO na Região Sudeste se aproxima da realidade brasileira, considerando o número de matrículas em curso de graduação em TO da Sinopse da Educação Superior, de 1995, conforme tabela 38.

TABELA 38 - NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL, POR REGIÃO BRASILEIRA, SEGUNDO CATEGORIA ADMINISTRATIVA DA IES, CONFORME CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995.

Região do Brasil	Total	Nº de Matrículas em Cursos de Terapia Ocupacional	
		Pública	Privada
Norte	168	168	0
Nordeste	483	84	399
Sudeste	1022	543	479
Sul	323	0	323
Centro-Oeste	0	0	0
Total	1996	795	1201

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016; tabela elaborada pelo autor.

As sinopses dos anos 2000, 2005, 2010 e 2015, por não trazerem dados categorizados por regiões brasileiras, dificultaram a comparação entre a amostra da pesquisa e os dados oficiais. No entanto, considerando a expansão dos cursos de graduação em TO, em Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e o fechamento em IES privadas, acredita-se que número de estudantes matriculados em cursos de graduação de TO, na Região Sudeste, continue sendo maior que o número de matrículas nas demais regiões. Observam-se mudanças significativas no número de matrículas por região brasileira, especial na Região Sul devido à ampliação número de vagas ofertadas no curso de graduação em TO, da Universidade Federal do Paraná, que passou de 30 para 120 vagas, e a criação dois novos cursos no Rio Grande do Sul em instituições públicas – Universidade Federal de Santa Maria e Universidade Federal de Pelotas. Outra alteração importante se deu na Região Centro-Oeste, onde foi criado o curso na Universidade de Brasília com a oferta de 100 vagas (PAN; LOPES, 2014). Considerando os dados apresentados pelas mesmas autoras acerca do número de vagas disponíveis em IES (federais), há indícios de que a Região Sudeste continuará com o maior número de estudantes

<sup>291</sup> A escolha pelo questionário ou entrevistas e grupos de discussão foi motivada pelas possibilidades contextuais para coleta de dados. Por exemplo, na Região Sul, Sudeste e Centro-Oeste, os contatos com os estudantes se deram, na maior parte do tempo, durante as aulas e nos intervalos; nas Região Norte e Nordeste, contou-se com disponibilidade de tempo para dialogar com os estudantes, seja no CONNTO seja nas visitas aos cursos e serviços conveniados.

de TO do Brasil, seguida da Região Sul. A tabela 39 apresenta o crescimento no número de matrículas em curso de TO, no período de 1995 a 2015.

TABELA 39 - NÚMERO DE MATRÍCULAS EM CURSOS DE GRADUAÇÃO PRESENCIAIS DE TERAPIA OCUPACIONAL, POR ORGANIZAÇÃO ACADÊMICA, CONFORME O CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, ANO 1995, 2000, 2005, 2010 E 2015.

Ano da Sinopse	Nº de Matrículas em Curso de Terapia Ocupacional		
	Total	Pública	Privada
1995	1996	693	1.303
2000	4226	857	3369
2005	5659	1261	4398
2010	4997	2561	2436
2015	5376	3987	1389

Fonte: MEC-INEP. SINOPSE DA EDUCAÇÃO SUPERIOR. BRASÍLIA, 2016; tabela elaborada pelo autor.

O crescimento do número de matrículas, em curso de graduação em TO, em especial em IES, está relacionado ao programa Reuni.

Em relação à proporção e estudantes de IES públicas e privadas que participaram da pesquisa, conforme tabela 40, observa-se que houve uma participação maior de estudantes oriundos de IES públicas.

TABELA 40 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, POR TIPO DE IES.

Tipo de IES	Frequência	Percentual
IES Pública	99	72,3
IES Privada	38	27,7
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Vale ressaltar que a predominância dos estudantes de IES públicas está relacionada, minimamente, a quatro fatores: a) as possibilidades durante as viagens de pesquisa para visita aos cursos; b) as turmas dos cursos da IES públicas, em sua maioria, possuem um número maior de estudantes, quando comparado às turmas das IES privadas; c) o fechamento de cursos de graduação em IES privadas; e d) a ampliação do número de cursos de graduação nas universidades públicas a partir do REUNI.

Também vale ressaltar que a participação de estudantes de IES públicas e privadas quando analisada por região foi equilibrada nas Região Norte, Nordeste e Sul, conforme aponta a tabela 41.

TABELA 41 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR IES PÚBLICAS E PRIVADAS DAS REGIÕES BRASILEIRAS.

Tipo de IES por Região do Brasil	Frequência	Percentual
Pública Norte	10	7,3
Privada Norte	9	6,6
Pública Nordeste	7	5,1
Privada Nordeste	8	5,8
Pública Centro-Oeste	13	9,5
Pública Sudeste	46	33,6
Pública Sul	23	16,8
Privada Sul	21	15,3
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

A abertura de novos cursos de graduação em IES públicas, decorrentes do programa REUNI, tem forte influência no campo profissional da TO, seja no âmbito das IES, seja no âmbito dos serviços públicos e privados onde se insere o terapeuta ocupacional. No âmbito da IES públicas, observa-se o aumento no número de professores de TO e técnicos – terapeutas ocupacionais –, o que contribui para o desenvolvimento de projetos de extensão e pesquisa e, conseqüentemente, para a produção de conhecimento em TO. No entanto, é preocupante que o aumento do número vagas nos cursos de graduação em TO, nas IES públicas, não é proporcional em relação ao número de professores de TO. Essa proporção se torna mais complexa quando comparada entre as IES, nas quais houve o aumento no número de vagas ou a criação de cursos. Os dados da tabela 42 demonstram as discrepâncias na proporção do número de estudantes por professor entre as IES públicas. No geral, o curso de graduação em TO da UFSCar é o que tem o menor número e o da UnB o maior número, de estudante por professor.

Entre as IES onde houve o aumento de vagas dos cursos de TO se destaca a UFPR; no entanto, o número de professores de TO não acompanhou proporcionalmente o aumento do número de estudantes. Antes da expansão de vagas havia 30 estudantes para 12 professores efetivos<sup>292</sup>. Essa discrepância se mantém, quando comparada à proporção do número de estudantes por professor no curso da UFPR com as demais IES, nas quais houve a expansão do número de vagas. Por exemplo, se aplicarmos a proporção verificada na UFSCar ao curso da UFPR, o resultado seria um déficit de 28 professores de TO no curso da UFPR. Acredita-se que essa situação decorre de relações políticas que os professores de TO que ocupam cargos diretivos estabelecem e mantêm no interior das IES.

<sup>292</sup> Apesar de não haver esse registro no Projeto Pedagógico em vigor, esse dado consta da trajetória do pesquisador, enquanto professor efetivo no Curso de TO da UFPR, desde 2005.

TABELA 42 - PANORAMA GERAL DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL DAS IFES – 2013, COM A PROPORÇÃO DE ESTUDANTES POR PROFESSOR DE TO.

IFES*	Ano de Criação do Curso de Graduação	Nº de Vagas ofertadas antes do REUNI	Nº de Vagas ofertadas após REUNI	Número de Professores de TO Efetivos	Número de Professores de TO Substitutos	Total do Nº de Professores de TO	Proporção do nº de estudante por professor de TO
UFPE	1962	30	36	18	2	20	1,8
UFSCar	1978	30	40	17	11	28	1,4
UFMG	1979	60	66	17	2	19	3,5
UFPR	2000	30	120	23	-	23	5,2
UNIFESP	2006	30	40	14	-	14	2,8
UFTM	2007	40	60	15	4	19	3,1
UnB	*2008.2	-	100	12	2	14	7,1
UFPA	2009	-	30	6	2	8	3,7
UFES	2009	-	50	12	-	12	4,2
IFRJ	2009	-	60	9	3	12	5
UFRJ	*2009.2	-	60	15	10	25	2,4
UFSM	2009.2	-	70	9	3	12	5,8
UFPB	*2010.2	-	60	12	-	12	5
UFPeI	2010.2	-	40	2	6	8	5
UFS	2011	-	50	8	2	10	5
Totais		220	882	189	44	233	3,9

Fonte: PAN; LOPES (2013); IRFJ (2012); tabela elaborada pelo autor.

\*Refere-se ao 2º semestre letivo do ano.

Neste sentido, as relações políticas e institucionais na esfera da IES também influenciam a produção de conhecimento em TO e, conseqüentemente, o desenvolvimento da profissão em determinada região, com reflexos em outras regiões do país, na medida em que a realidade de uma IES em específico pode ser utilizada favoravelmente, ou não, na tomada de decisões no âmbito de outras IES.

Ainda no que concerne às relações estabelecidas pelos terapeutas ocupacionais com nas IES, em decorrência do REUNI, percebeu-se também que essas relações recebem influências dos conflitos de interesses pessoais, profissionais e acadêmicos que perpassam a relação entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no âmbito do exercício e regulamentação profissional. Durante a visita a um curso de graduação, a sua coordenadora relatou que

A universidade federal daqui está abrindo o curso de graduação em TO no interior porque aqui no *campus* da capital o setor de Fisioterapia não deixou entrar TO dizendo que era por motivos logísticos, sendo que está tudo pronto... só que o curso de Fisioterapia tem no *campus* da capital e do interior, os professores do *campus* do interior quiseram, estão esperando a gente, o curso tem previsão para abrir em 2015. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1984, coordenadora e professora no curso de TO, Região Nordeste).

Na Região Sul, esse tipo de influência ocorreu de maneira inversa. Professores de um curso de TO utilizaram-se das relações no âmbito interno da IES para evitar a abertura de um curso de Fisioterapia no mesmo setor, o que implicaria na divisão do espaço físico – prédio – onde estava previsto ocorrerem as atividades de ensino, pesquisa e extensão. Resguardando as relações políticas inerentes ao âmbito interno de cada IES, percebe-se que há em partes dos professores, tanto de Fisioterapia quanto de TO, um comportamento de esquivas uns aos outros. Acredita-se que tal comportamento é motivado pelas relações que esses indivíduos estabelecem no âmbito do sistema COFFITO/CREFITO, pelas razões que foram apresentadas no capítulo 6.

A influência do REUNI, no âmbito dos serviços públicos e privados que contam com serviços de TO, se deu pela demanda por campo de estágio supervisionado, decorrente do aumento do número de vagas e criação de novos cursos. Essa demanda, por vezes, tem motivado a contratação de terapeutas ocupacionais para atuarem nesses serviços como supervisores de estágio em TO. Por outro lado, observou-se durante a pesquisa empírica que os professores de TO, por vezes, têm assumido a função de terapeuta ocupacional em serviços públicos por conta da inexistência desses profissionais em alguns serviços. Quando isso ocorre, surgem conflitos entre professores de TO responsáveis pela orientação de estágio e gestores de cursos de graduação e departamento de TO, na medida em que eles assumem a responsabilidade por atividades profissionais que são de competências do terapeuta ocupacional. Esses conflitos mantêm relação com o que foi apontado anteriormente sobre as especificidades da ocupação profissional de professor de TO e terapeuta ocupacional à luz da CBO.

Acredita-se que esses conflitos ocorram com uma predominância maior entre professores das IES públicas, pelo motivo da maioria de seus professores estarem sob o vínculo de trabalho estatutário e em regime de Dedicção Exclusiva, ao contrário dos professores das IES privadas, que pelas características dos vínculos empregatícios, por vezes, utilizam os serviços públicos ou privados, onde exercem a função de terapeuta ocupacional como campo de estágio supervisionado para o curso em que atuam como professores. No entanto, observa-se que essa é uma prática comum tanto nas IES públicas quanto nas privadas, quando os professores de TO possuem uma carga horária semanal menor que 30 horas/ semanais. Um exemplo dessa ocorrência foi apontado pela coordenadora de um curso de TO

Aqui não é o profissional de campo – terapeuta ocupacional – somos nós professores que ficamos com os alunos, um professor para cada seis alunos. Nesse semestre eu tenho o Estágio de Saúde Mental que eles estão no hospital. Tem o estágio de ortopedia e neurologia no centro de saúde e em gerontologia em instituições de longa permanência. (TERAPEUTA OCUPACIONAL, graduada em 1984, coordenadora e professora no curso de TO, Região Nordeste).

Ademais, o REUNI contribuiu, no campo profissional da TO, com incrementos na articulação entre comunidade, serviços e universidade. Essa contribuição em longo prazo pode fortalecer a aliança entre a TO e o homem leigo, na medida em que o aumento do número de estudantes e terapeutas ocupacionais, no mercado de trabalho, favorece o alargamento do contato com o homem leigo em diferentes serviços nos quais ocorre o exercício profissional. Entretanto, o fortalecimento da aliança também depende dos bons resultados do exercício profissional dos terapeutas ocupacionais. Esses resultados funcionam como fonte de atração e são eles que motivam a escolha por parte do homem leigo de consultar ou não um terapeuta ocupacional (FREIDSON, 2009, p. 41).

No ano de 2008, se deu o início do funcionamento dos cursos de graduação em TO criados pelo programa REUNI. Considerando que o maior percentual de estudantes que participaram da pesquisa iniciou a graduação em 2013 e que a pesquisa ocorreu entre o ano de 2014 e 2015, houve uma concentração maior de estudantes que estavam entre o segundo e o terceiro ano do curso, conforme tabela 43..

TABELA 43 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ANO DE INÍCIO DA GRADUAÇÃO.

Ano de início	Frequência	Percentual
Em 2009	1	,7
Em 2010	3	2,2
Em 2011	20	14,6
Em 2012	15	10,9
Em 2013	34	24,8
Em 2014	26	19,0
Em 2015	6	4,4
Não especificado	32	23,4
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Assim, espera-se que as percepções desses estudantes acerca do objeto de trabalho e da identidade profissional estejam em processo de amadurecimento, no sentido de avançar para o conhecimento técnico-profissional. De acordo com as matrizes curriculares, da maioria



dos cursos de graduação em TO, os estudantes iniciantes (1º ano) têm uma carga horária maior concentrada em disciplinas do ciclo básico do ciclo básico (Ciências Biológicas e da Saúde, Ciências Sociais e Humanas)<sup>293</sup>. Gradualmente, a partir do 2º ano, a carga horária destinada às disciplinas das ciências da Terapia Ocupacional<sup>294</sup> vai aumentando e, paralelamente, se iniciam as atividades de treinamento profissional por meio dos estágios profissionalizantes supervisionados.

Participaram da pesquisa empírica estudantes de diferentes períodos do curso de graduação em TO, conforme tabela 44.

TABELA 44 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES, QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, PELOS PERÍODOS DO CURSO.

Período do Curso	Frequência	Percentual
1º ao 3º período	42	30,7
4º ao 7º período	67	48,9
8º ao 10º período	22	16,1
Desperiodizado	1	,7
Não especificado	5	3,6
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

No entanto, observou-se que esses estudantes, independente do período do curso, apresentam dificuldades na compreensão do objeto de trabalho da TO. Parte das dificuldades expressadas por esses estudantes advém das diversas concepções de TO que seus professores expressam e nomeiam como sendo a “TO verdadeira”. Essas concepções decorrem da

<sup>293</sup> Segundo o Art. 6º das DCNTO 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.” (BRASIL, 2002)

<sup>294</sup> Conforme as DCNTO as “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”. (BRASIL, 2002).

constituição da TO no Brasil e da produção de seu conhecimento, questões já tratadas em tópicos anteriores.

A faixa etária dos estudantes de TO revela que o curso de graduação em Terapia Ocupacional é composto em sua maioria por jovens, conforme tabela 45.

TABELA 45 - FAIXA ETÁRIA DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS.

Faixa Etária	Frequência	Percentual
Até 19 anos	30	21,9
De 20 a 29 anos	67	48,9
De 30 a 39 anos	10	7,3
De 40 a 49 anos	6	4,4
50 ou mais anos	2	1,5
Não coletado	22	16,1
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

A predominância de idade entre 19 a 29 anos está relacionada à faixa etária esperada para ingresso e permanência na universidade. Ou seja, o ingresso no curso de graduação em TO está dentro do esperado para o contexto brasileiro.

Em relação à distribuição dos estudantes por sexo, observa-se que se mantém a predominância do sexo feminino, conforme tabela 46.

TABELA 46 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES QUE RESPONDERAM AO ROTEIRO DE COLETA DE DADOS, SEGUNDO O SEXO.

Sexo	Frequência	Percentual
Feminino	120	87,6
Masculino	17	12,4
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Apesar de baixo o número de estudantes do sexo masculino, ele representa um crescimento quando comparado ao número de estudantes do sexo masculino em décadas anteriores. Na década de 1970, conforme relatou o terapeuta ocupacional Virgílio, citado anteriormente, era algo fora dos padrões o ingresso de indivíduos do sexo masculino em curso de TO. Apesar desse crescimento, o curso ainda é predominantemente feminino na composição do corpo discente e docente, são raras as exceções.

A expectativa para a conclusão do curso de TO é entre o prazo mínimo entre 04 e 05 anos, em acordo com o estabelecido pelos projetos pedagógicos. A grande maioria dos estudantes manifestou o desejo em terminar o curso no prazo mínimo. Tomando-se por base

que houve uma predominância de estudantes que iniciaram a graduação em 2013, e observando-se uma predominância de conclusão de cursos em 2017, conforme a tabela 47, acredita-se que a expectativa de conclusão do curso no prazo mínimo seja uma realidade para a maioria dos estudantes que ingressam no curso de TO.

TABELA 47 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES DE ACORDO COM A PREVISÃO DE CONCLUSÃO DO CURSO.

Ano de Conclusão	Frequência	Percentual
Conclusão em 2014	8	5,8
Conclusão em 2015	9	6,6
Conclusão em 2016	26	19,0
Conclusão em 2017	43	31,4
Conclusão em 2018	13	9,5
Conclusão em 2019	6	4,4
Não especificado	32	23,4
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Os estudantes que participaram de grupos de discussão, e que não conseguiram concluir o curso no prazo mínimo, apontaram como exemplos de fatores relacionados à sua permanência por um período maior que o estabelecido no projeto político pedagógico: dificuldades em seguir a periodização do curso, em especial, devido à carga horária semanal do curso versus atividades da vida pessoal; dificuldades relacionadas ao processo ensino-aprendizagem como, por exemplo, desempenho nas disciplinas biológicas (anatomia, bioquímica, etc.); os pré-requisitos das disciplinas. Em relação às disciplinas de Ciências Biológicas, os estudantes por vezes relataram não concordar com algumas delas, em especial, a Bioquímica.

No período intermediário, na maioria dos cursos de TO visitados, os estudantes iniciam os Estágios Curriculares Profissionalizantes. Conforme mencionado no tópico que tratou do perfil dos terapeutas ocupacionais, podem-se organizar estágios em cinco áreas de atuação: Saúde Mental, Reabilitação Física, Contextos Hospitalares, Contextos Escolares e Contextos Sociais. A tabela 48 apresenta a inserção dos estudantes nessas áreas por meio dos estágios profissionalizantes.

A área de Saúde Mental é a que tem o maior percentual de estudantes que cursaram estágio e o menor percentual de estudantes que não cursaram. Por outro lado, a áreas de Contextos Hospitalares emerge como a segunda área de estágio mais cursada e a Reabilitação Física passa à terceira posição. A área com o menor índice de estudantes que cursou estágio é a áreas de Contextos Sociais.

Comparando esses dados com os dados do perfil dos terapeutas ocupacionais, apresentados anteriormente, em relação ao período de início e conclusão do curso de TO, no período entre 1977 e 2010, observa-se que a Saúde Mental se mantém como uma área central na formação do terapeuta ocupacional. A Reabilitação Física, que dividia com a Saúde Mental o centro da formação, cedeu sua posição aos Contextos Hospitalares. E a área de Contextos Sociais cedeu à posição que ocupava para os Contextos Escolares.

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES PELOS ESTÁGIOS CURSADOS OU NÃO.

(continua)

Áreas de Atuação em TO		Frequência	Percentual
Saúde Mental	Fez estágio	40	29,2
	Não fez estágio	10	7,3
	Não identificado	11	8,0
	Não especificado	42	30,7
	Não esperado	34	24,8
	Total	137	100,0
Reabilitação Física	Fez estágio	24	17,5
	Não fez estágio	25	18,2
	Não identificado	12	8,8
	Não especificado	42	30,7
	Não esperado	34	24,8
	Total	137	100,0
Contexto Hospitalar	Fez estágio	33	24,1
	Não fez estágio	24	17,5
	Não identificado	4	2,9
	Não especificado	42	30,7
	Não esperado	34	24,8
	Total	137	100,0

TABELA 48 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES PELOS ESTÁGIOS CURSADOS OU NÃO.

(continuação e conclusão)

Áreas de Atuação em TO		Frequência	Percentual
Contextos Escolares	Fez estágio	14	10,2
	Não fez estágio	47	34,3
	Não especificado	42	30,7
	Não esperado	34	24,8
	Total	137	100,0
Contextos Sociais	Fez estágio	2	1,5
	Não fez estágio	59	43,1
	Não especificado	42	30,7
	Não esperado	34	24,8
	Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Essas mudanças podem estar relacionadas às motivações dos estudantes na escolha por cursar estágio em determinadas áreas, bem como com a oferta de vagas em estágio em determinadas áreas. As áreas emergentes como os Contextos Escolares e os Contextos Sociais não contam com uma oferta de vagas na mesma proporção da Saúde Mental, Contextos Hospitalares e Reabilitação Física. Historicamente, as políticas públicas que preveem a

inserção do terapeuta ocupacional em equipes multiprofissionais são oriundas do Ministério da Saúde, ou numa parceria intersetorial desse ministério com outros ministérios, como o da Educação e Assistência Social. Atualmente a oferta menor nas áreas de Contextos Escolares e Contextos Sociais, entre outros fatores, está relacionada como a presença de terapeutas ocupacionais em serviços educacionais e socioassistenciais. Em especial, os serviços socioassistenciais passaram a contar com terapeutas ocupacionais a partir da definição do rol de profissionais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). A partir dessa inserção profissional do terapeuta ocupacional, busca-se ampliar a oferta de estágio na área de Contextos Sociais.

Vale ressaltar que a elaboração de novas políticas públicas para ordenação dos serviços públicos provocou mudanças nos campos de atuação do terapeuta ocupacional. As populações que historicamente foram atendidas em serviços de TO, em especial, os de Saúde Mental, Reabilitação Física e Contextos Hospitalares passaram a ser atendidas em serviços que não apenas os que pertencem ao Sistema Único de Saúde ou a ele conveniado. Um exemplo são as políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, as quais ampliaram o campo de atuação do terapeuta ocupacional do hospital e do centro de reabilitação para a comunidade, a escola, a cultura, os esportes, entre outros campos de atuação. Logo, a ampliação desse campo de atuação requereu novas metodologias e técnicas de intervenção. E essa mudança de espaço onde ocorre a assistência em TO, juntamente com as orientações teórico-metodológicas presentes nesses novos espaços para o exercício profissional, culminou na criação de novas denominações para se referir às áreas de atuação em TO. As nomeações das áreas de estágio utilizadas aqui são uma tentativa de englobar as áreas de atuação, pois o campo em si é vasto e possui nuances que as taxonomias nem sempre conseguem apreender.

Por fim, ao considerar o baixo o número de estudantes que conseguiram realizar estágio na área de Contextos Sociais, é mister aprofundar a reflexão acerca da relação entre a obrigatoriedade de os estudantes cursarem estágios que permitam experiências em acordo com as três perspectivas da TO – Saúde Mental, Reabilitação Física e Terapia Ocupacional Social – e a expectativa de uma formação generalista durante a graduação em TO.

Considerando que as DCNTO apontam que 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” (BRASIL, 2002), observou-se que os cursos de graduação têm alcançado êxito no que diz respeito à oferta de experiências pedagógicas e profissionalizantes nos diversos pontos de atenção à saúde do SUS. Entre os estudantes que indicaram os estágios cursados em serviços do SUS, a grande

maioria passou por estágios profissionalizantes na Atenção Básica à Saúde (ABS), Média e Alta Complexidade, conforme aponta tabela 49:

TABELA 49 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES PELOS ESTÁGIOS CURSADOS NOS NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SUS

Níveis de Atenção do SUS	Frequência	Percentual
ABS + Média Complexidade	15	10,9
ABS + Alta Complexidade	2	1,5
Média + Alta Complexidade	28	20,4
ABS + Média + Alta Complexidade	13	9,5
SUS e Outros Contextos	9	6,6
Não especificado	36	26,3
Não esperado	34	24,8
Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

Esses dados, quando comparados às narrativas de terapeutas ocupacionais, revelam uma mudança na formação profissional. Os terapeutas ocupacionais cursaram, em sua grande maioria, estágio na média e alta complexidade, como os serviços de Saúde Mental, Reabilitação Física e Contextos Hospitalares que compõem os campos tradicionais do exercício profissional em TO. Na atualidade, os estudantes têm cursado estágios não apenas nesses serviços dos SUS, mas avançado para Atenção Básica e outros serviços.

Por outro lado, as DCNTO também apontam para a necessidade do projeto pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional contemplar atividades complementares, por meio de “monitorias e estágios; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins” (BRASIL, 2002) e, nesse aspecto em grande parte, os cursos não têm logrado êxito. Entre os estudantes observou-se um baixo envolvimento com tais atividades. Entre aqueles que se envolvem, a extensão seguida da pesquisa são as atividades predominantes, conforme tabela 50.

TABELA 50 - DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDANTES POR ENVOLVIMENTO EM ATIVIDADES COMPLEMENTARES.

Atividades Complementares		Frequência	Percentual
Extensão	Envolvido	36	26,3
	Não envolvido	101	73,7
	Total	137	100,0
Pesquisa	Envolvido	23	16,8
	Não envolvido	114	83,2
	Total	137	100,0
Monitoria	Envolvido	11	8,0
	Não envolvido	126	92,0

	Total	137	100,0
Outras Atividades	Envolvido	4	2,9
Formativas	Não envolvido	133	97,1
Complementares -	Total	137	100,0

Fonte: o autor (2016).

As dificuldades apontadas pelos estudantes para o envolvimento em tais atividades estão relacionadas à: grade horária do curso; baixo número de projetos de extensão e pesquisa, bem como de vagas nesses projetos; baixo número de vagas para monitoria; falta de tempo (sobrecarga de estudos das disciplinas e afazeres da vida pessoal). Observou-se durante as visitas aos cursos e TO que esse é um problema que comum à maioria dos cursos.

Durante a pesquisa empírica, foi possível o acompanhamento do processo de reformulação curricular do curso de graduação em TO da UFPR. A dificuldade da participação de estudantes em atividades de pesquisa, extensão e monitorias, apesar dos prós e contras, foi um dos motivos para a ampliação do tempo mínimo de integralização que passou de 09 para 10 semestres, totalizando 05 anos, e o máximo de 13 para 15 semestres, totalizando 07 anos e 06 meses (UFPR, 2016)<sup>295</sup>. Entre as justificativas da reformulação curricular e que se relaciona com a problemática supracitada, está

a necessidade de aperfeiçoar a articulação de ações de ensino, pesquisa e extensão de maneira a envolver discentes em diferentes problemáticas sociais e adensar e aprofundar qualitativamente o processo de aprendizagem. (UFPR, 2016).<sup>296</sup>

Medidas como essas têm sido tendência nos cursos de graduação em TO, em especial nas IES públicas. A ampliação do tempo mínimo de integralização nas IES privadas ainda é uma questão que enfrenta resistências devido a fatores econômicos que envolvem o custo para manutenção de um curso de TO e a baixa demanda de estudantes.

O perfil dos terapeutas ocupacionais e estudantes de TO auxiliou na exposição de questões que são relevantes para a compreensão de como se constitui o campo profissional e formativo da TO. Estas questões são um convite a repensar a formação e o exercício profissional em TO no Brasil.

<sup>295</sup> Esse Projeto Pedagógico está sendo implantado gradualmente, tomando por referência a turma que ingressou no primeiro semestre de 2017, para o curso diurno e a turma que ingressou no segundo semestre de 2017 para o curso noturno.

<sup>296</sup> Projeto Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional. Curitiba: UFPR, 2016.

## 10 CONCLUSÕES

Nesta tese realizei uma análise sociológica da Terapia Ocupacional no Brasil. A partir da abordagem da sociologia das profissões e da sociologia histórica foi possível lançar luz sobre o processo de constituição e desenvolvimento da profissão que conhecemos hoje no Brasil por Terapia Ocupacional (TO). Os dados produzidos durante a pesquisa forneceram elementos que me permitem, ao final desta tese, apresentar algumas conclusões e deixar em aberto as questões que expressam o limite desta pesquisa como um todo.

As conclusões apresentadas, a seguir, estão estruturadas em cinco pontos centrais: (1) o uso da ocupação com finalidade terapêutica e a fundação da profissão; (2) o reconhecimento da TO como uma profissão de consulta na divisão social do trabalho; (3) o lugar dos práticos em TO na história da TO no Brasil; (4) a relação estreita dos terapeutas ocupacionais com os fisioterapeutas e seus desdobramentos para o desenvolvimento da TO no Brasil; e (5) a necessidade da delimitação do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional e atualização de sua identidade profissional.

Concentrar as conclusões nesses pontos tem por finalidade apresentar questões que necessitam ser pensadas no sentido de avançar na construção da abordagem singular da TO, enquanto um possível caminho para o fortalecimento da aliança com o homem leigo e o reconhecimento social da profissão. Estes pontos também se constituem em um convite à reflexão acerca do papel da formação profissional, da produção do conhecimento e das organizações profissionais da TO para a consolidação de formas de pensar e agir do terapeuta ocupacional no exercício da profissão. Essas formas de pensar e agir estão na base do raciocínio profissional que guia as intervenções frente aos problemas práticos do homem leigo, e de alguma maneira evidenciam a função social da profissão.

Em primeiro lugar, o uso da ocupação com finalidade terapêutica resulta de um processo de mudança na forma de pensar e agir em relação ao tratamento das doenças mentais e físicas. Gradualmente, as ocupações estruturadas em ofícios (como a tapeçaria, a alfaiataria, a marcenaria, o artesanato, a jardinagem e a horticultura), e as atividades de cuidado doméstico e ambiente institucional, ou que estavam relacionadas à sociabilidade, às artes, ao ócio e à recreação, foram tomando a forma de recurso terapêutico para o trabalho de cura e a inserção social, de indivíduos com doença mental ou sequelas de doença física. A partir de então, o uso da ocupação passa a se constituir como prática médica inserida na divisão do trabalho de cura.



Na Europa, os resultados das práticas baseadas no uso da ocupação no tratamento de mutilados da Primeira Guerra Mundial, aplicadas por práticos em TO, que ficaram conhecidas como “auxiliares de reconstrução”, foram de reconhecimento social da TO (GORDON, 2011). Nesse momento, a prática desses auxiliares permitiu abordar os problemas da vida cotidiana dos feridos da guerra, de forma que corpo e mente se conjugam e são inseparáveis.

A Segunda Guerra Mundial impulsionou o desenvolvimento da TO exigindo a ampliação do seu objeto de trabalho para além do uso da ocupação. É nesse momento que os terapeutas ocupacionais se dedicam ao estudo das atividades da vida diária.

A formação profissional precisava dar conta do preparo de terapeutas ocupacionais com competência para intervenção que trouxesse benefícios tanto para o estado físico quanto psíquico do indivíduo. Em relação ao estado físico, os efeitos consistiam na melhoria da força muscular, a amplitude da mobilidade articular, coordenação, resistência e velocidade; quanto ao estado psíquico, o uso da ocupação era utilizado “para melhorar a capacidade de trabalho e os hábitos pessoais e sociais”. A relação que se estabelecia entre o indivíduo e o terapeuta por meio da ocupação, podia ser utilizada para ajudá-lo no entendimento e resolução de problemas psiquiátricos (MACDONALD, 1990, p.1-2). Assim, a profissão de Terapia Ocupacional se espalha pelo mundo, com uma abordagem singular que

por meio de uma cuidadosa avaliação do problema do paciente, e o uso de situações e atividades adequadas, auxiliar o paciente a se recuperar ou a adquirir capacidade nos aspectos físico, psicológico, social e econômico de sua vida – capacidade para se comunicar, fazer adaptações pessoais e relações, tornar-se adequado e proficiente no trabalho e no lazer, capacidade para assumir o seu lugar certo na vida, de uma maneira adequada. (MACDONALD, 1990, p.2).

Macdonald (1990), ao citar o depoimento do médico-cirurgião Sir Robert Jones evidencia o reconhecimento social da TO no tratamento de mutilados de guerra.

Nossa primeira experiência ao conceber trabalho com um fim curativo direto para a cura de lesões foi iniciada... no Hospital Militar Bush de Shepherd. [...]. Aqueles dentre nós que possuem alguma imaginação, não podem deixar de perceber a diferença no ambiente e no [sic] moral dos hospitais, quando os pacientes não têm nada para fazer... em comparação com aqueles que, durante uma parte do dia, têm o seu trabalho regular, útil e produtivo. Se o antigo negócio ou emprego de um paciente for adequado, ele recebe as ferramentas que conhece. Em caso contrário, é procurada para ele alguma ocupação adequada para a sua incapacidade e de caráter curativo (MACDONALD, 1990, p. 10).

A percepção do referido médico acerca dos benefícios da TO se constituiu em motivação para reivindicar junto ao Ministério da Guerra a criação de centros ortopédicos,

sendo o primeiro deles instalado na Grã-Bretanha (MACDONALD, 1990, p. 9). É nesse sentido que Freidson (2009) considera que os “bons resultados” de uma profissão de consulta, frente aos problemas práticos do homem, se constitui numa fonte de reconhecimento social da mesma.

A TO nasce tendo como objeto de trabalho o uso da ocupação com finalidade terapêutica e se espalha pelo mundo. Inicialmente, indivíduos com competência em instrução de certos ofícios ou com habilidades para condução de atividades em grupo assumiram a prática do uso da ocupação. Esses indivíduos, que podemos chamar de práticos, não possuíam treinamento profissional específico e atuavam sob orientação e supervisão dos médicos. O uso da ocupação motiva a interação entre médicos, práticos, pacientes e outros profissionais que participam do trabalho de cura, bem como os administradores das instituições voltadas ao tratamento das doenças mentais e físicas.

O processo de evolução e experimentação do uso da ocupação como recurso terapêutico levou à necessidade de oferecer treinamento profissional para aplicação desse recurso. O treinamento tinha por finalidade despertar o interesse vital pelas pessoas, desenvolver a capacidade organizadora e oferecer conhecimentos acerca das doenças físicas e mentais, que de modo articulado favorecesse o reconhecimento das atividades e das possibilidades terapêuticas. (MACDONALD, 1990, p. 9). Assim, o terapeuta ocupacional nasce da necessidade de um profissional treinado e capacitado para o uso da ocupação como uma ferramenta de trabalho, como meio de tratamento.

O terapeuta ocupacional do passado era o próprio “médico”. Mais tarde, com as crescentes exigências da época, e à medida em que as vantagens do tratamento se tornaram mais evidentes, fazendo com que fosse usado de modo mais amplo, ele [o médico] teve que pedir auxílio de outros especialistas, e o terapeuta ocupacional atual tornou-se aos poucos um trabalhador no campo da Medicina. Esse terapeuta ocupacional é agora um especialista treinado que, por meio de um estudo dos aspectos específicos de certas ciências [em especial as biológicas, humanas e sociais e da saúde], e dos métodos práticos de avaliação de capacidade, juntamente com uma análise dos elementos de um certo número de atividades. (MACDONALD, 1990, p. 2).

A interdependência das dimensões física, mental e social permanece como umas das normas básicas, na aplicação da terapia ocupacional. O que foi apontado por E.M. Macdonald na introdução de sua obra *Occupational Therapy in Rehabilitation*, publicada em 1960, e traduzida para o português em 1990, continua atual.

Embora os muitos relatórios e recentes desenvolvimentos nos serviços sociais e de saúde, e sua organização estejam tendo uma influência considerável na estrutura e

prática da profissão, sendo interessante observar que, mesmo com as técnicas e mudança de aspectos, e na medida em que a profissão amplia as suas esferas, a filosofia básica e os princípios de tratamento continuam em muito os mesmos que tem sido através de toda a história. As necessidades primárias do homem são ainda aceitação, reconhecimento e segurança, no lar e no trabalho, porém o homem moderno precisa receber um tratamento moderno. Há, então, uma necessidade do uso de técnicas progressivas, especializadas e racionalizadas. O desafio para o terapeuta ocupacional é para que seja atento, engenhoso e atualizado em perspectiva e na prática; ser bem informado, adaptável e versátil; criar e estimular as relações terapêuticas adequadas, e comunicar e cooperar cada vez mais com outros membros das equipes de reabilitação, e com as repartições voluntárias do governo. (MACDONALD, 1990, s/p).

Entretanto, o processo de profissionalização da TO não ocorreu de forma a garantir aos terapeutas ocupacionais, em primeira mão, o monopólio do uso da ocupação como um recurso próprio da profissão. E isso implicou no fato de que os terapeutas ocupacionais não assumiram o controle e a determinação da essência de seu trabalho (FREIDSON, 2009), de forma a recriar e nomear seu objeto profissional. Aos terapeutas ocupacionais foi concedida a participação na divisão do trabalho de cura, sob a tutela médica. Os médicos reconheceram o valor do uso da ocupação, enquanto um recurso coadjuvante de sua prática.

Desta forma, a TO não surge como saber e profissão autônomos; sua expansão esteve ligada ao desenvolvimento dos hospitais e das especialidades médicas no século XX, ou seja, a TO tem seu reconhecimento e seu lugar no hospital a partir do aprofundamento da divisão do trabalho de cura, propiciado pelo desenvolvimento da ciência, das especialidades e da tecnologia.

A compreensão do uso da ocupação como prática médica e de seus desdobramentos, enquanto objeto de estudo e trabalho, impõe a necessidade de se abrir espaço para enxergar as permanências e ressignificações dessa prática ao longo de sua história.

As críticas ao positivismo e ao modelo biomédico motivaram os terapeutas ocupacionais a rever o percurso histórico da TO, em busca de respostas para os dilemas da prática, que resultaram da incorporação de modelos reducionistas. Essa revisão apontou para a necessidade do resgate do valor das ocupações humanas na prática profissional, com a finalidade de promover o bem-estar, a saúde e a participação social dos indivíduos, por meio do engajamento em ocupações. A revisão e atualização dos elementos constituintes do objeto da TO decorreu da busca de explicações, de forma articulada, nas ciências biológicas, da saúde, humanas e sociais. Desta busca, desenvolveu-se um conjunto de formulações teóricas que permitiram a atualização de enunciados científicos acerca do uso da ocupação com fins terapêuticos, enquanto objeto de estudo e de trabalho, com a finalidade de torná-lo transparente, factível, no mundo acadêmico e no mundo da consulta.

Nesse sentido, a TO alargou a sua base epistemológica constituindo um corpo de conhecimentos interdisciplinares que passou a orientar o exercício da TO. Esse corpo de conhecimento, quando utilizado para recriar os problemas práticos do homem leigo, oferece as diferentes formas de pensar e agir em TO. Se por um lado o caráter “interdisciplinar” enriquece a visão de homem e de mundo do terapeuta ocupacional, por outro, a falta de definição e delimitação do objeto da TO, em especial no contexto brasileiro, associada à inabilidade do terapeuta ocupacional no conhecimento interdisciplinar, dificulta a solução dos problemas práticos do homem leigo e repercute negativamente no reconhecimento social da profissão.

A inabilidade em operacionalizar o conhecimento interdisciplinar, que emerge da indefinição do objeto profissional da TO no Brasil, resulta na dificuldade para ultrapassar as barreiras acadêmicas e encontrar-se com o mundo do trabalho. Essa cisão se expressa na medida em que, de um lado, estão os professores de TO e, de outro lado, terapeutas ocupacionais; entre eles está um objeto profissional cada vez mais opaco. A questão se complexifica quando o interesse acadêmico traz para o campo da pesquisa em TO objetos de investigação cuja a relação é frágil ou inexistente com o objeto da TO, o que acaba por aumentar a sua opacidade.

Para esclarecer meu ponto de vista acerca do que foi apontado nos parágrafos anteriores, vou retomar a origem da TO, para demonstrar como a elaboração do objeto profissional da TO se constitui em objeto fronteiro e de como as mudanças nesse objeto produziram dificuldades para a elaboração da identidade profissional.

O interesse e o desenvolvimento da investigação científica acerca da contribuição do uso da ocupação no trabalho de cura e na inserção social dos indivíduos fez surgir as primeiras nomeações que deram contornos à prática e a diferenciaram do simples exercício de certos ofícios, das artes ou ainda das ocupações de divertimento, sociabilidade, ócio ou de cuidado com o ambiente doméstico e institucional. A expressão *terapia ocupacional* foi reconhecida como uma das modalidades da prática médica.

De acordo com as ideias de Portocarrero (2009), em torno da discussão de objeto e de ciência, é possível perceber como no início do século XX a terapêutica ocupacional se constituiu em um enunciado. Para a referida autora:

Um enunciado se produz ao mesmo tempo que o objeto que o qualifica, e sua produção é instrumentalizada em toda uma série de operações que fazem falar o objeto de conhecimento e o obrigam a reconhecer que ele é, realmente, aquilo que o enunciado diz que ele é. Estamos, portanto, diante de várias séries entrecruzadas de elementos que constituem uma rede de práticas e conhecimentos [...]. Séries de

relações lógicas e metodológicas, séries de relações de sujeitos e objetos. (PORTOCARRERO, 2009, p. 69).

Podemos situar o uso da ocupação em dois mundos sociais distintos, mas interdependentes: o da pesquisa e o do trabalho de cura. Neste sentido, o uso da ocupação como objeto ganha a dimensão de objeto de trabalho de cura para os terapeutas objeto de estudo para pesquisadores. A partir destas dimensões é possível situar o uso da ocupação no campo das profissões de consulta e no campo das profissões acadêmicas, objeto de trabalho e objeto de estudo.

Conforme Freidson (2009), em torno das profissões de consulta e das profissões acadêmicas, veremos que nas primeiras o profissional tem o compromisso com o bem-estar do homem leigo e é por ele avaliado, a partir dos resultados que apresenta aos seus problemas práticos. Nas profissões acadêmicas, o compromisso do profissional é com seus pares, os quais avaliam cientificamente o resultado de seu trabalho. Um mesmo profissional pode estabelecer relações e desempenhar papéis tanto no mundo da consulta quanto da pesquisa, como foi o caso dos fundadores da TO e, por vezes, é o caso dos professores de TO no Brasil.

Nessa linha de raciocínio, o objeto de trabalho da TO se vincula ao mundo da consulta por meio dos terapeutas ocupacionais e ao da pesquisa por meio de pesquisadores e professores de TO. Essa condição nem sempre orienta os cursos de graduação em TO e tal entendimento parte da ideia de que a TO sobrevive da oferta de serviços à população que a procura para a solução de problemas práticos. (FREIDSON, 2009, p. 41).

Nesse sentido, os terapeutas ocupacionais se motivaram a acompanhar os progressos da ciência, sem no entanto, resolver as fragilidade de seu objeto profissional, qual seja o uso ocupação no tratamento da doença mental e da reabilitação física.

Retomando as ideias de Portocarrero (2009, p. 70) acerca de como se concebe um fato científico, é possível afirmar que o uso da ocupação pode ser entendido como fruto de um estilo de pensamento a partir do que estava dado no trabalho de cura.

Essa formulação não se deu apenas a partir daquilo que os pesquisadores compreendiam acerca do uso da ocupação enquanto objeto de estudo, mas da interação destes com os profissionais que manipulavam esse objeto em sua prática.

O que foi apontado até o momento acerca do uso da ocupação na divisão do trabalho de cura são elementos que subsidiam nossa conclusão de que este uso se constituiu no objeto que deu origem ao conjunto de práticas denominado, primeiramente, de terapêutica ocupacional, e mais tarde, de terapia ocupacional. Assim, situar o uso da ocupação como objeto de estudo, e objeto de trabalho, nos auxilia na compreensão da prática profissional e da

produção do conhecimento desta prática no Brasil. O reconhecimento social do valor do uso da ocupação na divisão do trabalho de cura possibilitou aos seus profissionais reivindicar o monopólio, o controle e a determinação da essência dessa prática.

Conforme aponta Freidson (2009, p. 41; 94-95), para que uma profissão se constitua é necessário que ela possua algo parecido com o monopólio de seu exercício. Para alcançar essa espécie de monopólio, um grupo ocupacional precisa efetivar estratégias de convencimento para produção da crença que seu trabalho tem um valor especial. Entre as estratégias fundamentais para produção dessa crença está o desenvolvimento de relações com o conhecimento e os valores da sociedade. O resultado disso é a concessão do *status* de profissão.

Pensando com Freidson (2009), uma profissão estabelecida em sua posição protegida de autonomia cria sua própria dinâmica, desenvolvendo novas ideias ou atividades que podem vagamente refletir ou até contradizer os interesses sociais. Como aponta Portocarrero (2009),

os grupos profissionais que se esforçam para manter a sua autonomia e o seu prestígio precisam ter o controle do acesso ao conhecimento padronizado e transmissível que lhe permite competir com a incerteza, mas, ao mesmo tempo, precisam assegurar-se de que seus métodos e habilidades não sejam reduzidos a rotinas das quais qualquer pessoa possa se apoderar. (PORTOCARRERO, 2009, p. 71).

Ao ser criada e nomeada de Terapia Ocupacional, a profissão assumiu como objeto de estudo e de trabalho o uso da ocupação com fins terapêuticos e advogou seu lugar na divisão do trabalho de cura, enquanto uma profissão paramédica. Ainda assim, observa-se na literatura brasileira da TO que trata da história da profissão uma tendência em separar as práticas baseadas no uso da ocupação do que é a profissão na atualidade. Ainda que se compreenda a necessidade de tomar cuidado com a linearidade histórica, entendo que essa tendência contribui para o desprezo das práticas de cura do passado de onde a profissão emergiu e enquanto tal se constitui.

Acredito também que os problemas relacionados à opacidade do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional, à elaboração da identidade e ao reconhecimento social da profissão, no Brasil, em certa medida resultam da negação do passado. Essa negação se manifesta nas atitudes de terapeutas ocupacionais, professores de TO e pesquisadores, na abordagem do uso terapêutico da ocupação.

Esse raciocínio encaminha para o entendimento de que há negação dos práticos em TO como os primeiros profissionais da profissão no Brasil. Durante a pesquisa empírica, falar

dos práticos em TO soou, para a maioria dos terapeutas ocupacionais, professores de TO e estudantes como algo esquisito, desconhecido, sem sentido. Uma pequena parcela de profissionais, ao serem questionados acerca do passado da profissão, e sobre os práticos em TO, os identificou como os pioneiros na prática da TO no Brasil.

A partir da percepção dessa pequena parcela de participantes da pesquisa, e dos dados bibliográficos e documentais, é possível afirmar que os práticos em TO foram os responsáveis por recriar no Brasil a Terapia Ocupacional que se praticava nos Estados Unidos e parte da Europa, sob orientação e supervisão de médicos psiquiatras.

Os práticos orientavam a sua atividade profissional a partir da abordagem singular que deram para a ocupação de indivíduos engajando-os em atividades de artes e ofícios, de divertimento, de sociabilidade, entre outras. Buscaram resolver problemas práticos presentes na realidade das instituições brasileiras, destinadas ao tratamento de doenças mentais e dos transtornos invasivos do desenvolvimento, como a síndrome de Down e as deficiências mentais.

No Brasil, o uso da ocupação com fins terapêuticos foi introduzido por médicos psiquiatras. Esses médicos receberam influências de intelectuais europeus e estadunidenses, como Herman Simonn, Carl Gustav Jung, Adolf Meyer, William Rush Dunton Jr., que se dedicaram ao estudo da loucura e do uso da ocupação como um recurso terapêutico (POMPEU e SILVA, 2011; VAZ, 2004). Assim, médicos brasileiros como José Clemente, José Antônio Neves, Juliano Moreira, Gustavo Riedel, Osório Cesar, Ulisses Pernambucano, Luiz Cerqueira e Nise da Silveira, estabeleceram diretrizes para a uso da ocupação como forma de tratamento.

A aprovação do Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, por meio Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944 estabeleceu as diretrizes para o funcionamento de serviços relacionados com o uso da ocupação como a Seção de Praxiterapia e o Setor de Terapêutica Ocupacional. Em acordo com as finalidades do SNDM, é possível perceber que o uso da ocupação, vinculada à praxiterapia, ou terapêutica ocupacional, se constituía enquanto objeto de estudo e de trabalho:

Art. 1º O Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.), órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), tem por finalidade: [...] planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, orientando, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades; [...] fazer estudos e investigações a respeito da etiopatogenia, da profilaxia e do tratamento das doenças mentais; divulgar novas aquisições científicas, mediante

resenhas sobre problemas de assistência a psicopatas e higiene mental, indicando, documentadamente, os resultados colhidos na prática de suas aplicações. (BRASIL, 1944).

Esse regimento foi uma diretriz relevante para a divisão do trabalho de cura em relação à doença mental no país. Não sem percalços e contradições, o uso da ocupação com fins terapêuticos foi sendo desenvolvida no Brasil e se configurou como um objeto fronteiro. Apesar da TO, na década de 1940, já ser reconhecida como uma profissão da saúde nos Estados Unidos, Canadá e alguns países europeus, no Brasil, ela ainda era reconhecida como uma prática médica executada pelos práticos em TO, denominados praxiterapeutas e por professores de escolas especiais como os da Sociedade Pestalozzi.

No Brasil, à medida que o uso da ocupação foi sendo introduzido na divisão do trabalho de cura, foi se ampliando a rede de interação entre médicos, práticos e outros profissionais que também passaram a manejar esse objeto de trabalho. Essas interações deram ao uso da ocupação as características de objeto fronteiro:

Os objetos fronteiros e as transposições e assimilações podem ser tomados como artifícios que possibilitam o desenvolvimento da interação entre mundos heterogêneos, permitindo a coordenação local das práticas e dos atores distintos que continuam ligados aos seus diferentes estilos de pensamento, coletivos, gerais. (PORTOCARRERO, 2009, p. 71).

Os diferentes profissionais envolvidos com o uso da ocupação desenvolvem uma abordagem singular deste capaz de estruturar a sua forma de pensar e agir em relação aos problemas práticos do homem leigo. Essa abordagem singular explicita a especificidade de uma profissão, a essência de seu trabalho no manejo deste objeto.

Em síntese, é na psiquiatria que o uso da ocupação é introduzido no Brasil, no final do século XIX. A partir do século XX, essa prática ganha novos contornos e impulsiona a criação de cursos informais em terapia ocupacional (treinamento em serviço) e, posteriormente, os cursos para formação de terapeutas ocupacionais que foram reconhecidos como de nível superior.

Entretanto, apesar desse passado do uso de ocupação em instituições brasileiras destinadas ao tratamento da doença mental e que em certa medida constituiu a profissão de TO, na atualidade, no Brasil, ainda é comum os terapeutas ocupacionais questionarem acerca de sua função na divisão do trabalho de cura, principalmente em serviços de saúde mental. Alguns terapeutas ocupacionais se opõem a serem identificados como profissionais que fazem uso da ocupação, em especial, das atividades artesanais e recreativas. Fogem assim ao seu



passado, o negam, e depois se questionam da falta de reconhecimento social; há outros que nesses serviços buscam resgatar seu passado e enfrentam certas dificuldades ao não saber lidar com profissionais que dividem o mesmo objeto fronteiriço. Por vezes, estudantes buscam encontrar a diferença entre um terapeuta ocupacional e um artesão ou um outro profissional que faz uso da ocupação com finalidade terapêutica. Assim, revisitar o passado é um caminho se compreender o presente com vistas ao futuro da profissão.

A trajetória de Octacília de Melo é um convite a revisitar o passado. Os depoimentos de terapeutas ocupacionais, que atuaram com os práticos e que participaram da pesquisa, oferecem elementos que nos permite concluir que, no período de 1940 a 1980, os práticos exerceram a TO no Brasil. Apesar da escassez de literatura acerca destes primeiros praticantes, reconhecê-los é resgatar a origem da profissão que entendemos hoje por TO.

O exposto até o momento nos permite sintetizar que: (1) o uso da ocupação com fins terapêuticos se constituiu no fato científico que gerou um conjunto de conhecimento e de práticas, conhecida de terapêutica ocupacional e que produziu efeitos na divisão do trabalho de cura na passagem do século XIX para o século XX; (2) A investigação acerca do uso da ocupação enquanto prática terapêutica, bem como a sua utilização na divisão do trabalho de cura, constituíram a base para a fundação, nas primeiras décadas do século XX, da Terapia Ocupacional, que foi reconhecida como uma profissão de consulta; (3) O uso da ocupação com fins terapêuticos no Brasil, em especial entre as décadas 1920 a 1950, motivou o surgimento da primeira geração de praticantes de TO, que foram oficialmente reconhecidos como Auxiliares de Praxiterapia, pela Lei nº 3.780 de 12 de julho de 1960.

A seguir concentraremos nossas conclusões nos dois últimos pontos centrais desta tese: (1) a relação dos terapeutas ocupacionais com os práticos e os fisioterapeutas e seus desdobramentos no desenvolvimento da TO no Brasil; e (2) a necessidade da delimitação do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional e identidade profissional na atualidade.

O surgimento dos terapeutas ocupacionais formados nas décadas de 1950 e 1960, na perspectiva da reabilitação física, produziu mudanças drásticas na forma de se conceber o que era TO no Brasil. Inicialmente, os terapeutas ocupacionais tiveram um estranhamento com a perspectiva do uso da ocupação enquanto dos métodos e ferramentas utilizado na psiquiatria. Esse estranhamento levou os terapeutas ocupacionais a se reconhecerem como diferentes dos praxiterapeutas, praticantes da TO até então, sem formação universitária.

Uma possível explicação para esse estranhamento foi a incorporação da TO prática nos Estados Unidos, enquanto modelo de intervenção. Assim o modelo estadunidense orientou a criação dos primeiros cursos de formação de fisioterapeutas e terapeutas

ocupacionais, em fins da década de 1950. Estes cursos foram ministrados na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro da Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, e no Instituto Nacional de Reabilitação vinculado ao Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

A partir da Segunda Guerra Mundial, a concepção da TO no mundo sofreu uma mudança drástica. Os problemas práticos relacionados às incapacidades físicas impulsionaram investigações em TO a um novo fato científico na divisão do trabalho de cura. Esse novo fato se referia ao uso das atividades da vida diária na prática terapêutica. O seu principal difusor foi o Movimento Internacional de Reabilitação. O uso das atividades da vida diária com o uso das ocupações, como artes e ofício. Essa coexistência colocou no centro do objeto de trabalho da TO a recuperação de habilidades motoras, sensoriais e cognitivas como soluções dos problemas práticos do homem leigo. A tensão que emerge desta coexistência se traduziu na ocupação humana, enquanto objeto da TO. Entende-se nesta concepção por ocupação o conjunto das atividades desempenhadas pelo indivíduo em sua vida cotidiana. A pergunta que se coloca aqui é: em que medida a ocupação humana redefine o objeto da TO?

No Brasil, diferentemente do que aconteceu nos Estados Unidos os terapeutas ocupacionais sempre consideraram em seu trabalho as atividades da vida diária do indivíduo. Com isso, os terapeutas ocupacionais esperavam construir uma identidade coletiva capaz de produzir reconhecimento social, autonomia e valorização profissional. Um dos resultados dessa empreitada foi a regulamentação de sua atividade como profissão autônoma, o que os permitiu escapar ao domínio médico na divisão do trabalho de cura.

Vale pontuar que em paralelo a essa empreitada, na década de 1960, a perspectiva do uso da ocupação no campo da Psiquiatria continua sendo o objeto de trabalho dos práticos em TO, não sendo reconhecida sua validade para os terapeutas ocupacionais detentores de formação universitária. Até aqui é possível perceber que a formação universitária em TO impôs uma outra direção na constituição da profissão no Brasil.

No final da década de 1960, a regulamentação profissional das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional estabeleceu que para o exercício dessas profissões o indivíduo deveria possuir formação universitária em uma dessas áreas. Naquele momento, os terapeutas ocupacionais atuavam apenas na área da Reabilitação Física.

O Decreto-Lei nº 938/1969 que criou as profissões de fisioterapeuta e de terapeuta ocupacional reconheceu os práticos como auxiliares de TO, para dar conta de uma questão bem pontual daquele momento – sua existência no mundo do trabalho. A partir desse Decreto-lei, as organizações profissionais reivindicaram a criação de seu sistema de conselhos de

classe para a fiscalização e regulação do exercício profissional, entendida como profissão de nível superior.

A partir da criação do sistema de conselhos de classe, a disputa passa a ser entre terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas em torno das práticas na divisão do trabalho de cura, em relação à Reabilitação Física. O Decreto-lei diferencia esses profissionais pela atividade privativa de cada uma das profissões:

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

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional com a finalidade de restaurar, desenvolver e conservar a capacidade mental do paciente. (BRASIL, 1969).

A capacidade mental e a capacidade física indicam a diferença entre o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta. Os adjetivos *mental* e *física* foram utilizados para situar o campo de ação na divisão do trabalho de cura. Aqui fica uma questão em aberto: por que o decreto-lei não utiliza a expressão *terapêutico ocupacional* para nomear os métodos e técnicas do terapeuta ocupacional, em similaridade à nomeação dada aos métodos e técnicas do fisioterapeuta?

Fato é que as expressões *capacidade mental* e *terapêuticas e recreacional* ao longo prazo produziram uma tendência em identificar o terapeuta ocupacional como profissional da saúde mental, apesar de também atuar na reabilitação física. Essa tendência tornou complexa a elaboração da identidade profissional do terapeuta ocupacional que atua na reabilitação física. Tanto é que os terapeutas ocupacionais que atuam na reabilitação física a partir de métodos e técnicas que não estão no universo das *terapêuticas e recreacional* (uso da ocupação: artes e ofício, do divertimento, da sociabilidade, entre outras) são rechaçados, acusados de serem “meio-fisioterapeutas”.

No Brasil, as diretrizes que orientaram a criação dos cursos de formação de terapeutas ocupacionais propuseram o uso das atividades da vida diária no campo da Reabilitação Física para os terapeutas ocupacionais. O Decreto-lei, ao indicar os adjetivos *terapêutico* e *recreacional* como concernentes aos métodos e técnicas que compõem a atividade privativa do terapeuta ocupacional, em certa medida, afastou os terapeutas ocupacionais do campo da Reabilitação Física.

Apesar do exercício profissional em TO legalmente ser permitido apenas aqueles que possuem diploma de curso de graduação na área, observa-se em serviços, como por exemplo,

de saúde mental, que o uso da ocupação se constitui na ferramenta de trabalho de outros profissionais.

Desta forma, na zona fronteira o uso da ocupação se torna um elemento frágil para a distinção entre o terapeuta ocupacional e outros profissionais. Por outro lado, o uso do objeto fronteira na ação profissional se articula ao objeto nuclear de uma profissão. É o objeto nuclear que porta a especificidade do trabalho, a abordagem singular da profissão e a identidade profissional.

O uso da ocupação tomado como objeto fronteira e, portanto, compartilhado por diferentes profissionais produzem nos terapeutas ocupacionais um vazio. É esse vazio que leva terapeutas ocupacionais a se debaterem com a dúvida acerca da existência de um objeto para sua profissão.

## REFERÊNCIAS

ABBR. Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação. **HISTORICO**. Disponível em: <https://www.abbr.org.br/abbr/historico/historico.html>. Acesso em: 08 mar.2017.

ALMEIDA, M. V. M. de. Uma terapia ocupacional Leal In: LEAL, Luiz Gonzaga Pereira. **Terapia Ocupacional: guardados de gaveta e outros guardados**. Recife: Ed. do Autor, 2005.

ALMEIDA, M. J. de. **Educação Médica e Saúde: a mudança é possível!** 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: ABEM, 2011.

ALMEIDA et al. **Processos e práticas de formalização da Terapia Ocupacional na Assistência Social: alguns marcos e desafios**. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 1, p. 33-41, 2012. Disponível em <file:///C:/Users/lj0126/546-955-1-PB.pdf>. Acesso em 05 de setembro de 2017.

AMADO, J. **São Jorge dos Ilhéus**. 50ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1987.

AMADO, J. **Terra dos Sem Fim**. 63ª ed. Rio de Janeiro: Record, 1997.

BARBOSA, M. L. de O. Ensaio Bibliográfico: As Profissões no Brasil e sua Sociologia. **DADOS–Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, Vol. 46, nº 3, 2003, pp. 593-607.

BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 13(3):941-954, 2008.

BATISTA, H. Texto constante no livro histórico da ABBR. 1988. Disponível em: <https://www.abbr.org.br/abbr/historico/index.html>. Acesso em: 10 mar. 2017.

BATTISTEL, A. L. H. T.. **História Oral de Professores de Terapia Ocupacional: três vidas, três histórias, quatro cantos do Brasil**. [Tese de Doutorado] Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria, 2016.

BOURDIEU, P. **O senso prático**. 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas simbólicas**. Tradução: Sergio Micele et al. Revisão Mary Amazonas de Barros. 6ª Ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico.** São Paulo: UNESP, 2004.

BOURDIEU, P. **O Poder Simbólico.** 6ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas: sobre a teoria da ação.** Campinas: Papirus, 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. **A História de Beta** / Ministério da Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, 1944. **Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944.** Disponível em : <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-17185-18-novembro-1944-327528-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 31/10/2016.

BRASIL. **Coleção para entender a Gestão do SUS**, v. 1, 2011 Brasília: CONNASS, 2011.

BRASIL. **Decreto nº 6.096, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6096.htm). Acesso em: 25 ago.2017c.

BRASIL. **Decreto-lei nº 299, de 28 fevereiro de 1967.** Reorganiza o Grupo Ocupacional P-1700 do Anexo I da Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960 e dá outras providências. Disponível em: <http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=92031&norma=117270>. Acesso em: 02 ago. 2017d.

BRASIL. **Indicadores de Áreas do Conhecimento.** Descrição da Área de Terapia Ocupacional. (1997). Disponível em [http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ter\\_ind.pdf](http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/ter_ind.pdf). Acesso em 09 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES 6, de 19 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>. Acesso em: 07 mar. 2017b.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira. **Sinopse Estatística da Educação Superior 2015.** Brasília: Inep, 2016.

Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatisticas-da-educacao-superior> Acesso em: 17 fev.2017a.

BRASIL. **Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: 2012. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> Acesso em 03/03/2014.

BRASIL. **Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016.** Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde: 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf> Acesso em 18/04/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Nota Técnica:** Solicitação de posicionamento sobre a prática da Acupuntura. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota\\_tecnica\\_acunputura.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nota_tecnica_acunputura.pdf); [http://www.coffito.org.br/admi/nota\\_tecnica\\_acunputura.pdf](http://www.coffito.org.br/admi/nota_tecnica_acunputura.pdf). Acesso em: 07 mar. 2014.

BRASIL. PORTAL DA SAÚDE. **Poliomielite/Paralisia Flácida Aguda.** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/poliomielite-paralisia-flacida-aguda>. Acesso em: 13 set. 2017e.

BRASIL. Portal da Saúde. **Você sabe o que é o VER-SUS?** Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/1212-sgtes-p/versus/11-versus/21129-versus>. Acesso em: 13 set. 2017.

BRASIL. **Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975.** Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3318>. Acesso em: 14 set.2017f.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967.** Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del0200.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del0200.htm). Acesso em: 13 set. 2017g.

BRASIL. CÂMARA DOS DEPUTADOS. **PL 7647/2010. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.** Disponível em <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=483562>. Acesso em 03 set 2017h.

BRASIL. **Ministério do Trabalho e Emprego.** Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/informacoesGerais.jsf#3>. Acesso em: 13 set.2017i.

BRASIL. Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5645.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5645.htm). Acesso em: 13 ser.2017.

CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional: objeto e metodologia**. Belo Horizonte: Cuatiara, 1991.

CANÍGLIA, M. **Terapia Ocupacional: um enfoque disciplinar**. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.

CAVALCANTI, B. C. Apresentação: A Entrevista Compreensiva ou o elogio da pequena teoria. In: KAUFMANN, J. C. **A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo**. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edufal, 2013/2003.

CERQUEIRA, L. Apresentação In: MELO, O. J. de. **Terapia Ocupacional: minhas experiências**. Rio de Janeiro: Disflu, 1978.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo In: BERREMAN et al. **Desvendando Máscaras Sociais**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

CLARK, F.; LAWLOR, M. C. A Elaboração e o Significado da Ciência Ocupacional In: WILLARD, H. S. CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. (Eds.). **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

COELHO, E. C. **As Profissões Imperiais: Medicina, Engenharia e Advocacia no Rio de Janeiro 1822-1930**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

CONSELHO BRASILEIRO DE ORTÓPTICA. Disponível em: <http://www.cbort.com.br/mauris-posuere/>. Acesso em: 16 ago. 2017.

CNS. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Disponível em : <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> . Acesso em 17 de abr. 2016.

CREFITO-8. **Criada Associação Científica de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares e Cuidados Paliativos (ATO Hosp)**. Disponível em: [http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com\\_content&view=article&id=962:criada-associacao-cientifica-de-terapia-ocupacional-em-contextos-hospitalares-e-cuidados-paliativos-atohosp&catid=13:noticias&Itemid=14](http://www.crefito8.org.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=962:criada-associacao-cientifica-de-terapia-ocupacional-em-contextos-hospitalares-e-cuidados-paliativos-atohosp&catid=13:noticias&Itemid=14). Acesso em: 07 mar. 2013.



DE CARLO, M. M. R.; BARTALOTTI, C. C. (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

DESLAURIERS, J. A Indução Analítica In: POUPART, J. et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

DESLAURIERS, J; KÉRISIT, M. O delineamento de pesquisa qualitativa In: POUPART, Jean et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

DICKIE, V. **O que é Ocupação?** In: WILLARD, H. S. CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. (Eds.). **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DURAND, J. C. G. A serviço da coletividade crítica a sociologia das profissões. **Rev Administração de Empresas**. 15 (6): 59-69, nov./dez.1975.

ELIAS, N. **O Processo Civilizador: formação do estado e civilização**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993.

ELIAS, N. **A sociedade dos indivíduos**. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.

ELIAS, N.; SCOTSON, J. L. **Os Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

FERIOTTI, M. de L. Construção de Identidade(s) em Terapia Ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da Ciência In: PÁDUA, E. M. M. de; FERIOTTI, M. L. (orgs.) **Terapia Ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais**. 1ª ed. Curitiba: CRV, 2013.

FERRARI, S. Apresentação In: LEAL, L. G. P. **Terapia Ocupacional: guardados de gaveta e outros guardados**. Recife: Ed. do Autor. 2005.

FERRIGNO, I. S. V. **Um estudo sobre os docentes de Terapia Ocupacional como Agentes Transformadores da Profissão**. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: PUC, 1990.

FIGUEIREDO, B. G. **A arte de curar**. Cirurgiões, médicos, boticários e curandeiros no século XIX em Minas Gerais. Rio de Janeiro: Vício de Leitura, 2002.

FINGER, J. A. O. **Terapia Ocupacional**. São Paulo: Sarvier, 1986.

FRANCISCO, B R.. **Terapia Ocupacional**. Campinas: Papyrus, 1988.

FREIDSON, E. **Profissão médica**: um estudo de sociologia do conhecimento aplicado. São Paulo: UNESP; Porto Alegre: Sindicato dos Médicos, 2009.

FRIEDLAND, J. **Restoring the Spirit**: The beginnings of occupational therapy in Canadá, 1890-1930. Canadá: 2011.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v.19, n. 1, p. 20-28, jan./abr. 2008.

GALHEIGO, S. M. **Terapia Ocupacional**: a produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar – em busca de um depoimento coletivo. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: UNICAMP, 1988.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução Dante Moreira Leite. São Paulo. Perspectiva, 2015.

GOMES, M. A. M. **A Espuma das Províncias**: um estudo sobre os Inválidos da Pátria e o Asilo dos Inválidos da Pátria, na Corte (1864-1930). [Tese de Doutorado]. São Paulo: USP, 2006.

GORDON, D. M. A História da Terapia Ocupacional. In: WILLARD, H. S. CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. (Eds.). **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

HAHN, M. S.; LOPES, R. E. Diretrizes para formação de terapeutas ocupacionais – percurso e perspectivas. **Rev Pro-Posições**. vol 14 n 1(40)jan/abr, 2003.

HAGEDORN, R. **Ferramentas para a prática em terapia ocupacional**: uma abordagem estruturada aos conhecimentos e processos centrais. Trad. Melissa Tieko Muramoto. São Paulo: Roca, 2007.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Sinopse estatística da educação superior [ano de 1995, 2005, 2010 e 2015]**. Instituto Nacional de Estudos e

Pesquisas Educacionais. Brasília: INEP, 2017. Disponível em: <http://portal.inep.gov.br/>  
Acesso em: 17 fev. 2017.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Sinopse estatística da educação superior – 2000** / Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Brasília: O Instituto, 2001.

JORGE, R. C. **Chance para uma esquizofrênica**. Belo Horizonte, I. Oficial, 1981.

JORGE, R. C. **Psicoterapia Ocupacional**: história de um desenvolvimento. Preparação GES.TO. Belo Horizonte: Casa Dois Comunicação, 1995.

KAUFMANN, J. **A entrevista compreensiva**: um guia para pesquisa de campo. Petrópolis: Vozes; Maceió: Edufal, 2013.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. 9.ed. 1.reimpr. São Paulo: Perspectiva, 2009.

KIELHOFER, G; BURKE, J. P. “**A Terapia Ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimento**”. *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 31, nº 10, nov/dez. 1977, pp 75-89, apostilado.

LEAL, L. G. P. **Terapia Ocupacional**: guardados de gaveta e outros guardados. Recife: Ed. do Autor. 2005.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. **Terapia Ocupacional Social**: desenhos teóricos e contornos práticos. Apresentação In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (orgs.). **Terapia Ocupacional Social**: desenhos teóricos e contornos práticos. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

MACDONALD, E. M. **Terapia Ocupacional em Reabilitação**. 1ª Edição. Tradução de Lauro S. Blandy. São Paulo: Santos, 1990.

MAGALHÃES, L. V. **Os terapeutas ocupacionais no Brasil**: sob o signo da contradição. [Dissertação de Mestrado]. Campinas: UNICAMP, 1989.

MANNHEIM, K. **Sociologia da Cultura**. Tradução Roberto Gambini. São Paulo: Perspectiva, 2013.

MATTOS, H. de O. **Labortherapia nas afecções mentaes**. [Tese de Doutorado]. São Paulo: FEMUSP, 1929.

MEDEIROS, M. H. da R. **Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social**. São Carlos: EdUFSCAR, 2003.

MELO, O. J. de. **Terapia Ocupacional: minhas experiências**. Rio de Janeiro: Disflu, 1978.

MILLS, C. W. **A imaginação sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar, 1965.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MTE. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <http://www.mtebo.gov.br/cbsite/pages/home.jsf> Acesso em: 10 out. 2016.

OLIVEIRA, A. S. B. ; QUADROS, A. A. J. (Coords.). **Síndrome pós-poliomielite (SPP): orientações para profissionais de saúde**. São Paulo: SES/SP, 2008.

PALM, R. del C. M. **Formação em Saúde Mental nos cursos de Graduação de Terapia Ocupacional da Região Sul do Brasil**. [Tese de Doutorado]. Curitiba: UFPR, 2014.

PÁDUA, E. M. M. de; FERIOTTI, M. de L. (orgs.) **Terapia Ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais**. 1ª ed. Curitiba: CRV, 2013.

PALM, R. del C. M.; MENGELBERG, E. G.; BOLANHOS, M. C.; PUCHE, A. R. de. **Libros de Terapia Ocupacional**. Lima, Perú: VIII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional e I Congreso Peruano de Terapia Ocupacional, 2009. CD-ROM.

PAN, Livia Celegati. **Políticas de ensino superior, graduação em Terapia Ocupacional e o ensino de terapia ocupacional social no Brasil**. [Dissertação de Mestrado]. São Carlos: UFSCar, 2014.

PAN, L. C.; LOPES, R. E. Políticas de ensino superior e a graduação em Terapia Ocupacional nas Instituições Federais de Ensino Superior no Brasil. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 24, n. 3, p. 457-468, 2016. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/1339/742>. Acesso em: 21 ago. 2017.

PEREIRA NETO, A. de F. **Ser Médico no Brasil: o presente e o passado.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

PINTO, J. de M. **As correntes metodológicas em terapia ocupacional: no Estado de São Paulo (1970-1985).** [Dissertação de Mestrado] [S.l.: s.n.], 1990.

PIRES, Á. P. Sobre algumas questões epistemológicas de uma metodologia geral para as ciências sociais In: POUPART Jean et al. **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos.** 4ª ed. Petropolis: Vozes, 2014.

POMPEU e SILVA, J. O. M. **A arte na terapêutica ocupacional de Nise da Silveira.** [Tese de Doutorado]. Campinas: UNICAMP, 2011.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida: Canguilhem e Foucault.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

QUIROGA. V. A. M. **Occupational Therapy: The First 30 Years, 1900 a 1930.** Bethesda: American Occupational Therapy Association, 1995.

RIBEIRO, L. M. C. R.; GONTIJO, E. D.; LUCERO, A. O ethos homérico, a cultura da vergonha e a cultura da culpa. **Rev. Psychê** - Ano XII nº 22 . São Paulo, jan-jun/2008. pp. 125-138.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, M. A. Integração docente-assistencial: abordagem conceitual. **Rev. Esc. Enf. USP.** v. 27, n.1, p.15-24, abr. 1993.

SÁNCHEZ VÁSQUEZ, A. **Filosofia da Práxis.** 2ª ed. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales, Clacso: São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SÃO PAULO. Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. **Síndrome pós-poliomielite (SPP): orientações para profissionais de saúde/coordenação:** Acary Souza Bulle Oliveira e Abrahão Augusto Juvinião Quadros. São Paulo: SES/SP, 2008.

SCHWARTZ, K. B. A História de Terapia Ocupacional In: *NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. (Orgs.) Willard & Spackman: terapia ocupacional.* 9.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SILVA, D. B. da. Norbert Elias (1897-1990). In: VANALLI, Ana Crhistina (org). **Teoria Social**. Curitiba: Edições NEP, 2016.

SILVEIRA, N. Considerações teóricas e prática sobre a ocupação terapêutica. **Revista de Medicina e Cirurgia**, n. 194, 1952.

SILVEIRA, N. 20 anos de terapêutica ocupacional em Engenho de Dentro (1946-1966). **Revista Brasileira de Saúde Mental**, vol. XII, 1966.

SILVEIRA, N. **Terapêutica Ocupacional: teoria e pratica**. Rio de Janeiro, Casa das Palmeiras, 1979.

SILVEIRA, N. **Gatos, a emoção de lidar**. Fotos de Sebastião Barbosa. Rio de Janeiro: Léo Christiano Editorial, 1998.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do Capital ou do Trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

STAFORD, A. A. et al. **Autarquias e demais entidades da administração indireta**. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo\\_id=5299&n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?artigo_id=5299&n_link=revista_artigos_leitura). Acesso em: 03 set. 2016.

STRAUSS, A. **Espelhos e Máscaras: a busca da identidade**. Tradução de Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1999.

TILLY, C. **Coerção, Capital e Estados Europeus**. Tradução de Geraldo Gerson de Souza. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: 1996.

TOWNSEND, Elizabeth. Prefácio. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (orgs). **Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos**. São Carlos: EdUFSCar, 2016.

TREMBLAY, M.-A.. Prefácio: Reflexões sobre uma trajetória pessoal pela diversidade dos objetos de pesquisa In: POUPART J. *et al.* **A Pesquisa Qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 4ª ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

UFPR. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Coordenação do Curso de Terapia Ocupacional. **Projeto Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional**. Curitiba: UFPR, 2016.

UFSCAR. **Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional**. Disponível em: <http://www.ppgto.ufscar.br/ppgto> Acesso em: 10 nov. 2016.

VAZ, L. R. **Do Cabaret Voltaire ao ‘Cabaret Pinel’**: clínica e resistência em um serviço de saúde mental. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: UFF, 2004.

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WFOT. WORLD FEDERATION OCCUPATIONAL THERAPIST. 2016. **Sobre nós**. Disponível em: <http://www.wfot.org/AboutUs/History.aspx> Acesso em: 12 nov. 2016.

WFOT. WORLD FEDERATION OCCUPATIONAL THERAPIST. 2016. **Educação**. Disponível em: <http://www.wfot.org/Education/EducationandResearch.aspx>. Acesso em: 10 mar. 2017.

## RESOLUÇÕES COFFITO

COFFITO. **Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional**. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/>. Acesso em 07 set. 2016a.

COFFITO. **Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3317>. Acesso em: 08 nov. 2016b.

COFFITO. **Endereços**. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=51#](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=51#). Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. **Lista endereço das sedes do Creffito**. Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=51](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=51). Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. **Lista de Procedimentos da Terapia Ocupacional – LPTO**. Associação Brasileira dos Terapeutas Ocupacionais: 2007. Disponível em [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3404](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3404). Acesso em 20 jul. 2017.

COFFITO. **Terapia Ocupacional - Especialidades.** Disponível em: [https://www.coffito.gov.br/nsite/?page\\_id=3390](https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3390). Acesso em 20 jul. 2017.

COFFITO. **Decreto Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969.** Provê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3317>. Acesso em: 08 nov. 2016.

COFFITO. **Resolução nº 01, de 11 de dezembro de 1977.** Aprova as normas para instalação e organização dos primeiros Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2758>. Acesso em 13 set. 2017.

COFFITO. **Resolução nº 06, de 30 de janeiro de 1978.** Aprova o Regimento Interno Padrão para funcionamento dos primeiros Conselhos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional instalados e organizados nos termos da Resolução COFFITO-1, de 11.12.77. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2763> Acesso em: 02 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº. 08, de 20 de fevereiro de 1978.** Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. (Alterada pelas Resoluções nº 15/1980, 18/1981, 28/1982, 184/1998, 331/2007, 353/2008 e 359/2008). Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2765> Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 10, de 3 de julho de 1978.** Aprova o Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2767>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 54, de 27 de maio de 1985.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª. Região. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2811>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 56, de 27 de maio de 1985.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª. Região. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2813>. Acesso em: 13 set 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 60, de 22 de junho de 1985.** Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Fisioterapeuta e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2817>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº 05, de 28 de fevereiro de 1986.** Aprovação do Regimento Interno do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, referendado, com alterações, pelo



Ministro do Trabalho, em despacho de 10/12/85, que aprovou o Parecer no. 235/85 da Consultoria Jurídica. (D.O.U. n.º. 40 – de 28/02/86, Pág. 3138 – Seção I – Parte II). Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2762>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº. 80, de 9 de maio de 1987.** Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Fisioterapeuta, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2838>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 81, de 9 de maio de 1987.** Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do Terapeuta Ocupacional, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2839>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº 91, de 30 de novembro de 1987.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional ad Região 7ª Região-CREFITO7. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2849>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº. 90, de 25 de fevereiro de 1988.** Fica criado o CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 6ª. REGIÃO – CREFITO-6. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2848>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº 123, de 19 de março de 1991.** Fixa critérios e atenção nos campos da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, a serem observados pelas empresas de Saúde de Grupo ou análogas, que ofereçam estas práticas terapêuticas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2881>. Acesso em 20 de jul. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 126, de 26 de novembro de 1991.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª. Região – CREFITO-8. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2884>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº 127, de 26 de novembro de 1991.** Dispõe sobre aplicação de multa ao Responsável Técnico, nos campos da Fisioterapia e/ou Terapia Ocupacional, que não cumprir o previsto no Capítulo III – Da responsabilidade técnica, da resolução COFFITO-37, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2885>. Acesso em 20 de jul. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 128, de 26 de novembro de 1991.** Dispõe sobre aplicação de multa ao supervisor de estágio, nos campos da Fisioterapia e/ou da Terapia Ocupacional, e dá outras providências Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2886>. Acesso em 20 jul. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 139, de 28 de novembro de 1992.** Dispõe sobre as atribuições do Exercício da Responsabilidade Técnica nos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências Disponível em: <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2897>. Acesso em 20 jul. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 158, de 29 de novembro de 1994.** Proíbe o Fisioterapeuta e o Terapeuta Ocupacional, de utilizar para fins de identificação profissional, titulações outras, que não sejam aquelas próprias da Lei regulamentadora das respectivas profissões, ou omitir sua titulação profissional sempre que se anunciar em eventos científicos-culturais, anúncio profissional e outros, e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2916> . Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 160, de 29 de novembro de 1994.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região – CREFITO-9. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2918>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. **Resolução nº. 182, de 26 de novembro de 1997.** Aprova a adequação do Regimento Interno Padrão dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, instituído pela Resolução COFFITO-6, de 30.01.1978, aos termos da Lei nº 6.316, de 17.12.1975. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2940>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 183, de 2 de setembro de 1998.** Proíbe o Fisioterapeuta, o Terapeuta Ocupacional e aquelas empresas cujas finalidades estejam ligadas diretamente aos campos assistenciais da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e registradas no CREFITO da respectiva jurisdição, de cumprir normas, instruções e outras exigências oriundas de empresas de Saúde de Grupo, de Seguro Saúde e similares, contrárias à Lei Federal nº 6.316, de 17.12.1975 e aos atos regulamentadores estabelecidos nas Resoluções do COFFITO, e dá outras providências. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2941> Disponível em: . Acesso em 20 jul. 2017.

COFFITO. **Resolução nº. 188, de 9 de dezembro de 1998.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Pneumo Funcional e dá outras providências. (Alterada pelas Resoluções nº 318/2006 e 225/2001). Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2946>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. **Resolução nº. 189, de 9 de dezembro de 1998.** Reconhece a Especialidade de Fisioterapia Neuro Funcional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2947>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº 207, de 17 de agosto de 2000.** Dispõe sobre o reconhecimento de Certificados, Diplomas e Títulos conferidos a Fisioterapeuta e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2965>. Acesso em 20 jul. 2017.

**COFFITO. Resolução nº. 208, de 17 de agosto de 2000.** Dispõe sobre o reconhecimento de Certificados, Diplomas e Títulos conferidos a Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2966>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº 209, de 17 de agosto de 2000.** Cria Certificação de Qualidade de Ensino para Cursos de Aprimoramento Profissional na Área da Fisioterapia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=2967>. Acesso em 20 jul. 2017.

**COFFITO. Resolução nº. 210, de 17 de agosto de 2000.** Cria Certificação de Qualidade de Ensino para Cursos de Aprimoramento Profissional na Área da Terapia Ocupacional, e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2968>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº. 211, de 17 de agosto de 2000.** Veta o exercício profissional da Fisioterapia aos portadores de Certificados de Cursos Sequenciais e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2969>. Acesso em 20 jul. 2017.

**COFFITO. Resolução nº. 212, de 17 de agosto de 2000.** Veta o exercício profissional da Terapia Ocupacional aos portadores de Certificados de Cursos Sequenciais e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2970>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº. 213, de 19 de setembro de 2000.** Dispõe sobre o reconhecimento do Título Acadêmico de Kinesiólogo como equivalente ao Título Acadêmico de Fisioterapeuta. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2971>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº. 221, de 23 de maio de 2001.** Dispõe sobre a prática da acupuntura pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=2979>. Acesso em 13 de set. 2016.

**COFFITO. Resolução nº 252, de 29 de maio de 2003.** Fica criado o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10 Região – CREFITO-10. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3010>. Acesso em: 13 set.2017.

**COFFITO. Resolução nº 265, de 22 de maio de 2004.** Dispõe sobre a atividade do Terapeuta Ocupacional na empresa e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3023>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n.º 266, de 22 de maio de 2004. Cria o CREFITO 11 e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3024>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 267, de 22 de maio de 2004. Cria o CREFITO 12 e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3025>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 316, de 19 de julho de 2006. Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3074>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n.º 324, de 25 de abril de 2007. Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na brinquedoteca e outros serviços inerentes, e o uso dos Recursos Terapêutico-Ocupacionais do brincar e do brincar e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3082>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n.º 339, de 23 de janeiro de 2008. Revoga as Resoluções COFFITO n.º 327, 328, 329, 330 e 332. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3099>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 340, de 23 de janeiro de 2008. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-9 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região, como condição para sua definitiva instalação. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3101>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 341, de 23 de janeiro de 2008. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-1 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região, como condição para sua definitiva instalação. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3102>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 340, de 23 de janeiro de 2008. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-9 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região, como condição para sua definitiva instalação. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3101>. Acesso em: 13 set. 2017.

COFFITO. Resolução n.º 340, de 23 de janeiro de 2008. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-9 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de

cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região, como condição para sua definitiva instalação. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3101>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 342, de 23 de janeiro de 2008. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-1 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região, como condição para sua definitiva instalação. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3104>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. Resolução nº. 348, de 27 de março de 2008. Dispõe sobre o reconhecimento da EQUOTERAPIA como recurso terapêutico da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3110>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 349, de 26 de maio de 2008. Promove instruções para renovação de mandatos no Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3111>. Acesso em 13 de set 2017.

COFFITO. Resolução nº. 350, de 13 de junho de 2008. Dispõe sobre o uso da Arteterapia como recurso Terapêutico Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3112>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 366, de 20 de maio de 2009. Dispõe sobre o reconhecimento de Especialidades e de Áreas de Atuação do profissional Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. (Alterada pela Resolução nº 371/2009). Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3134>. Acesso em: 29 nov. 2016.

COFFITO. Resolução nº 369, de 06 de novembro de 2009. Dispõe sobre as eleições diretas para os conselhos regionais de fisioterapia e terapia ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3132>. Acesso em: 13 set.2017.

COFFITO. Resolução nº. 371, de 30 de novembro de 2009. Dispõe sobre a alteração do artigo 1º da Resolução COFFITO nº 366. Disponível: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3134>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 374, de 13 de abril de 2010. Promove desmembramento da região territorial do Crefito-9 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região, como condição para sua definitiva instalação. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3137>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 382, de 03 de novembro de 2010. Dispõe sobre a elaboração e emissão pelo Terapeuta Ocupacional de atestados, pareceres e laudos periciais. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3145>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 383, de 22 de dezembro de 2010. Define as competências do Terapeuta Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3146>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 405, de 03 de agosto de 2011. Disciplina o exercício profissional do Terapeuta Ocupacional na Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Acupuntura e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3168>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 406, de 07 de novembro de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional nos Contextos Sociais e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3169>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 407, de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3170>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 408, de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional Terapia Ocupacional em Saúde Mental e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3171>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 417, de 19 de maio de 2012. Dispõe sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional como auditor e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3181> Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 418, de 04 de junho de 2012. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. (Alterada pela Resolução n° 445 de 26 de abril de 2014). Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3181> Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 425, de 08 de julho de 2013. Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3188>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução n°. 429, de 08 de julho de 2013. Reconhece e disciplina a especialidade de Terapia Ocupacional em Contextos Hospitalares, define as áreas de atuação e as competências do terapeuta ocupacional especialista em Contextos Hospitalares e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3191>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 437 de 10 de dezembro de 2013. Promove desmembramento da região territorial do CREFITO-6 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região, como condição para sua definitiva instalação. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3199>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 441 de 18 de março de 2014. Promove o desmembramento da região territorial do CREFITO-2 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região, como condição para sua definitiva instalação. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3203>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº 445 de 26 de abril de 2014. DOU nº 203, Seção 1, em 21/10/2014, páginas 128, 129,130, 131 e 132. Altera a Resolução-COFFITO nº 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional. Aprovada na 232ª Reunião Plenária Ordinária, realizada no dia 8 de julho de 2014, na sede do COFFITO, em Brasília-DF. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=3209>. Acesso em: 20 jul. 2017.

COFFITO. Resolução nº. 447, de 14 de novembro de 2014. Promove o desmembramento da região territorial do CREFITO-12 e determina a realização de eleições diretas para preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região, como condição para sua definitiva instalação. <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3212>. Acesso em 07 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 451, de 26 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre o estágio curricular obrigatório em Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3213>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 452, de 26 de fevereiro de 2015. Dispõe sobre o estágio não obrigatório em Terapia Ocupacional. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3214>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 458, de 20 de novembro de 2015. Dispõe sobre o uso da Tecnologia Assistiva pelo terapeuta ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3221>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº. 459, de 20 de novembro de 2015. Dispõe sobre as competências do terapeuta ocupacional na Saúde do Trabalhador, atuando em programas de estratégias inclusivas, de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: <http://coffito.gov.br/nsite/?p=3220>. Acesso em 13 de set. 2016.

COFFITO. Resolução nº 469, de 1º de novembro de 2016. Dispõe sobre a fixação de valores para anuidades, taxas, emolumentos e multas, atribuíveis e devidos pelos profissionais e pessoas jurídicas em 2017. Disponível em: <http://www.coffito.gov.br/nsite/?p=5405>. Acesso em: 08 nov.2016.

COFFITO. Resolução nº. 475 de 20 de dezembro de 2016. Normatiza a Intervenção Terapêutica Ocupacional Domiciliar/Home Care e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6301>. Acesso em 20 de jul. 2017.

COFFITO. Resolução nº 477 de 20 de dezembro de 2016. Reconhece e disciplina a Especialidade Profissional de Terapia Ocupacional em Gerontologia e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6306>. Acesso em 25 ago.2016.

COFFITO. Resolução nº. 481 de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre o Brasão Oficial da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6699>. Acesso em 20 de jul. 2017.

COFFITO. Resolução nº. 483, de 12 de junho de 2017. Reconhece a utilização da abordagem de Integração Sensorial como recurso terapêutico da Terapia Ocupacional e dá outras providências. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6917>. Acesso em 20 de jul. 2017.

COFFITO. Resolução nº 484, de 13 de julho de 2017. Promove o desmembramento da região territorial do CREFITO-7 e determina a realização de eleições diretas para o preenchimento de cargos de Conselheiros Efetivos e Suplentes do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 17ª Região, como condição para sua definitiva instalação. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=6945>. Acesso em: 30 ago. 2017.



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE 1 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS 1

*\*Utilizado com terapeutas ocupacionais e professores de TO*

### 1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO ENTREVISTADO

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_  
 Endereço (Rua/Av. nº, complemento, bairro): \_\_\_\_\_  
 CEP \_\_\_\_\_ Cidade/Estado \_\_\_\_\_  
 Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- a) Sobre a Instituição de Ensino onde cursa/conclui o Curso de Graduação:

Intituição: \_\_\_\_\_  
 Cidade/Estado: \_\_\_\_\_  
 Ano de início do Curso de Graduação: \_\_\_\_\_  
 Ano de conclusão do Curso de Graduação: \_\_\_\_\_  
 Áreas/Campos de Estágios Profissionalizantes durante a Graduação:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- b) Formação (Especialização; Mestrado; Doutorado)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### 3. QUESTÕES TEMÁTICAS:

Orientação: Solicitamos apenas que identifique sua resposta com a letra equivalente à questão “a), b), c), d), e), f) e g)”.

- a) O que lhe levou a cursar Terapia Ocupacional?
- b) Durante seu processo formativo você teve influências por parte do ambiente acadêmico (professores, colegas, amigos) do campo profissional (estágios profissionalizantes) e das Entidades Representativas da Terapia Ocupacional? Se sim ou não, comente sobre sua resposta.
- c) O que acha da prática profissional em Terapia Ocupacional?
- d) Para você qual o papel das Entidades Representativas?
- e) Você tem algum tipo de envolvimento em atividades de representação profissional? Se sim ou não, comente sobre sua resposta.
- f) Você tem algum tipo de envolvimento em atividades de docência? Se sim, comente sobre.
- g) Atualmente a formação profissional, a prática profissional cotidiana e as entidades representativas influenciam ou não a sua forma de pensar e agir, enquanto terapeuta ocupacional? Se sim, quais e como elas lhe influenciam? Se não por quê?

## APÊNDICE 2 - ROTEIRO DE COLETA DE DADOS 2

*\*Utilizado com estudantes de TO*

### 1. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS DO ENTREVISTADO

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Endereço (Rua/Av, nº, complemento, bairro): \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_ Cidade/Estado \_\_\_\_\_

Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

### 2. INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O PROCESSO DE FORMAÇÃO E ATUAÇÃO PROFISSIONAL

a) Sobre a Instituição de Ensino onde cursa/conclui o Curso de Graduação:

Intituição: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_

Ano de início do Curso de Graduação: \_\_\_\_\_

Ano de conclusão do Curso de Graduação: \_\_\_\_\_

Áreas/Campos de Estágios Profissionalizantes durante a Graduação:

---



---



---



---

b) Experiências em atividade de ensino, pesquisa e extensão:

---



---



---



---



---



---

### 3. QUESTÕES TEMÁTICAS:

Orientação: Solicitamos apenas que identifique sua resposta com a letra equivalente à questão “a), b), c), d), e), f) e g)”.

- a) O que lhe levou a cursar Terapia Ocupacional?
- b) O que acha da prática profissional em Terapia Ocupacional?
- c) Para você qual o papel das Entidades Representativas?
- d) Você tem algum tipo de envolvimento em atividades de representação profissional? Se sim ou não, comente sobre.
- e) Em seu processo formativo você acredita ter recebido influências do ambiente acadêmico (professores, colegas, amigos) do campo profissional (estágios profissionalizantes) e das Entidades Representativas da Terapia Ocupacional? Se sim, quais e como elas lhe influenciam? Se não por quê?

**APÊNDICE 3 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1****\*Terapeuta Ocupacional e Professor de TO**

Eu, DERIVAN BRITO DA SILVA, pesquisador da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você terapeuta ocupacional a participar de um estudo intitulado *“A Formação e a Prática em Terapia Ocupacional no Brasil dos Anos 80 à Atualidade: uma Perspectiva Sociológica”*. Trata-se de uma pesquisa sobre a Terapia Ocupacional, buscando compreender as influências do processo de formação, da inserção/atuação no mercado de trabalho e da representação profissional no desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. Justifica-se a pesquisa no estudo das razões, e suas naturezas, que influenciam as formas de pensar e agir dos terapeutas ocupacionais.

- a) O objetivo desta pesquisa é investigar as influências do processo de formação, da inserção/atuação profissional no mercado de trabalho e da organização profissional (entidades de classe) na construção das práticas socioculturais em Terapia Ocupacional no cenário brasileiro, dos anos 80 até a atualidade.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de entrevista onde será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador por meio de um questionário. Também poderá ser convidado a participar em grupos de discussão, onde será necessário que você exponha suas opiniões acerca de questões que envolvem a formação profissional, representação profissional e da prática em Terapia Ocupacional.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR

Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240

Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) No caso das entrevistas, será agendado com você o local de melhor conveniência e terá duração de aproximadamente 50 minutos. Nos casos dos grupos de discussão, terão duração de aproximadamente uma hora, e será agendado dia, horário e local de melhor conveniência para a maioria dos participantes; caso não concorde com o dia, horário e local decidido pela maioria, não será obrigado a participar.
- d) Caso alguma pergunta/questão lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder ou opinar, sinta-se à vontade para não responder/opinar. Ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidi se responde/opina ou não.
- e) Este estudo poderá contribuir para compreensão dos embates que se passam campo de conhecimento e prática em saúde, entre outros, e seus desdobramentos para o campo da Terapia Ocupacional, no cenário brasileiro, na atualidade. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: o pesquisador Derivan Brito da Silva poderá ser encontrado.
- g) O pesquisador Derivan Brito da Silva, terapeuta ocupacional, docente da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo poderá ser contatado no Departamento de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim *Botânico* - Curitiba PR -, telefone (41) 3361-378, (41) 99231096/derivanto@hotmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável  
legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador de tese de doutorado). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.

- k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br
---

## APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2

**\*Estudante de TO**

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –

#### Estudante de Terapia Ocupacional

Eu, DERIVAN BRITO DA SILVA, pesquisador da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você estudante de Terapia Ocupacional a participar de um estudo intitulado “*A Formação e a Prática em Terapia Ocupacional no Brasil dos Anos 80 à Atualidade: uma Perspectiva Sociológica*”. Trata-se de uma pesquisa sobre a Terapia Ocupacional, buscando compreender as influências do processo de formação, da inserção/atuação no mercado de trabalho e da representação profissional no desenvolvimento da Terapia Ocupacional no Brasil. Justifica-se a pesquisa no estudo das razões, e suas naturezas, que influenciam as formas de pensar e agir dos terapeutas ocupacionais.

- a) O objetivo desta pesquisa é investigar as influências do processo de formação, da inserção/atuação profissional no mercado de trabalho e da organização profissional (entidades de classe) na construção das práticas socioculturais em Terapia Ocupacional no cenário brasileiro, dos anos 80 até a atualidade.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário que participe de entrevista onde será necessário que você responda as perguntas que lhe serão feitas pelo pesquisador por meio de um questionário. Também poderá ser convidado a participar em grupos de discussão, onde será necessário que você exponha suas opiniões acerca de questões que envolvem a formação profissional, representação profissional e da prática em Terapia Ocupacional.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_

Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR  
 Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240  
 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br

- c) No caso das entrevistas, será agendado com você o local de melhor conveniência e terá a participar duração de aproximadamente 50 minutos. Nos casos dos grupos de discussão, terão duração de aproximadamente uma hora, e será agendado dia, horário e local de melhor conveniência para a maioria dos participantes; caso não concorde com o dia, horário e local decidido pela maioria, não será obrigado a participar;
- d) Caso alguma pergunta/questão lhe cause constrangimento, dúvidas ou julgue que não sabe ou não quer responder ou opinar, sinta-se a vontade para não responder/opinar. Ou em caso de dúvidas, se desejar, poderá esclarecer a pergunta com o pesquisador e então decidi se responde/opina ou não.
- e) Este estudo poderá contribuir para compreensão dos embates que se passam campo de conhecimento e prática em saúde, entre outros, e seus desdobramentos para o campo da Terapia Ocupacional, no cenário brasileiro, na atualidade. No entanto, nem sempre você será diretamente beneficiado com o resultado da pesquisa, mas poderá contribuir para o avanço científico.
- f) Os pesquisadores responsáveis por esta etapa da pesquisa estarão à sua disposição para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo: o pesquisador Derivan Brito da Silva poderá ser encontrado.
- g) O pesquisador Derivan Brito da Silva, terapeuta ocupacional, docente da Universidade Federal do Paraná, responsável por este estudo poderá ser contatados no Departamento de Terapia Ocupacional, no endereço Rua Prof. Av. Lothário Meissner, 632 - Jardim *Botânico* - Curitiba PR -, telefone (41) 3361-378, (41) 99231096/derivanto@hotmail.com para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
- h) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado.

Rubricas:  
Participante da Pesquisa e /ou responsável  
legal \_\_\_\_\_  
Pesquisador Responsável \_\_\_\_\_  
Orientador \_\_\_\_\_ Orientado \_\_\_\_\_

Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR  
Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR –CEP:80060-240  
Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br



- i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas (orientador de tese de doutorado). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído. As despesas necessárias para a realização da pesquisa não são de sua responsabilidade e pela sua participação no estudo você não receberá qualquer valor em dinheiro.
- j) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, \_\_\_\_\_ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do participante de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

<p>Comitê de ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da FUFPR Rua Pe. Camargo, 280 – 2º andar – Alto da Glória – Curitiba-PR – CEP:80060-240 Tel (41)3360-7259 - e-mail: cometica.saude@ufpr.br</p>
---

**ANEXOS**

**ANEXO 1: DECRETO LEI Nº 938, DE 13 DE OUTUBRO DE 1969**

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 § 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 Decreto-lei.

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 ciente.

Art. 4º É atividade privativa do terapeuta ocupacional executar métodos e técnicas terapêuticas e recreacional 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 específica 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 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 quando fôr o caso, o disposto no final do art. 6º.

Art. 9º É assegurado, a qualquer entidade pública ou privada que mantenha cursos de fisioterapia ou de 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 no presente Decreto lei exerçam sem habilitação profissional, em serviço público atividade 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 Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Cultura promoverá realização, junto às instituições universitárias competentes, dos exame 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, aprovado pelo Decreto-lei nº 5 452, de 1 de maio de 1943, é acrescido das categorias profissionais de fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, auxiliar de fisioterapia 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 HAMANN RADEMAKER GRÜNEWALD

AURÉLIO DE LYRA TAVARES

MÁRCIO DE SOUZA E MELLO

Tarso Dutra

Leonel Miranda

**ANEXO 2: DECRETO Nº 17.185, DE 18 DE NOVEMBRO DE 1944.**

Aprova Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais do Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando da atribuição que lhe confere o art. 74, letra a, da Constituição,

Decreta:

Art. 1º Fica aprovado o Regimento do Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.) do Departamento Nacional de Saúde que, assinado pelo Ministro de Estado da Educação e Saúde, com este baixa.

Art. 2º Este decreto entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 1944, 123º da Independência e 56º da República.  
GETÚLIO VARGAS, Gustavo Capanema

**REGIMENTO DO SERVIÇO NACIONAL DE DOENÇAS MENTAIS****CAPÍTULO I****DA FINALIDADE**

Art. 1º O Serviço Nacional de Doenças Mentais (S.N.D.M.), órgão integrante do Departamento Nacional de Saúde (D.N.S.), tem por finalidade:

I - superintender as atividades dos órgãos oficiais de assistência a psicopatas, existentes no Distrito Federal;

II - planejar para todo o território nacional os serviços de assistência e proteção a psicopatas, orientando, coordenando e fiscalizando as respectivas instalações e atividades;

III - opinar sobre a organização de quaisquer serviços públicos ou particulares de assistência e proteção a psicopatas e rever códigos, regulamentos e regimentos que cuidem do assunto;

IV - manter organizado o cadastro dos estabelecimentos oficiais e particulares de assistência e proteção a psicopatas e registro atualizado das respectivas atividades;

V - incentivar o desenvolvimento das atividades de higiene mental, inclusive dentro dos serviços estaduais de saúde pública;

VI - fazer estudos e investigações a respeito da etiopatogenia, da profilaxia e do tratamento das doenças mentais;

VII - facilitar e organizar o ensino da psiquiatria e da higiene mental em suas dependências;

VIII - divulgar novas aquisições científicas, mediante resenhas sobre problemas de assistência a psicopatas e higiene mental, indicando, documentadamente, os resultados colhidos na prática de suas aplicações;

IX - cooperar com os órgãos de propaganda de higiene mental e organizações públicas e particulares de fins humanitários, especialmente instituições de luta contra os grandes males sociais;

X - cooperar com o Serviço Federal de Bioestatística na regularização da estatística hospitalar de psicopatas e com o Serviço Nacional de Educação Sanitária na esfera das atividades deste;

XI - opinar nos processos de subvenção federal a instituições de assistência a psicopatas, no que disser respeito a obrigações que elas devam assumir, e fiscalizar o cumprimento das exigências estabelecidas pelo poder competente;

XII - cooperar com a Divisão de Obras do Departamento de Administração do Ministério da Educação e Saúde na organização de projetos e plantas-padrões pra hospitais, dispensários e outros estabelecimentos de assistência a psicopatas;

XIII - emitir pareceres sobre projetos de localização, construção, remodelação, adaptação e instalações de serviços de assistência a psicopatas;

XIV - zelar pelo fiel cumprimento da legislação referente à proteção legal, bem-estar, assistência, tratamento e amparo aos psicopatas.

Parágrafo único. As atividades de que cogita êste artigo serão exercidas pelo Serviço, diretamente, ou por intermédio das Delegacias Federais de Saúde do D.N.S.

## **CAPÍTULO II**

### **DA ORGANIZAÇÃO**

Art. 2º O S.N.D.M. compõe-se de:

I - Órgãos centrais:

a) Seção de Cooperação (S.C.)

b) Seção de Administração (S.A.)

II - Órgãos locais:

a) Centro Psiquiátrico Nacional (C.P.N.)

b) Colônia Juliano Moreira (C.J.M.)

c) Manicômio Judiciário (M.J.)

III - Escola de Enfermagem Alfredo Pinto ( E.E.A.P.).

Art. 3º O S.N.D.M., o C.P.N., a C.J.M. e o M.J. terão diretores nomeados, em comissão, pelo Presidente da República e a E.E.A.P. terá um diretor designado pela mesma autoridade. [...]

## **CAPÍTULO III**

### **DA COMPETÊNCIA E COMPOSIÇÃO DOS ÓRGÃOS**

#### **SEÇÃO I**

##### **Da S.C.**

Art. 9º À S.C. compete:

I - fazer inquéritos e investigações sobre a incidência e sobre a profilaxia das doenças mentais;

[...]

III - divulgar novas aquisições científicas, mediante resenhas sobre problemas de assistência a psicopatas e higiene mental e que evidenciem possibilidades de aplicação, indicando, documentadamente, os resultados obtidos na prática;

[...]

##### **Seção III**

##### **Do C.P.N.**

Art. 11. Ao C.P.N. compete assistir, distribuir e internar doentes mentais, no Distrito Federal, realizando pesquisas e estudos sobre as psicopatias.

Art. 12. O C.P.N. compreende:

I - Bloco Médico-Cirúrgico (B.M.C.).

II - Seção de Fisioterapia e Fisiodiagnóstico (S.F.F.).

[...]

Art. 38. A C.J.M. compreende:

I - Bloco Médico-Cirúrgico Álvaro Ramos (B.M.C.A.R.);

II - Seção de Praxiterapia (S.P.);

[...] Parágrafo único. A C.J.M. disporá, ainda, de gabinete de fisioterapia e fisiodiagnóstico laboratórios, biotério, ambulatórios, demais dependências médicas complementares e pavilhões para tuberculosos.

Art. 39. O B.M.C.A.R., a S.P., a Farmácia, o N.R.C., o N.U.V., o N.F.R. o N.T.B. e a Secretaria serão chefiados: o Bloco e a S.P. por médicos ou psiquiatras; a Farmácia por um farmacêutico; os Núcleos por psiquiatras e a Secretaria por um funcionário, indicados, uns e outros, pelo Diretor da C.J.M. e designados pelo Diretor do S.N.D.M.

[...]

Art. 42. À S.P. compete organizar e dirigir os serviços de trabalho terapêutico para os doentes internados na Colônia.

[...]

Art. 44. Os núcleos da C.J.M. disporão, cada um deles, de setor de terapêutica ocupacional, gabinete dentário, cozinha, lavanderia e demais dependências complementares.

[...]

Art. 46. À Administração compete:

[...]

V - conduzir os serviços de praxiterapia e de agro-pecuária;

[...]

Art. 49. Além da Administração, o M.J. compreende seção de praxiterapia, seções de internação para um e outro sexos, laboratório, farmácia, gabinete dentário e outras dependências médico-administrativas.

[...]

Art. 79. Nenhum servidor poderá fazer publicações e conferências, ou dar entrevistas, sobre assuntos que se relacionem com a organização e as atividades do Serviço, sem autorização escrita do Diretor do S.N.D.M.

Rio de Janeiro, 18 de novembro de 1944.

Gustavo Capanema

Este texto não substitui o original publicado no Diário Oficial da União - Seção 1 de 21/11/1944

**Publicação:**

- Diário Oficial da União - Seção 1 - 21/11/1944, Página 19678 (Publicação Original) Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-17185-18-novembro-1944-327528-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 08/08/2017

### ANEXO 3: DECRETO Nº 72.493, DE 19 DE JULHO DE 1973.

Dispõe sobre o Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, a que se refere o artigo 2º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, usando da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 7º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970,

**DECRETA:**

#### CAPÍTULO I

##### *Do Grupo - Outras Atividades de Nível Superior*

Art 1º O Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, designado pelo Código NS-900, abrange Categorias Funcionais integradas de cargos de provimento efetivo, a que são inerentes atividades compreendidas nas áreas biomédica, de ciências e tecnologia e de ciências humanas, sociais, letras e artes, para cujo desempenho é exigido diploma de curso superior de ensino ou habilitação legal equivalente.

Art 2º As classes integrantes das Categorias Funcionais do Grupo a que se refere este Decreto distribuir-se-ão, na forma do disposto no artigo 5º, da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, em 7 (sete) níveis hierárquicos, com as seguintes características, dentro de cada especialidade. (Vide Decreto 87.373, de 1982) (Vide Decreto nº 88.911, de 25.10.83) (Vide Decreto nº 90.640, de 1985) (Vide Decreto nº 90.875, de 1958)

Nível 7 - Atividades de supervisão, programação, coordenação ou execução especializada, em grau de maior complexidade, referentes:

I) - a trabalhos de defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, incluindo medidas de profilaxia, terapêutica e saneamento do meio;...

Nível 5 - Atividades de supervisão, coordenação, programação ou execução especializada em grau de maior complexidade, referentes;

I) - a trabalhos relativos à observação, ao cuidado, à educação sanitária dos doentes, gestantes e acidentados, ao cumprimento das prescrições médicas e aplicação de medidas destinadas à prevenção de doenças;

II - a estudos sobre o comportamento humano e a dinâmica da personalidade, envolvendo diagnóstico psicológico, orientação psico-pedagógica e solução de problemas de ajustamento do ser humanos;...

Nível 4 - A) Atividades de supervisão, coordenação, programação ou execução especializada em grau de maior complexidade, referentes;...

V) - a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicos, terapêuticos e recreacionais, para a reabilitação física e mental do indivíduo...

C) Atividades de execução qualificada, sob supervisão superior, referentes aos trabalho, estudos e projetos indicados no Nível 7 e nos itens I, II e VI da alínea A do Nível 6. (Vide Decreto nº 73.862, de 1974)...

Nível 2 - Atividades de execução qualificada, sob supervisão superior, referentes aos trabalhos e estudos indicados... na alínea A do Nível 4.

Art 3º O Grupo-Outras Atividades de Nível Superior é constituído pelas Categorias Funcionais abaixo indicadas:

Código NS-901 - Médico;

Código NS-902 - Médico de Saúde Pública;

Código NS-903 - Médico do Trabalho;



Código NS-904 - Enfermeiro;  
Código NS-905 - Nutricionista;  
Código NS-906 - Técnico em Reabilitação;  
Código NS-907 - Psicólogo;  
Código NS-908 - Farmacêutico;  
Código NS-909 - Odontólogo;...

Parágrafo único. As classes das Categorias Funcionais previstas neste artigo são distribuídas pela escala de níveis, na forma do Anexo.

## CAPÍTULO II

### *Da Composição das Categorias Funcionais*

Art 4º As Categorias Funcionais do Grupo - Outras Atividades de Nível Superior deverão atender às necessidades de recursos humanos dos Ministérios, Órgãos integrantes da Presidência da República, Órgãos do Ministério Público, Autarquia federais e Tribunal Marítimo.

Art 5º Poderão integrar as Categorias Funcionais a que se refere este Decreto, mediante transposição, os cargos vagos e ocupados, cujas atividades se identifiquem com as indicadas no artigo 1º, observadas as respectivas especialidades, de acordo com o seguinte critério:

I - ...

VI - Na Categoria Funcional de Técnico em Reabilitação, os de Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional e, por transformação, os de Auxiliar de Fisioterapia e auxiliar de Praxiterapia cujos ocupantes possuam diploma de Fisioterapeuta ou Terapeuta Operacional devidamente registrado, ou habilitação legal equivalente.

Art 6º Os cargos ocupados serão transpostos ou transformados mediante a inclusão na Categoria Funcional própria, dos respectivos ocupantes que possuam diploma do correspondente curso superior ou habilitação legal equivalente e far-se-á do maior para o menor nível, nos limites da lotação estabelecida para cada área de especialidade por ordem rigorosa de classificação dos habilitados no processo seletivo à que se refere o Capítulo III deste decreto...

## CAPÍTULO III

### *Dos Critérios Seletivos*

## CAPÍTULO IV

### *Do Ingresso*

Art 10. Ressalvado o disposto nos artigos 11 a 16 deste Decreto, o ingresso nas Categorias Funcionais do Grupo - Outras Atividades de Nível Superior, far-se-á na classe inicial, mediante concurso público em que serão verificadas as qualificações essenciais exigidas, nas respectivas especificações, para o desempenho das atividades inerentes à classe.

Parágrafo único. Somente poderá inscrever-se no concurso quem possuir:

a) diploma de curso superior, ou habilitação legal equivalente, em relação às Categorias Funcionais a que sejam inerentes atividades correspondentes a profissões regulamentadas;

b) diploma de conclusão do curso superior de Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional, ou habilitação legal correspondente, para a Categoria Funcional de Técnico em Reabilitação, observada a respectiva especialidade;...

## CAPÍTULO V

*Da Progressão Funcional*

CAPÍTULO VI

*Da Ascensão Funcional*

Art 16. Poderá haver ascensão funcional, às classes iniciais das Categorias Funcionais de que trata este decreto, de ocupantes de classes finais de Categorias integrantes de outros Grupos, desde que possuam o correspondente diploma de curso superior, ou habilitação legal equivalente, e se habilitem no processo seletivo estabelecido, em regulamentação específica, para a Categoria Funcional.

Art 17. A época da realização e as normas disciplinadoras do processamento da ascensão funcional serão objeto de regulamentação geral.

CAPÍTULO VII

*Disposições Gerais*

Art 18...

Art 21. Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 19 de julho de 1973; 152º da Independência e 85º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI

*Alfredo Buzaid*

*Adalberto de Barros Nunes*

*Orlando Geisel*

*Mário Gibson Barbosa*

*Antônio Delfim Netto*

*Mário David Andrezza*

*Moura Cavalcanti*

*Jarbas G. Passarinho*

*Júlio Barata*

*J. Araripe Macêdo*

*Mário Lemos*

*Luiz de Magalhães Botelho*

*Antônio Dias Leite Júnior*

*João Paulo dos Reis Velloso*

*José Costa Cavalcanti*

*Hygino C. Corset*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 10.9.1973

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1970-1979/D72493.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D72493.htm). Acesso em 02/08/2017

**ANEXO 4: LEI Nº 6.316, de 17 DE DEZEMBRO de 1975**

Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

**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 do 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, relacionada 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, ou 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 o Presidente a adquirir, onerar ou alienar bens imóveis;
- X – arrecadar anuidades, multas, taxas e emolumentos e adotar todas as medidas destinadas a efetivação de sua receita, destacando e entregando ao Conselho Federal as importâncias correspondentes a 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 exação 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 do 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 exercício 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 § 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 consequências 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 officio", 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, 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. (Revogado pela Lei nº 9.098, de 1995)~~

§ 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. (Revogado pela Lei nº 9.098, de 1995)~~

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 jus 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 mesmos, 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 5: LEI Nº 3.780, DE 12 DE JULHO DE 1960.

Dispõe sobre a Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, estabelece os vencimentos correspondentes e dá outras providências

**Observação:** O que nos interessa é o conteúdo do Anexo I desta Lei que trata da série de classes de Auxiliar de Praxiterapia, foi alterado pelo Decreto-lei nº 299. de 1967, que consta como um outro anexos nesta tese.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA** Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

### CAPÍTULO I: DOS CARGOS

Art. 1º Os cargos do serviço civil do Poder Executivo obedecem à Classificação estabelecida na presente lei.

Art. 2º Os cargos podem ser de provimento efetivo ou de provimento em comissão.

Parágrafo único. Excepcionalmente, quando ocorrer necessidade imperiosa de serviço, o cargo efetivo poderá ser provido em caráter interino, pelo prazo máximo de um ano, enquanto não houver candidato habilitado em concurso.

Art. 3º Os cargos de provimento efetivo se dispõem em classes ou em séries de classes.

Parágrafo único. As classes e séries de classes integram grupos ocupacionais e serviços, na conformidade do Anexo I.

Art. 4º Para os efeitos desta lei:

I - Cargo é o conjunto de atribuições e responsabilidades cometidas a um funcionário, mantidas as características de criação por lei, denominação própria, número certo e pagamento pelos cofres da União.

II - Classe é o agrupamento de cargos da mesma denominação e com iguais atribuições e responsabilidades.

III - Série de classes é o conjunto de classes da mesma natureza de trabalho, dispostas hierarquicamente, de acordo com o grau de dificuldade das atribuições e nível de responsabilidades, e constituem a linha natural de promoção do funcionário.

IV - Grupo ocupacional compreende séries de classes ou classes que dizem respeito a atividades profissionais correlatas ou afins, quanto à natureza dos respectivos trabalhos ou ao ramo de conhecimentos aplicados no seu desempenho.

V - Serviço é a justaposição de grupos ocupacionais, tendo em vista a identidade, a similaridade ou a conexão das respectivas atividades profissionais.

Art. 5º As classes distribuem-se pelos níveis de 1 (um) a 18 (dezoito), na forma do Anexo I, consideradas as atribuições e responsabilidades dos cargos que as compõem.

Art. 6º As atribuições, responsabilidades e demais características pertinentes a cada classe serão especificadas em regulamento.

Parágrafo único. As especificações de classe compreenderão, para cada classe, além de outros, os seguintes elementos: denominação, código, descrição sintética das atribuições e responsabilidades, exemplos típicos de tarefas, características especiais, qualificações exigidas, forma de recrutamento, linhas de promoção e de acesso.[...]

### CAPÍTULO IX: DOS ÓRGÃOS DE CLASSIFICAÇÃO DE CARGOS

Art. 36. Fica instituída, junto ao Departamento Administrativo do Serviço Público, a Comissão de Classificação de Cargos.



Art. 37. Compete à Comissão de Classificação de Cargos:

I - Velar pela observância e pela aplicação dos preceitos estatuídos nesta lei e na sua regulamentação;...

Art. 39. Fica criada, no Departamento Administrativo do Serviço Público, a Divisão de Classificação de Cargos.

Art. 40. Compete à Divisão de Classificação de Cargos:

I - Orientar e rever a organização dos novos quadros do funcionalismo e as relações nominais de enquadramento;

II - Realizar pesquisas sobre atribuições e responsabilidades dos cargos e funções do serviço público federal, a fim de classificá-los ou de reclassificá-los dentro do sistema da lei;

III - Realizar estudos sobre padrões de vencimentos e gratificações dos cargos e funções do serviço público federal, mantendo-os atualizados, tendo em vista as flutuações do custo de vida;

IV - Levantar pesquisas e investigações necessárias à instrução e esclarecimentos de processos submetidos à deliberação da Comissão de Classificação de Cargos;

V - Realizar análise e estudos nos Ministérios e Órgãos subordinados ao Presidente da República indispensáveis aos esclarecimentos dos pedidos de criação, alteração, extinção, supressão ou transferência de cargos ou funções;

VI - Preparar as especificações de classes, mantendo-as atualizadas, e demais instruções e atos necessários à perfeita execução da presente lei;

VII - Colaborar na elaboração e estudos da proposta orçamentária com relação às despesas com o custeio do pessoal civil do Poder Executivo;

VIII - Fornecer aos órgãos competentes dados estatísticos relacionados com a classificação de cargos e vencimentos correspondentes ao serviço civil do Poder Executivo;

IX - Estudar a lotação e relocação das repartições, propondo, quando necessário, a redistribuição de pessoal.

Art. 41. Haverá em cada Ministério e órgão subordinado ao Presidente da República, nos serviços de pessoal respectivos, um órgão de classificação de cargos que funcionará em mútua e perfeita articulação técnica com a Divisão de que trata o art. 39 desta lei.

Art. 42. Fica transformada em Divisão do Regime Jurídico do Pessoal a atual Divisão de Pessoal do Departamento Administrativo do Serviço Público. [...]

#### CAPÍTULO XIV: DAS DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

Art. 88. A implantação definitiva do sistema de classificação, estabelecido no Capítulo I, e a execução das medidas previstas nos Capítulos II, III, IV, V, VI, VII, VIII, X, XI e XII desta lei, entrarão em vigor em 1º de julho de 1960..

Art. 98. Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1960; 139º da Independência e 72º da República.

JUSCELINO KUBITSCHEK, *Armando Ribeiro Falcão, J. Mattoso Maia, Odylio Denys, Horácio Lafer, S. Paes de Almeida, Ernani do Amaral Peixoto, Antonio Barros Carvalho, Pedro Paulo Penido, J. Batista Ramos, Francisco de Mello, Mario Pinotti*

Este texto não substitui o publicado no DOU de 12.7.1960, retificado em 18.7.1960 e 20.9.1960

**ANEXO 6: DECRETO Nº 51.169/61 DE 9 DE AGOSTO DE 1961<sup>297</sup>**

Institui a Seção de Terapêutica Ocupacional e de Reabilitação no Serviço de Doenças Mentais, do Ministério da Saúde, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, usando das atribuições que lhe concede o artigo 87, item I, da Constituição Federal, e,

CONSIDERANDO os bons resultados que, em caráter experimental, vêm sendo obtidos com o emprêgo da Terapêutica Ocupacional no Centro Psiquiátrico Nacional do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), conforme exposição do Ministério da Saúde;

CONSIDERANDO, entretanto, não existir no SNDM um órgão que se ocupe especialmente dessa atividade;

CONSIDERANDO assim ser de interêsse para os trabalhos do SNDM e para o tratamento dos doentes internados, nos hospitais especializados no desenvolvimento da Terapêutica Ocupacional, Decreta:

Art. 1º Fica incluída, entre os órgãos centrais do Serviço Nacional de Doenças Mentais, previstos no artigo 2º, item I, do Regimento aprovado pelo Decreto nº 17.185, de 18 de novembro de 1944, a seguinte: "c)Seção de Terapêutica Ocupacional e de reabilitação (S.T.O.R)."

Art. 2º À S.T.O.R, compete:

I - manter um serviço padrão de terapêutica ocupacional e reabilitação, cujas atividades se estenderão a todos os hospitais e doentes mentais no País.

II - fornecer planos de trabalho referentes à terapêutica ocupacional e à reabilitação aos órgãos do S.N.D.M. e aos hospitais que mantenham convênio com o Serviço Nacional de Doenças Mentais, assim como supervisionar a respectiva execução.

III - organizar cursos, seminários e palestras com o objetivo de formação e aperfeiçoamento de especialistas em terapêutica ocupacional.

IV - manter um museu de obras plásticas, que será um centro de estudo e pesquisa.

V - estudar e propor os planos de aplicação das dotações destinadas à terapêutica ocupacional e à reabilitação, incluídas no Orçamento do Ministério da Saúde. Parágrafo único. Os funcionários que não obtiverem aprovação nos cursos a que se refere o item III dêste artigo ficarão impossibilitados de permanecer ou ter exercido em órgãos que se dediquem à Terapêutica Ocupacional;

Art. 3º A S.T.O.R., será chefiada por um especialista em terapêutica ocupacional, de preferência médico psiquiatra, designado pelo Diretor-Geral do Departamento Nacional de Saúde, mediante indicação do Diretor do S.N.D.M.

<sup>297</sup> Conforme indica Pompeu e Silva (2011), esse Decreto foi "assinado pelo presidente Jânio Quadros e pelo Ministro Cattete Pinheiro em 9 de agosto de 1961 e publicado no Diário Oficial da mesma data (Brasil, 1961). Com a renúncia do presidente do cargo, a lei nunca chega a ser colocada em prática" (POMPEU E SILVA, 2011, p. 77, 78).

Art. 4º Nos convênios celebrados com os Estados ou quaisquer outras entidades, públicas ou privadas, será reservada parcela do auxílio financeiro proporcional ao número de internados e às condições sócio-econômico regionais, para aplicação em terapêutica ocupacional.

Art. 5º Este Decreto entrará em vigor na data de sua publicação, revogada as disposições em contrário.

Brasília, em 9 de agosto de 1961; 140º da Independência e 73º da República.

JÂNIO QUADROS

Cattete Pinheiro

Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-51169-9-agosto-1961-390856-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em 16/10/2016

**ANEXO 7: DECRETO-LEI Nº 299, DE 28 DE FEVEREIRO DE 1967.**

Reorganiza o Grupo Ocupacional P-1700 do Anexo I da Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960 e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, usando da atribuição que lhe confere o § 2º do artigo 9º do Ato Institucional número 4, de 7 de dezembro de 1966, e em cumprimento ao disposto no artigo 25 da Lei nº 4.863, de 29 de novembro de 1965,

**RESOLVE BAIXAR O SEGUINTE DECRETO-LEI:**

Art. 1º O Grupo Ocupacional P-1700, do Anexo I da Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960, passará a ter a seguinte constituição:

**GRUPO OCUPACIONAL P-1700 - MEDICINA, FÁRMACIA E ODONTOLOGIA**

Código	Série de Classes ou Classes	Característica da classe	Acesso
P-1701	13-A Auxiliar de Enfermagem .....	Execução	
P-1701	14-B Auxiliar de Enfermagem .....	Execução	
P-1701	15-C Auxiliar de Enfermagem .....	Execução	
P-1702	10-A Prático de Farmácia .....	Execução	
P-1702	11-B Prático de Farmácia .....	Execução	
P-1703	11-A Parteira .....	Execução	
P-1703	13-B Parteira .....	Execução	
P-1704	10-A Massagista .....	Execução	
P-1704	11-B Massagista .....	Execução	
P-1705	10-A Auxiliar de Praxiterapia .....	Execução	
P-1705	11-B Auxiliar de Praxiterapia .....	Execução	
P-1706	11-A Operador de Raios X .....	Execução	
P-1706	13-B Operador de Raios X .....	Execução	
P-1707	9-A Protético .....	Execução	
P-1707	10-B Protético .....	Execução	
P-1708	9-A Auxiliar de Necrópsia .....	Execução	

Art. 2º Serão enquadradas... na série de classes de Auxiliar de Praxiterapia - P-1705, as atuais classes singulares de Auxiliar de Praxiterapia - P-1705;...

Art. 3º Ao enquadramento nas séries de classes ou classes relacionadas no artigo 1º, o qual obedecerá ao disposto nos artigos 19 e 20 da Lei nº 3.780, de 12 de julho de 1960 e legislação complementar, concorrerão em cada caso, os ocupantes das séries de classes ou classes incluídas na situação nova, conforme o disposto no artigo 2º.

§ 1º Para efeito do enquadramento de que trata o presente artigo, terão preferência sucessivamente:

1 - Os servidores que tenham ingressado por concurso na série de classes ou classes singular a que pertencem, e possuam o certificado de conclusão de curso exigido pelo artigo 4º para ingresso na respectiva série de classes ou classes singulares da situação nova.

2 - Os servidores que tenham ingressado por concurso na série de classes ou classes singular da situação nova.

3 - Os servidores que possuam o certificado de conclusão do curso exigido pelo artigo 4º para ingresso na respectiva série de classes ou classes singular da situação nova.

§ 2º Em caso de empate, aplicar-se-ão os critérios de preferência estabelecidos na regulamentação da promoção.

Art. 4º Nos concursos para provimento dos cargos das série de classes ou classes singulares que, na conformidade dêste decreto-lei, passam a constituir o Grupo Ocupacional 1700 do Anexo I da Lei nº 3.780 de 12 de julho de 1960, será exigido:

I -....

IV - Para a série de classes de Auxiliar de Praxiterapia, certificado de conclusão de curso, com duração mínima de oito meses, de Auxiliar de Praxiterapia ou outro que promove formação profissional equivalente...

Parágrafo único. Os certificados referidos neste artigo só serão válidos os expedidos por instituição oficial ou oficialmente reconhecida, e depois registrados no órgão competente.

Art. 5º As instituições que operam na formação de profissionais para as atividades auxiliares no campo da Medicina, da Farmácia da odontologia adaptarão as denominações e os currículos dos seus cursos para que os mesmos sirvam aos objetivos deste decreto-lei.

Art. 6º As dúvidas suscitadas na execução do presente Decreto-lei serão dirimidas por decisão do Presidente da República, ouvida a Comissão de Classificação de Cargos, carecendo de validade, para qualquer efeito, os atos que não obedecerem às formalidades aqui prescritas...

Art. 7º ...

Art. 8º...

Art. 9º Este Decreto-lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 28 de fevereiro de 1967; 146º da Independência e 79º da República.

H. CASTELLO BRANCO, *Carlos Medeiros Silva, Zilmar Araripe, Ademar de Queiroz, Juracy Magalhães, Octávio Bulhões, Juarez Távora, Severo Fagundes Gomes, Raymundo Moniz de Aragão, Eduardo Augusto Bretas de Noronha, Clóvis Monteiro Travassos, Raymundo de Britto, Paulo Egydio Martins, Mauro Thibau, Roberto de Oliveira Campos, João Gonçalves de Souza*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 28.2.1967 e retificado em 10.3.1967

\*

**ANEXO 8: DECRETO Nº 90.640, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1984.**

Inclui categoria funcional no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior a que se refere a Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, usando da atribuição que lhe confere o artigo 81, item III, da Constituição, e tendo em vista o disposto no artigo 7º da Lei nº 5.645, de 10 de dezembro de 1970,

**DECRETA:**

Art 1º - Fica incluída no Grupo-Outras Atividades de Nível Superior estruturado pelo Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973, com as alterações posteriores a Categoria Funcional de Fisioterapeuta, designada pelo código NS-943 ou LT-NS-943.

Parágrafo único - A categoria funcional de que trata este artigo compreende atividades de nível superior, envolvendo supervisão, coordenação, programação e execução especializada referente a trabalhos relativos à utilização de métodos e técnicas fisioterápicas, avaliação e reavaliação de todo processo terapêutico utilizado em prol da reabilitação física e mental do paciente.

Art 2º - As classes integrantes da categoria funcional prevista no artigo anterior distribuir-se-ão na forma do anexo deste decreto e terão as seguintes características:

Classe "C" - atividades de planejamento, supervisão, coordenação, orientação, avaliação, controle e execução em grau de maior complexidade;

Classe "B" - atividades de supervisão, coordenação, orientação, programação, controle, avaliação e execução especializada, em grau de maior complexidade;

Classe "A" - atividades de supervisão, coordenação, orientação, controle, programação e execução especializada.

Art 3º - Os ocupantes de cargos efetivos, ou empregos permanentes da antiga Categoria Funcional de Técnico de Reabilitação, atual Terapeuta Ocupacional, portadores de habilitação legal para o exercício da profissão de Fisioterapeuta e que estejam exercendo atividades próprias dessa profissão, poderão ser reclassificados na Categoria Funcional de Fisioterapeuta de que trata este decreto, ressalvado o respectivo regime jurídico.

Parágrafo único - A reclassificação referida neste artigo será feita na referência igual à que o servidor estiver ocupando.

Art 4º - Ressalvado o caso previsto no artigo anterior, o ingresso na categoria funcional de que trata este decreto far-se-á na referência inicial da classe A, mediante concurso público, no regime da legislação trabalhista, observadas as normas regulamentares, exigindo-se do candidato certificado ou diploma do curso superior de Fisioterapia ou habilitação legal equivalente e registro no Conselho Regional respectivo.

Art 5º - Os integrantes da Categoria Funcional de Fisioterapeuta ficarão sujeitos à prestação mínima de 40 (quarenta) horas semanais de trabalho.

Art 6º - Na aplicação do disposto neste decreto serão observadas, no que couber, as demais normas constantes do Decreto nº 72.493, de 19 de julho de 1973.

Art 7º - Este decreto entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 10 de dezembro de 1984; 163º da Independência e 96º da República.

JOÃO FIGUEIREDO, *Ibrahim Abi-Ackel*

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 11.12.1984

## A N E X O

(Art. 2º do Decreto nº 90.640, de 10 de dezembro de 1984)

### GRUPO-OUTRAS ATIVIDADES DE NÍVEL SUPERIOR, CÓDIGO - NS-900

CATEGORIA FUNCIONAL: FISIOTERAPEUTA, código NS-943 ou LT-NS-943	
DENOMINAÇÃO	CLASSE
FISIOTERAPEUTA	ESPECIAL
	C
	B
	A

## **ANEXO 9: DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM TERRAPIA OCUPACIONAL**

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 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 terapêuticoocupacionais 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 psico-sociais, 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

**ANEXO 10: DADOS DAS SINOPSES DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995,  
2000, 2010 e 2015**

TABELA 51: NÚMERO DE CURSOS, VAGAS OFERECIDAS, INSCRIÇÕES, INGRESSOS, CONCLUINTE E MATRÍCULAS, SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO - CENSO DA EDUCAÇÃO SUPERIOR DE 1995

Área de Conhecimento	Cursos	Concluintes	Total Censo 1995			
			Vagas		Ingressos	Matrícula
			Ofertadas	Inscritos		
Total	6.252	245.887	610.355	2.653.853	510.377	1.759.703
Ciências Exatas e da Terra	966	22703	76.665	241.748	63.173	176.751
Ciências Biológicas	158	3.357	10.375	39.329	8.740	27.307
Engenharia / Tecnologia	480	16.526	48.725	186.728	40.159	156.725
Ciências da Saúde	652	32.861	59.310	587.569	53.742	214.958
Ciências Agrárias	194	5.780	13.975	81.865	11.726	47.785
Ciências Sociais Aplicadas	1.740	93.410	237.226	1.157.326	215.689	740.128
Ciências Humanas	1.332	52.656	111.694	264.235	80.943	275.856
Linguística, Letras e Artes	724	18.594	51.870	93.986	35.577	118.845
Ciclo Básico Comum	6	0	625	1.517	625	1.348

Fonte: INEP (2017); tabela elaborada pelo autor.

TABELA 52 - NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTE, VAGAS OFERTADAS, INSCRITOS, INGRESSOS E MATRÍCULA, SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO

Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e/ou Cursos	Cursos	Concluintes	Total Censo 2000			
			Vagas		Ingressos	Matrícula
			Ofertadas	Inscritos		
Total	10.585	324.734	1.216.287	4.039.910	897.557	2.694.245
Área Básica de Cursos	0	0	0	0	0	0
Educação	3410	82058	278815	668812	211122	584664
Humanidades e Artes	478	10756	41236	135873	28639	88559
Ciências Sociais, Negócios e Direito	2937	129279	498302	1507071	365148	1122142
Ciências, Matemática e Computação	1162	27244	119504	372730	84706	233726
Engenharia, Produção e Construção	900	22873	93877	327591	67454	234497
Agricultura e Veterinária	276	6775	21512	104481	16617	63260
Saúde e Bem-Estar Social	1142	42693	126755	841265	99239	323196
Serviços	280	3056	36286	82087	24632	44201

Fonte: INEP (2017); tabela elaborada pelo autor.

TABELA 53 - NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTE, VAGAS OFERTADAS, INSCRITOS, INGRESSOS E MATRÍCULA, SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO



Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e/ou Cursos	Total Censo 2005					
	Cursos	Concluintes	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos	Matrícula
Total	20.407	717.858	2.435.987	5.060.956	1.397.281	4.453.156
Área Básica de Cursos	0	0	1.051	3.973	988	2.626
Educação	6.397	199.392	503.372	808.474	279.367	904.201
Humanidades e Artes	916	24.810	86.095	194.505	48.064	156.888
Ciências Sociais, Negócios e Direito	5.815	277.572	1.021.900	1.853.607	581.330	1.852.373
Ciências, Matemática e Computação	2.282	56.436	226.803	492.362	129.859	377.818
Engenharia, Produção e Construção	1.510	36.918	165.628	419.581	97.792	344.714
Agricultura e Veterinária	455	11.874	34.892	158.182	27.072	97.280
Saúde e Bem- Estar Social	2.280	90.610	312.146	1.023.082	200.688	622.464
Serviços	752	20.246	84.100	107.190	32.121	94.792

Fonte: INEP (2017); tabela elaborada pelo autor.

TABELA 54 - NÚMERO DE CURSOS, CONCLUINTES, VAGAS OFERTADAS, INSCRITOS, INGRESSOS E MATRÍCULA, SEGUNDO A ÁREA DE CONHECIMENTO

Áreas Gerais, Áreas Detalhadas e Programas e/ou Cursos	Total Censo 2010					
	Cursos	Concluintes	Vagas Ofertadas	Inscritos	Ingressos	Matrícula
Total	28.577	829.286	3.120.192	6.698.902	1.590.212	5.449.120
Área Básica de Cursos	-	-	8.892	61.613	7.557	15.984
Educação	7.370	161.435	570.616	1.005.591	263.950	923.510
Humanidades e Artes	1.318	22.424	97.473	188.566	45.945	141.684
Ciências Sociais, Negócios e Direito	8.686	361.820	1.255.752	2.238.512	645.021	2.292.437
Ciências, Matemática e Computação	2.902	52.127	285.650	545.072	132.946	387.024
Engenharia, Produção e Construção	3.046	57.615	321.339	879.694	203.398	619.946
Agricultura e Veterinária	790	18.094	56.175	238.992	39.162	142.882
Saúde e Bem-Estar Social	3.413	133.797	417.076	1.378.292	209.838	818.750
Serviços	1.052	21.974	107.219	162.570	42.395	106.903

Fonte: INEP (2017); tabela elaborada pelo autor.

## **ANEXO 11: ENDEREÇOS DOS CONSELHOS REGIONAIS DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL**

### CREFITO-1 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região

- Jurisdição: Pernambuco, Paraíba, Alagoas e Rio Grande do Norte
- End.: Rua Henrique Dias, 303 – Derby – 50070-140 – Recife – PE.
- Fone: (81) 3081-5000 – <http://www.crefito1.org.br>

### CREFITO-2 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 2ª Região

- Jurisdição: Rio de Janeiro
- End.: Rua Félix da Cunha, 41, Tijuca – 20260-300 – Rio de Janeiro – RJ.
- Fone: (21) 2169-2169 – <http://www.crefito2.gov.br>

### CREFITO-3 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região

- Jurisdição: São Paulo
- End.: Rua Cincinato Braga, 277 – Bela Vista – 01333-011 – São Paulo – SP.
- Fone: (11) 3252-2255 – <http://www.crefito3.org.br>

### CREFITO-4 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 4ª Região

- Jurisdição: Minas Gerais
- End.: Rua Bahia, 1148 – Sala 829 – 30160-906 – Centro – Belo Horizonte – MG.
- Fone: (31) 3218-7400 – Fax: (31) 3222-2340 – <http://crefito4.org>

### CREFITO-5 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 5ª Região

- Jurisdição: Rio Grande do Sul
- End.: Av. Palmeira, 27 – cj.:403 – 90470-300 – Porto Alegre – RS.
- Fone (51) 3334-6586 – Fax: (51) 3334-6586 – <http://www.crefito5.org.br>

### CREFITO-6 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 6ª Região

- Jurisdição: Ceará
- End.: Av. Rogaciano Leite, 432 – Bairro: Salinas – 60810-786- Fortaleza – CE.
- Fone (85) 3241-1456 | Fax: (85)3241-0600 – <http://www.crefito6.org.br>

### CREFITO-7 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 7ª Região

- Jurisdição: Bahia e Sergipe
- End.: Av. Tancredo Neves, 939 – Ed. Esplanada Tower – 41820-021 – Salvador – BA.
- Fone/Fax: (71) 3341-4271 | (71) 3341-4112 – <http://www.crefito7.org.br>

### CREFITO-8 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região

- Jurisdição: Paraná
- End.: Rua Jaime Balão, 580 – Hugo Lange – 80040-340 – Curitiba – PR.

- Fone: 0800-645-2009 / (41) 3264-8097 – Fax: (41) 3095-9400 – <http://www.crefito8.org.br>

CREFITO-9 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 9ª Região

- Jurisdição: Acre, Mato Grosso e Rondônia
- End.: Rua H Lote 02 Quadra 04 Setor A – Centro Político Administrativo – 78049-911 – Cuiabá / MT.
- Fone: (65) 3644-4272 Fax: (65) 3644-4273 – <http://www.crefito9.org.br>

CREFITO-10 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 10ª Região

- Jurisdição: Santa Catarina
- End.: Rua Silva Jardim, 307 – Centro – 88020-200 – Florianópolis – SC
- Tel/fax: (48) 3225-3329 – <http://www.crefito10.org.br>

CREFITO-11 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 11ª Região

- Jurisdição: Goiás e Distrito Federal Sede (Brasília)
- End: SRTVS Quadra 701, Bloco 1, Ed. Palácio do Rádio I – sala 310 a 314- 70340-000 – Brasília – DF
- Tel/fax: (61) 3225-3700 – <http://www.crefito11.org.br>
- Sub-sede
- End: Av República do Líbano 2341, Quadra D-7 Lotes 67/70 – Edifício Center Shopping Tamandaré, Sala 201 e 202 – CEP: 74125-904 – Setor Oeste
- Telefax (62) 3091-1564.

CREFITO-12 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região

- Jurisdição: Pará, Amazonas, Tocantins, Roraima e Amapá
- End: Travessa 14 de Abril 2093 – Entre: Mundurucus e Pariquis – Guamá – 66063-475 – Belém – PA
- Fone/Fax: (91) 3249-1822/3347-1032/32695155 e (91) 98814-0213/98895-9970- <http://www.crefito12.org.br>

CREFITO-13 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 13ª Região

- Jurisdição: Mato Grosso do Sul
- End: Rua 25 de Novembro, nº 13, esquina com 15 de Novembro, centro | CEP: 79002 – 061 – Campo Grande – MS
- Fone: (67) 3321-4558 – <http://www.crefito13.org.br>

CREFITO-14 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 14ª Região

- Jurisdição: Piauí

- End: Av. Jóquei Clube Nº 299 Sala 609 – Ed. Euro Business | CEP: 64049-240 – Teresina – PI

- Fone: (86) 3216-6030 – <http://www.crefito14.org.br>

CREFITO-15 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 15ª Região

---

- Jurisdição: Espírito Santo

- End: Rua Misael Pedreira da Silva, 98, Salas 307, 208, 310 – Praia do Suá – Vitória – ES – CEP: 29056-940

- Tel/Fax: (27) 3227-6616 – (27) 3345-6103 – <http://www.crefito15.org.br>

CREFITO-16 – Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 16ª Região

---

- Jurisdição: Maranhão

- End: Av. Do Vale, Qd. 23, Lt 09, Ed. Carara, Sala 305, Renascença II- São Luís/MA – CEP: 65075-660

- Tel/Fax: (98) 98231-6791 – (98) 3304-7779 – (91) 98895-9969 – <http://www.crefito16.gov.br>

- Email: [atendimento\\_maranhao@crefito12.org.br](mailto:atendimento_maranhao@crefito12.org.br)

## ANEXO 12: LEI Nº 5.645, DE 10 DE DEZEMBRO DE 1970.

### Regulamento

Estabelece diretrizes para a classificação de cargos do Serviço Civil da União e das autarquias federais, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**, faço saber que o **CONGRESSO NACIONAL** decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A classificação de cargos do Serviço Civil da União e das autarquias federais obedecerá às diretrizes estabelecidas da presente lei.

Art. 2º Os cargos serão classificados como de provimento em comissão e de provimento efetivo, enquadrando-se, basicamente, nos seguintes Grupos:

De Provimento em Comissão

I - Direção e Assessoramento Superiores.

De Provimento Efetivo

II - Pesquisa Científica e Tecnológica

III - Diplomacia

IV - Magistério [...]

IX - Outras atividades de nível superior [...]

Art. 3º Segundo a correlação e afinidade, a natureza dos trabalhos, ou o nível de conhecimentos aplicados, cada Grupo, abrangendo várias atividades, compreenderá:

[...]

II - Pesquisa Científica e Tecnológica: os cargos com atribuições, exclusivas ou comprovadamente principais, de pesquisa científica, pura ou aplicada, para cujo provimento se exija diploma de curso superior de ensino ou habilitação legal equivalente e não estejam abrangidos pela legislação do Magistério Superior.

III - Diplomacia: os cargos que se destinam a representação diplomática.

IV - Magistério: os cargos com atividades de magistério de todos os níveis de ensino.

[...]

IX - Outras atividades de nível superior: os demais cargos para cujo provimento se exija diploma de curso superior de ensino ou habilitação legal equivalente.

[...]

Art. 5º Cada Grupo terá sua própria escala de nível a ser aprovada pelo Poder Executivo, atendendo, primordialmente, aos seguintes fatores:

I - Importância da atividade para o desenvolvimento nacional.

II - Complexidade e responsabilidade das atribuições exercidas; e

III - Qualificações requeridas para o desempenho das atribuições.

Parágrafo único. Não haverá correspondência entre os níveis dos diversos Grupos, para nenhum efeito.

Art. 6º A ascensão e a progressão funcionais obedecerão a critérios seletivos, a serem estabelecidos pelo Poder Executivo, associados a um sistema de treinamento e qualificação destinado a assegurar a permanente atualização e elevação do nível de eficiência do funcionalismo.

Art. 7º O Poder Executivo elaborará e expedirá o novo Plano de Classificação de Cargos, total ou parcialmente, mediante decreto, observadas as disposições desta lei.

Art. 8º A implantação do Plano será feita por órgãos, atendida uma escala de prioridade na qual se levará em conta preponderantemente:

I - a implantação prévia da reforma administrativa, com base no Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967;

II - o estudo quantitativo e qualitativo da lotação dos órgãos, tendo em vista a nova estrutura e atribuições decorrentes da providência mencionada no item anterior; e

III - a existência de recursos orçamentários para fazer face às respectivas despesas.

Art. 9º A transposição ou transformação dos cargos, em decorrência da sistemática prevista nesta lei, processar-se-á gradativamente considerando-se as necessidades e conveniências da Administração e, quando ocupados, segundo critérios seletivos a serem estabelecidos para os cargos integrantes de cada Grupo, inclusive através de treinamento intensivo e obrigatório.

Art. 10 - O Órgão Central do Sistema de Pessoal expedirá as normas e instruções necessárias e coordenará a execução do novo Plano, a ser proposto pelos Ministérios, Órgãos integrantes da Presidência da República e Autarquias, dentro das respectivas jurisdições, baixando os atos de transposição e transformação de cargos e empregos. (Redação dada pela Lei nº 6.510, de 1977)

Art. 11. Para assegurar a uniformidade de orientação dos trabalhos de elaboração e execução do Plano de Classificação de Cargos, haverá, em cada Ministério, órgão integrante da Previdência da República ou autarquia, uma Equipe Técnica de alto nível, sob a presidência do dirigente do órgão de pessoal respectivo, com a incumbência de:

I - determinar quais os Grupos ou respectivos cargos a serem abrangidos pela escala de prioridade a que se refere o artigo 8º desta lei;

II - orientar e supervisionar os levantamentos, bem como realizar os estudos e análises indispensáveis à inclusão dos cargos no novo Plano; e

III - manter com o órgão central do Sistema de Pessoal os contactos necessários para correta elaboração e implantação do Plano.

Parágrafo único. Os membros das Equipes de que trata este artigo serão designados pelos Ministros de Estado, dirigentes de órgãos integrantes da Presidência da República ou de autarquia, devendo a escolha recair em servidores que, pela sua autoridade administrativa e capacidade técnica, estejam em condições de exprimir os objetivos do Ministério, do órgão integrante da Presidência da República ou da autarquia.

Art. 12. O novo Plano de Classificação de Cargos a ser instituído em aberto de acordo com as diretrizes expressas nesta lei, estabelecerá, para cada Ministério, órgão integrante da Presidência da República ou autarquia, um número de cargos inferior, em relação a cada grupo, aos atualmente existentes.

Parágrafo único. A não observância da norma contida neste artigo somente será permitida:

a) mediante redução equivalente em outro grupo, de modo a não haver aumento de despesas; ou

b) em casos excepcionais, devidamente justificados perante o órgão central do Sistema de Pessoal, se inviável a providência indicada na alínea anterior.

Art. 13. Observado o disposto na Seção VIII da Constituição e em particular, no seu artigo 97, as formas de provimento de cargos, no Plano de Classificação decorrente desta lei, serão estabelecidas e disciplinadas mediante normas regulamentares específicas, não se lhes aplicando as disposições, a respeito, contidas no Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis da União.

Art. 14. O atual Plano de Classificação de Cargos do Serviço Civil do Poder Executivo, a que se refere a Lei número 3.780, de 12 de julho de 1960 e legislação posterior, é considerado extinto, observadas as disposições desta lei.

Parágrafo único. À medida que fôr sendo implantado o novo Plano, os cargos remanescentes de cada categoria, classificados conforme o sistema de que trata este artigo, passarão a integrar Quadros Suplementares e, sem prejuízo das promoções e acesso que couberem, serão suprimidos, quando vagarem.

Art. 15. Para efeito do disposto no artigo 108, § 1º da Constituição, as diretrizes estabelecidas nesta lei, inclusive o disposto no artigo 14 e seu parágrafo único, se aplicarão à classificação dos cargos do Poder Legislativo, do Poder Judiciário, dos Tribunais de Contas da União e do Distrito Federal, bem como à classificação dos cargos dos Territórios e do Distrito Federal.

Art. 16. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 10 de dezembro de 1970; 149º da Independência e 82º da República.

EMÍLIO G. MÉDICI, *Alfredo Buzaid, Adalberto de Barros Nunes, Orlando Geisel, Mário Gibson Barboza, Antônio Delfim Netto, Mário David Andreazza, L. F. Cirne Lima, Jarbas G. Passarinho, Júlio Barata, Márcio de Souza e Mello, F. Rocha Lagôa, Marcus Vinícius Pratini de Moraes, Antônio Dias Leite Júnior, João Paulo dos Reis Velloso, José Costa Cavalcanti, Hygino C. Corsetti*

**ANEXO 13: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2236 FISIOTERAPEUTAS**



## Relatório da Família

Código	Títulos
2236	Fisioterapeutas

### Títulos

2236-05 - FISIOTERAPEUTA GERAL

2236-25 - FISIOTERAPEUTA RESPIRATÓRIA

2236-30 - FISIOTERAPEUTA NEUROFUNCIONAL

2236-35 - FISIOTERAPEUTA TRAUMATO-ORTOPÉDICA FUNCIONAL

2236-40 - FISIOTERAPEUTA OSTEOPATA

2236-45 - FISIOTERAPEUTA QUIROPRAIXISTA

2236-50 - FISIOTERAPEUTA ACUPUNTURISTA

2236-55 - FISIOTERAPEUTA ESPORTIVO

2236-60 - FISIOTERAPEUTA DO TRABALHO

### Descrição sumária

Aplicam técnicas fisioterapêuticas para prevenção, readaptação e recuperação de pacientes e clientes. Atendem e avaliam as condições funcionais de pacientes e clientes utilizando protocolos e procedimentos específicos da fisioterapia e suas especialidades. Atuam na área de educação em saúde através de palestras, distribuição de materiais educativos e orientações para melhor qualidade de vida. Desenvolvem e implementam programas de prevenção em saúde geral e do trabalho. Gerenciam serviços de saúde orientando e supervisionando recursos humanos. Exercem atividades técnico-científicas através da realização de pesquisas, trabalhos específicos, organização e participação em eventos científicos.

### Formação e experiência

Para o exercício dessas ocupações é exigido curso superior na área de fisioterapia, com registro no conselho profissional pertinente.

### Condições gerais de exercício

Trabalham nas áreas de saúde, de educação e de serviços sociais, em caráter liberal e/ou com vínculo empregatício ou ainda na prestação de serviços terceirizados, de forma individual ou em equipes multiprofissionais. Atuam em consultórios, hospitais, ambulatórios clínicas, escolas, domicílios, clubes, comunidades, escolas e indústrias, em ambientes fechados ou abertos, em horários diurnos e noturnos. Podem permanecer em posições desconfortáveis por longos períodos ou ser expostos a elementos biopatogênicos.

### Esta família não compreende

### Consulte

### Código internacional CIUO88

2229 - Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo

## Notas

Norma regulamentadora: decreto-lei nº 938, de 13 de outubro de 1969 - prevê sobre as profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências. Lei nº 6.316, de 17 de dezembro de 1975 - cria o conselho federal e os conselhos regionais de fisioterapia e terapia ocupacional e dá outras providências. \*Alteração: lei nº 9.098/95. Lei nº 6.965, de 09 de dezembro de 1981 - dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo e determina outras providências.

## Gacs

### A - APLICAR AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA FISIOTERAPÊUTICA

- A.1 - Montar equipamentos
- A.2 - Testar equipamentos
- A.3 - Operar equipamentos, materiais e dispositivos
- A.4 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para distúrbios vasculares
- A.5 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para distúrbios músculo-esqueléticos
- A.6 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para distúrbios respiratórios
- A.7 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para distúrbios neurofuncionais
- A.8 - Aplicar técnicas quiropráticas
- A.9 - Aplicar técnicas da medicina tradicional chinesa e acupuntura
- A.10 - Aplicar técnicas osteopáticas
- A.11 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para neonatologia
- A.12 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas uro-obstetra-ginecológicas
- A.13 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas dermato-funcionais
- A.14 - Aplicar técnicas fisioterapêuticas para distúrbios cardíacos
- A.15 - Realizar condicionamento cardiorrespiratório
- A.16 - Aplicar ventilação não invasiva
- A.17 - Realizar desmame ventilatório e extubação
- A.18 - Recondicionar atleta de alto rendimento
- A.19 - Determinar condições de performance esportiva

### B - ATENDER CLIENTES E PACIENTES

- B.1 - Identificar potencialidades dos clientes e pacientes
- B.2 - Desenvolver habilidades dos clientes e pacientes
- B.3 - Selecionar equipamentos e materiais
- B.4 - Criar instrumentos de facilitação
- B.5 - Adaptar instrumentos de facilitação
- B.6 - Prescrever órteses, próteses e adaptações
- B.7 - Capacitar clientes e pacientes a usar órteses, próteses e adaptações
- B.8 - Readaptar clientes e pacientes nas avd (atividades de vida diária) nas avde (atividades de vida diária/esportiva)
- B.9 - Acompanhar evolução clínica
- B.10 - Reorientar conduta terapêutica
- B.11 - Ensinar técnicas para independência funcional
- B.12 - Restaurar funções neuro-sensório-cognitivo-motoras
- B.13 - Restaurar função articular e visceral
- B.14 - Gerenciar ventilação mecânica
- B.15 - Reeducação função respiratória
- B.16 - Reeducação postura
- B.17 - Reeducação marcha
- B.18 - Dar alta a clientes e pacientes
- B.19 - Prestar consultoria

### C - AVALIAR CLIENTES E PACIENTES

- C.1 - Aplicar critérios de elegibilidade
- C.2 - Avaliar qualidade de vida
- C.3 - Avaliar funções músculo-esqueléticas
- C.4 - Avaliar funções tegumentares
- C.5 - Avaliar funções sensório-perceptivas e de dor
- C.6 - Avaliar funções cinética-funcionais

C.7 - Avaliar funções neuro-sensório-cognitivo-motoras

C.8 - Avaliar funções respiratórias

C.9 - Avaliar funções cardíacas

C.10 - Avaliar funções articulares e viscerais

C.11 - Avaliar funções neuro-vegetativas

C.12 - Avaliar órteses, próteses e adaptações

C.13 - Avaliar constituição física e tipológica

C.14 - Realizar avaliação acupuntural

C.15 - Avaliar condições ergonômicas

C.16 - Avaliar complexos de sub-luxações

C.17 - Avaliar disfunções de micro movimentos e instabilidades

C.18 - Identificar alterações energéticas funcionais

C.19 - Avaliar qualidade de vida no trabalho

C.20 - Avaliar testes funcionais do paciente sobre o cavalo

C.21 - Detectar bebês em risco de desenvolvimento neuro-psico-motor em cti neonatal

## D - ESTABELECER DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO

D.1 - Coletar dados dos clientes e pacientes (anamnese)

D.2 - Solicitar exames complementares

D.3 - Interpretar exames complementares

D.4 - Estabelecer prognóstico

D.5 - Prescrever terapêutica

D.6 - Estabelecer nexos de causa cinesiológica funcional ergonômica

D.7 - Estabelecer nexos de causa cinesiológica funcional energética

D.8 - Estabelecer nexos de causa cinesiológica funcional visceral

D.9 - Estabelecer nexos de causa cardiológico e vascular

D.10 - Estabelecer nexos de causa traumo-ortopédico

D.11 - Estabelecer nexos de causa respiratória

D.12 - Estabelecer nexos de causa neuro-funcional

D.13 - Estabelecer nexos de causa dermato-funcional

D.14 - Estabelecer nexos de causa quiroprático

D.15 - Estabelecer nexos de causa osteopático

D.16 - Estabelecer nexos de causa acupuntural

D.17 - Encaminhar clientes e pacientes a outros profissionais

## E - PLANEJAR ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

E.1 - Definir objetivos

E.2 - Definir estratégias

E.3 - Definir condutas e procedimentos

E.4 - Definir frequência e tempo da intervenção

E.5 - Definir indicadores epidemiológicos e índices de acidentes e incidentes

E.6 - Selecionar pontos de acupuntura

E.7 - Ordenar pontos de acupuntura

E.8 - Selecionar micro-sistemas

E.9 - Preparar programas de atividades físicas funcionais

E.10 - Participar na elaboração de programas de qualidade de vida

E.11 - Orçar serviços, equipamentos e materiais

## F - IMPLEMENTAR AÇÕES DE INTERVENÇÃO

F.1 - Interpretar indicadores epidemiológicos e índices de acidentes e incidentes

F.2 - Implementar ações de conscientização, correção e concepção

F.3 - Analisar fluxo de trabalho

F.4 - Prestar assessoria

F.5 - Adequar condições de trabalho às habilidades do trabalhador

F.6 - Adequar fluxo de trabalho

F.7 - Adequar ambiente de trabalho

F.8 - Adequar posto de trabalho

- F.9 - Programar pausas compensatórias
- F.10 - Organizar rodízios de tarefas
- F.11 - Promover melhora de performance morfo-funcional
- F.12 - Reintegrar trabalhador ao trabalho
- F.13 - Aplicar ginástica laboral
- F.14 - Reavaliar estratégias de intervenção

#### G - EDUCAR EM SAÚDE

- G.1 - Propor mudanças de hábito de vida
- G.2 - Orientar clientes, pacientes, familiares e cuidadores
- G.3 - Desenvolver material educativo
- G.4 - Organizar grupos de educação
- G.5 - Ministras palestras e cursos
- G.6 - Ensinar modo operatório laboral
- G.7 - Corrigir modo operatório laboral
- G.8 - Implementar cultura ergonômica
- G.9 - Ensinar procedimentos para mobilidade independente e semi dependente
- G.10 - Participar da elaboração de políticas públicas de saúde
- G.11 - Participar da implementação das políticas públicas em saúde
- G.12 - Desenvolver programas preventivos e de promoção em saúde

#### H - GERENCIAR SERVIÇOS DE SAÚDE

- H.1 - Adaptar ambiente ao tratamento
- H.2 - Adaptar estruturas aos pacientes e clientes
- H.3 - Estipular equipamentos e materiais de uso padrão
- H.4 - Coordenar equipes
- H.5 - Supervisionar equipes
- H.6 - Identificar indicadores de desempenho
- H.7 - Emitir pareceres técnico-administrativos
- H.8 - Especificar capacidade de atendimento
- H.9 - Elaborar critérios de elegibilidade
- H.10 - Estabelecer parâmetros de alta
- H.11 - Elaborar projetos
- H.12 - Elaborar processos seletivos
- H.13 - Avaliar processos seletivos
- H.14 - Supervisionar estágios
- H.15 - Analisar custos
- H.16 - Mediar reuniões clínicas

#### I - EXERCER ATIVIDADES TÉCNICO-CIENTÍFICAS

- I.1 - Participar de discussão técnica interdisciplinar
- I.2 - Coordenar grupos de estudos
- I.3 - Realizar pesquisa prática
- I.4 - Participar de eventos técnico-científicos
- I.5 - Apresentar trabalhos técnico-científicos
- I.6 - Organizar eventos técnico-científicos
- I.7 - Elaborar protocolo de avaliação e tratamento

#### J - TRABALHAR COM SEGURANÇA

- J.1 - Usar epi
- J.2 - Identificar situações de risco
- J.3 - Minimizar riscos
- J.4 - Avaliar conformidade dos materiais
- J.5 - Descartar materiais contaminados
- J.6 - Realizar desinfecção de instrumental
- J.7 - Descartar material perfuro-cortante
- J.8 - Selecionar cavalo para terapia

## Y - COMUNICAR-SE

Y.1 - Registrar procedimentos e evolução de clientes e pacientes

Y.2 - Orientar profissionais da equipe de trabalho

Y.3 - Emitir relatórios

Y.4 - Emitir pareceres técnicos

Y.5 - Emitir atestados

Y.6 - Emitir laudos denexo de causa laboral

Y.7 - Emitir laudo técnico-funcional

Y.8 - Solicitar manutenção de equipamentos

Y.9 - Solicitar reposição de materiais

## Z - DEMONSTRAR COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Z.1 - Estimular adesão e continuidade do tratamento

Z.2 - Demonstrar perseverança

Z.3 - Demonstrar equilíbrio emocional

Z.4 - Trabalhar em equipe

Z.5 - Transmitir segurança

Z.6 - Demonstrar criatividade

Z.7 - Lidar com público

Z.8 - Demonstrar habilidade de comunicação

Z.9 - Contornar situações adversas

Z.10 - Demonstrar dinamismo

Z.11 - Demonstrar habilidade manual

Z.12 - Demonstrar capacidade motora fina

Z.13 - Demonstrar capacidade de observação

Z.14 - Demonstrar capacidade de percepção

Z.15 - Demonstrar habilidade para lidar com cavalo

Z.16 - Demonstrar iniciativa

## **Recursos de trabalho**

Dinamômetro

Crômetro

Estetoscópio

Eletromiógrafo de superfície

Dispositivos respiratórios

Aparelhos de ventilação mecânica

Agulhas

Moxa

Esfigmomanômetro

Ferramentas de avaliação biomecânica

Activador

Aparelhos de cinesiomecanoterapia

Aparelhos eletrofototerapia ultrassônicos

Epi

Fita métrica

Tábua ortostática

Rampas

Bola e rolo bobath

Espaldar

Bicicleta ergométrica

Esteira

Frequencímetro

Tatâme

Escadas

Barras paralelas

Máscaras de ventilação

Eletroneuramiógrafo

Bastões

Flexímetro

Podoscópio

Estadiômetro

Macas

Equip de registro de imagens

Equipamentos de avaliação

Discos de propriocepção

Cama elástica

Goniômetro

## **Ocupações e seus Recursos**

**Fisioterapeuta geral**

**Fisioterapeuta respiratória**

**Fisioterapeuta neurofuncional**

**Fisioterapeuta traumato-ortopédica funcional**

**Fisioterapeuta osteopata**

**Fisioterapeuta quiropraxista**

**Fisioterapeuta acupunturista**

**Fisioterapeuta esportivo**

## Fisioterapeuta do trabalho

### Participantes da descrição

#### Especialistas

Adriana Luciana Moreno Camargo

Alceu Eduardo Indalencio Furtado

Alexandre Almeida De Andrade Freire

Alison Alfred Klein

Andréa Regina Ferreira De Oliveira

Anna Christina Boari Rosa

Atilio Mauro Suarti

Carla Elaine Laurienzo

Carlos Eduardo Panfílio

Deise Ulanin

Eduardo Henrique Castrioto De Cunto

Eloísa Aparecida Nelli

Gracimar Alvares Bueno

Gracinda Rodrigues Tsukimoto

Heloísa Moreira Monroy

Henrique Hortêncio Neto

Inês Yoshie Nakashima

Isabel Nigohosian

Jean Luis De Souza

João Álvaro De Moraes Felipe

Lucy Mara Silva Baú

Marcelo Sidney Gonçalves

Marcos Lisboa Neves

Maria Amélia Rodrigues

Maria Cristina Blanco Struffaldi

Maria Cristina Zimmermann

Maria De Jesus Gonçalves

Maria Inês Nacarato

Maristela Trevisan Cunha

Mariza Loos Pfeiffer

Marlene Gomes Esteves

Mary Da Silva Profeta

Mônica Rossalia Silva Porto

Nelza Maria Gonçalves

Oseas Florêncio De Moura Filho

Rebeca De Barros Santos

Regina Célia Turola Passos Juliani

Ricardo Sasaki

Rossana Midori Kagohara Kuroiwa

Sonia Aparecida Manacero

Thaís Bertassi

Viviam Kazue Ando Vianna Secin

#### Instituições

Abrafiq Associação Brasileira De Fisioterapeutas Quiropraxistas

Associação Brasileira Beneficente De Reabilitação Abbr

Centro Oftalmológico Barra Square

Centro Universitário São Camilo

Clube Hípico De Santo Amaro

Clínica Interdisciplinar De Equoterapia

Conselho Federal De Fisioterapia E Terapia Ocupacional (Coffito)

Conselho Regional De Fisioterapia

Departamento De Educação Especial Da Universidade Estadual Paulista (Dee-unesp-marília)

Divisão De Medicina De Reabilitação Do Hospital Das Clínicas Da Faculdade De Medicina Da Universidade De

Dux Acupuncture Produtos Para Acupuntura Ltda

Fisiopraxis Fisioterapia Ltda

Fisioterapia Adriana Moreno S/c Ltda.

Fisiotrab Ergonomia Saúde E Segurança No Trabalho Ltda

Hospital A. C. Camargo

Hospital De Reabilitação De Anomalias Craniofaciais Da Universidade De São Paulo (Hrac)

Instituto Benjamim Constant

Instituto Brasileiro De Medicina E Reabilitação

Instituto Da Criança Do Hospital Das Clínicas Fmusp

Instituto Mineiro De Estudos Sistêmicos - Unisaúde

LARAMARA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AO DEFICIENTE VISUAL

Ministério Da Previdência E Assistência Social

Nucleo De Desenv. Terapêutico Integrado/uniban

Olhos Barra Clínica Ltda.

Prefeitura Municipal De São Paulo

Prefeitura Municipal De São Paulo - Unidade Básica De Saúde Do Parque Araribá

Secretaria De Estado Da Saúde De Santa Catarina

Sefit Serviços Especializados De Fisioterapia Do Trabalho Ltda

Sinfísio Serviço Integrado De Fisioterapia Ltda

São Paulo Futebol Clube

Unicid - Universidade Cidade De São Paulo

Unidade De Fisioterapia De Paulínea

### **Instituição conveniada responsável**

Fundação Instituto De Pesquisas Econômicas - Fipe - Usp

### **Glossário**

Sensório-motor: movimento e sensação Percepto-cognitivo: percepção e inteligência Tecnologia assistiva: equipamentos tecnológicos que facilitam o acesso a outros equipamentos (adaptações) Táctil-cinestésica: tato e movimento Prótese: substituição de membro ou função Órtese: auxilia a função Adaptação: dispositivo que facilita o desempenho de uma função Devolutiva: explicação ou retorno dos resultados de uma avaliação dada ao cliente Dermato-funcional: lesões dermatológicas que alteram a função de órgãos ou sistemas (exemplo: queimaduras) Assistência ventilatória: recursos para suporte respiratório Guia vidente: pessoa que auxilia o deficiente Plano terapêutico: projeto de trabalho traçado Eletroneuromiografia: exame para avaliar o potencial elétrico muscular Recursos terapêuticos termoterápicos (calor e frio), hidroterápicos (água), cinesioterápicos (movimentos), eletroterápicos (impulsos elétricos), sonidoterápicos (som), fototerápicos (luz), aeroterápicos (oxigênio).



**ANEXO 14: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2239 TERAPEUTAS OCUPACIONAIS E  
ORTOPTISTAS**

## Relatório da Família

Código	Títulos
2239	Terapeutas ocupacionais e ortoptistas

### Títulos

2239-05 - TERAPEUTA OCUPACIONAL

2239-10 - ORTOPTISTA

### Descrição sumária

Realiza intervenções e tratamento de pacientes e clientes utilizando procedimentos específicos de terapia ocupacional e ortóptica. Avaliam funções e atividades; analisam condições dos pacientes e clientes; Realizam diagnósticos. Atuam na orientação de pacientes, clientes, familiares, cuidadores e responsáveis. Desenvolvem, ainda, programas de prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida.

### Formação e experiência

Para o exercício dessas ocupações é exigido curso superior em uma das áreas: terapia ocupacional ou ortóptica, com registros nos conselhos profissionais pertinentes.

### Condições gerais de exercício

Trabalham nas áreas de saúde, educação e serviços sociais, predominantemente em caráter liberal, no caso dos ortoptistas, e com vínculo empregatício, no caso dos terapeutas ocupacionais, na maior parte do tempo, em equipes multiprofissionais. Atuam em consultórios, hospitais, ambulatórios, clínicas, escolas, domicílios, clubes, comunidades, escolas, indústrias, dentre outros, em horários diurnos.

### Esta família não compreende

### Consulte

### Código internacional CIUO88

2229 - Médicos y profesionales afines (excepto el personal de enfermería y partería), no clasificados bajo

### Notas

### Gacs

A - REALIZAR INTERVENÇÕES/TRATAMENTO

A.1 - Eleger procedimentos de intervenções/tratamento

A.2 - Aplicar testes e protocolos

A.3 - Realizar procedimentos de habilitação e de reabilitação

A.4 - Ensinar procedimentos de orientação/mobilidade (dependente/semi-independente/independente)

A.5 - Ensinar técnicas de independência em a.v.d. e a.i.v.d.

A.6 - Ensinar técnicas de autonomia em atividade de vida diária (a.v.d.) e atividades instrumentais de vida diária (a.i.v.d.)

A.7 - Ensinar técnicas para uso funcional da visão

A.8 - Prescrever exercícios ortópticos

A.9 - Aplicar exercícios ortópticos

A.10 - Adaptar atividades

- A.11 - Prescrever atividades
- A.12 - Estimular desenvolvimento neuro-sensorio-motor e percepto-cognitivo
- A.13 - Estimular percepção tátil-cinestésica e músculo-esquelético
- A.14 - Estimular percepção visual precoce
- A.15 - Adaptar postura
- A.16 - Ensinar formas alternativas de comunicação
- A.17 - Estimular percepção espacial e visão binocular
- A.18 - Estimular percepção espacial e viso-motora
- A.19 - Reeducação postural
- A.20 - Implementar ações para prevenção e promoção da saúde
- A.21 - Prescrever órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos
- A.22 - Confeccionar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos
- A.23 - Adaptar órteses
- A.24 - Adaptar próteses, adaptações e produtos assistivos
- A.25 - Treinar auxílios de visão subnormal (lupa, telelupa, óculos esferoprismático, etc)
- A.26 - Treinar paciente na utilização de órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos
- A.27 - Preparar ambiente terapêutico
- A.28 - Aplicar estratégias para reabilitação psicossocial
- A.29 - Realizar medidas pré-cirúrgicas dos desvios oculares
- A.30 - Instrumentar cirurgia oftálmica
- A.31 - Aplicar terapias assistidas por animais
- A.32 - Organizar cotidiano de clientes
- A.33 - Coordenar atividades terapêuticas ocupacionais em grupo
- A.34 - Estimular habilidades sociais
- A.35 - Acompanhar clientes em atividades do cotidiano

## B - AVALIAR FUNÇÕES E ATIVIDADES

- B.1 - Avaliar funções neuro-musculo-esqueléticas
- B.2 - Avaliar funções sensório-motoras e percepto-cognitivas
- B.3 - Avaliar funções manuais
- B.4 - Avaliar funções do corpo
- B.5 - Avaliar funções psíquicas
- B.6 - Avaliar funções psicossociais
- B.7 - Avaliar funções óculo-motoras
- B.8 - Avaliar funcionalidade da visão residual
- B.9 - Avaliar atividades de vida diária (a.v.d.)
- B.10 - Avaliar atividades instrumentais de vida diária (a.i.v.d.)
- B.11 - Avaliar atividades sócio-ocupacionais
- B.12 - Avaliar condições para o desempenho ocupacional(trabalho, lazer, brincar, escola e ócio)
- B.13 - Avaliar percepção espacial, temporal e psicomotora
- B.14 - Avaliar habilidades e padrões motores
- B.15 - Avaliar ambientes físicos
- B.16 - Avaliar desvios oculares
- B.17 - Avaliar captor ocular
- B.18 - Aplicar tecnologias de medição sócio-ocupacional
- B.19 - Estabelecer plano terapêutico ortóptico
- B.20 - Estabelecer plano terapêutico ocupacional

## C - ANALISAR CONDIÇÕES DOS PACIENTES,CLIENTES, AMBIENTES E COMUNIDADES

- C.1 - Analisar resultados das avaliações
- C.2 - Analisar condições socioeconômicas, etno-culturais e educacionais
- C.3 - Mapear território
- C.4 - Efetuar anamnese
- C.5 - Sugerir exames complementares
- C.6 - Efetuar testes ortópticos e exames oftalmológicos complementares
- C.7 - Analisar exames complementares
- C.8 - Analisar avaliações de profissionais

- C.9 - Analisar critérios de elegibilidade
- C.10 - Encaminhar cliente a profissionais e entidades
- C.11 - Dar devolutiva da avaliação e conduta terapêutica
- C.12 - Realizar escuta qualificada (acolhimento)
- C.13 - Realizar avaliação ergonômica
- C.14 - Analisar atividades humanas
- C.15 - Analisar laudos e pareceres
- C.16 - Analisar ambientes

#### D - REALIZAR DIAGNÓSTICOS

- D.1 - Avaliar desenvolvimento neuro-psico-motor
- D.2 - Avaliar sensibilidade
- D.3 - Avaliar condições dolorosas
- D.4 - Avaliar motricidade geral (postura, marcha, equilíbrio)
- D.5 - Avaliar campo visual
- D.6 - Avaliar sistema e percepção sensorial-motor-ocular
- D.7 - Avaliar coordenação óculo manual e pedal
- D.8 - Avaliar órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos
- D.9 - Quantificar visão binocular
- D.10 - Identificar redes de suporte social
- D.11 - Avaliar aspectos afetivos, emocionais e sociais
- D.12 - Avaliar acuidade de leitura
- D.13 - Avaliar distúrbios da aprendizagem da linguagem oral, leitura e escrita
- D.14 - Avaliar percepção visuo-espacial
- D.15 - Avaliar integração sensorial
- D.16 - Avaliar acuidade visual
- D.17 - Avaliar amplitude dos movimentos oculares
- D.18 - Avaliar sensibilidade visual ao contraste
- D.19 - Avaliar aspectos cinético-funcionais
- D.20 - Realizar diagnóstico sócio-ocupacional
- D.21 - Avaliar impacto do adoecimento e da institucionalização

#### E - ORIENTAR PACIENTES, CLIENTES, FAMILIARES, CUIDADORES E RESPONSÁVEIS

- E.1 - Explicar procedimentos e rotinas
- E.2 - Demonstrar procedimentos e técnicas
- E.3 - Verificar compreensão da orientação
- E.4 - Esclarecer dúvidas
- E.5 - Visitar domicílios, escolas, postos de trabalho, instituições e comunidades
- E.6 - Orientar técnicas ergonômicas
- E.7 - Acompanhar evolução terapêutica
- E.8 - Estimular adesão e continuidade do tratamento
- E.9 - Elaborar processo de alta
- E.10 - Transmitir instruções à equipe multidisciplinar
- E.11 - Orientar terapia oclusiva

#### F - EXECUTAR ATIVIDADES TÉCNICO-CIENTÍFICAS E ADMINISTRATIVAS

- F.1 - Criar métodos de trabalho
- F.2 - Estabelecer metodologia de trabalho
- F.3 - Estabelecer critérios de elegibilidade
- F.4 - Coordenar serviços de cultura, de assistência social e de direitos humanos
- F.5 - Estabelecer parâmetros de alta
- F.6 - Estabelecer capacidade de atendimento
- F.7 - Mediar reuniões
- F.8 - Coordenar serviços de saúde e educação
- F.9 - Auditorar programas e serviços
- F.10 - Realizar perícia
- F.11 - Administrar recursos humanos, materiais e financeiros

- F.12 - Supervisionar profissionais, estagiários e equipes de apoio
- F.13 - Capacitar profissionais
- F.14 - Desenvolver órteses, próteses, adaptações e produtos assistivos
- F.15 - Participar do desenvolvimento de equipamentos de engenharia de reabilitação
- F.16 - Realizar pesquisas
- F.17 - Organizar eventos técnico-científicos
- F.18 - Participar de diagnósticos interdisciplinares diferenciais
- F.19 - Operar instrumentos e equipamentos de trabalho

#### Y - COMUNICAR-SE

- Y.1 - Interagir com outros profissionais
- Y.2 - Elaborar manuais técnico-administrativos e projetos
- Y.3 - Promover campanhas educativas
- Y.4 - Elaborar trabalhos científicos
- Y.5 - Elaborar relatórios
- Y.6 - Divulgar trabalhos
- Y.7 - Ministrando cursos e palestras
- Y.8 - Participar de programas de prevenção, promoção de saúde/qualidade de vida
- Y.9 - Elaborar protocolo de avaliação de tratamento
- Y.10 - Elaborar laudos e pareceres
- Y.11 - Realizar consultoria e assessoria
- Y.12 - Registrar procedimentos e evolução de clientes e pacientes

#### Z - DEMONSTRAR COMPETÊNCIAS PESSOAIS

- Z.1 - Demonstrar dinamismo
- Z.2 - Trabalhar em equipe
- Z.3 - Transmitir segurança
- Z.4 - Demonstrar liderança
- Z.5 - Tomar decisões
- Z.6 - Demonstrar perseverança
- Z.7 - Lidar com público
- Z.8 - Demonstrar objetividade
- Z.9 - Demonstrar capacidade de observação
- Z.10 - Contornar situações adversas
- Z.11 - Demonstrar criatividade
- Z.12 - Demonstrar capacidade de escuta e interlocução
- Z.13 - Demonstrar iniciativa
- Z.14 - Demonstrar empatia
- Z.15 - Demonstrar capacidade de análise e síntese
- Z.16 - Demonstrar capacidade de comunicação não verbal
- Z.17 - Demonstrar acuidade auditiva
- Z.18 - Demonstrar capacidade motora fina
- Z.19 - Demonstrar acuidade visual e estereoscópica
- Z.20 - Lidar com estresse
- Z.21 - Lidar com enlutamento

#### **Recursos de trabalho**

Recursos audiovisuais e de informática

Material lúdico, pedagógico, gráficos e expressivo

Instrumental próprio para avd e aivd

Instrumental específico para acupuntura

Recursos p/confecção e aplicação órteses/próteses

Brinquedos e jogos educativos e clínicos

Material estimulação sensorial, motora e cognitiva

Equipamentos/softwarewares p/ comunicação alternativa

Materiais para inclusão escolar

Mobiliário, equip. e dispositivos p/ reabilitação

Material para atividades artesanais/expressivas

Testes e protocolos específicos de avaliação

Equipamentos de proteção individual (epi)

Caixa de prismas

Tabela de avaliação de acuidade visual (snellen)

Tabela Avaliação Acuidade Visual (cartões Teller)

Lanterna e figura de acomodação longe e perto

Barra de prismas verticais e horizontais

Recursos ópticos e não ópticos de visão subnormal

Testes de avaliação da visão estereoscópica

Tabelas de avaliação da velocidade de leitura

Teste de visão de cores

Pá de cobertura

Tabela de avaliação de sensibilidade ao contraste

Equipamentos de biossegurança

Equip.de sala de atendimento clínico e terapêutico

Recursos p/confecção/aplicação adaptações avd/aivd

Recursos p/confecção e aplic. tecnologia assistiva

## **Ocupações e seus Recursos**

**Terapeuta ocupacional**

**Ortoptista**

## **Participantes da descrição**

### **Especialistas**

Aide Mitie Kudo

Andrea Pulchinelli Ferrari

Carla Andrea Hutner

Celina Tamaki

Danielle Dos Santos Cutrim Garros

Debora Galvani

Deise Ulanin

Eneida Soares Ribeiro

José Naum De Mesquita Chagas

João Álvaro De Moraes Felipe

Maria Aparecida Ferreira De Mello

Maria Cristina Blanco Struffaldi

Maria De Jesus Gonçalves

Maristela Pires Da Cruz Smith

Mariza Loos Pfeiffer

Marlene Gomes Esteves

Mary Da Silva Profeta

Nelza Maria Gonçalves

Raquel Aleixo

Regina Aparecida Rossetto Guzzo

Rosemyriam Cunha

### **Instituições**

Abrato

Centro Oftalmológico Barra Square

Centro Oftalmológico Barra Square

Centro Oftalmológico Pacaembu

Centro Universitário São Camilo

Centro Universitário São Camilo

Conselho Federal De Fonoaudiologia

Conselho Federal De Fonoaudiologia

Departamento De Educação Especial Da Universidade Estadual Paulista (Dee-unesp-marília)

Departamento De Educação Especial Da Universidade Estadual Paulista (Dee-unesp-marília)

Divisão De Políticas Públicas

Faculdades Metropolitanas Unidas - Fmu

Fofito

Hospital Israelita Albert Eistein - Hiae

Instituto Benjamim Constant

Instituto Benjamim Constant

Instituto Brasileiro De Medicina E Reabilitação

Instituto Brasileiro De Medicina E Reabilitação

Instituto Da Criança Do Hospital Das Clínicas Fmusp

Irmandade Santa Casa De Misericórdia De São Paulo

LARAMARA - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA AO DEFICIENTE VISUAL

Laramara - Associação Brasileira De Assistência Ao Deficiente Visual

Ministério Da Previdência E Assistência Social

Ministério Da Previdência E Assistência Social

Prefeitura Municipal De São Paulo - Unidade Básica De Saúde Do Parque Araribá

Prefeitura Municipal De São Paulo - Unidade Básica De Saúde Do Parque Araribá

### **Instituição conveniada responsável**

Fundação Instituto De Pesquisas Econômicas - Fipe - Usp

### **Glossário**

AVD - Atividade de Vida Diária

AIVD - Atividade Instrumental de Vida Diária

Acolhimento - Forma como o profissional recebe o indivíduo

Atividades Humanas - Tudo que é próprio do ser humano (brincar,lazer,trabalho,escola e ócio)

Escuta Qualificada - mesmo que "acolhimento"

**ANEXO 15: RELATÓRIO DA FAMÍLIA 2344 PROFESSORES DE CIÊNCIAS  
BIOLÓGICAS E DA SAÚDE DO ENSINO SUPERIOR**



## Relatório da Família

Código	Títulos
2344	Professores de ciências biológicas e da saúde do ensino superior

### Títulos

2344-05 - PROFESSOR DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DO ENSINO SUPERIOR

2344-10 - PROFESSOR DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO ENSINO SUPERIOR

2344-15 - PROFESSOR DE ENFERMAGEM DO ENSINO SUPERIOR

2344-20 - PROFESSOR DE FARMÁCIA E BIOQUÍMICA

2344-25 - PROFESSOR DE FISIOTERAPIA

2344-30 - PROFESSOR DE FONOAUDIOLOGIA

2344-35 - PROFESSOR DE MEDICINA - Professor de clínica cirúrgica (ensino superior), Professor de clínica médica (ensino superior)

2344-40 - PROFESSOR DE MEDICINA VETERINÁRIA

2344-45 - PROFESSOR DE NUTRIÇÃO

2344-50 - PROFESSOR DE ODONTOLOGIA

2344-55 - PROFESSOR DE TERAPIA OCUPACIONAL

2344-60 - PROFESSOR DE ZOOTECNIA DO ENSINO SUPERIOR

### Descrição sumária

Ministram atividades didáticas; preparam aulas teóricas e práticas para disciplinas das ciências biológicas e da saúde, do ensino superior; planejam cursos; realizam atividades de extensão e divulgam produção acadêmica. Orientam e avaliam alunos; participam da administração universitária; avaliam disciplinas e cursos; comunicam-se oralmente e por escrito. Podem desenvolver pesquisas.

### Formação e experiência

Essas ocupações são exercidas por pessoas com formação superior, em geral complementada por especialização, mestrado, doutorado e pós-doutorado. Nas universidades públicas o acesso é por concurso.

### Condições gerais de exercício

Os profissionais dessa família ocupacional exercem suas funções em instituições cujas atividades relacionam-se ao ensino e à pesquisa e desenvolvimento. São empregados na condição de trabalhadores assalariados, com carteira assinada. Organizam-se em equipe de trabalho multidisciplinar; atuam com supervisão ocasional, em ambientes fechados e, geralmente, no período diurno. Em algumas ocupações os profissionais podem desenvolver suas atividades sob pressão, levando-as à situação de estresse; podem permanecer em posições desconfortáveis durante períodos de tempo e, ainda, podem estar expostos à ação de materiais tóxicos, radiação e ruído intenso.

### Esta família não compreende

2211 - Biólogos e afins

2232 - Cirurgiões-dentistas

### Consulte

2211 - Biólogos e afins

2232 - Cirurgiões-dentistas

## **Código internacional CIUO88**

2310 - Professores de universidades y otros establecimientos de la enseñanza superior

### **Notas**

No mercado de trabalho é comum ocorrerem casos de profissionais que exercem, concomitantemente, funções de professor universitário e pesquisador. Para codificá-los, considerar as atividades principais.

### **Gacs**

#### **A - MINISTRAR ATIVIDADES DIDÁTICAS**

A.1 - Ministras aulas práticas

A.2 - Ministras aulas expositivas

A.3 - Ministras atividades de campo

A.4 - Coordenar seminários e grupos de discussão

A.5 - Supervisionar estágios curriculares

A.6 - Instruir alunos na formação de atitudes

A.7 - Instruir alunos em técnicas especiais

A.8 - Esclarecer dúvidas

#### **B - ORIENTAR ALUNOS**

B.1 - Orientar alunos em procedimentos de metodologia científica

B.2 - Orientar percurso acadêmico do aluno

B.3 - Orientar execução de tarefas

B.4 - Orientar elaboração de projetos e textos científicos

B.5 - Ensinar métodos e técnicas de pesquisa

B.6 - Orientar sobre utilização de fontes de pesquisa

B.7 - Orientar sobre utilização de equipamentos e materiais

B.8 - Orientar atividades de estágios, pesquisas e monitorias

B.9 - Estimular desenvolvimento de competências e habilidades profissionais

B.10 - Estimular realização de trabalhos em grupo

B.11 - Estimular desenvolvimento de conduta ética

B.12 - Estimular atitude crítica

B.13 - Estimular auto-aprendizado

#### **C - PREPARAR AULAS TEÓRICAS E PRÁTICAS**

C.1 - Elaborar cronograma de atividades

C.2 - Selecionar conteúdo

C.3 - Atualizar literatura

C.4 - Selecionar metodologia de ensino

C.5 - Preparar material didático

#### **D - AVALIAR ALUNOS, DISCIPLINAS E CURSOS**

D.1 - Participar de bancas de seleção, qualificação e titulação

D.2 - Definir critérios e calendário de avaliação

D.3 - Preparar avaliações

D.4 - Corrigir trabalhos acadêmicos

D.5 - Registrar frequência de aluno

D.6 - Divulgar resultados de avaliação

D.7 - Discutir avaliação com aluno

D.8 - Revisar avaliações

D.9 - Registrar resultados de avaliações

D.10 - Analisar processo de avaliação

## E - PLANEJAR CURSOS

- E.1 - Identificar demanda de mercado
- E.2 - Definir perfil de profissional de conclusão
- E.3 - Definir objetivos de cursos
- E.4 - Definir elenco de disciplinas
- E.5 - Elaborar ementas
- E.6 - Identificar pré-requisitos
- E.7 - Definir carga horária
- E.8 - Definir bibliografia
- E.9 - Estabelecer número de vagas
- E.10 - Constituir corpo docente
- E.11 - Elaborar proposta de criação de curso
- E.12 - Defender aprovação de cursos em instâncias pertinentes
- E.13 - Propor convênios
- E.14 - Coordenar implantação de cursos
- E.15 - Propor alterações em estrutura curricular

## F - DESENVOLVER PESQUISAS

- F.1 - Coordenar pesquisa
- F.2 - Revisar literatura
- F.3 - Elaborar projetos
- F.4 - Estabelecer metodologia de pesquisa
- F.5 - Providenciar aprovação junto ao comitê de ética em pesquisa
- F.6 - Captar recursos materiais e financeiros
- F.7 - Constituir equipe de pesquisa
- F.8 - Treinar equipe de pesquisa
- F.9 - Gerenciar recursos das pesquisas
- F.10 - Supervisionar experimentos
- F.11 - Coletar dados
- F.12 - Analisar dados
- F.13 - Preparar apresentação de resultados
- F.14 - Coordenar eventos científicos
- F.15 - Participar de eventos científicos
- F.16 - Estabelecer intercâmbio científico
- F.17 - Coordenar missões científicas
- F.18 - Executar consultoria 'ad hoc'
- F.19 - Integrar corpo editorial de revistas
- F.20 - Desenvolver equipamentos e materiais
- F.21 - Adaptar equipamentos e materiais

## G - DIVULGAR PRODUÇÃO ACADÊMICA

- G.1 - Redigir textos didáticos, científicos e técnicos
- G.2 - Redigir relatórios técnicos, científicos e boletins
- G.3 - Redigir boletins
- G.4 - Preparar documentação científica
- G.5 - Produzir materiais iconográficos e ilustrativos
- G.6 - Revisar textos
- G.7 - Submeter textos para publicação
- G.8 - Compor apresentação final de publicações
- G.9 - Obter financiamento para publicação
- G.10 - Proferir palestras e conferências
- G.11 - Conceder entrevistas à mídia

## H - REALIZAR ATIVIDADES DE EXTENSÃO

- H.1 - Oferecer cursos
- H.2 - Prestar assessorias e consultorias
- H.3 - Prestar assistência hospitalar, ambulatorial e comunitária

H.4 - Organizar campanhas e programas de saúde e meio-ambiente

H.5 - Integrar equipes multidisciplinares de intervenção ambiental e comunitárias

H.6 - Implementar ações educativas e preventivas

H.7 - Integrar equipes de órgãos externos à instituição de ensino

H.8 - Difundir métodos, técnicas e produtos, junto à comunidade

#### I - PARTICIPAR DA ADMINISTRAÇÃO UNIVERSITÁRIA

I.1 - Definir políticas acadêmicas

I.2 - Coordenar laboratórios de ensino e pesquisa

I.3 - Participar da administração de hospitais universitários, ambulatórios, clínicas e outros (laboratório de análise)

I.4 - Participar da administração de biotérios, museus, fazendas e outros

I.5 - Chefiar departamento

I.6 - Coordenar projetos institucionais

I.7 - Participar de órgãos colegiados

I.8 - Presidir órgãos colegiados

I.9 - Coordenar disciplinas

I.10 - Exercer curadoria de coleções

I.11 - Elaborar relatórios acadêmico-administrativos

I.12 - Participar de comissões

I.13 - Elaborar pareceres diversos

I.14 - Integrar direção de associações científicas e profissionais

I.15 - Participar de bancas de concursos

#### Y - COMUNICAR-SE

Y.1 - Expressar-se por escrito

Y.2 - Interpretar mensagens orais (compreensão oral)

Y.3 - Expressar-se oralmente

Y.4 - Argumentar com clareza e consistência

Y.5 - Partilhar conhecimento

Y.6 - Liderar pessoas

Y.7 - Trabalhar em grupo

Y.8 - Demonstrar capacidade de motivação

Y.9 - Interpretar mensagens escritas (compreensão escrita)

#### Z - DEMONSTRAR COMPETÊNCIAS PESSOAIS

Z.1 - Agir com disciplina

Z.2 - Demonstrar capacidade de organização

Z.3 - Agir com senso crítico

Z.4 - Demonstrar capacidade de síntese

Z.5 - Demonstrar capacidade de análise

Z.6 - Ter visão global

Z.7 - Demonstrar criatividade

### **Recursos de trabalho**

Publicações

Equipamentos médicos

Drogas, reagentes e vidraria

Manequins

Equipamentos de ginástica

Eq. de informática, softwares e acesso à Internet

Veículos locomotores

Equipamentos aplicados à biologia molecular

Equipamentos de biosegurança

Equipamentos de fisioterapia

Equipamentos para trabalho de campo

Peças anatômicas

Equipamentos cirúrgicos

Animais de laboratório

Equipamentos hospitalares e odontológicos

Equipamentos de enfermagem

Equipamentos de microscopia

Equipamentos audiovisuais

Equipamentos para audiometria

Equipamentos de diagnóstico

Equipamentos para análises físico-químicas

## **Ocupações e seus Recursos**

**Professor de ciências biológicas do ensino superior**

**Professor de educação física no ensino superior**

**Professor de enfermagem do ensino superior**

**Professor de farmácia e bioquímica**

**Professor de fisioterapia**

**Professor de fonoaudiologia**

**Professor de medicina**

**Professor de medicina veterinária**

**Professor de nutrição**

**Professor de odontologia**

**Professor de terapia ocupacional**

## **Participantes da descrição**

### **Especialistas**

Adelson Luiz Araújo Tinoco

Ana Luíza Amorim Teixeira Da Silva

Arsênio Sales Peres

Celeste Maria Martins Cabral

Elizabeth Spangler Andrade Moreira

Janetti Nogueira Francischi

José Antônio Obeid

Marcelo Miranda E Silva

Margaret Teixeira Lima Fernandes

Maria Cristina De Oliveira Silva

Maria Isabel Garcez Ghirardi

Maria Rita Scotti Muzzi M. Leitão

Robson De Barros Rossoni

Rocksane De Carvalho Norton

Vania Azevedo Travassos

Zélia Maria Oliveira Falcão

### **Instituições**

Departamento De Matemática Do Instituto De Ciências Exatas Da Ufmg

Faculdade De Odontologia Da Usp

Instituto Metodista Izabela Hendrix

Pontifícia Universidade Católica De Minas Gerais (Puc-mg)

Puc Minas / Faculdade De Odontologia

Ufmg / Departamento De Terapia Ocupacional

Ufmg / Escola De Enfermagem

Ufmg / Faculdade De Medicina

Ufmg / Instituto De Ciências Biológicas

Universidade De São Paulo (Usp)

Universidade Federal De Viçosa

### **Instituição conveniada responsável**

Centro De Desenvolvimento E Planejamento Regional - Cedeplar - Fundep - Ufmg

## **Glossário**

1) Ad hoc (Latim): para isso, para esse caso. Designado por se tratar de perito, para executar determinada tarefa. 2) Biotério: viveiro de cobaias e outros animais empregados em experiências de laboratório, produção de soros, vacinas etc.