

Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira*

Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguiri^(a)
Abílio da Costa-Rosa^(b)

Shimoguiri AFDT, Costa-Rosa A. From moral treatment to the psychosocial care: occupational therapy in the aftermath of Brazilian psychiatric reform. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):845-56.

A Literature review about the process of building occupational therapy as a health science, mainly through its evolution in the field of mental health, discussing the status differences of its activities in classical Psychiatry and in the Brazilian Psychiatric Reform;. The analysis shows the shifts in the concept of health and the working tools of Occupational Therapy seeking to abandon the Hospital-centric medicalized Psychiatric Paradigm aiming towards the Psychosocial Care Paradigm.

Keywords: Occupational therapy. Brazilian psychiatric reform. Psychosocial care. Mental health.

A partir de uma revisão bibliográfica sobre a constituição da terapia ocupacional como ciência da saúde, sobretudo quanto à sua evolução na Saúde Mental, discutem-se as diferenças do estatuto das atividades na Psiquiatria clássica e na Reforma Psiquiátrica brasileira. Os resultados da pesquisa revelam as transformações quanto à concepção de saúde e aos meios de trabalho da Terapia Ocupacional, buscando-se abandonar o Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador com vias ao Paradigma Psicossocial.

Palavras-chave: Terapia ocupacional. Reforma psiquiátrica brasileira. Atenção Psicossocial. Saúde mental.

* Análises mais aprofundadas sobre a terapia ocupacional na Atenção Psicossocial foram feitas no trabalho de mestrado: "Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva"¹.

^(a) Terapeuta ocupacional. Rua José de Moraes, 20. Presidente Prudente, SP, Brasil. 19065 547. ashimoguiri@crefito3.org.br

^(b) Departamento de Psicologia Clínica, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (Unesp). Assis, SP, Brasil. abiliocr@assis.unesp.br

A constituição da terapia ocupacional (TO) parte de bases históricas, culturais, econômicas, éticas, políticas e conceituais; por isso, é necessário compreender o percurso sócio-histórico da profissão. Nesta direção, fizemos uma revisão bibliográfica sobre os fundamentos epistemológicos que influenciaram a identidade profissional e a evolução da TO na Saúde Mental, sobretudo, depois da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb).

Por considerarmos que o fazer atividades é uma das principais características das intervenções em TO, discutimos as diferenças quanto ao seu estatuto no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador e no Paradigma Psicossocial, para tecermos algumas considerações sobre as práticas de trabalho contemporâneas, desenvolvidas no âmbito da Saúde Mental, na Rede de Atenção Psicossocial.

O uso terapêutico da ocupação foi sistematizado enquanto campo do saber a partir do século XVIII, quando Pinel teorizou o Tratamento Moral, que assegurava a internação e o isolamento como a melhor resposta social para as tensões ocasionadas pela loucura². Pinel foi propulsor do alienismo e propôs que o trabalho mecânico rigorosamente executado era capaz de garantir a manutenção da saúde³. Constituindo-se, portanto, como uma terapêutica, a laborterapia era supostamente capaz de fazer o alienado mental voltar à racionalidade, por restabelecer-lhe hábitos saudáveis e reorganizar seu comportamento. Assim, a doença que causava contradições da razão e atitudes antissociais poderia ser combatida pela ocupação, pelo trabalho¹⁻⁴.

Em si mesmo, o trabalho possui uma força de coação superior a todas as formas de coerção física, uma vez que a regularidade das horas, as exigências da atenção e a obrigação de chegar a um resultado separam o doente de uma liberdade de espírito que lhe seria funesta e o engajam num sistema de responsabilidade³. (p. 529)

O Tratamento Moral firmou o trabalho como “eixo regulador das mazelas da sociedade”⁴ (p. 37). Acreditava-se que a laborterapia desempenhava uma função corretiva e disciplinar, sendo o principal recurso para a organização e manutenção do ambiente asilar, porque contrapunha-se ao ócio desorganizador⁴. Neste contexto, a ocupação, no seu aspecto de trabalho, passou a ter grande valorização social, e foi neste esteio que a TO consolidou-se como ciência na área da Saúde Mental.

[...] as atividades passam a ser utilizadas em procedimentos diagnósticos e a ser indicadas no tratamento de acordo com o diagnóstico dado ao paciente. Com a sistematização de tipos de trabalhos adequados a estados mórbidos buscava-se dar ares de ciência médica a essas práticas terapêuticas⁵. (p. 4)

Nos manicômios, a internação não seguia, necessariamente, uma racionalidade clínica, mas tinha caráter de limpeza social, era “reclusa toda a sorte de marginalizados, pervertidos, miseráveis, delinquentes e, dentre eles, os loucos”⁶ (p. 40). Em “A História da Loucura na Idade Clássica”, Foucault³ traz reflexões importantes sobre as condições que resultaram no período da “grande internação”, propondo que a mesma foi decorrente de uma crise econômica na Europa. Relata que as internações existiram “como medida econômica e precaução social”³ (p. 89).

O imperativo de manter-se ocupado associava-se não tanto ao tratamento psiquiátrico, mas à finalidade de extinguir a ociosidade e a mendicância, preocupantes num período de crise. Houve uma exigência financeira e moral para o trabalho⁴: “A valorização e dignificação do trabalho eram base para a construção de uma nova sociedade organizada em torno da produção capitalista que requeria a sujeição do ritmo da vida ao tempo da produção”⁵ (p. 4).

Castel⁷, ao fazer um paralelo entre a psiquiatria e o liberalismo no séc. XIX, considera que há relações estreitas entre o capitalismo e os movimentos alienistas, que há analogias entre a exploração do proletariado nas fábricas e do ‘louco’ nos asilos. Andrade⁴ considera que “o capitalismo consolidou hegemonias secularmente mantidas tanto na produção de riqueza, na exploração do trabalhador pelos donos do capital, quanto pela produção de teorias e técnicas de tratamento da doença mental” (p. 39).

Substituamos o 'indigente' por uma das múltiplas qualificações aplicadas hoje às diversas variedades de 'excluídos' de um sistema de exploração e normalização. Teremos a fórmula geral de uma política de assistência numa sociedade de classes, com o lugar marcado, também para todas as medicinas sociais ou mentais, passadas, presentes ou futuras. E também a chave da relação entre psiquiatria clássica e a problemática do trabalho⁷. (p. 141)

Dissimulando os interesses capitalistas, estabeleceu-se que o trabalho deveria ser a base dos tratamentos oferecidos nos asilos, já que a ocupação, dado seu adjetivo de produtividade, era terapêutica¹. Com efeito, o Tratamento Moral foi amplamente disseminado, e, mesmo depois de dois séculos da sua criação, continuou inspirando os tratamentos psiquiátricos do século XX. Nos Estados Unidos, na primeira metade dos anos 1900, Meyer desenvolveu um tratamento ocupacional, também chamado tratamento moral, baseado em ocupações de cunho ressocializantes que objetivavam alcançar a conduta adaptada ao social, consciência da realidade e o equilíbrio entre trabalho, lazer e ócio; avaliando-se o grau de consciência do 'doente' fazia-se a prescrição da ocupação adequada⁸.

Outrossim, na Alemanha, Simon adotou o trabalho para combater a inatividade e desenvolver a responsabilidade do 'doente mental'. Comparando o processo educacional dos doentes ao das crianças, fundamentou a "Terapia Ativa", baseada no escalonamento da ocupação: o trabalho era dividido em etapas com graus de dificuldades, a fim de que todos fossem mantidos ocupados, e, por conseguinte, a ordem no ambiente manicomial, garantida⁸. Simon deixou sugestões de que uma determinada atividade aliviava um determinado sintoma, fundamentando a ideia de que as atividades possuem um caráter curativo intrínseco e pontual. Schneider deu continuidade a este pensamento, desenvolvendo o programa "Ocupação Biológica", cuja premissa era: "atividades específicas escolhidas em função dos sintomas de cada doença ou síndrome"⁸ (p. 28).

No mesmo enquadramento, Slagle desenvolveu o programa "Treinamento de Hábitos", para adaptação social de indivíduos com distúrbios emocionais ou físicos; ela foi a introdutora da TO, e propunha que "a ocupação usualmente curativa serve para suplantiar alguns hábitos, modificar outros e construir novos, para que ao final, as reações a hábitos sejam favoráveis à restauração e manutenção da saúde"⁸ (p. 33).

Destarte, a TO se definiu enquanto profissão nas circunstâncias do retorno à filosofia do Tratamento Moral⁹. A primeira técnica foi registrada em 1917, objetivando a "ocupação de pacientes institucionalizados, tanto da área mental como da área física, com o propósito de promover seu retorno à sociedade"⁸ (p. 20) e, ainda, suprir os custos das internações, vistos que o que era produzido, por exemplo, produtos artesanais e agrícolas, era comercializado.

Chamamos a atenção para o fato de que, mesmo passados duzentos anos da psiquiatria pineliana, o uso das atividades continuava ligado de alguma forma às antigas instituições asilares do século XVIII, com a preponderância do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador¹⁰ e das lógicas alienantes, que desprezam a potência disruptiva e inventiva das atividades⁹ para utilizá-las como ferramentas de controle que produzem subjetividades serializadas¹. Nestes termos, sem uma análise crítica do que se pretende com o uso das atividades, quanto à ética e à política, é enorme o risco de se cair na repetição do instituído, na reprodução da alienação^{1,5}. Barros et al.¹¹ grifam que: "[...] a terapia ocupacional, utilizando-se acriticamente da atividade, estaria contribuindo para conservar e consolidar uma organização social que, ao mesmo tempo em que produz, segrega e pune todo um contingente de pessoas que escapam à sua ordem racional" (p. 97).

No Brasil, não foi nas instituições psiquiátricas que as terapêuticas ocupacionais alcançaram reconhecimento, mas, sim, nos programas de reabilitação profissional instituídos pelo governo Vargas, nos quais a TO consolidou-se enquanto prática especializada no tratamento dos acidentados de trabalho, dos pacientes crônicos e dos deficientes sensoriais e físicos^{9,12}. Com a evolução da Ciência Moderna¹³, extremamente positivista, os terapeutas ocupacionais brasileiros afeiçoaram-se ao biologismo¹⁴, sendo incorporados ao quadro profissional dos serviços especializados em reabilitação física e tecnologia¹⁵.

As atividades terapêuticas eram analisadas sistematicamente em suas possibilidades de ação, relativas ao diagnóstico médico e às funções lesadas. Elas eram selecionadas, graduadas e estruturadas em etapas de complexidade crescente e seu exercício repetitivo promovia a completa recuperação funcional ou a minimização das seqüelas motoras. Na ocorrência de seqüelas, os pacientes eram treinados para readaptação nas atividades da vida diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal...) e, quando possível, preparados para o retorno ao trabalho produtivo. Esgotadas as possibilidades funcionais do paciente, o médico (não o terapeuta ocupacional ou outro profissional) prescrevia a "alta" ou o desligamento do programa de reabilitação¹⁵. (p. 81)

O primeiro curso técnico de TO foi criado em 1959, voltado para a Reabilitação Física¹⁵; paramentados pelo paradigma flexneriano¹⁶, em que o funcionamento do corpo humano é comparado ao de uma máquina e as doenças são tratadas por uma etiologia exclusivamente fisiológica, os programas terapêuticos ocupacionais centravam-se nas afecções orgânicas¹⁵.

[...] a formação era restrita e específica das profissões técnicas de reabilitação (eminentemente clínica, referente à sintomatologia, à intervenção médica específica, aos princípios de indicação terapêutica etc.), sendo a Terapia Ocupacional responsável somente por membros superiores e pelas técnicas em atividades de vida diária".¹⁴ (p. 34)

Durante dez anos, a TO esteve submissa ao ato médico, pois surgiu, primeiramente, como subdisciplina pautada na medicina¹⁴, de maneira que os terapeutas ocupacionais eram meros reprodutores da lógica de trabalho da gestão médica; as atividades eram prescritas pelos médicos e apenas administradas pelos terapeutas ocupacionais¹⁵. Em decorrência da tecnificação do trabalho e do conhecimento nas sociedades capitalistas⁹, em 1969 a formação em TO ascendeu ao nível Superior.

Mesmo com a emancipação da medicina – já que a TO tornou-se um curso de graduação com um campo teórico-técnico próprio –, o modelo biomédico já perpassava as entranhas da profissão, portanto, a compreensão de saúde se deu a partir dos referenciais da biofísica e da bioquímica, predominantemente, o cinesiológico e o neurológico^{14,15}. Para Cavalcante et al.⁹, "Isso representou a descontinuidade no processo de desenvolvimento da profissão no Brasil, ao assumir a concepção de uma profissão paramédica, orientada pelo modelo clínico" (p. 32).

Quanto à Saúde Mental, em 1852, com a fundação do Hospício D. Pedro II, no Rio de Janeiro, foi registrado o primeiro uso da ocupação como terapêutica. Em 1898, começou a funcionar o Hospital Juqueri, em São Paulo, onde também foi introduzido o tratamento pelo trabalho¹². Em 1911, foram abertas mais duas instituições de internação psiquiátrica, a Colônia Juliano Moreira, em Jacarepaguá, e o Centro Psiquiátrico Nacional, em Engenho de Dentro¹².

O Setor de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional merece destaque, porque foi coordenado pela psiquiatra Nise da Silveira, que até hoje exerce forte influência para TO¹⁷. Nise considerou que a estrutura hospitalar era por si só adoecedora, no entanto, a TO poderia modificar isso, pois, de acordo com ela, "os trabalhos produzidos nos ateliês e suas exposições eram também armas de combate ao manicômio e ao tratamento psiquiátrico hegemônico, aliadas na luta pela transformação cultural de certa concepção de loucura e do enlouquecimento"¹⁷ (p. 369). Comprometida em criar práticas de caráter humanista, Nise prezava por atividades que focassem "a progressiva ampliação do relacionamento com o meio social, e que servissem como meio de expressão"¹⁷ (p. 366); ela desenvolveu dezessete oficinas: encadernação, marcenaria, trabalhos manuais, costura, música, dança, teatro, etc.

Dentre as oficinas, destacou-se o ateliê de pintura, onde as obras dos sujeitos em sofrimento psíquico intenso foram compiladas para compor o Museu de Imagens do Inconsciente. "As exposições das obras do acervo do Museu mostraram-se uma estratégia de agenciar essas produções, fazê-las entrar no circuito da produção cultural, transformando pacientes psiquiátricos em artistas"¹⁷ (p. 369). Consideramos que a experiência em Engenho de Dentro foi singular e inestimável, porque desvinculou as atividades dos objetivos comportamentais. Entretanto, hegemonicamente, o uso da ocupação no

país seguiu os moldes dos tratamentos morais¹, no intuito de ocupar o tempo dos 'doentes', controlar seus corpos, e, ao mesmo tempo, auferir renda para os estabelecimentos.

A saúde mental só foi contemplada nos currículos de graduação a partir de 1970⁹; por isso, constatamos que, durante muito tempo, as atividades foram utilizadas como recursos pedagógicos e normalizadores¹. O uso da ocupação e das atividades no Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador recebeu alguns nomes: tratamento moral, tratamento do trabalho, terapia do trabalho, tratamento da ocupação, reeducação ocupacional, ergoterapia, laborterapia e praxiterapia⁸. A despeito dessas variações, o mais importante é perceber, como expõem Guattari e Rolnik¹⁸, que o movimento alienista gerou serialização das subjetividades.

Embora as nomenclaturas tenham variado, há que se ponderar o fato de que as intervenções da TO, até então, sempre tiveram como meta eliminar a doença para promover adaptação social, que era o indicativo de saúde¹. As primeiras transformações quanto às formas de assistência em Saúde Mental ocorreram concomitantes aos movimentos da Reforma Sanitária¹⁹ e da Reforma Psiquiátrica brasileira²⁰ – RPb, que propunham uma outra concepção de saúde.

A Reforma Sanitária delimitou a Saúde Coletiva como um campo de práxis marcado pela proposição positiva da saúde, como algo que pode ser promovido e melhorado, e não apenas recuperado. Os sanitaristas acreditavam que a saúde é efeito de uma produção social, por isso se opunham radicalmente ao fisicalismo, entendendo que um indivíduo saudável não é o equivalente ao bom funcionamento do seu corpo físico¹⁹. "A partir daí, desaparecem as razões para a artificial separação entre ações curativas e preventivas porque o ambiente social pode ter um papel curativo importante"¹⁹ (p. 236). Consequentemente, a saúde passou a ser entendida na ordem da intersetorialidade e da política.

A terapia ocupacional e a Reforma Psiquiátrica brasileira

Para a RPb, os serviços de atenção psicossocial localizados na comunidade têm constituído a principal estratégia para fomento das ações de saúde mental no Sistema Único de Saúde²¹, pois propõem a inovação da clínica com enfoque no sujeito, nas suas vivências individuais e coletivas. Neste sentido, no ano de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial²² (RAPS), em virtude da necessidade de tratamentos eficazes quanto à integralidade da saúde, por meio de uma rede de serviços articulados²².

A RAPS visa garantir o acesso da população à atenção psicossocial, e, especialmente, supõe a construção de espaços de convívio e sustentação das diferenças na comunidade. Para tanto, há estabelecimentos de todos os tipos e níveis de atenção à saúde: Unidades Básicas de Saúde; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); serviços de urgência e emergência; Unidade de Pronto Atendimento 24 horas; Serviços de Atenção em Regime Residencial; enfermaria especializada em Hospital Geral; entre outros²².

As táticas de trabalho na RAPS abarcam a articulação de diferentes saberes e práticas, buscando superar a dominação de uma disciplina sobre as outras, evitando a concentração de saber-poder nas mãos da medicina psiquiátrica em virtude da priorização do trabalho intersetorial. Os estabelecimentos mais representativos da RPb são os CAPS^{20,21,23}, onde a TO é bastante prevalente, ao lado da medicina, da enfermagem, do serviço social e da psicologia¹.

Nas últimas décadas, a TO tem emergido potencialmente como um dos dispositivos clínicos da Atenção Psicossocial; logo, veio a tornar-se uma das disciplinas elementares do Paradigma Psicossocial^{1,10}. Nessa conjuntura, o fazer atividades novamente tomou a cena, agora, despido da roupagem do Tratamento Moral, se apresentando como instrumento de ações de reinserção social, num cunho mais político⁴.

Como subversões possíveis das propostas medicamentosas e hospitalocêntricas, a atenção psicossocial vem propor formas de organização fundadas na interdisciplinaridade^{1,10,20,21} e no trabalho integrado, visto que a equipe não deve apenas ser composta por várias disciplinas, ser multiprofissional, mas os trabalhadores devem compor diálogos para desenvolverem um trabalho cooperado. Os ideais da Reforma Psiquiátrica²⁴ fortaleceram a necessidade de produção de novas

práticas em Saúde Mental, como tentativa de dar, aos sujeitos em sofrimento, outra forma de tratamento, não asilar e opressivo^{1,10,20,21}. Entrementes, começaram a surgir questionamentos sobre as demandas atendidas pelas terapêuticas ocupacionais:

Práticas que, muitas vezes, são vivenciadas como naturais pelos próprios pacientes: no cotidiano de regras, disciplina e violência das instituições asilares, o trabalho/ocupação se apresenta muitas vezes para o internado como única saída da situação em que se encontra. Entretanto, elas não se constituem numa oposição a essa situação – pelo contrário, a evidenciam, conservando a lógica de controle, sujeição e exclusão da própria instituição²⁵. (p. 74)

Emergiram preciosas reflexões sobre o papel social e clínico da TO, cuja função “no mais das vezes, prestava-se a segregar uma parcela da população vítima de um sistema excludente, através de práticas justificadas pelo ‘tratamento’ em saúde e pelas ‘patologias’ individuais”¹⁵ (p. 83). Começavam a se desenhar outras concepções acerca do sofrimento psíquico e dos meios para tratá-lo, consoantes com os movimentos instituintes que traziam, no horizonte, a construção de uma sociedade mais solidária, em que as diferenças não mais seriam pretextos para a marginalização.

A TO viveu um redimensionamento da sua prática, houve ampliação no conceito de saúde, não limitado à ausência de doença ou à compensação das limitações físicas, sensoriais e cognitivas, mas pensado a partir das necessidades cotidianas dos sujeitos, entrelaçadas a uma realidade sociocultural e coletiva. Ampliaram-se os ‘meios’ de trabalho, e a TO adquiriu uma identidade profissional dinâmica, caracterizada pela enorme variedade dos seus recursos terapêuticos, não restritos ao uso das atividades. No processo de reflexão sobre a atuação profissional do terapeuta ocupacional em instituições totais, como os hospitais psiquiátricos, a questão social passou a ser considerada como um dos principais pontos de análise.

Havia ainda outras dificuldades. Entre elas, a exigência feita à terapia ocupacional (por vezes assumida pelos próprios profissionais) de escamotear o vazio institucional – sua face última de exclusão – por meio da ocupação individual ou em grupo: a distância entre os abstratos objetivos de sua intervenção, os esforços para alcançar uma inserção ou reinserção social e essa possibilidade efetiva; a distância entre os objetivos explícitos das instituições assistenciais e os resultados da ação institucional¹¹ (p. 96).

Desse novo prisma crítico das relações sociais excludentes, originou-se a Terapia Ocupacional Social¹¹, cujas críticas quanto às funções produtivas da profissão são importantíssimas. Qual modalidade de saúde e de subjetividade a TO produz? “O terapeuta ocupacional sente-se posto em questão ao perceber que sua práxis se inscreve em um processo histórico e que esta possui uma dimensão técnica e uma dimensão política inseparáveis”¹¹ (p. 96).

Tendo por hipótese que a saúde é socialmente produzida, na intersecção dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais¹⁹, a RPB se contrapôs à Psiquiatria clássica em suas formas de tratamento pautadas no enclausuramento e na exclusão^{1,10,20,23,27}. Vemos que os terapeutas ocupacionais redimensionaram seu papel técnico e político, incluindo, em suas práticas, os componentes socioculturais do adoecimento. Na onda dos movimentos de reforma, participaram, nos anos 1980, da idealização dos serviços psicossociais: em São Paulo, participaram da abertura do primeiro CAPS do Brasil, o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”, e dos Núcleos de Atenção Psicossocial, em Santos²⁶.

Para atuação em Saúde Mental, a TO incorporou os pressupostos da Reabilitação Psicossocial como um referencial muito utilizado²⁷. O paradigma da Reabilitação Psicossocial volta seus interesses e focos de ação para a perda de vínculos e para a fragilização das redes de suporte social das pessoas em sofrimento psíquico intenso, atenta para a precarização do habitar e para a exclusão laboral vivenciadas por elas^{27,28}. Tem-se por meta a abertura de espaços de negociação social, com oportunidades de trocas de recursos e de afetos, buscando-se a reinserção social; o que se tem em vista é:

O processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade. O processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados a demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado.²⁸ (p. 19)

No panorama da Atenção Psicossocial, que veio substituir as estruturas arquitetônicas e teórico-técnicas do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, a TO opera “levando em consideração as reais possibilidades individuais e coletivas, objetivando a promoção da autonomia e da independência para incorporação e participação ativa na sociedade”²⁹ (p. 108). Para Malfitano e Ferreira²⁹:

A institucionalização da terapia ocupacional, dada em seu início, resumidamente, pelos aspectos da ocupação como forma de tratamento dos doentes mentais nos manicômios e da reabilitação dos incapacitados físicos nos hospitais do Exército, modifica-se na medida em que passa a ter a função social de contribuir para legitimar as diretrizes constitucionais dos direitos sociais. Evoluindo de seu histórico enraizado em ações tidas como assistencialistas e caritativas para o novo contexto dos direitos sociais que focalizamos aqui na discussão das políticas de saúde, a profissão ganha novos espaços de ação, contribuindo para implementar efetivamente as políticas sociais e, portanto, o SUS, o que, conseqüentemente, amplia o desenvolvimento da categoria. (p. 108)

Há também, no âmbito da TO em Saúde Mental, trabalhos que dialogam com a Filosofia da Diferença, propondo práticas grupais que articulam experimentações com o corpo e com a arte; as mesmas têm sido entendidas como formas de resistência ao modelo societário instituído, intimamente ligadas aos processos de subjetivação³⁰⁻³³. A possibilidade de vivenciar fazeres artísticos fortalece a expressão, a comunicação, e redefine a participação social, então, a arte é vista como uma possibilidade de experimentar, fazer e exprimir-se³¹.

[...] a proposta de trabalho com o corpo é pautada na validação dos sujeitos, de suas capacidades, de respeito aos desejos, necessidades e suas histórias [...] O corpo é uma fonte de conhecimentos, suas respostas e sua forma podem orientar a pessoa constantemente. A reunião da experiência somática e da linguagem ganha consistência quando estamos juntos, formamos grupos, criamos, trabalhamos, dançamos, passeamos e cuidamos uns dos outros [...]. É também no fazer artístico que as pessoas lidam com limitações, com seu entorno e com a realidade social. Nos desdobramentos das ações, percebem a si próprios e aos outros, reconhecendo possibilidades e dificuldades [...]. Pode-se afirmar que a arte é revolucionária, é experiência de confronto com o desconhecido, produz o novo, perturba a ordem vigente³⁰. (p. 257-258)

Na RAPS, os terapeutas ocupacionais têm se dedicado aos espaços que são chamados de oficinas ou de ateliês, lançando mão das atividades estéticas¹. As oficinas são respaldadas pelas críticas à psiquiatria asilar, sendo que esse dispositivo “não se define por um único modelo homogêneo de intervenção nem tampouco pela existência de um único regime de produção, ao contrário, é composto de naturezas diversas, numa multiplicidade de formas, processos, linguagens”³⁴ (p. 7). Cumpre dizer que é imprescindível atentarmos para a diversidade de cenários nos quais a TO tem atuado, que se estendem mais além das oficinas, abrangendo também espaços que requerem abordagens comunitárias e sociais, por exemplo, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

As mudanças iniciadas pela RPb, além de desencadear transformações no campo da Saúde como um todo, influenciaram a reinvenção da TO, sendo que as atividades passaram a ser valorizadas, sobremaneira, como recursos para socialização e para a cidadania^{11,27,35,36}, visando a produção de subjetividades singularizadas. Segundo Barros et al.¹¹ (p. 100), a eliminação dos sintomas deixou de ser a meta *a priori*:

As atividades são compreendidas no interior de processos reais de vida. Elas são pensadas singularmente para cada pessoa, para cada situação, mas sempre referidas à história grupal, à classe social e ao universo simbólico. Abandona-se, assim, o pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotéticas.

Além dos objetivos de reinserção social, enfatizados pela Reabilitação Psicossocial, pela Filosofia da Diferença e pela Terapia Ocupacional Social, o uso das atividades na TO pode ainda ser pensado na clínica *stricto sensu*, mais voltada para o funcionamento psíquico. Tomando como referencial a psicanálise de Freud e Lacan, Shimoguiri¹ refere que o fazer atividades na TO pode ser uma maneira de o sujeito elaborar os impasses e conflitos que a ele se interpõem.

Essa característica particular das atividades é significativa se contextualizada ao diagnóstico clínico, por exemplo, conforme propõe Shimoguiri¹: os sujeitos que chegaram a desencadear uma crise psicótica podem realizar um trabalho de reconstrução subjetiva utilizando-se das atividades artesanais¹, como ocorreu na história de Arthur Bispo do Rosário, que conseguiu estabilizar seus delírios na medida em que reproduzia os materiais existentes na terra³⁷. Para a psicanálise, trata-se de um tipo de fazer por meio do qual o sujeito "reajusta os elementos de seu mundo de uma nova forma que lhe agrade"³⁸ (p.153).

Algumas considerações sobre a terapia ocupacional no Paradigma Psicossocial

Interessa-nos ressaltar que os atendimentos de TO, independentemente do referencial adotado, devem ser pensados para contemplar os interesses dos sujeitos: pintura, dança, modelagem, etc., sem atividades definidas e sem objetivos postos previamente; o essencial é que as propostas estejam alinhadas às motivações dos participantes, podendo abrir espaços para sua participação efetivamente protagonista, pois a ética da Atenção Psicossocial^{1,10} se baliza no respeito às singularidades. Sobre sua atuação como terapeuta ocupacional na RAPS, Shimoguiri¹ (p. 72) aponta para o fato de que:

O reconhecimento do sujeito do sofrimento como sujeito desejante e agente de mudanças que deve, necessariamente, estar implicado na sua demanda, foi minha questão inicial para instrumentalizar posicionamentos reversos às manobras de adaptação social pela via da pedagogização do comportamento; também, a divisão inicial que me levou a buscar outros referenciais, que considerassem o sujeito na sua singularidade, e, sobretudo, que pudesse caminhar rumo a uma ética da diferença.

O causalismo cartesiano, característico dos tratamentos morais e do Discurso Médico³⁹, visa apreender e manipular as causas para prever e evitar a ocorrência de determinados fenômenos. O cuidado é tutelar, pois o sujeito é objetificado, sendo somente um depositário de intervenções, completamente passivo às ações de outrem, não há consideração do sujeito como subjetividade desejante.

[...] houve um investimento de poder sobre o indivíduo moderno, caracterizado pela vigilância, pelo controle sobre suas atividades e pela sua normalização. Estas técnicas de disciplinarização dos corpos tomaram o homem enquanto objeto, ou seja, houve um processo de objetivação para transformá-lo em um cidadão útil⁴⁰. (p. 29)

O pensamento positivista pretende dividir e quantificar para conhecer e controlar. As atividades utilizadas nesse paradigma compõem tecnologias disciplinares por meio das quais se produzem subjetividades massificadas¹.

Através das diversas etapas pelas quais se efetua o ato médico, ou seja, as etapas do diagnóstico, do prognóstico e da terapêutica, o que se configura é um discurso totalitário que exclui a diferença, único modo pelo qual a subjetividade poderia se manifestar”³⁹. (p. 11)

Quando os laços sociais e intersubjetivos nos quais se realiza o tratamento são verticalizantes, os mecanismos psicopatológicos são mais importantes do que a própria produção de saúde, uma vez que a lógica que rege a hierarquia e a nosografia já infere pressupor um ideal de saúde, quer seja, de normalidade. Desde a RPB e a Reforma Sanitária, e depois, em 1988, com a consolidação da Constituição da República Federativa do Brasil⁴¹, lutamos por um conceito ampliado de saúde e pela desinstitucionalização que não se encerra no fechamento dos hospitais psiquiátricos.

Os movimentos da RPB iniciaram um processo de transição paradigmática no campo da Saúde Mental Coletiva com vias ao Paradigma Psicossocial^{1,10}. Neste caminho, é enorme o desafio da TO de rever-se enquanto profissão para inserir-se na RAPS, já que as terapêuticas ocupacionais outrora aplicadas nos asilos e manicômios certamente não servirão aos horizontes psicossociais. Concluímos que, para uma TO consoante à ética da Atenção Psicossocial^{1,10}, é condição mínima compreender que não serão os recursos utilizados, os tipos de atividades – se serão chamados de ocupação ou de trabalho – que definirão os resultados produtivos em termos do tipo de saúde e subjetividade produzidas, mas, sim, a ética da qual se parte.

Defendemos que esta ética deve ser a do desejo, do carecimento^{1,10}. O principal ‘meio’ de trabalho da TO será sempre o fazer humano, mas considerando as atividades como dispositivos de subjetivação, em que, ao fazer, o homem faz a si mesmo e cria seus territórios existenciais¹. Assim, o que está em pauta, mais do que renomear ou reformar as terapêuticas ocupacionais, é recuperar a dimensão simbólica-criativa-desejante das ocupações, das atividades. Somente assim será possível avançar na direção de suplantar os tratamentos morais alienantes pertencentes ao Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador.

Colaboradores

A elaboração do texto é em maior parte de responsabilidade da autora Ana Flávia Dias Tanaka Shimoguirí. O coautor Abílio da Costa-Rosa contribuiu para a discussão dos resultados e para a revisão da versão final do trabalho.

Referências

1. Shimoguirí AFDT. Contribuições da psicanálise de Freud e Lacan e do materialismo histórico para a terapia ocupacional: uma clínica do desejo e do carecimento na saúde coletiva [dissertação] [Internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”; 2016 [citado 05 Fev 2016]. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/134320>.
2. Pinel P. Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania. Porto Alegre: Ed. Universidade UFRGS; 2007.

3. Foucault M. A história da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2003.
4. Andrade MC. O encontro da loucura com o trabalho na economia solidária: a produção de práxis de pré-incubagem através do dispositivo intercessor na Saúde Mental [tese] [Internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2013 [citado 10 Nov 2015]. Disponível em: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/105590>.
5. Lima EMFA. Oficinas, laboratórios, ateliês, grupos de atividades: dispositivos para uma clínica atravessada pela criação. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental - sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2004. p. 59-81. Coleções IPUB.
6. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1996.
7. Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.
8. Benetton MJ. Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da terapia ocupacional. Campinas: Arte Brasil, UNISALESIANO - Centro Universitário Católico Auxílium; 2006.
9. Cavalcante GMM, Tavares MMF, Bezerra WC. Terapia ocupacional e capitalismo: articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2008 [citado 05 Fev 2016]; 19(1):29-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i1p29-33>.
10. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva. São Paulo: UNESP; 2013.
11. Barros DD, Ghirardi MI, Lopes RE. Terapia ocupacional social. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2002 [citado 05 Fev 2016]; 13(3):95-103. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3p95-103>.
12. Soares LBT. Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo: Hucitec; 1991.
13. Santos BS. A crítica da razão indolente – contra o desperdício da experiência. São Paulo: Cortez; 2000.
14. De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus; 2001.
15. Moreira AB. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. Vita et Sanitas [Internet]. 2008 [citado 12 Nov 2015]; 2(2):79-91. Disponível em: <http://www.fugedu.com.br/upload/journals/1/issues/25/public/25-67-PB.pdf>.
16. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. Rev Bras Educ Med [Internet]. 2008 [citado 12 Nov 2015]; 32(4):494-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022008000400012>.
17. Castro ED, Lima EMFA. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. Interface (Botucatu) [Internet]. 2007 [citado 12 Nov 2015]; 11(22):365-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017>.
18. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 2005.
19. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
20. Amarante P. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003. p. 45-65.
21. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria-Executiva. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.

22. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 26 Dez 2011.
23. Tenório F. A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos; 2001.
24. Fleming M. Ideologias e práticas psiquiátricas. Porto: Afrontamento; 1976.
25. Mângia EF, Nicácio MF. Terapia ocupacional em saúde mental: tendências principais e desafios contemporâneos. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexos; 2001. p.63-80.
26. Juns AG, Lancman S. O trabalho interdisciplinar no CAPS e a especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2011 [citado 12 Nov 2015]; 22(1):27-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i1p27-35>.
27. Mângia EF, Muramoto M. Integralidade e construção de novas profissionalidades no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2006 [citado 12 Nov 2015]; 17(3):115-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v17i3p115-122>.
28. Pitta AMF. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: Pitta AMF, editora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 143-9.
29. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2011; 22(2):102-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p102-109>.
30. Castro ED, Saito CM, Drumond FVF, Lima LJC. Ateliês de corpo e arte: inventividade, produção estética e participação sociocultural. Rev Ter Ocup Univ São Paulo [Internet]. 2011 [citado 12 Nov 2015]; 22(3):254-62. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i3p254-262>.
31. Canguçu DF. Arte e vida: ambientações clínicas e estéticas da existência. [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012. [Citado 10 Nov 2015]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-21012013-141211/>.
32. Cardoso TM, Lima EMFA. Experiências brasileiras em saúde mental e arte: contribuições singulares em um campo de pluralidade. Rev Psicol UNESP [Internet]. 2013 [citado 05 Dez 2015]; 12(1):103-5. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442013000100010&lng=pt&nrm=iso.
33. Silva JA, Lima EMFA. Ocupar-se de nada, povoar-se de muito: experimentações entre as artes e a vida. Cad Subj. 2014; 16:151-62.
34. Galetti MC. Oficinas em saúde mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2001.
35. Mângia EF. Contribuições da abordagem canadense “prática de terapia ocupacional centrada no cliente” e dos autores da desinstitucionalização italiana para a terapia ocupacional em saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. [Internet]. 2002 [citado 05 Dez 2015]; 13 (3):127-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v13i3>.
36. Barros MMM. Atuação da terapia ocupacional no centro de atenção psicossocial – CAPS de Sobral-Ceará. Rev Ceto [Internet]. 2010 [citado 15 Nov 2015]; 12(12):62-75. Disponível em: <http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-11.pdf>.
37. Corpas FS, Vieira MA. Bispo do Rosario e a representação dos materiais existentes na Terra. Tempo Psicanal [Internet]. 2012 [citado 15 Nov 2015]; 44(2):405-22. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382012000200010.

38. Freud S. Escritores criativos e devaneios. In: Freud S. Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago; 1974. p. 149-58.
39. Clavreul J. A ordem médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense; 1983.
40. Christiano AP. O psicólogo na rede socioassistencial de atendimento a crianças e adolescentes [dissertação] [Internet]. Assis: Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho"; 2010 [citado 11 Nov 2015]. Disponível em: http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/97567/christiano_ap_me_assis.pdf.
41. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Shimoguri AFDT, Costa-Rosa A. Del tratamiento moral a la atención psicosocial: la terapia ocupacional a partir de la reforma psiquiátrica brasileña. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(63):845-56.

A partir de una revisión bibliográfica sobre la constitución de la terapia ocupacional como ciencia de la salud, principalmente en relación a su evolución en la Salud Mental, se discuten las diferencias del estatuto de las actividades en la Psiquiatría clásica y en Reforma Psiquiátrica brasileña. Los resultados de la investigación revelan las transformaciones en lo que se refiere a la concepción de salud y a los medios de trabajo de la Terapia Ocupacional, buscando abandonar el paradigma psiquiátrico Hospitalocéntrico Medicalizador con vías al Paradigma Psicosocial.

Palabras clave: Terapia ocupacional. Reforma psiquiátrica brasileña. Atención psicosocial. Salud mental.

Submetido em 04/04/16. Aprovado em 07/11/16.