



**ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO
NEPP- NÚCLEO DE ESTUDOS, PESQUISA E PROJETOS
CAP - COORDENAÇÃO DE APRIMORAMENTO PROFISSIONAL
PROGRAMA DE BOLSA DE APERFEIÇOAMENTO PROFISSIONAL**

ALEXANDRE MACIEL GUEDES

**DA CLÍNICA DO ADOECIMENTO À CONCEPÇÃO DA
TERAPIA OCUPACIONAL COMO FORMA DE SUPERAÇÃO DO
MODELO BIOMÉDICO**

Niterói

2019

ALEXANDRE MACIEL GUEDES

DA CLÍNICA DO ADOECIMENTO À CONCEPÇÃO DA TERAPIA
OCUPACIONAL COMO FORMA DE SUPERAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de Reabilitação.

PRECEPTORA: Lilian Schuab Moulins

ORIENTADORA METODOLÓGICA: Cláudia Escórcio Gurgel do Amaral Pitanga

COORIENTADORA: Valéria Coelho

ÁREA: Terapia Ocupacional

Niterói

2019

ALEXANDRE MACIEL GUEDES

DA CLÍNICA DO ADOECIMENTO À CONCEPÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL
COMO FORMA DE SUPERAÇÃO DO MODELO BIOMÉDICO

Monografia apresentada ao NEPP/CAP como requisito básico para obtenção do certificado do
Programa de Bolsa de Aperfeiçoamento Profissional da Associação Fluminense de
Reabilitação.

Aprovado em _____

Banca examinadora:

Lilian Schuab Moulins

Profª Maudeth Py Braga

AGRADECIMENTOS

Agradeço principalmente à Associação Fluminense de Reabilitação pela experiência de vida, por através do programa de aperfeiçoamento profissional ter tido a chance de estar em contato com tantas histórias de vida e modos de existência e principalmente por ter me colocado na companhia das companheiras Camila Félix, Kezia Zanco, Thamires Matos e Vanessa Antunes. Agradeço pelas conversas, pelos conselhos, pelas risadas e, sobretudo pela paciência de vocês.

Também agradeço às terapeutas ocupacionais do setor da manhã por todo o auxílio e também pelas chamadas. Agradeço em especial a ex-bolsista Priscilla Heinen por todo o apoio na passagem dos casos e durante a minha ambientação no setor, a Lilian Schuab pelas orientações e biscoitos e a Vanessa Carvalho por ser você.

Agradeço às novas terapeutas ocupacionais do programa, Juliana Schuenck e Talita Ferreira pelas nossas trocas às quais me foram muito ricas, mesmo em vista do pouco tempo que passamos juntos.

E por fim agradeço aos profissionais do NEPP por todo o acompanhamento metodológico.

RESUMO

GUEDES, Alexandre Maciel. **Da clínica do adoecimento à concepção da terapia ocupacional como forma de superação do modelo biomédico.** 2019. 57 fls. Monografia - Associação Fluminense de Reabilitação, Niterói - Rio de Janeiro, 2019.

O presente trabalho é resultante das indagações oriundas do período de atuação no programa de aperfeiçoamento profissional em terapia ocupacional ofertado pela Associação Fluminense de Reabilitação, o qual fora realizado entre os anos de 2018 e 2019. Durante o período de inserção na clínica, fora percebido a existência de dois movimentos: um que se propunha a constituir uma clínica de práticas mais humanizadas e por consequência mais centrada no usuário dos serviços, colocando assim o seu diagnóstico entre parênteses, enquanto em outra mão percebe-se o movimento de resistência de uma clínica que parece lutar para manter a sua característica hegemônica e no meio dessas tensões estamos nós, terapeutas ocupacionais, atuantes de uma profissão que em seu próprio discurso teórico diz defender a adoção de um olhar singular sobre o indivíduo em toda a sua complexidade, discurso esse que por vezes acaba se perdendo dentro da prática clínica. Diante disso a pergunta que nos aflige é: que clínica é essa que se pretende transformar? Como nós, terapeutas ocupacionais, em nosso discurso de uma visão holística sobre o sujeito acabaram sendo capturados por essa clínica supostamente reducionista? Como tais forças se manifestam no campo institucional?

Palavras-chave: Adoecimento; Holismo; Modelo Biomédico; Paradigma Clínico; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

GUEDES, Alexandre Maciel. **From the illness clinic to the conception of occupational therapy as way to overcome the biomedical model.** 2019. 57 pgs. Monography - Associação Fluminense de Reabilitação, Niterói - Rio de Janeiro, 2019.

The following results of the inquiries from the period of performance in the program of professional improvement in occupational therapy offered by the Fluminense Rehabilitation Association, which was developed between the years of 2018 and 2019.

During the period of insertion in the clinic, was perceived the existence of two movements: one which had proposed to constitute a clinic of more humanized practices and so consequently more centered in the user of the services, placing its diagnosis in parentheses, while in another hand we perceived the resistance movement of a clinic that appears to struggle to maintain its hegemonic characteristic, and in the middle of these tensions there's us, occupational therapists, active in a profession that in its own theoretical discourses claims to defend the adoption of a singular vision of the person in all its complexity, a discourse that sometimes get lost on the clinical practice. Therefore the question that afflicts us is: what clinic is this that is intended to be transformed? How do we, occupational therapists, in ours discourses of a holistic view of the subject had ended up caught by this supposed re~~st~~ist clinic? How such forces manifest themselves in the institutional field?

Key-words: Illness; Holism; Biomedical model; Clinical paradigm; Occupational therapy

*“Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
mas a mim um passarinho contou que somos
feitos de histórias”.*

(Eduardo Galeano)

SUMÁRIO

1 A CONSTITUIÇÃO DA CLÍNICA MODERNA.....	10
1.1 O DISCURSO DO MÉTODO E O POSITIVISMO CIENTÍFICO	10
1.2 NO JARDIM DAS ESPÉCIES: O NASCER DO PARADIGMA CIENTÍFICO.	15
2 A SAÚDE PARA ALÉM DA DOENÇA	23
2.1 FACES DO ADOECER	23
2.2 INTOCÁVEIS: O CORPO ADOECIDO NA SOCIEDADE.....	26
2.3 “TEMOS OU SOMOS O NOSSO CORPO?”.....	28
3 IMPLICAÇÕES DO PARADIGMA HOLÍSTICO PARA A CLÍNICA EM TERAPIA OCUPACIONAL	31
3.1 A CLÍNICA HOLÍSTICA	33
3.2 TERAPIA OCUPACIONAL.....	36
3.3 DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ A ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO: CONFLITOS PARADIGMÁTICOS SOB A ÓTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL	41
3.3.1 Institucionalizando um novo paradigma.....	41
3.3.2 Humanização em saúde e a AFR: encontros entre o real e o ideal.....	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.EC	Antes da Era Comum
AFR	Associação Fluminense de Reabilitação
AVD	Atividade de Vida Diária
CFE	Conselho Federal de Educação
DCN	Diretriz Nacional Curricular
EC	Era Comum
IFRJ	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro
PNH	Política Nacional de Humanização
PTS	Projeto Terapêutico Singular
SUS	Sistema Único de Saúde
T.O's	Terapeutas Ocupacionais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

1 A CONSTITUIÇÃO DA CLÍNICA MODERNA

1.1 O DISCURSO DO MÉTODO E O POSITIVISMO CIENTÍFICO

A Renascença européia trouxe ao continente uma intensa agitação em todos os aspectos das sociedades do “velho continente”. No que se refere a produção científica, o movimento que viria a ficar conhecido como “antropocentrismo” viria a impactar o paradigma vigente da época. Tendo a sua terminologia originária das palavras gregas “*antro*” e “*kentron*”, este movimento surge como uma superação ao modelo teocêntrico vigente até a Idade Média. Sem necessariamente se comprometer com a descrença na existência de uma divindade superior, os antropocentristas viriam a defender a livre expressão do homem pautada na sua razão, razão essa que seria uma dádiva, uma ferramenta através da qual nós poderíamos obter o domínio sobre todos os processos naturais.

Um dos grandes pensadores dessa época fora René Descartes (1596 – 1650), que viria a ter um grande impacto nas formas de pensar e de produzir conhecimento de até então. Tamanha foi a importância de seus estudos, que a sua influência se faz presente até os dias atuais nas mais diversas áreas do conhecimento humano.

Descartes encarava a filosofia como sendo um “perfeito conhecimento de todas as coisas que o homem pode saber”¹, conhecimento este que só poderia ser obtido ao deduzir previamente as causas dos acontecimentos². Portanto podemos considerar a filosofia em Descartes como a mais pura e simples busca pela verdade de todas as coisas, ambição essa que seria traduzida em sua obra intitulada “Discurso do Método”, ao estabelecer as doutrinas daquilo que considerava ser os princípios fundamentais para a forma moderna de se fazer ciência.

Deste pensamento tem origem o pensamento cartesiano, uma filosofia comprometida com o pensamento crítico e com a dita “clareza de ideias” como formas de alcançar a verdade de todas as coisas, o que por sua vez possibilitaria com que o homem fosse capaz de

¹ GRANGER, Gilles-Gaston In: DESCARTES, René. **Discurso do método; meditações; objeções e respostas; as paixões da alma; cartas**, 1978.

² Ibidem.

compreender e assim controlar os fenômenos naturais a favor de nossa espécie, alcançando assim a existência ao caminho da plena felicidade.³

Em uma superação à filosofia especulativa, o pensamento cartesiano de Descartes e a sua visão mecanicista a respeito do mundo e das dinâmicas que o constituem passa a se configurar como um novo paradigma científico. Paradigma este que introduz a experimentação como a base fundamental da prática científica, através de um método empírico que justificado em si próprio é capaz de desautorizar toda e qualquer outra forma de conhecimento que não estivesse previamente embasada naquele determinado conjunto de princípios e normas epistemológicas preconizadas por esta nova forma de fazer ciência.⁴

Através da célebre frase “*Cogito ergo sum*”, Descartes nos evidencia o quão precioso lhe era a racionalidade uma vez que este “*cogito*”, ou este “eu penso” em uma tradução livre só “é” por ser capaz de colocar em dúvida⁵ não apenas a própria existência, mas a existência de todos os seres e fenômenos que o cerca:

A fim de aprender “a bem conduzir sua razão para descobrir as verdades que se ignoram”; dedicar-se, enfim, efetivamente à verdadeira Filosofia, cuja primeira parte é a Metafísica⁶, ou seja, a pesquisa dos primeiros princípios do conhecimento. Todo resto deve daí decorrer: Física e ciências da vida, pôsto que, uma vez estabelecidos os princípios, basta continuar a raciocinar por ordem.⁷

A partir deste momento, a racionalidade cartesiana com todas as suas normas e quantificações que vão pouco a pouco suprimindo e desqualificando quaisquer tipos de

³ MENDONÇA, André Luís de Oliveira; CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. **Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva.**

⁴ AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente**, 2000.

⁵ Descartes considerava o ato de duvidar como uma postura essencial, sendo adotada mesmo diante das verdades tidas por ele como imutáveis, tais quais as verdades matemáticas, conforme podemos notar pela seguinte passagem: “Os conhecimentos provenientes dos sentidos são os mais facilmente postos em dúvida. Mas duvidaremos também das verdades matemáticas? Esteja eu dormindo ou acordado, dois e três fazem sempre cinco... Todavia, não poderia ocorrer que um gênio onipotente procedesse de tal modo que eu me enganasse nestas matérias da mesma maneira que no tocante às coisas apreendidas pelos sentidos? Para maior segurança fingirei portanto que nenhuma de minhas crenças está assegurada, nem mesmo as matemáticas. GUÉROULT. In: GRANGER, Gilles-Gaston. **op. cit.** 1978, p.13.

⁶ A Metafísica conforme apresentada por Descartes diz respeito ao homem de bem, dotado de uma plena razão, entanto assim em sua total capacidade de raciocínio.

⁷ GRANGER, Gilles-Gaston. **op. cit.** 1978, p. 12.

estudos e análises qualitativas e que primassem por uma abordagem subjetiva, considerando apenas como científico tudo aquilo que fosse observável e capaz de ser quantificado.⁸

Segundo Descartes e Malebranche, ver era perceber [...] tratava-se de, sem despojar a percepção de seu corpo sensível, torná-la transparente para o exercício do espírito: a luz anterior a todo olhar, era o elemento da idealidade, o indeterminável lugar de origem em que as coisas eram adequadas à sua essência e a forma segundo a qual estas a ela se reuniam por meio da geometria dos corpos; atingida a sua perfeição, o ato de ver se reabsorvia na figura sem curva nem duração da luz.⁹

Cabe ressaltar que ainda naquela época, não havia um entendimento de ciência tal como nos dias atuais, mesmo com todas as discordâncias e debates que ainda existem ao redor do termo, sendo possível até mesmo afirmar que não havia uma produção científica propriamente dita, e sim um processo de produção de conhecimento intuitivo, pautado no senso comum.

Araújo¹⁰ em sua obra nos ajuda a compreender melhor tanto as diferenças entre o conhecimento intuitivo e o conhecimento científico, bem como a influência de Descartes para o processo de construção e uma mentalidade científica nos anos anteriores a Era Moderna.

Apoiado nos estudos de França¹¹ e de Lakatos & Marconi¹², o autor nos apresenta às sutis diferenças entre o processo de produção de conhecimento (aqui denominado por Lakatos e Marconi como “conhecimento vulgar”) e o conhecimento científico.

Uma vez delimitada as diferentes formas de conhecimento, nós podemos averiguar que a corrente vigente até o período das reflexões de Descartes, era aquela pautada no senso comum, aprendido através de uma observação causal, intuitiva ou resultante de um esforço para a resolução de um problema específico. Nos possibilitando assim classificá-lo como um conhecimento limitado e acrítico, por estar desprovido de um método que possibilite a

⁸ BARBOSA, Marina Alves. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 29, n. 2, p. 133-140. Ago. 1995.

⁹ FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**, 2006.

¹⁰ ARAÚJO, C. A. Á. A ciência como forma de conhecimento. **Ciências e Cognição [on-line]**, v. 08, p. 127-142. ago. 2006

¹¹ FRANÇA, V. R. V. Teoria(s) da comunicação: busca de identidade e de caminhos. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG**, v. 23, n. 2, p. 138-152. jul – dez. 1994.

¹² LAKATOS, E. M; MARCONI, M. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1986.

resolução de outros problemas (mais complexos ou não) de uma maneira eficiente, além de impossibilitar a constituição de relações abstratas que:

(...) não problematiza a relação sujeito/objeto. Acredita no que vê. Não distingue entre fenômeno e essência, entre o que aparece na superfície e o que existe por baixo. Ao mesmo tempo, assume informações de terceiros sem as criticar.¹³

O conhecimento conforme proposto por Descartes em “Discurso do Método”, segue na contramão da concepção apresentada acima. A dicotomia indução – dedução é substituída pelo processo de hipóteses e investigação, o que por sua vez requer o desenvolvimento de um trabalho sistemático, um método, através do qual a pesquisa possa ser fundamentada e desenvolvida com a utilização de codificações (conceitos).

Cabe ressaltar aqui, que antes de Descartes, outros pensadores em diversas partes do mundo já buscavam a resolução de um método que lhes fosse útil, conforme podemos constatar pela fala da historiadora da ciência Anneliese Maier¹⁴:

A revolução científica não deve ser interpretada como um processo histórico linear¹⁵ iniciado pelos adventos de Galileu no estudo das mecânicas e pelo posterior aumento do uso das experimentações.^{16 17}

Registros históricos remontam métodos para diagnósticos médicos no Antigo Egito. Aqui cabe ressaltar as pesquisas de Ibn al-Haytam¹⁸, escolástico árabe autor de *Kitāb fī al-*

¹³ DEMO, 1985. In: ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. **op. cit.** 2006. p.128.

¹⁴ Anneliese Maier filósofa alemã especializada em história das ciências (1905-1971).

¹⁵ Crítica a tal visão linear do desenvolvimento científico também se fará presente no pensamento de Thomas Kuhn. Em “A estrutura das revoluções científicas”, Kuhn disserta que a ciência não é resultante de um processo constante de acumulação de conhecimento, mas sim de um processo esporádico de mudanças de paradigmas na qual um campo específico do saber humano sofre uma transformação abrupta, caracterizando o advento de um novo paradigma.

¹⁶ MAIER, Anneliese. Die vorläufer Galileis im 14 jahrhundert. Roma, 1949.

¹⁷ “*The scientific revolution should not to be interpreted as a historical process initiated by Galileo's inovation in mechanics and the increased use of experimentation thereafter*”. MAIER, 1949, tradução nossa.

¹⁸ Abū Ali al-Ḥasan Ibn al-Haytham al-Baṣrī, escolástico árabe conhecido no ocidente como Alhazen. Nasceu no ano de 965 na cidade de Basra, desenvolveu importantes pesquisas nas áreas de astronomia, física e matemática, chegando a muitas vezes ser referido por seus contemporâneos como “O segundo Ptolomeu”. Seus estudos sobre

*Manāẓir*¹⁹. Um aspecto de seus trabalhos e que pode ser constatado a partir da obra aqui citada, é a adoção de um método próprio através do qual al-Haytam classificava, investigava e testava os fenômenos por ele estudado.²⁰

Em Descartes, todos os elementos apresentados até então vão confluir em sua incessante busca pela verdade de todas as coisas, busca essa que seria capaz de nos conduzir a um avanço tal, no qual poderíamos utilizar os fenômenos naturais em prol da nossa espécie, mas para tanto, ele próprio reconhecia que as formas de produzir conhecimento de sua época eram demasiadamente falhas e inconsistentes para tal tarefa. Diante disso, Descartes viria a instituir aquilo que ficou conhecido como “filosofia cartesiana”, uma filosofia estritamente comprometida com a clareza de ideias e com o criticismo como formas de desatar os problemas dos homens.²¹

Buscando estabelecer um método útil em face aos excessos de dúvidas e informações foram elaboradas quatro regras que serviriam de guia para uma boa condução do processo investigativo, sendo elas as regras da: evidência, análise, síntese e enumeração.

O primeiro princípio, da evidência, nos diz que jamais devemos dar algo imediatamente como sendo uma verdade absoluta, sendo assim necessário buscar evidências que sustentem toda e qualquer afirmação, evitando desta maneira acolher em seu espírito qualquer tipo de conhecimento sem antes colocá-lo em dúvida.

Através do princípio da análise, Descartes nos apresenta a importância de esmiuçar o objeto de estudo em diversas parcelas, a fim de facilitar tanto o estudo quanto a compreensão do tema abordado.

O princípio da síntese nos orienta a buscar uma ordenação do processo de pesquisa, alocando as anteriormente referidas parcelas do objeto de estudo em “degraus”, partindo daqueles de mais fácil compreensão, avançando progressivamente até aqueles de natureza mais complexa. Tal processo não implica na ordenação do estudo em um processo de continuidade linear, na qual os objetos precedem uns aos outros.

lentes e as propriedades da luz serviriam de base para avanços como microscópios, telescópios, óculos e até mesmo para as câmeras fotográficas ao produzir a primeira câmara escura da qual se tem registro.

¹⁹ Traduzida para o português como “O Livro da Óptica”. Nos sete volumes que compõe a obra, al-Hasan disserta sobre os seus experimentos com a luz, descrevendo não apenas os métodos de sua pesquisa, mas também as propriedades da luz conforme fora observada, abordando os seus espectros, a forma pela qual ela é refletida nos espelhos e as suas refrações, além de abordar os mecanismos anatômicos da visão e a percepção da luz pelos mesmos.

²⁰ ANSARI, Shaikh Mohammad Razauallah. *Ibn al-Haytam's scientific method*. *The Unesco Courier*, 14 set. 2015.

²¹ DESCARTES, René. **Discurso do método**, 2000.

Por fim, nós somos introduzidos ao quarto e último princípio, o princípio da enumeração que nos instrui a fazer sucessivas enumerações e revisões tão completas ao ponto de que nada seja omitido.

A ordenação destes quatro princípios, apresentados em “Discurso do método” exprime o desejo de Descartes em saber diferenciar o verdadeiro do falso, podendo assim ver com clareza o caminho trilhado por suas ações e pesquisas. Durante toda a sua obra, o autor se dispões não a lecionar, mas discorrer sobre o método então desenvolvido, dissertando desde a sua elaboração e princípios, até demonstrações de sua aplicabilidade pelo próprio Descartes em seus estudos nas mais diversas áreas do conhecimento humano.

O desenvolvimento de uma matemática universal (*mathesis universalis*), capaz de conduzir o pensamento humano em todas as esferas de sua existência abriu caminho para a supressão do paradigma escolástico vigente até então, ocorrendo a substituição por um paradigma empírico que encontra na quantificação, a sua validação perante a sociedade em geral.

Este paradigma viria a gerar impactos em todas as áreas do saber humano, ao impor um método comum a essas áreas e desconsiderando sumariamente o conhecimento que não se adequasse à metodologia proposta, o que levou a um descrédito do estudo das subjetividades, além de pavimentar um *modus operandi* para as ciências que almejassem um tipo de validação científica e social.

1.2 NO JARDIM DAS ESPÉCIES: O NASCER DO PARADIGMA CIENTÍFICO.

O nascimento da clínica moderna instituiu uma postura profissional da classe médica, o que viria posteriormente a influenciar todas as outras classes da área da saúde, portanto entende-se que a medicina moderna acaba por instituir um paradigma clínico, o qual reverbera até hoje em nossas práticas profissionais e espaços institucionais. Mas o que vem a ser um paradigma e qual é a sua relevância para o nosso estudo?

Em uma rápida consulta ao dicionário, podemos compreender o termo como sendo algo que serve de exemplo ou modelo padrão, no entanto em uma breve desambiguação

decorrente dos debates das ciências humanas, o termo passa a ter uma significação muito mais complexa do que a apresentada anteriormente.²²

Utilizaremos aqui o termo corrente re-significado²³ pelo físico e filósofo Thomas Kuhn em sua obra “A estrutura das revoluções científicas”²⁴, publicada originalmente no ano de 1962.

Nas reflexões que compõem o ensaio introdutório para a publicação comemorativa em função do quinquenário de “As estruturas das revoluções científicas”, Ian Hacking²⁵ explica como o paradigma teve o seu significado assimilado ao do vocábulo “exemplo”, tal como fora previamente exibido neste texto. Para tanto Ian lança mão de um resgate aos pensamentos de Aristóteles²⁶ expostos em “Retórica”²⁷, através do qual é apresentado ao leitor duas desambiguações do termo, onde a primeira nos remete a “uma interpretação essencialmente dedutiva, mas com muitas premissas subjacentes”²⁸, enquanto a segunda segue uma característica puramente analógica na qual mesmo havendo um objeto em disputa, acaba-se por resultar em uma argumentação impositiva com que todos deverão concordar. Tal afirmação pode ser melhor evidenciada através da seguinte passagem:

Eis um dos exemplos de Aristóteles [...]. Deveria Atenas ir à guerra contra a sua vizinha Tebas? Não. Era um mau procedimento de Tebas fazer guerra à sua vizinha Focis. Qualquer audiência ateniense concordaria; isso é um paradigma. A situação em disputa é exatamente análoga. Assim sendo, seria um mau procedimento de nossa parte (ateniense) fazer guerra contra Tebas. [...] Alguém estabelece um exemplo impositivo com o qual todos na audiência concordarão – um paradigma”.²⁹

²²SILVA NETO, Sertório de Amorim e. O que é um paradigma? **Revista de ciências humanas**, v. 45, n. 2, p. 345-354. out. 2011.

²³Para maiores informações sobre as diferentes significações do termo, consultar as reflexões de Margareth Masterman em “*The Nature of a Paradigm*” [1970] e de Thomas Kuhn em “*Second Thoughts on Paradigms*” [1974].

²⁴KUHN, Thomas Samuel. **A estrutura das revoluções científicas**, 2012.

²⁵Ian Hacking, filósofo canadense especializado em filosofia da ciência. Ocupou a cadeira de Filosofia e História dos Conceitos Científicos no *Collège de France* de 2000 a 2006, tendo sido o primeiro anglofóno nomeado a uma cadeira permanente na instituição.

²⁶Aristóteles, filósofo grego que viveu entre os anos de 384 e 322 antes de Cristo. Fora discípulo de Platão e mestre do imperador macedônico Alexandre, O Grande.

²⁷ARISTÓTELES. **Retórica**, 2005.

²⁸HACKING, Ian. Ensaio Introdutório - Paradigma. In: KUHN, Thomas Samuel. **As estruturas das revoluções científicas**, 2012.

²⁹Ibidem.

Para Thomas Kuhn, o paradigma pode ser compreendido como toda e qualquer realização científica universalmente reconhecida que durante um certo período de tempo vem fornecendo tanto problemas quanto soluções modelares para uma comunidade de praticantes de uma determinada ciência.³⁰ De acordo com Silva Neto³¹, tal definição se tornaria algo capaz de abraçar as mais diversas áreas do conhecimento³² humano, com a ocorrência da delimitação de termos como paradigma cultural, pedagógico e daquilo que constitui parte do objeto alvo de investigação deste trabalho, o paradigma clínico.

Até meados do século XVIII, a medicina era uma prática essencialmente assistencialista, tendo a sua prática pautada em uma ação sobre vida do sujeito, através de uma anamnese observacional, onde a doença era vista como uma forma de desequilíbrio dos humores e da organização interna do sujeito e, portanto indissociável do corpo e espírito da pessoa acometida³³.

Após a avaliação de todo o histórico do enfermo, chegava o momento da cura, que além da intervenção “medicamentosa”, contava principalmente com intervenções na rotina do paciente, a fim de modificar os hábitos e regular os elementos que possibilitaram o seu adoecimento, passando por todas as esferas de vida, da alimentação à higiene, como a prescrição das intensas sessões de banho prescritas por Pierre Pomme³⁴ com o intuito de curar uma paciente tida como histérica.

Anos de prática assistencialista viriam a ser substituídos em face de uma nova forma de organização social. O declínio da influência eclesiástica (com as suas noções de assistência filantrópicas) em face aos avanços científicos e filosóficos em voga no continente europeu desde a renascença foram a semente inicial para uma reformulação das práticas médicas, processo este que viria a ser impulsionado pelas transformações provocadas pelas mudanças tecnológicas e sociais provocadas pela revolução industrial devido à necessidade de braços saudáveis para o pleno funcionamento das fábricas, bem como para o consumo dos produtos produzidos agora em uma escala cada vez maior e também para a garantia dos interesses imperialistas das potências europeias em suas disputas coloniais.

³⁰SILVA NETO, Sertório de Amorim e. **op. cit.**

³¹Ibidem.

³²Silva Neto (2011) considera todo conhecimento científico é derivado da adoção de um paradigma, onde mesmo aquela produção que se proponha a desconstruir o paradigma vigente acaba se sujeitando a uma situação contraditória na qual é preciso aderir, mesmo que em partes, ao paradigma para então desconstruí-lo.

³³MAIA, José. Método clínico e paradigmas da ciência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. vol. 4, n. 6. fev. 2000.

³⁴POMME, Pierre. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*, 1769.

Podemos notar o impacto de tais avanços na transformação do papel social dos hospitais gerais que até então tinham a função principal de regular a ordem urbana, absorvendo toda a sorte de figuras indesejáveis, superlotando em períodos de agitação e sendo um campo fértil para as práticas filantrópicas. A instituição que até então era essencialmente assistencialista passa a ser o local da prática científica de uma nova classe que reivindica aquele espaço como um local próprio de sua prática e os internos como objetos de sua intervenção, nasce então a medicina clínica (ou moderna).³⁵

Entretanto a nascente medicina, em seu processo de ruptura e diferenciação da medicina assistencialista praticada até então, necessitava de meios não apenas para afirmar as suas diferenças, mas também para se consolidar enquanto um saber legítimo e capaz de corresponder às demandas apresentadas pelos enfermos, conforme podemos notar pela seguinte passagem:

A medicina moderna fixou sua própria data de nascimento em torno dos últimos anos do século XVIII, quando [...] identifica a origem de sua positividade com um retorno, além de toda teoria, à modéstia eficaz do percebido. De fato, esse presumido empirismo repousa não em uma redescoberta dos valores absolutos do visível, [...] mas em uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens. O rejuvenescimento da percepção médica, a iluminação viva das cores e das coisas sob o olhar dos primeiros clínicos não é, entretanto, um mito; no início do século XIX, os médicos descreveram o que, durante séculos, permanecera abaixo do limiar do visível e do enunciável.³⁶

No contexto de uma busca por uma legitimação, a classe médica vai encontrar no positivismo, o conjunto de métodos que lhe possibilitará embasar as suas práticas em um sistema científico confiável. Vemos aqui o início de uma ruptura que se faz presente até os dias atuais, onde a doença é vista como uma esfera a parte da existência humana. Tal modelo torna a doença como o único objeto passível de intervenção, a partir daí temos uma classe que não apenas vai obter a sua legitimidade a partir de tal visão mecanicista, como também vai cada vez mais construir estratégias evidenciando a busca pela supressão de todo e qualquer diagnóstico, enxergando o conceito de saúde como sendo apenas a ausência de doença e por

³⁵HENNA, Elizabete. **Loucura e doença: emergência do conceito na modernidade**, 2014.

³⁶Ibidem.

consequência tutelando todos os que estiverem sob seus cuidados, desconsiderando assim todas as experiências e potências do sujeito à sua frente³⁷:

A Medicina [...] ao mesmo tempo em que se apropriava do modelo biológico, em desenvolvimento exponencial desde o século XVII, tomava emprestado o paradigma positivista da ciência, fundamentando assim o método clínico moderno.³⁸

Indo de encontro à visão mecanicista idealizada por Descartes, a medicina moderna, vem a agir de forma a estabelecer uma visão igualmente mecânica dos seres vivos e de seus processos vitais, gerando uma ruptura entre corpo e alma, orgânico e somático.

Neste corpo-máquina, a doença passa a se apresentar como uma desordem na qual, de acordo com a ciência cartesiana, esta deve ser analisada e fragmentada³⁹ de forma a possibilitar a compreensão do problema pelo médico que só então estará devidamente habilitado a prescrever uma terapêutica adequada, reparando assim aquele maquinário defeituoso se apresenta à sua frente.

Um das expressões da aplicação do pensamento cartesiano dentro do espaço clínico se dá pela ação do alienismo oitocentista, na constituição daquilo que Foucault virá a chamar de “jardim das espécies”⁴⁰, local onde os loucos seriam agrupados e intermitentemente observados. Tal método em muito se assemelha àquele adotado pelos biólogos nos estudos classificatórios dos vegetais, daí a inspiração ao termo idealizado por Foucault.

Uma vez neste jardim, os alienistas poderiam identificar e agrupar os agentes causadores das desordens mentais, ao mesmo tempo em que estariam habilitados a catalogar também os sintomas e procedimentos terapêuticos mais adequados a cada desordem.

O mesmo modelo biocêntrico que impregna a escola médica, dirige a

³⁷QUEIROZ, Marcos de Souza. **O paradigma mecanicista da medicina ocidental**: uma perspectiva antropológica, 1986.

³⁸ MAIA, José. **op. cit.**

³⁹ Em Foucault (2006), podemos constatar que tais análises minuciosas só se tornam possíveis quando a visão integral do sujeito é substituída pelo olhar clínico que reorganiza a visão do sujeito, hierarquizando a sua estrutura biológica, possibilitando que o médico trace uma linearidade que o ajude a reconstituir a história do sujeito desde a sua fase sadia até o adoecer.

⁴⁰ FOUCAULT, Michel. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

pesquisa, enquanto produção de conhecimentos sobre as doenças como entidades “independentes”, num nível progressivo de aprofundamento e individualização: do sistema ao órgão, do tecido à célula, chegando finalmente, às moléculas. A expectativa é desvendar fenômenos comuns, ou “leis gerais” subjacentes aos diversos distúrbios biológicos, que possam ser aplicadas a pacientes cujas disfunções sejam enquadráveis em suas categorias descritivas.⁴¹

Seja na medicina clínica ou na medicina psiquiátrica, ainda nos dias de hoje é possível ver o impacto do paradigma positivista em conjunto da ciência cartesiana nos procedimentos clínicos, seja pela divisão e progressiva ramificação (especializações) do saber médico em diversas subáreas, somado ao progressivo uso de tecnologias, o que suscitaram (ou acompanharam?) a progressiva compartimentação do corpo humano.

Essa compartimentação durante a intervenção clínica atua de forma a desmontar aquele corpo-máquina, conforme mencionado anteriormente, no momento em que não mais apenas a medicina, mas também atualmente todas as outras profissões da área da saúde vão atuar e exercer os seus saberes sobre aquele “componente defeituoso”, ocasionando uma nova existência, na qual temos um ser dividido e re-sintetizado na sua compreensão e estrutura, resultante de um conhecimento analítico e sinteticamente (re)construído.⁴²

Seguindo a lógica dessa compartimentação, nós temos a existência do prontuário clínico, sendo este talvez a maior expressão do pensamento cartesiano, onde nós temos desde um levantamento da história do sujeito e de sua enfermidade por meio da anamnese, até a divisão do indivíduo por meio dos diversos olhares e saberes que vão observar e analisar àquela existência, a fim de reunir o maior número de pistas possíveis que permitam aos profissionais resolver aquele quebra-cabeça biológico.

Ainda em uma leitura foucaultiana, a constituição deste novo campo do saber científico humano abre as portas também para uma nova forma de poder, um poder capaz de regular não apenas os processos vitais dos indivíduos circunscritos em uma determinada região, mas também capaz de regular as próprias dinâmicas de vida e morte, gerando então um mecanismo de apreensão da vida.

Este mecanismo, conhecido como “biopoder” se apresenta no alvorecer da era Moderna dos Estados europeus com o princípio de “fazer viver e deixar morrer” através do

⁴¹ MAIA, José. **op. cit.**

⁴² MAIA, José. **op. cit.**

qual os governantes detentores deste poder poderiam produzir e organizar forças, fazê-las crescer e ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las, ou em outras palavras, um princípio através do qual seria possível aumentar a utilidade do indivíduo frente às necessidades dos empreendimentos estatais.⁴³

Com o avanço da era Moderna, verifica-se por um lado, uma latente necessidade de corpos produtivos por parte dos Estados europeus em suas aventuras imperialistas ao redor do globo, por outro lado nós temos uma classe médica num intento de obter uma legitimação por parte do Estado, legitimação essa que virá incorporada pelo biopoder com a sua promessa de tornar o indivíduo mais dócil, mais útil... Mais saudável, sendo assim, possível adequá-lo aos moldes de extração da sua força de trabalho, enquadrando-o nos moldes de produção capitalista.⁴⁴

Com o decorrer dos séculos XVIII e XIX, a medicina vai cada vez mais aperfeiçoando os seus saberes e práticas dentro do paradigma positivista, sendo este fortemente influenciado pela filosofia cartesiana, buscando cada vez mais compartimentar o corpo-máquina, para melhor compreender seus mecanismos e assim tornar aquele corpo o mais produtivo possível. Sendo a medicina o bastião central ao redor do qual se ergueram todas as demais profissões da área da saúde, não é de se espantar que as mesmas tenham seguido os seus passos como forma de legitimar os seus próprios saberes.

No entanto observa-se a partir do século XX um momento de crise, onde o paradigma positivista passa cada vez mais a ser contestado pelas mais diversas áreas do saber biológico. Exige-se um olhar mais humanizado, centrado no sujeito e não em sua doença, exigência materializada durante os movimentos de reforma psiquiátrica que tiveram parte nos anos posteriores ao fim da 2ª Guerra Mundial.

Se na área da saúde mental os debates renderam e ainda rendem frutos e experiências inovadoras nas formas de fazer saúde, na área da reabilitação física os caminhos ainda parecem nebulosos.

Seja no âmbito federal das políticas públicas ou na esfera local, parece haver o consenso de que é necessário transformar os olhares biocêntrico e corporativista para repensar o conceito de doença como um processo impassível de ser dissociado sequer em corporeidade

⁴³ AMBRÓZIO, Aldo; VASCONCELOS, Paulo Alexandre Cordeiro de. Biopoder e cuidado de si no pensamento de Michel Foucault, In: DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

⁴⁴ FOUCAULT, Michel. **op. cit.** 1988.

e emoções, abandonando a ultrapassada busca por alterações e intervenções pontuais com foco na capacidade produtiva do indivíduo em terapia.⁴⁵

⁴⁵ MAIA, José. **op. cit.**

2 A SAÚDE PARA ALÉM DA DOENÇA

2.1 FACES DO ADOECER

O conceito de saúde é algo que sofreu diversas mutações ao longo da história, transformações que estavam atreladas às dinâmicas sócio-políticas e culturais de cada época, resultando em uma representação temporal de uma sociedade, relação semelhante pode ser observada nas definições de doença e adoecer, com as patologias e suas origens tendo diversas interpretações, expressando desde castigos divinos (lepra⁴⁶), desvios de conduta (masturbação⁴⁷⁴⁸) e até mesmo traduzindo opressões de gênero (histeria⁴⁹) e de raça (drapetomania⁵⁰).

Dentro de cada interpretação, novos conceitos de saúde e de terapêutica emergem, no período atual vivemos uma crise do paradigma clínico, crise representada por um movimento de contestação ao modelo biomédico e que tem como bandeira a adoção de um olhar sobre o sujeito que existe independente do diagnóstico que lhe é atribuído, requisitando assim dos profissionais, um olhar delicado que dentre muitas outras coisas vai estar atento para a percepção do indivíduo adoecido sobre a sua própria condição.

Mediante isto, o processo do adoecimento deixa de ter um significado puramente biológico, não restando espaço para a simples noção de causa e efeito. Se abre diante de nós uma relação também subjetiva, que vai impactar em todas as dimensões que constituem a existência humana que se apresenta no setting terapêutico.

A Organização Mundial da Saúde⁵¹ define que a saúde pode ser entendida como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, independente da presença ou não de uma enfermidade⁵², constituindo assim um direito fundamental básico⁵³ de todos os seres humanos.

⁴⁶ MELLAGI, A. G; MONTEIRO, Y. N. **O imaginário religioso de pacientes com hanseníase**. 2009.

⁴⁷ MARTINS, Ana Paula Vosne. A ciência da mulher. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX**, 2004.

⁴⁸ LIMA, Adenaide Amorim. **A construção da moralidade através do discurso sobre o corpo**. 2013.

⁴⁹ Transtorno mental ao qual eram atribuídos diversos comportamentos femininos considerados inapropriados. Para um maior aprofundamento, consultar Ávila & Terra (2010) e Valdivia (1997).

⁵⁰ Transtorno mental caracterizado pelo intenso desejo nos negros escravizados de fugir dos locais onde eram mantidos cativos. Consultar Vila (2012).

⁵¹ Órgão sanitário internacional fundado no ano de 1948 e integrante da Organização das Nações Unidas (ONU).

⁵² *World Health Organization*. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**.

⁵³ Também presente na Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Tal definição é estabelecida de forma autêntica, buscando assim a evitar distorções e apropriações por parte de governos ao redor do mundo para validar os seus projetos políticos, no entanto esta mesma definição chega a ser encarada como algo utópica por alguns pesquisadores contemporâneos sob a acusação de ser impossível⁵⁴ atingir um pleno bem-estar físico, mental e social, outros autores, como Christophe Dejours, vão além em suas críticas e professam a impossibilidade de tecer uma simples e objetiva definição do que seria este “bem-estar”⁵⁵:

Gostaríamos que nos dessem uma definição desse perfeito estado de bem-estar. Não sabemos o que é e cremos que não haja esclarecimentos consideráveis sobre a questão. [...] Implícita e intuitivamente, sabe-se que isso significa alguma coisa, mas quando se trata de defini-la, não é muito simples. [...] Em última instância, poderíamos considerar como sendo um estado ideal, que não é concretamente atingido, podendo ser uma ficção, ou seja, uma ilusão, alguma coisa que não se sabe muito bem no que consiste, mas sobre a qual se tem esperanças.⁵⁶

Logo podemos concluir que em um período de crise de paradigma, não é necessário apenas pensar em novas formas de atuação clínica, mas repensar também as representações tanto dos ideais de saúde quanto os de adoecimento em função de uma ressignificação das fronteiras entre o normal e o patológico.

As discussões sobre os conceitos de normalidade e patológico constituem uma questão recorrente na bibliografia médica, bem como dentro das ciências sociais e humanas.

No intento de elucidar tal questão, Georges Canguilhem publica no ano de 1943 a obra intitulada “O Normal e o Patológico”, onde o filósofo se dispõe a problematizar tais conceitos e discutir a fronteira entre ambas as noções em nossa sociedade.

Conforme pudemos observar anteriormente, a medicina moderna fez amplo uso da perspectiva positivista, a qual estava em voga no momento em que a profissão passou a buscar a sua legitimação, o que apesar de resultar em um reconhecimento da medicina clínica como uma ciência propriamente dita, acabou ocasionando também um reducionismo nos

⁵⁴ LUNARDI, Valéria Lerch. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governamentalidade dos sujeitos. **Revista gaúcha de enfermagem.**

⁵⁵ DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional.**

⁵⁶ DEJOURS, Christophe. **op. cit.**

discursos e práticas desta classe.⁵⁷

A visão organicista concebe que a intervenção médica só é possível quando um organismo se encontra fora de uma norma pré-estabelecida e que “não tolera nenhum desvio das condições na qual é válida”⁵⁸

Traçando um panorama com os caminhos da clínica psicopatológica, Foucault vai nos dizer que “a loucura só existe em uma sociedade, ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou capturam”⁵⁹, discurso que se aproxima com os apontamentos de Canguilhem ao considerar que o doente só existe por este não ser capaz de se enquadrar em um padrão normativo no qual o conceito de saúde deixa de ser simplesmente a ausência de doença, para ser pura e simplesmente a capacidade que um indivíduo possui de “viver num meio onde flutuações e novos acontecimentos são possíveis”⁶⁰.

Partindo de tais observações, é necessário repensarmos as formas de lidar com o que consideramos patológico, pensar não mais na doença como uma classificação de indivíduos em um estado que excede a norma, mas sim pensar no adoecer como uma experiência, um processo dinâmico no qual a doença age como um agente desencadeador de um processo de ruptura⁶¹ do cotidiano, suscitando assim uma reorganização das dinâmicas das atividades de vida diária do indivíduo para que este possa continuando desempenhando os seus papéis ocupacionais com um máximo de independência possível dentro de sua realidade.

Retomando a perspectiva histórica utilizada no início deste capítulo, nos é possível perceber que independente da mutabilidade dos conceitos de normalidade e de doença, a possibilidade de cura sempre esteve ao alcance da humanidade. A possessão demoníaca poderia ser exorcizada, o sangue impuro poderia ser removido através das sangrias, o tratamento moral poderia trazer ordem aos desviantes e em tempos recentes, temos o advento dos fármacos e de inúmeras outras tecnologias que nos auxiliam no combate às mais diversas patologias, devolvendo assim a saúde ao indivíduo adoecido⁶².

Em um contexto de mudança de paradigma, se faz necessário que estejamos atentos

⁵⁷ BRUNET, Alice Einloft et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o estudo da psicopatologia. *Aletheia*, n. 32, mai. – ago. 2010.

⁵⁸ CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

⁵⁹ FOUCAULT, Michel. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. **Coleção Ditos e Escritos vol. I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

⁶⁰ CANGUILHEM, Georges. **op. cit.**

⁶¹ GOMES, Romeu et al. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de saúde pública**, 2002.

⁶² CANGUILHEM, Georges. **op. cit.**

aos caminhos que se abrem à nossa frente, se na clínica psicopatológica⁶³ da reforma psiquiátrica brasileira, nós presenciamos a mudança do olhar clínico focado no patológico para um olhar que objetiva o indivíduo como sujeito ativo de seu adoecer, privilegiando as experiências resultantes desta dinâmica uma vez que o patológico não possui uma existência própria⁶⁴, sendo concebido apenas em uma relação pré-estabelecida, nós também podemos tirar proveito de um olhar semelhante na clínica fisiopatológica.

2.2 INTOCÁVEIS: O CORPO ADOECIDO NA SOCIEDADE

O corpo não é uma máquina, um barco cuja alma é o piloto - mesmo que a tradição filosófica tenha frequentemente pensado no contexto desse dualismo. E se o lugar da alma de sensações, afetos, afetividade, paixões e pensamentos - for apenas um excesso do corpo? Tudo - e particularmente a história filosófica do corpo - teria então que ser repensado de outra maneira, isto é, a partir do corpo, desta vez adotando uma visão "de dentro", em uma interioridade que lhe é constantemente negada, porque "mergulha no abismo"⁶⁵⁶⁶

Em “Intocáveis: sobre a marca da deficiência e a psicanálise no campo da reabilitação”⁶⁷, a autora nos expõe a dois momentos do referido filme, sobre os quais ela busca discorrer sobre a prática psicanalítica dentro de uma instituição de reabilitação física e intelectual.

O filme em questão narra a história de dois personagens, sendo o primeiro deles, Driss (Omar Sy), um homem morador de um bairro periférico de Paris e desprovido de qualquer tipo de formação acadêmica, enquanto Philippe, o segundo protagonista a ser apresentado, é um homem de um alto poder aquisitivo, com gostos refinados e que ficou tetraplégico após um acidente.

⁶³ ÁVILA, Laszlo Antônio, 2004 apud. SILVA, Paulo José Carvalho da. Sob a sombra do patológico: sujeito e verdade no adoecer. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, 2012.

⁶⁴ BRUNET, Alice Einloft. **op. cit.**

⁶⁵ RICHIR, Marc. *Le corps: essai sur l'intériorité*, 1993.

⁶⁶ “*Le corps n'est pas une machine, un bateau dont l'âme serait le pilote - même si la tradition philosophique l'a souvent pensé dans le cadre de ce dualisme. Et si l'âme lieu des sensations, des affections, de l'affectivité, des passions et des pensées - n'était qu'un excès du corps ? Tout - et en particulier l'histoire philosophique du corps - serait alors à repenser autrement, c'est-à-dire à partir du corps, saisi cette fois 'du dedans', dans cette intériorité qu'on lui dénie sans cesse, parce qu'elle 'plonge sur l'abîme'*”. RICHIR, 1993, tradução nossa.

⁶⁷ BONFIM, Fátia. In: SAMCDA – O que se opõe ao discurso analítico. **Latusa**, 2014.

As histórias de ambos os personagens se cruzam quando Driss decide se candidatar à vaga de cuidador do Philippe. Em um ambiente onde todos os candidatos adotavam a uma conduta estritamente profissional e se agarravam quase que de maneira obsessiva a um conjunto de códigos e procedimentos na forma de se relacionarem com Philippe, Driss chega com o ato revolucionário de tratá-lo como uma pessoa qualquer, independente da sua classe social, da sua hierarquia profissional ou da sua condição física.

Ambos os momentos escolhidos para a abordagem da autora, ocorrem nos minutos iniciais do filme, sendo o primeiro momento a cena do processo seletivo, onde ambos os protagonistas se conhecem. Enquanto os outros candidatos ostentavam uma postura profissional, exibindo seus certificados, qualificações e discursos técnicos em uma evidente preocupação em demonstrar a sua aptidão profissional para a vaga, para lidar com o homem tetraplégico, enquanto Driss com a sua impiedosidade, sua falta de preparo e de cuidado técnico se apresenta como alguém capaz de ver Philippe para além de sua condição clínica e reconhecê-lo como a pessoa que ele foi e ainda é.

O segundo momento ocorre quando Philippe é questionado, tanto pela escolha quanto pelo apreço que ele vem a desenvolver por Driss e, em resposta, ele simplesmente diz que o jovem em questão era aquilo que ele procurava alguém que não tem pena.

Driss não negava a limitação do corpo imposta a Philippe e sem rodeios conseguia abordar tal assunto, todavia, mais do que isso, ele conseguiu estabelecer um laço com Philippe cuja deficiência não estava em primeiro plano e nem o definia como pessoa.⁶⁸

Nessa perspectiva, o entrelaçamento entre corpo, cultura, história e sociedade é relevante na produção de sentidos sobre o sofrer, demandando, por sua vez, uma releitura do desamparo do mal-estar frente ao adoecimento, possibilitando reconhecer o sujeito daquele corpo como um indivíduo portador de saberes e desejos.⁶⁹

⁶⁸ BONFIM, Flávia. **op. cit.**

⁶⁹ GOMES, Daniela Rodrigues Goulart; PRÓCHNO, Caio César Sousa Camargo. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Saúde e sociedade**, 2015.

2.3 “TEMOS OU SOMOS O NOSSO CORPO?”⁷⁰

A partir do século XX, tanto pelos esforços dos Estados por meio das ações de saúde pública em tornar os corpos mais produtivos, quanto pelo encontro das ciências humanas e sociais com as ciências biológicas⁷¹, o debate em torno dos processos de saúde-doença e as interpretações sobre o corpo adoecido passaram a receber uma maior atenção por parte dos pesquisadores, não podendo esquecer obviamente da militância política por parte da população portadora de necessidades especiais, que em sua luta por uma condição de vida digna dentro de nossa excludente sociedade, se recusam a serem reduzidos a sujeitos passivos, corpos a serem lidos por um saber hegemônico e puramente acadêmico.

Neste contexto, o corpo passa a configurar uma instância biopsicossocial onde o corpo e o “eu” passam mais uma vez a configurar uma existência una, em contrário à compartimentação vigente até então.

Podemos considerar que a relação da sociedade com a pessoa portadora de alguma deficiência física constitui uma experiência estigmatizante que afeta e deteriora a identidade do seu portador ao diferenciá-lo de forma depreciativa.⁷²

Em uma leitura social, considera-se que o corpo constitui uma existência dinâmica, mediando as relações entre o “eu” e o meio social no qual este é inserido. O corpo enuncia quem somos e quem não somos, ele carrega marcas que nos diferenciam, agregam nossas vivências, que geram identificações com outros corpos, marcas capazes de representar grupos e/ou ideais e que transmitem o modo através do qual iremos agir, atuar, falar com cada um e entre si.⁷³

A partir das considerações feitas acima, podemos entender que a própria noção de identidade de um indivíduo constitui um processo de constante transmutação que está intimamente atrelada às relações subjetivas e intersubjetivas.⁷⁴ Quer seja uma identidade atribuída ou adquirida pelo indivíduo, é a validação social desta quem será a responsável por confirmar tal conceito.

⁷⁰ RICHIR, Marc. apud. CHAMMÉ, Sebastião Jorge. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Saúde e sociedade**, v. 11, n. 3, p. 03 – 12, 2002.

⁷¹ CHAMMÉ, Sebastião Jorge. **op. cit.**

⁷² MARTINS, José Alves; BARSAGLINI, Reni Aparecida. Aspectos da identidade na experiência da identidade física: um olhar socioantropológico. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, 2011.

⁷³ BERNARDO, Carolina Maria Costa. **Do estranhamento do corpo: um estudo sobre identidade, corpo e deficiência na escola**. 2010.

⁷⁴ MARTINS, J. A.; BARSAGLINI, R. A. **op. cit.**

Nos estudos de Foucault⁷⁵, Goffman⁷⁶ e de Magalhães & Dias⁷⁷, podemos constatar que o meio social, por meio das relações de poder-saber⁷⁸, estabelece meios de categorização⁷⁹ ao determinar características naturais a serem seguidas por cada indivíduo, almejando uma normalização do meio social, o que por sua vez seria capaz de formar uma sociedade sadia e produtiva. No entanto aqueles que não se adequam à norma são vitimados por um processo de estigmatização, processo de inferiorização capaz de marcar aquele corpo como algo desviante^{80 81}.

Uma vez marcado pelo estigma do adoecimento, aquele indivíduo tem toda a sua subjetividade negada, uma vez que principalmente no caso das deficiências físicas, temos uma maior visibilidade da diferença daquele corpo em função das transformações de formas e funcionalidades decorrentes da deficiência.⁸²

É, sobretudo no corpo que se tornam manifestas as marcas que nos proporcionam: ser (ou não ser) baixo, negro, magro, loiro, deficiente etc.; ter (ou não ter) tal ou qual sexo, idade, língua etc.; partilhar (ou não partilhar) de tal ou qual costume, tradição, território, classe social etc.⁸³

Estes marcadores identitários podem definir a aceitação de um indivíduo dentro da sociedade por apresentar traços desejáveis, mas também podem significar a rejeição e a consequente estigmatização daqueles que desviam da norma vigente. No caso da deficiência física (e de outras doenças que ocasionem uma alteração na composição física do indivíduo), tal estigma ocasionou um isolamento social, no qual os portadores de deficiência foram

⁷⁵ FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**: a vontade de saber (vol. 1), 1999.

⁷⁶ GOFFMAN, Erwing. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada, 1981.

⁷⁷ MAGALHÃES, R C B P; DIAS, A M I. Identidade e estigma no contexto da escola inclusiva: uma leitura a partir de Erwing Goffman. 2005

⁷⁸ FOUCAULT, M. **op. cit.** 1999.

⁷⁹ MAGALHÃES, R C B P; DIAS, A M I. **op. cit.** 2005.

⁸⁰ De acordo com Omote (1999) apud. Bernardo (2010): “O desvio é um fenômeno social construído para pôr em evidência o caráter negativo atribuído a determinadas qualidades, atributos, comportamentos ou afiliação grupal de uma pessoa. A significação de desvio implica uma complexa relação entre a pessoa que é percebida e tratada como desviante, as pessoas que a percebem e a tratam como desviante e o contexto no qual isso ocorre. Uma qualidade/um atributo qualquer pode ser interpretado e tratado como um caso de desvio, dependendo de quem é o portador ou ator, de quem constitui a audiência e do contexto em que ocorre esse julgamento”.

⁸¹ GOFFMAN, E. **op. cit.** 1981.

⁸² MARTINS, J. A; BARSAGLINI, R. A. **op. cit.** 2011.

⁸³ VEIGA-NETO, A. As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades. In: Regina Leite Garcia. (Org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**, 2002.

privados até mesmo do acesso a direitos básicos como educação e até mesmo o direito à cidade, a qual em sua arquitetura não permite a liberdade do ir e vir destas pessoas. Outro ponto a ser aqui considerado, é a tutela destes corpos pelo saber médico (e paramédico em décadas mais recentes) que se apresenta como a força necessária para remodelar tais corpos no intento de aproximá-los de um modelo saudável:

O corpo com deficiência não encontrou representação nos “espelhos” sociais das sociedades até aqui existentes, marcadas por ideologias variadas da aparência e da produtividade, nas quais o aspecto físico é valorizado dentro de padrões que funcionam como uma espécie de ditadura corporal-estética-funcional. Uma ditadura hoje disfarçada pelos discursos de saúde, de higiene, de educação, de produtividade e de qualidade de vida. Quando nossos corpos apresentam-se incompletos em sua estrutura física, são considerados incapazes para mundo do trabalho e divorciados do convívio com seus pares.⁸⁴

⁸⁴BERNARDO, C. M. C. **op. cit.** 2010.

3 IMPLICAÇÕES DO PARADIGMA HOLÍSTICO PARA A CLÍNICA EM TERAPIA OCUPACIONAL

O decorrer do século XX foi palco de uma série de transformações tanto nas formas de fazer ciência, quanto nos modelos de assistência em saúde. Em uma contestação ao positivismo já abordado anteriormente, as ciências humanas e sociais não apenas se provaram capazes de produzir saberes bem fundamentados, com base nos estudos das subjetividades, como também foram capazes de construir seus próprios métodos. Avanços tecnológicos permitiram a abertura de novos campos de estudos na área da saúde e o encontro das pesquisas em saúde com as áreas humanas e sociais nos levaram a questionar tanto os nossos conceitos de saúde, bem como as nossas práticas clínicas.

O otimismo das potências globais frente aos avanços tecno-científicos, representado pela *Belle Époque*⁸⁵ a partir das últimas décadas do século XIX viria a encontrar um amargo fim com a eclosão da primeira guerra mundial em 1914, o conflito fora o primeiro conflito em escala industrial e global onde o velho mundo pré-industrial encontrou no campo de batalha um moderno mundo industrializado. Cavalos, cargas de baioneta e imensas aglomerações de tropas conflitavam com os primeiros tanques de guerra, aviões, metralhadoras, armas químicas e bombardeios maciços.

A alegria da *belle époque* cedeu lugar à triste sinfonia dos disparos de rifles e canhões compondo o “hino para a juventude amaldiçoada”⁸⁶. A então chamada “guerra para acabar com todas as guerras”⁸⁷ foi apenas a primeira etapa de um conflito de proporções épicas que não apenas apresentou ao mundo uma quantidade sem precedentes de mortos e feridos em apenas um conflito, como também pavimentou o caminho para que poucos anos depois, o mundo mergulhasse em um conflito ainda mais sangrento e traumático.

A intensidade dos combates, o alto número de combatentes e a proximidade temporal entre as duas guerras mundiais (separadas por um intervalo de apenas 21 anos) ocasionou uma alta demanda de pessoas com os mais diversos tipos de acometimentos físicos e mentais,

⁸⁵ Bela época, tradução nossa.

⁸⁶ OWEN, Wilfred Edward Salter. *Anthem for doomed youth*, 1917.

⁸⁷ Também referida como “a guerra que vai acabar com a guerra”. O bordão fora cunhado pelo autor Herbert George Wells ainda nos estágios iniciais da Primeira Guerra Mundial, quando acreditava-se que a hegemonia resultante do conflito seria capaz de garantir um estado permanente de paz global.

⁸⁸ Wells, Herbert George. *The war that will end war*, 1914.

exigindo assim uma pronta resposta dos profissionais da área da saúde, ocasionando o nascimento de novas profissões e o aperfeiçoamento daquelas já existentes como formas lidar com as urgências do momento.

Durante a 2ª Guerra Mundial, a humanidade presenciou as mais diversas formas de violações da dignidade humana, as atrocidades cometidas tanto pelas forças aliadas⁸⁹ quanto pelos países do eixo⁹⁰ serviram de estopim para os debates a respeito da construção de um ideário de dignidade humana, ideário este que está exposto até hoje na Declaração Universal dos Direitos Humanos⁹¹, assinada no ano de 1948.

Em conjunto a tais debates, iniciou-se também uma movimentação acerca de um cuidado mais humanizado em saúde. Seja pelo paralelo entre os manicômios e os campos de concentração alemães ou pela progressiva compreensão da importância da troca de afetos entre paciente e terapeuta, nesse período também se evidencia uma aproximação das áreas humanas, sociais e da saúde, o que por sua vez vem a contribuir com uma valorização de uma abordagem social ao reconhecer por meio de estudos que elementos como os modos de vida individual, o meio social, as crenças e valores configuram como elementos influentes no processo de saúde-doença.⁹²

No enfoque dos aspectos biopsicossociais e multiprofissionais, relacionados à gravidade das condições de saúde da população, houve diversos desdobramentos, como o trabalho em equipe multidisciplinar, “solução racionalizadora” encontrada, que, além de suprir a falta de profissionais, permitiu “[...] ampliar a abordagem em saúde.”⁹³

Este reconhecimento se faz explícito com a conferência de 1948 da OMS, que define a saúde como uma condição de pleno bem estar físico, mental e social, favorecendo assim a adoção de medidas multidisciplinares, que por sua vez vem a agir de contra à visão mecanicista do corpo humano.

⁸⁹ Coalização liderada pelos Estados Unidos, França, Império Britânico e União Soviética.

⁹⁰ Coalizão liderada pela Alemanha, Itália e Império do Japão.

⁹¹ ONU, **op. cit.**

⁹² SARRETA, Fernanda de Oliveira. **As políticas públicas de saúde**, 2009.

⁹³ *Ibidem.* apud. BRAVO & MATOS, 2004.

3.1 A CLÍNICA HOLÍSTICA

Neste contexto de críticas à visão mecanicista, o holismo desponta como uma saída capaz de fornecer um olhar abrangente à existência humana. O termo aparece pela primeira vez em 1926 na obra “Holismo e Evolução⁹⁴”, publicada pelo filósofo britânico Jan Smuts como uma tentativa inicial de reaproximar ciência e filosofia, cuja separação além de lamentável, julgava ser a responsável pela ascensão de uma visão mecanicista da ciência⁹⁵, gerando assim uma visão simplificada não apenas do homem, mas também de todo o mundo que nos cerca:

Smuts chamava atenção para o distanciamento que ocorrera entre a ciência e a filosofia [...] Esse resultou na exacerbação da visão mecanicista na ciência que perdera a amplitude de avaliação dos processos da Natureza e se fixou na tentativa de explicar mecanismos de funcionamento das estruturas. Ao mesmo tempo, a filosofia se perdeu buscando os princípios mais gerais que regem a vida desconectada dos fatos da realidade.⁹⁶

Smuts considerava que a visão mecanicista e os processos de causalidades que guiavam a ciência de até então, traduziam as capacidades e limitações da época em que tais conceitos haviam se desenvolvido, no entanto segundo ele, seria necessário uma superação deste modelo reducionista, com o intuito de restaurar o caráter fluído e maleável da natureza.⁹⁷

Para o retorno a esta visão fluída e ampla, Smuts defende a adoção do que ele vem a chamar de Teoria do Campo, a qual considera a existência de dois campos, o campo físico e o campo orgânico e o campo social, onde cada qual possui as suas potências e particularidades sem, no entanto, constituir uma existência isolada, estando portanto, em um processo de constante troca e moldando tudo aquilo que esteja sujeito a tais forças.⁹⁸

⁹⁴ SMUTS, Jan Christian. *Holism and Evolution*, 1926.

⁹⁵ Ibidem.

⁹⁶ LIMA, Patrícia Valle de Albuquerque. *O holismo em Jan Smuts e a Gestalt-terapia*, 2008.

⁹⁷ Ibidem. **op. cit.**

⁹⁸ SMUTS, J. **op. cit.**

O campo é uma extensão energética do sistema mostrando as mesmas propriedades que esse. O campo funciona como uma ponte por meio da qual outros sistemas se interpenetram. O organismo e o campo formam uma estrutura contínua, sendo o organismo um ponto sensível por intermédio do qual essa estrutura se inicia. Nos grupos e nas sociedades há uma interpenetração dos diversos campos individuais gerando a reconfiguração de um novo todo resultante dessa interação de forças.⁹⁹

Duas obras tiveram grande impacto nas postulações de Smuts, sendo elas a “Origem da espécie” publicada por Charles Darwin e a “Teoria da Relatividade” de Albert Einstein. Diante dos escritos de Darwin, Smuts vai se debruçar sobre as variabilidades progressivas e aos processos de diversificação das espécies, não apenas corroborando a teoria da evolução como também ampliando as noções conceituais de evolução apresentadas por Darwin:

Ele mostra que o holismo não somente é o criador de variação, mas também é o inibidor dela, como é o caso das tendências repressoras já ativas no nível orgânico, mas também no nível ético, onde contribui para formar a personalidade.¹⁰⁰

A teoria da relatividade impactou nas noções de objetividade e subjetividade ao nos mostrar que tempo e espaço não são simples abstrações de ordem subjetiva e tampouco são unicamente dados resultados de experiências. A proposição de que o movimento de um corpo nunca é algo absoluto e sim relativo a outros pontos de referência evidenciou que espaço e tempo são instâncias abstratas cujas ações incidem sobre todo e qualquer corpo em movimento e uma vez em conjunto, tais ações constituem o campo total das experiências.

Partindo das teorias supracitadas, nós podemos considerar que em uma abordagem holística, é impossível analisar um corpo sem considerar as suas partes e o meio que o cerca, bem como é impossível analisar uma mesma parte isolada do corpo que a abriga e o meio externo pelo qual tal corpo transita. A realidade é agregadora e até mesmo o menor dos átomos são sistemas operantes em um modelo de auto-organização semelhante os sistemas sociais presentes em nossa sociedade.¹⁰¹

⁹⁹ LIMA, P. V. de A. **op. cit.**

¹⁰⁰ BRANDÃO, Dênis M. S.; CREMA, Roberto (orgs.). **O novo paradigma holístico: ciência, arte e mística.** 1991.

¹⁰¹ LIMA, P. V. de A. **op. cit.**

“O todo é maior do que a soma de suas partes”. Com uma certa frequência, esta célebre frase é utilizada para se referir ao modelo holístico, no entanto por vezes esta frase passa uma falsa ideia de que a união destas peças constituem um todo como se este fosse uma nova existência, mais complexa e mais relevante do que as peças que o formam. No entanto tal interpretação vai na contramão da própria teoria holística uma vez que a mesma considera que para além das forças externas que agem sobre um “todo”, existem também forças internas capazes de provocar e até mesmo inibir alterações.

Sendo assim, este “todo” não constitui uma existência meramente mecânica resultante da soma de várias partes, mas sim uma existência criativa, composta por existências diversas e complexas em uma rede dinâmica que passam a constituir um “todo” criativo e igualmente dinâmico.¹⁰²

As ciências da saúde enquanto práticas circunscritas em um paradigma hegemônico e atuante em uma sociedade que durante todo o século XX vai cada vez mais criticar este paradigma não poderia passar incólume por este movimento de contestação.

As discussões por um cuidado mais abrangente e humano em saúde que a partir de então, a fim de escapar ao reducionismo e da alienação do pensamento cartesiano, o profissional em saúde deve acima de tudo ser cientista e filósofo, capaz de conciliar as tecnologias e o conhecimento acadêmico com uma reflexão acerca dos fatores subjetivos que podem influir no indivíduo que se apresenta ao *setting* terapêutico, ao mesmo tempo, espera-se que este profissional seja afoito por descobrir, aberto e inclusivo às possibilidades que se apresentam¹⁰³:

O modo holístico de enxergar o paciente veio para excluir a prática do cuidado fragmentado do modelo biomédico, pois os sujeitos não podem ser vistos como partes distintas, e sim em um entendimento biopsicossocial.¹⁰⁴

Para além de uma mudança na práxis, o paradigma holístico também nos trás o conceito de uma saúde que deve ser entendida como um fenômeno multidimensional,

¹⁰² Ibidem. **op. cit.**

¹⁰³ TEIXEIRA, Elizabeth. **Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde**, 1996.

¹⁰⁴ FRITZEN, Thaise Alves de Oliveira. **Os sentidos atribuídos ao princípio da integralidade na formação do enfermeiro: uma revisão integrativa**. 2015.

envolvendo as mais diversas instâncias da existência humana, onde todos estes fatores estão ordenados de forma interdependente, ainda que configurem esferas independentes.

Esta leitura da saúde como um fator biopsicossocial¹⁰⁵ será corroborada, ainda que timidamente, anos mais tarde com a declaração de 1948 da Organização Mundial da Saúde¹⁰⁶, no entanto cabe ressaltar que o paradigma holístico não prega a supressão de todas as tecnologias e conhecimento produzido pelo paradigma cartesiano, conforme podemos constatar a seguir:

É neste cenário, marcado pelo descontentamento de usuários e profissionais que surge a necessidade de um resgate dos valores subjetivos, que foram se perdendo com os avanços da ciência. Para isso é fundamental o desenvolvimento de um novo olhar, de uma nova forma de atuar frente a essa realidade. Não se trata de abandonar as inovações científicas e tecnológicas, mas sim de agregar valores humanos às relações que ocorrem nas instituições de educação e de saúde, buscando uma articulação baseada nos princípios éticos, respeitando e valorizando todos os seres humanos envolvidos nessa teia.¹⁰⁷

3.2 TERAPIA OCUPACIONAL

Os registros do uso das ocupações de forma terapêutica remontam a milhares de anos atrás. Escritos chineses do ano 2600 a.EC¹⁰⁸, podemos observar que este povo considerava a doença como fruto da inércia orgânica, empregando assim a ocupação física como forma de promover a saúde e a inclusão dos indivíduos, com algumas correntes filosóficas até mesmo crendo que tais práticas poderiam conduzir à imortalidade.¹⁰⁹

¹⁰⁵ A lógica do cuidado biopsicossocial está em pauta na clínica em saúde mental desde a eclosão do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental no ano de 1978, o que posteriormente originou o atual processo de reforma psiquiátrica brasileira. A bandeira da atenção biopsicossocial teve o seu marco com a aprovação da lei nº 10.216, a qual ocorre de forma a reconhecer a importância de uma rede de cuidado territorial e que articule as políticas de cuidados em saúde, cultura, moradia, lazer e trabalho. In: JORGE, Marcos Aurélio Soares; CARVALHO, Maria Cecília de Araújo; SILVA, Paulo Roberto Fagundes da (org.). **Políticas e cuidado em Saúde Mental**, 2014.

¹⁰⁶ WHO. **op. cit.** 1948.

¹⁰⁷ LEITE, Telma Alves de Almeida Fernandes; STRONG, Maria Isabel. **A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar**. 2006.

¹⁰⁸ ROSSETTO, Tania Cristina Fascina Segá. **Interface entre a musicoterapia e a terapia ocupacional na estimulação da memória de um grupo de idosos**, 2008.

¹⁰⁹ LÓPEZ, Begoña Polonio; MOLINA, Pilar Durante; ARNAIZ, Blanca Noya. **Conceptos fundamentales de terapia ocupacional**, 2001.

Dentre os egípcios e gregos também é possível encontrar registros parecidos, com os egípcios ainda em 2000 a.EC, utilizando jogos e atividades recreativas para tratar a melancolia, enquanto na Grécia dentre os anos 600 a.EC e 200 EC. encontram-se registros de filósofos como Hipócrates, Orfeu, Pitágoras e Tales de Mileto, fazendo o uso de canções, teatro, leitura, lutas esportivas e recorrendo até mesmo ao próprio trabalho não apenas para tratar das moléstias, mas também para promover uma melhora do bem-estar e promover a saúde dos indivíduos.¹¹⁰

Ao longo da Idade Média e da Renascença, o uso das ocupações continuará se fazendo presente, ainda que de maneira tímida, no entanto é a partir do século XVIII com o tratamento moral desenvolvido por Philippe Pinel em 1786 no hospital-asilo de Bicêtre, onde foram prescritos exercícios físicos e atividades ocupacionais como forma de restaurar a conduta moral e a disciplina daquela instituição voltada para portadores de transtornos mentais.

O sucesso das experiências pinelianas nos hospitais de Bicêtre e de Salpêtrière, fez com que o tratamento moral ganhasse inúmeros adeptos, contudo é necessário ressaltar que a ocupação aqui aparecia meramente como uma forma de evitar a “vadiagem” e disciplinar o indivíduo.

É somente com a 1ª Guerra Mundial que a terapia ocupacional passa a se organizar enquanto classe profissional atuante na área da saúde, bem como também é neste período (1917) que surge a primeira escola voltada para a formação de terapeutas ocupacionais. Tal consolidação decorre do imenso número de civis e veteranos com acometimentos físicos e/ou mentais em decorrência dos combates, no entanto esta formação é observada apenas nos Estados Unidos, aonde a profissão viria a encontrar campo fértil em outros países somente com a eclosão da 2ª Guerra Mundial em 1939:

Frente à escassez de braços e graças às urgências da guerra, milhares de deficientes foram desempenhar funções industriais que ficavam vagas [...] a indústria absorveu tal número de lesados que parecia que somente os incapacitados severos não teriam trabalho; os lesados chegaram a ser vistos mais como elemento de êxito do que como elemento passivo no ambiente social e econômico da América do Norte.¹¹¹

¹¹⁰ Ibidem. **op. cit.**

¹¹¹ SOARES, Léa Beatriz Teixeira. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** 1991.

Neste primeiro momento de existência, a terapia ocupacional era formada em boa parte por profissionais de outras áreas, como medicina, enfermagem e serviço social, o que consolidou uma visão abrangente tanto do ser humano, quanto das próprias práticas e bases teóricas da profissão, conforme podemos notar pela seguinte passagem de Adolf Meyer¹¹²:

A nossa concepção de ser humano é a de um organismo que se mantém e se equilibra no mundo real e por ser ter uma vida ativa, sendo capaz de viver e agir em harmonia com a natureza externa e a sua própria natureza.^{113 114}

Constitui-se neste primeiro momento aquilo que ficara conhecido como “Paradigma da Ocupação”, onde era considerado que a inércia poderia ser danosa ao corpo e à mente, instâncias que inclusive existiam de forma interdependente, sendo necessário um equilíbrio entre ambas as ordens para que os modos de existir, pensar e agir possam fluir adequadamente durante o exercício dos papéis ocupacionais.

No entanto tal pensamento não encontrou um campo aberto dentro o meio científico, resultando assim em uma pressão que dentro as décadas de 1930 e 1950¹¹⁵, fizeram com que a terapia ocupacional buscasse adotar um discurso que pudesse lhe garantir uma certa legitimidade. Em um contexto de avanço no conhecimento e de tecnologias na área da saúde, novas patologias emergiam e, portanto seguindo a lógica cartesiana, se tornava cada vez mais

¹¹² Adolf Meyer (1886 – 1950). Psiquiatra suíço que imigrou para os Estados Unidos no ano de 1892, onde desenvolveu importantes práticas na área da psiquiatria, além de ter contribuído imensamente para a consolidação da terapia ocupacional naquele país. Meyer discordava da psicopatologia clínica defendida por Emil Kraepelin, enquanto defendia a noção própria de “psicobiologia” ao sustentar que certos padrões habituais tornavam os indivíduos suscetíveis a determinados acometimentos. Partindo dessa importância dada a relação entre o indivíduo e o meio, Meyer viria a ser um grande defensor da desospitalização na saúde mental, além de incentivar veementemente o uso do trabalho de forma terapêutica, desde que tal atividade fosse dotada de um significado para o indivíduo.

¹¹³ “*Our conception of man is that of an organism that maintains and balances itself in the world of reality and actuality by being in active life and active use, i.e., using the living, and acting its time in harmony with its own nature and the nature about it*”. Tradução nossa.

¹¹⁴ MEYER, Adolf. *The philosophy of occupation therapy*, 1922.

¹¹⁵ A terapia ocupacional desembarca em terras brasileiras no ano de 1956 através da criação do Curso Técnico em Reabilitação na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro, com a profissão sendo regulamentada no ano de 1969 através do decreto-lei nº 938, de 13 de outubro daquele mesmo ano. Contudo os registros históricos sobre a utilização de atividades com fins terapêuticos em solo brasileiro remontam ao século XIX no Hospício de Pedro II, atual Palácio Universitário pertencente à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

necessário compartimentar os saberes e práticas de forma que as profissões da saúde conseguissem ofertar intervenções clínicas mais bem definidas.¹¹⁶

Em Santana¹¹⁷ podemos observar que esta visão positivista fora herdada das ciências naturais pelas ciências humanas e biológicas, estabelecendo assim o corpo humano como um objeto “matematizável” e experimentável.¹¹⁸ Sendo assim, na busca por uma validação científica de seus saberes e práticas, a terapia ocupacional passa a produzir os seus próprios reducionismos através da institucionalização de uma relação estritamente técnica entre paciente e terapeuta ocupacional aliada a uma progressiva alienação do uso das ocupações no setting terapêutico. A ocupação que outrora era capaz de manter e/ou restaurar a organização dos sistemas humanos afetados por doença ou trauma¹¹⁹, agora parecia ser deixada de lado em função de uma visão mecanicista da sociedade na qual os terapeutas ocupacionais fechavam os olhos aos aspectos individuais de cada paciente em função da aplicação de procedimentos padrões com resultados previsíveis almejando assim consolidar um método próprio e defensável frente às demais classes científicas.¹²⁰

Ainda sobre esse alinhamento ao paradigma vigente, podemos verificar em Moreira¹²¹ que a recessão econômica mundial ocorrida durante a década de 1970, aliada ao processo de crise estrutural do capital em desenvolvimento naquele mesmo momento também fora determinante para este processo de “conformismo” da profissão. Desta crise há um processo de reestruturação política do capital, resultando na ascensão dos Estados neoliberais, configurado pelo enfraquecimento progressivo das políticas trabalhistas, desregulamentação financeira, globalização do capitalismo e uma liberalização comercial, alterando assim a balança da luta de classes e das dinâmicas sociais e produtivas, com uma progressiva precarização do trabalho e do homem-que-trabalha, processo aliado a uma progressiva racionalização do trabalho, com as entidades contratantes buscando cada vez mais poupar gastos ao mesmo tempo em que (na mesma lógica economizante) se busca também otimizar o

¹¹⁶ CARLO, Marysia Maria Rodrigues do Prado de; BARTALOTTI, Celina Camargo. (org). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**, 2001.

¹¹⁷ SANTANA, Carla da Silva. **Correntes filosóficas e terapia ocupacional: considerações sobre o positivismo**, 2005.

¹¹⁸ CHAUI, 1995.

¹¹⁹ SANTANA, C. da S. **op. cit.**

¹²⁰ SILVA, Ana Carolina Sucupira. **Conhecendo a clínica da terapia ocupacional no serviço público do Distrito Federal**, 2012.

¹²¹ MOREIRA, A. B. **Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias**, 2008.

processo de reabilitação, diminuindo o tempo das intervenções e buscando por profissionais cada vez mais qualificados.¹²²

A terapia ocupacional neste cenário, não somente pela necessidade de afirmar as suas práticas dentre o meio científico, mas também como uma maneira da profissão continuar inserida em um mercado de trabalho de disputas cada vez mais acirradas, adentra um processo de transformação:

que levou a um movimento de crescente pressão para que os terapeutas ocupacionais se tornassem mais pragmáticos, desenvolvendo práticas “comprovadamente eficazes” (ênfase nos aspectos mensuráveis de seu trabalho) e “competentes” (em relação à promoção de melhoria da independência funcional e inserção dos pacientes), para serem mais competitivos no mercado de trabalho.¹²³

Contudo, mesmo com este engessamento das práticas clínicas em terapia ocupacional, as bases da nossa profissão seguiram mantendo a sua visão humanística inicial, conforme apontado por Finlay¹²⁴, sustentando um olhar centrado no cliente que aqui aparece em consonância com as teorias defendidas pelo holismo ao se recusar a adotar um olhar reducionista e qualquer outra maneira mecanicista de enxergar a existência humana, buscando assim adotar um olhar que contemple todo o espectro deste existir, valorizando então as individualidades, valores e potencialidades de cada um. A crença na potencialidade das ocupações como agente influente na saúde do indivíduo, bem como o entendimento da ação como um ato essencial à existência e na constituição da própria identidade do indivíduo também segue figurando como parte da base teórica da terapia ocupacional.

A aprovação do Currículo Mínimo de Terapia Ocupacional no ano de 1983 amplia a formação em terapia ocupacional para além do contexto clínico da reabilitação física, introduzindo os campos de atuação da saúde mental e da ação social, o que acaba abrindo portas para um novo horizonte nas discussões teóricas da profissão em solo brasileiro, além de também circunscrever a classe nos debates relativos à reformulação dos cuidados em saúde,

¹²² ALVES, Giovanni. **A crise estrutural do capital e sua fenomenologia histórica**, 2012.

¹²³ BARTALOTTI; DE CARLO, 2001, p. 37 apud. MOREIRA, A. B. **Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias**, 2008.

¹²⁴ FINLAY, Linda. 2001, apud. SANTANA, C. da S. **op. cit.** 2005.

tais como as lutas por um cuidado integral e humanizado em voga por meio dos movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no contexto das lutas sociais em voga nos anos finais da ditadura civil-militar brasileira.¹²⁵

3.3 DA CONSTITUIÇÃO CIDADÃ A ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO: CONFLITOS PARADIGMÁTICOS SOB A ÓTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL

3.3.1 INSTITUCIONALIZANDO UM NOVO PARADIGMA

Os processos de produção de saúde se fazem numa rede de relações que, permeadas como são por assimetrias de saber e de poder e por lógicas de fragmentação entre saberes/práticas, requerem atenção inclusiva para a multiplicidade de condicionantes da saúde que não cabem mais no binômio queixa-conduta.¹²⁶

No ano de 2002, ocorre a instituição da Diretriz Curricular Nacional (DCN) dos cursos de graduação em Terapia Ocupacional, na qual é prevista uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva em suas práticas, na qual o profissional egresso da universidade se encontrará apto a atuar em consonância com as diretrizes básicas de equidade, integralidade e universalidade que regem o nosso Sistema Único de Saúde, sendo possível observar a superação das lógicas estritamente corporativistas e curativas vigentes durante a maior parte dos anos do século XX e intensificado durante os anos da ditadura civil-militar, dando lugar a uma atuação segmentada em níveis de atenção, pautada na territorialidade como formas de oferecer um cuidado integral dos indivíduos e por fim capaz de responder às demandas resultantes das políticas instituídas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).¹²⁷

O SUS é criado a partir da Constituição Federal de 1988, em um momento de reordenação do estado democrático brasileiro no período imediatamente seguinte ao fim da

¹²⁵ SILVA, Rodrigo Alves dos Santos; OLIVER, Fátima Corrêa. **Trajetória docente e a formação dos terapeutas ocupacionais para a atenção primária à saúde**, 2017.

¹²⁶ BRASIL. **Política Nacional de Humanização: Formação e Intervenção**, 2010.

¹²⁷ CONSTANTINIDIS, Teresinha Cid; CUNHA, Alexandre Cardoso da. **A formação em terapia ocupacional: entre o ideal e o real**, 2013.

ditadura civil-militar, ocorrido no ano de 1985, ao considerar a saúde como um direito básico de todos e dever do Estado, o qual deve implantar políticas sócio-econômicas com o intuito de garantir a redução dos riscos e a incidência dos agravos à saúde da população, garantindo para este fim o acesso igualitário e universal às ações e serviços de saúde, os quais deveriam ser de caráter integral, regionalizado e hierarquizado, constituindo assim uma rede ampla de cuidado.

Em uma observação da grade curricular e dos projetos pedagógicos dos cursos de graduação em terapia ocupacional existentes no estado do Rio de Janeiro, podemos verificar uma preocupação em alinhar a formação acadêmico-profissional com os preceitos das políticas do SUS

No site do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ), nós somos apresentados a um curso que “objetiva formar terapeutas ocupacionais generalistas, com uma visão ampla das atividades humanas e seu significado para os diferentes sujeitos e culturas”¹²⁸, a fim de que tais profissionais já em seu processo de formação fossem capazes de adotar um olhar capaz de compreender o ser humano em sua totalidade.¹²⁹

Analisando o projeto pedagógico do curso de graduação em terapia ocupacional do IFRJ, nós nos deparamos com dois capítulos dedicados a justificar o porque da implantação de um curso de terapia ocupacional no bairro de Realengo, distante da maioria das outras instituições públicas de ensino superior, que tradicionalmente se concentram no eixo centro-sul do município do Rio de Janeiro. Ademais também temos a forte influência do SUS na formação pedagógica do curso como podemos perceber no item intitulado “A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde”¹³⁰

O texto nos apresenta a uma formação que busca pela construção de um profissional capaz de oferecer um cuidado preventivo e integral, adotando uma postura ética e capaz de enxergar o indivíduo para além de sua doença, estabelecendo assim uma parceria e co-responsabilização no cuidado em saúde através de uma troca de saberes de forma horizontal entre o indivíduo em terapêutica e toda a equipe envolvida no cuidado, que apoiados tanto pelos seus saberes teórico-práticos, quanto pelo domínio de tecnologias serão capazes de ofertar um cuidado total e efetivo.

¹²⁸ IFRJ. <https://portal.ifrj.edu.br/realengo/graduacao>.

¹²⁹ IFRJ. **Projeto pedagógico do curso de graduação em terapia ocupacional**, 2018.

¹³⁰ Ibidem. **op. cit.**

Ainda de acordo com o projeto em questão, o aluno no momento da conclusão de sua formação estará apto a:

Aprender de forma permanente, crítica e autônoma, integrando diferentes redes de saberes científicos e populares; Perceber, em si mesmo e no outro, a complexidade da vida, identificando os múltiplos fatores que a influenciam, tais como fatores socioeconômicos, políticos, éticos, afetivos, biológicos, patológicos, espirituais e ecológicos, entre outros; Ser ético e humano motivado a interferir na realidade mobilizando diferentes atributos, conhecimentos, habilidades e atitudes por meio de sua práxis; Analisar, interpretar, identificar e relacionar a problemática física, sensorial, percepto-cognitiva, psíquica e social da população que apresenta rupturas e/ou disfunções no desempenho ocupacional (AVD, trabalho e lazer) em processos culturais, sociais e políticos, elaborando diagnóstico terapêutico ocupacional; Contribuir para o trabalho de equipe multi/inter/transdisciplinar nos diferentes níveis de saúde.¹³¹

Consultando as normas e projetos institucionais do curso de terapia ocupacional ofertado pela UFRJ, nós também nos deparamos com um alinhamento aos preceitos do SUS, além de ampliar institucionalmente as competências e campos de atuação dos terapeutas ocupacionais:

[...] o Curso de Terapia Ocupacional se estruturou a partir de um Projeto Pedagógico que visava e visa incorporar a missão institucional que esta Universidade desempenha socialmente, tendo como um de seus princípios a formação de profissionais de saúde, voltados para a atenção à saúde da sociedade em estreita sintonia com o Sistema Único de Saúde (SUS). O outro princípio, que amplia o conceito de saúde no sentido de promoção, proteção e recuperação da saúde, aponta para as diversas outras áreas pelas quais a prática da Terapia Ocupacional é reconhecida e demandada, como a Assistência Social, a Educação, a Cultura e os Direitos Humanos.¹³²

Portanto percebe-se um esforço por parte das duas únicas instituições do estado do Rio de Janeiro a ofertar o curso de graduação em terapia ocupacional, em formar profissionais críticos e capazes de enxergar o ser humano em sua plena totalidade, considerando não apenas

¹³¹ Ibidem. **op. cit.**

¹³² UFRJ. **Curso de terapia ocupacional na UFRJ – conquistas, desafios e perspectivas**, 2012.

o seu diagnóstico, mas também buscando abraçar as esferas ambientais, culturais, sociais e políticas deste mesmo indivíduo, esferas as quais entende-se como sendo agentes capazes de gerar agravos no quadro clínico do sujeito em acompanhamento terapêutico, como também são considerados elementos chave e capazes de potencializar a intervenção do terapeuta ocupacional em questão, fornecendo respostas para situações que em uma outra abordagem mais reducionista poderiam parecer enigmáticas e sem saída. Em outras palavras, percebe-se no regimento de ambos os cursos, a forte presença do modelo holístico na formação dos novos profissionais admitidos nestas instituições, assim como também se torna evidente a aposta nos princípios deste modelo como algo de grande valia para o processo terapêutico.

3.3.2 HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE E A AFR: ENTRE O REAL E O IDEAL

Localizada na cidade de Niterói-RJ, a Associação Fluminense de Reabilitação (AFR), fora criada através da lei nº 3678, de 26/06/1958, sendo então subordinada ao Departamento de Educação Física do Estado do Rio de Janeiro e com o intuito de “proporcionar assistência aos portadores de defeitos físicos pertinentes da paralisia infantil ou outros males”.¹³³

Uma das características desta instituição privada é o seu caráter filantrópico, presente desde a sua fundação, postura inicialmente apoiada pela então Legião Brasileira de Assistência em um período no qual o Estado atuava quase que exclusivamente como órgão mediador e provedor das entidades assistenciais:

A AFR é uma instituição destinada a finalidades voltadas para o interesse social [...] Por ser uma Associação, está voltada para finalidades sociais, dentre elas, o melhor grau de independência para o deficiente. [...] É declarada pelo poder público (federal, estadual e municipal) como instituição filantrópica de utilidade pública.¹³⁴

Mais de cinco décadas depois, a AFR continua em funcionamento, prestando

¹³³ GOMES, Leila Maria Alonso. **Reabilitando vidas: um histórico da AFR**, 2011.

¹³⁴ *Ibidem. op. cit.*

assistência aos moradores de Niterói e de diversas outras localidades do Rio de Janeiro, investindo tanto em tecnologias de cuidado, como em programas de formação, tal qual o Programa de Aperfeiçoamento Profissional em Terapia Ocupacional do qual deriva o presente trabalho.

Durante o período de duração do programa de aperfeiçoamento, foram realizadas diversas atividades, indo desde a atuação no setor de terapia ocupacional da referida clínica, bem como a participação em diversas outras ações como as reuniões de acompanhamento de caso, de orientação familiar, as ações de formação como os cursos ofertados pela própria instituição e os eventos extramuros como o congresso anual organizado pela mesma.

O compromisso da instituição em se afirmar enquanto um centro de produção científica é evidenciado pela frequente oferta de cursos e eventos voltados tanto para profissionais quanto para o próprio corpo clínico da instituição – há de se reconhecer inclusive uma massiva presença de profissionais antigos que remontam o início de sua caminhada naquela instituição ao período de estágio (extra)curricular, o que ressalta a preocupação em investir na formação não apenas dos funcionários efetivos, como também na formação de estagiários e bolsistas de aperfeiçoamento, os quais podem vir a ser futuros contratados da instituição.

Nesse contexto de formação e estruturação institucional, apresentam-se aqui três elementos que foram recorrentes durante a vivência no programa de aperfeiçoamento, são eles o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o curso Bobath e a Clínica Ampliada. No entanto para melhor compreendermos a relação destes três atores com tudo o que fora apresentado até o momento, será necessário mais uma vez dialogar com o SUS.

Publicada em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH)¹³⁵, ou simplesmente HumanizaSUS, busca estabelecer uma rede de atenção que tenha o acolhimento e o reconhecimento das necessidades e desejos específicos de cada indivíduo como elementos centrais no processo de cuidado em saúde, além de estimular uma horizontalidade nos processos de comunicação e trabalho nas relações profissionais entre os sujeitos que atuam numa determinada clínica, bem como nas relações profissionais-usuários destes mesmos serviços.

Dois dos dispositivos apresentados pela PNH são a Clínica Ampliada e o PTS, onde a primeira se apresenta como uma ferramenta capaz de articular os saberes e práticas das

¹³⁵ A PNH não conta atualmente com nenhuma legislação específica, constituindo assim em um conjunto de dispositivos e ações com o intuito de fomentar e disseminar novas experiências nos fazeres em saúde.

diferentes profissões componentes de uma instituição clínica como forma de estabelecer um cuidado singular, ao mesmo tempo em que se busca a participação e a autonomia do indivíduo (e de seus familiares quando possível) no processo terapêutico.¹³⁶

A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não restritas à doença ou ao núcleo profissional.¹³⁷

Uma das estratégias suscitadas pela Clínica Ampliada para o enfrentamento deste modelo clínico fragmentado e reducionista é o estabelecimento das Equipes de Referência, uma equipe multiprofissional de determinado serviço, responsável por uma determinada quantidade de indivíduos em acompanhamento naquele mesmo serviço, com a capacidade metafórica de pensar o “objeto de trabalho” como um todo em constante interação com um meio regido por diversas forças, sendo assim necessário um conjunto de forças para lidar com este mesmo objeto. Outra vantagem da presença de uma Equipe de Referência é a facilidade de estabelecer um vínculo com o usuário e os seus familiares, além de possibilitar uma gestão centralizada de cada caso e de produzir um senso de corresponsabilização de cada profissional da equipe por cada indivíduo acompanhado por eles.¹³⁸

Foi possível perceber um arranjo semelhante ser desenhado na AFR, onde cada paciente no momento de sua admissão é encaminhado a um profissional específico de cada certo, sendo formado no fim o quadro de uma Equipe de Referência responsável por aquela nova admissão. Ao longo de toda a permanência deste indivíduo na instituição, essa pessoa será acompanhada pela mesma equipe, a qual será responsável pelos atendimentos, pelas evoluções de prontuário, pelos aconselhamentos terapêuticos e pela condução das reuniões de orientação e de acompanhamento de caso.

Outra ferramenta apresentada pela estratégia de Clínica Ampliada é o Projeto

¹³⁶ BRASIL. *Clínica ampliada e compartilhada*, 2009.

¹³⁷ *Ibidem. op. cit.*

¹³⁸ *Ibidem. op. cit.*

Terapêutico Singular, o qual consiste na articulação de um conjunto de condutas terapêuticas desenhadas pela Equipe de Referência, levando em consideração as características e desejos individuais do sujeito em acompanhamento, sendo composto por quatro momentos: avaliação orgânica, biológica e social, buscando identificar agravos e potências; definição de metas de curto, médio e longo prazo; responsabilização; reavaliação.¹³⁹

Na AFR, já é possível encontrar uma ficha de PTS em determinados prontuários, no entanto o processo ainda está sendo devidamente implementado na instituição, inclusive no congresso institucional realizado no ano de 2018, a construção do PTS foi tema de um dos cursos ofertados durante o evento, o que deixa explícito um esforço institucional em capacitar os seus funcionários a utilizar tal ferramenta e em anunciar o alinhamento da instituição com o movimento das políticas públicas em saúde, na adoção do PTS como ferramenta de trabalho.

O último dos atores presentes no espaço da AFR a ser aqui apresentado é o conceito neuroevolutivo Bobath. Desenvolvido em meados do século XX pelo casal Berta e Karl Bobath, quando Berta (fisioterapeuta) ao atender um adulto hemiplégico e com alto grau de espasticidade, percebeu que tal espasticidade poderia ser reduzida por meio da adoção de certas posturas e movimentos. Partindo dessa percepção, o casal passou a identificar os pontos chaves corporais, a partir de onde seria possível realizar as manobras de normalização do tônus muscular e de reeducação do movimento.

Para a terapia ocupacional, o conceito configura uma possibilidade de resgatar a vivência das atividades de vida diária e instrumentais dos indivíduos através do favorecimento da percepção dos movimentos e sensações durante a realização de tais atividades ao reestabelecer o controle motor e o uso do membro acometido. Além disso, nota-se também uma responsabilização do indivíduo presente desde a avaliação inicial, ao indagá-lo sobre as suas expectativas e vontades perante o atendimento que se inicia, favorecendo assim a tomada de decisões no cotidiano e a adoção de uma visão propriamente holística deste indivíduo ao trazer para a terapêutica toda a sua história de vida e os fatores a ela relacionados.

O setor de terapia ocupacional da AFR é dividido em duas equipes, onde uma atua durante o turno da manhã, enquanto a segunda é responsabilizada pelo turno da tarde. Durante o período do programa de aperfeiçoamento, estive alocado no turno da manhã, junto a equipe

¹³⁹ Ibidem. **op. cit.**

composta então por outras sete terapeutas ocupacionais.¹⁴⁰

Apesar dos esforços institucionais verificados acima em alinhar a AFR à movimentação liderada pelas políticas públicas do SUS em estabelecer uma clínica transdisciplinar e não-hierarquizada, o que se verifica na prática é uma organização institucional que segue na contramão de todos estes esforços.

Uma das marcas da instituição é a sua organização, algo que em certos momentos é exibido com orgulho. Seja profissional ou usuário do serviço, todos que por ali circulam possuem de maneira quase que literal um roteiro de atividades e passagens a serem desenvolvidas ao longo da permanência na instituição. Há de ser reconhecido que tamanha organização se faz necessária para que uma instituição funcione plenamente, no entanto essa mesma organização que em tantos momentos é motivo de orgulho, também por vezes acaba limitando as dinâmicas intersetoriais.

Se por um lado há o esforço no sentido de uma Clínica Ampliada com a criação de Projetos Terapêuticos Singulares e a definição de Equipes de Referência pautada na corresponsabilização de decisões e ações entre os profissionais das mais diversas áreas, o que se presencia na prática é um intento que acaba sendo impedida por meio de uma hierarquia que ainda se faz presente naquela instituição, hierarquia essa que está intimamente ligada à orgulhosa organização da AFR, onde cada atendimento tem o seu horário rigorosamente estipulado, em um ritmo quase que aos moldes do velho modelo fordista de produção na qual os usuários do serviço, circulam de sala em sala, entrando e saindo um após o outro, não sendo possível não fazer uma alusão às esteiras das linhas de produção fabris, representadas de forma memorável por Charles Chaplin na obra “Tempos modernos”, onde cada profissional permanecia estático em seu posto, realizando a mesma atividade dia após dia, até que este fazer acaba por se tornar um fazer mecânico e completamente alienado da realidade do profissional e da realidade do próprio sujeito que ali se apresenta.

Em Constantinidis¹⁴¹ (2013) somos apresentados a uma terapia ocupacional linda, mas que é protagonizada por terapeutas ocupacionais feios, essa visão apresentada pelos terapeutas ocupacionais acadêmicos e egressos da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) também pode ser aplicada à AFR.

¹⁴⁰ Durante a permanência no setor, o número de terapeutas ocupacionais variou consideravelmente, indo de 11 t.o's quando do início do programa no mês de março de 2018, chegando a contar com 6 t.o's no decorrer do ano e contanto com aproximadamente 10 t.o's no momento da conclusão do programa em 2019.

¹⁴¹ CONSTANTINIDIS, T. CUNHA, A. **op. cit.** 2013.

Em uma primeira vista, tal afirmação pode parecer grosseira, no entanto assim como os terapeutas ocupacionais do estudo citado acima, nós terapeutas ocupacionais egressos do programa de aperfeiçoamento profissional ofertado pela AFR também somos em um primeiro momento apresentados a uma instituição linda e que concilia constantemente tradição e inovação na mesma medida, mas, no entanto durante a prática clínica, o que se vê é uma AFR feia (ou real), o que se vê é um território em disputas, onde o tradicional e o novo estão em constante tensionamento, um local onde discurso e prática por vezes se desencontram e onde até mesmo uma profissão munida de uma capacidade revolucionária tal como a terapia ocupacional pode acabar sendo alienada de suas próprias potências ao se frustrar a realizar as mesmas ações e priorizando apenas um aspecto da vida da pessoa em acompanhamento, o qual acaba por ser os aspectos neuro-motores, reproduzindo assim o mesmo reducionismo contra o qual a própria profissão se opõe desde a sua origem em função de um perfil institucional que em uma relação paradoxal busca suprimir este reducionismo ao mesmo tempo em que ainda conserva as mesmas estruturas que possibilitam tal engessamento.

Entende-se que transformações não ocorrem de súbito e que toda instituição reproduz, ainda que em uma escala reduzida, todas as lutas e resistências que se fazem presente no meio social. Assim como não podemos ignorar as influências da lógica corporativista de cuidado presente em uma sociedade neoliberal a qual encara a ocupação humana como algo que pode e deve ser uma ocupação produtiva e que considera o processo de reabilitação como um processo de retorno ao mercado de trabalho. Esta mesma lógica é a que cobra um retorno do ambiente institucional, onde os profissionais devem manter o maior número de atendimentos com a maior eficácia e pelo menor custo possível.

Por fim, se faz necessário reconhecer os esforços por parte da AFR em se transformar e é necessário reconhecer que para uma instituição com uma larga tradição e reconhecimento no cuidado em saúde, seria fácil se opor de forma irredutível a quaisquer intentos de renovação, permanecendo assim em um eterno lugar de conforto. Entretanto se assim fosse, talvez a própria instituição não tivesse alçado tamanho prestígio do qual desfruta hoje em dia e talvez estas mesmas tensões e inquietações decorrentes da vivência do programa de aperfeiçoamento profissional em terapia ocupacional sejam a prova de que a instituição não é estática pois é o movimento que gera a tensão e a partir de então nós terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e tantos outros componentes desta equipe temos a possibilidade de re-significar tanto este espaço clínico bem como as nossas próprias práticas

profissionais sem que para isso aquele sentido original seja esgotado, permitindo assim que outros devires possam tomar parte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. **A crise estrutural do capital e sua fenomenológica histórica**. Disponível em: <<https://blogdaboitempo.com.br/2012/09/21/a-crise-estrutural-do-capital-e-sua-fenomenologia-historica/>>. Acesso em: 10/03/2019.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- AMBRÓZIO, A; VASCONCELOS, P. A. C. de. Biopoder e cuidado de si no pensamento de Michel Foucault. **Revista Margens Interdisciplinar**, v. 6, n. 7, p. 135-150. Disponível em: <<https://periodicos.ufpa.br/index.php/revistamargens/article/view/2817/2949>>. Acesso em: 05/01/2019.
- ANSARI, S. M. R. *Ibn al-Haytam's scientific method*. **The Unesco Courier**. 14 set. 2015. Disponível em: <<https://en.unesco.org/courier/news-views-online/ibn-al-haytham-s-scientific-method>>. Acesso em: 27/11/2018.
- ARISTÓTELES. **Retórica**. Lisboa: Imprensa Nacional, 2005.
- ARAÚJO, C. A. Á. A ciência como forma de conhecimento. **Ciências & Cognição [on-line]**, v. 08, p. 127-142. ago. 2006. Disponível em: <<http://www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/view/572>>. Acesso em: 27/11/2018.
- ÁVILA, L. A; TERRA, J. R. Histeria e somatização: o que mudou? **Jornal brasileiro de psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 333-340, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/11.pdf>>. Acesso em: 01/01/2019.
- BARBOSA, M. A. A influência dos paradigmas cartesiano e emergente na abordagem do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 29, n. 2, p. 133-140. ago. 1995. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0080-6234199502900200133>>. Acesso em: 26/11/2018.
- BERNARDO, C. M. C. **Do estranhamento do corpo: um estudo sobre identidade, corpo e deficiência na escola**. 2010. 126 p. Dissertação (Mestrado acadêmico em Educação) – Centro de Educação, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <<http://www.uece.br/ppge/dmdocuments/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Carolina%20Bernardo.pdf>>. Acesso em: 16/01/2019.
- BONFIM, F. Intocáveis: sobre a marca da deficiência e a psicanálise no campo da

reabilitação, In: SAMCDA – O que se opõe ao discurso analítico. **Latusa – Revista da escola brasileira de psicanálise [impressa]**, n. 19, 2014.

BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. (orgs.). **O novo paradigma holístico: ciência, arte e mística**. São Paulo: Summus, 1991.

BRASIL, Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: Seção II – Da Saúde**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/constituicaofederal.pdf>. Acesso em: 26/02/2019.

_____. Conselho Federal de Educação. **Resolução nº 04, de 28 de fev. de 1983**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília - DF, 07 de mar. de 1983.

_____. Ministério da Marinha de Guerra, do Exército e da Aeronáutica Militar. **Decreto-Lei nº 938, de 13 de outubro de 1969**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1965-1988/Del0938.htm>. Acesso em: 26/02/2019.

_____. Ministério da Educação. **Resolução Cne/Ces 06, de 19 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES062002.pdf>>. Acesso em: 24/02/2019.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção. In: **Cadernos HumanizaSUS**, v. 1, série b, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf>. Acesso em: 22/02/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf>. Acesso em: 23/03/2019.

BRUNET, A. E. et al. O normal e o patológico: contribuições para a discussão sobre o

estudo da psicopatologia. **Aletheia**, n. 32, mai. – ago. 2010. Disponível: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n32/n32a16.pdf>>. Acesso em: 09/01/2019.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARLO, Marysia Maria Rodrigues do Prado de; BARTALOTTI, Celina Camargo. (org). **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. Plexus, 2001.

CHAMMÉ, S. J. Corpo e saúde: inclusão e exclusão social. **Corpo e sociedade**, v. 11, n. 3, p. 03 – 12, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n2/02>>. Acesso em: 14/01/2019.

CONSTANTINIDIS, T. C; CUNHA, A. C. da. A formação em terapia ocupacional: entre o ideal e o real. **Revista de Terapia ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 02, 0. 149 – 154, mai-ago. 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v24i2p149-154>>. Acesso em: 24/02/2019.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional [on-line]**, v. 14, n. 54, p. 07-11, abr.-jun. 1986. Disponível em: < <http://www.fundacentro.gov.br/arquivos/rbso/Artigos%2054/V14%20n54-02.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.

DESCARTES, R. **Discurso do método**: regras para a direção do espírito. São Paulo: Martin Claret. 2000.

FERLA, A. A; OLIVEIRA, P. de T. R. de; LEMOS, F. C. S. Medicina e hospital. **Fractal**: Revista de psicologia da Universidade Federal Fluminense. v.23, n. 3, set. – dez. 2011. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/fractal/v23n3/v23n3a04.pdf>>. Acesso em: 20/12/2018.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **A história da sexualidade**: a vontade de saber (vol. 1). Rio de Janeiro: Graal, 1999.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____. Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. **Coleção Ditos e Escritos vol. I**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

FRANÇA, V. R. V. Teoria(s) da comunicação: busca de identidade e caminhos. **Revista da Escola de Biblioteconomia da UFMG [on-line]**, v. 23, n. 2, p. 138-152. jul. – dez. 1994. Disponível em:

<<http://www.brapci.inf.br/index.php/article/view/0000002909/11e895b37e15194ac9cc64298fb16f01/>>. Acesso em: 27/11/2018.

FRITZEN, T. A. de O. **Os sentidos atribuídos ao princípio da integralidade na formação do enfermeiro:** uma revisão integrativa. 2015. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/129031/000976148.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 30/01/2019.

GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, 1981. Disponível em: <<http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-114707-001.pdf>>. Acesso em: 17/01/2019.

GOMES, D. R. G; PRÓCHNO, C. C. S. C. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos? **Saúde e sociedade**, v. 24, n. 3, p. 780 – 791, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00780.pdf>>. Acesso em: 14/01/2019.

GOMES, L. M. A. **Reabilitando vidas:** um histórico da AFR. Niterói: Associação Fluminense de Reabilitação, 2011.

GOMES, R; MENDONÇA, E. A; PONTES, M. L. As representações sociais e a experiência da doença. **Cadernos de saúde pública**, v. 18, n. 5, p. 1207 – 1214, set. – out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n5/10993>>. Acesso em: 09/01/2019.

GRANGER, G. In: DESCARTES, R. **Discurso do método; meditações; objeções e respostas; as paixões da alma; cartas.** 1978

HACKING, I. Ensaio Introdutório - Paradigma. In: KUHN, T. S. **As estruturas das revoluções científicas**, 2012.

HENNA, E. S. Loucura e doença: emergência do conceito na modernidade. In: **Saberes e práticas científicas**, 26., 2014, Rio de Janeiro. Anais do XVI Encontro Regional de História da Anpuh-Rio [on-line]. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.encontro2014.rj.anpuh.org/resources/anais/28/1400288044_ARQUIVO_ElizabeteSHenna.pdf>. Acesso em: 26/11/2018.

IFRJ. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro. Graduação em Terapia Ocupacional. **Projeto pedagógico e curso.** Disponível em:

<https://portal.ifrj.edu.br/sites/default/files/IFRJ/Realengo/cursos/graduacao/terapia_ocupacional.pdf>. Acesso em: 15/03/2019.

JORGE, M. A. S.; CARVALHO, M. C. A.; SILVA, P. R. F. (org). **Políticas e cuidado em Saúde Mental: contribuições para a prática profissional**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 296.

KUHN, T. S. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2012.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. **Metodologia científica**. São Paulo: Editora Atlas, 1986.

LEITE, T. A. de A. F; STRONG, M. I. A influência da visão holística no processo de humanização hospitalar. **O mundo da saúde**, v. 30, n. 2, p. 203 – 214. abr. – jun. 2006. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/35/influencia_visao.pdf>. Acesso em: 01/02/2019.

LIMA, A. A. A construção da moralidade através do discurso sobre o corpo. **Filosofando: Revista de filosofia da UESB**, v. 1, n. 1, p. 12 – 25, jan. - jun. 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.uesb.br/index.php/filosofando/article/download/2799/4121>>. Acesso em: 07/01/2019.

LIMA, P. V. de A. O holismo em Jan Smuts e a Gestalt-terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica [on-line]**. v. 14, n. 1, p. 3 – 8. jan/jun. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v14n1/v14n1a02.pdf>>.

LÓPEZ, B. P; MOLINA, P. D; ARNAIZ, B. N. **Conceptos fundamentales de terapia ocupacional**. Madri: Editorial Médica Panamericana. 2001.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde a partir do tema da governamentalidade dos sujeitos. **Revista gaúcha de enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 26 – 40, jan. 1999. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4219/2229>>. Acesso em: 07/01/2019.

MAGALHÃES, R. C. B. P.; DIAS, A. M. I. Identidade e estigma no contexto da escola inclusiva: uma leitura a partir de Erving Goffman. In: **28ª Reunião Anual da Anped**, 2005, Caxambu-MG. 40 anos de Pós-Graduação em Educação no Brasil. Rio de Janeiro: Anped, 2005. Disponível em: <<http://www.28reuniao.anped.org.br/textos/gt15/gt15283int.rtf>>. Acesso em: 17/01/2019.

- MAIA, J. Método clínico e paradigmas da ciência. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. vol. 4, n. 6. fev. 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100024>>. Acesso em: 26/11/2018.
- MAIER, A. *Studien zur Naturphilosophie der Spätscholastik*. Roma: *Storia e Letteratura*, 1949. Vol. 1: *Die Vorläufer Galileis im 14 Jahrhundert*.
- MARTINS, A. P. V. A ciência da mulher. In: **Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX** [on-line]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/jnzhd/pdf/martins-9788575414514-05.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.
- MARTINS, J. A; BARSAGLINI, R. A. Aspectos da identidade na experiência da identidade física: um olhar socioantropológico. **Interface – Comunicação, saúde, educação**, v.15, n. 36, p. 109 – 121, jan. – mar. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop4110.pdf>>. Acesso em: 16/01/2019.
- MELLAGI, A. G; MONTEIRO, Y. N. O imaginário religioso de pacientes com hanseníase: um estudo comparativo entre ex-internos dos asilos de São Paulo e atuais portadores de hanseníase. **História, ciências, saúde-Manguinhos**, v. 16, n. 2, p. 489 – 504, abr. – jun. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v16n2/12.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.
- MENDONÇA, A. L. de O; CAMARGO JR, K. R. de. Os acertos de Descartes: implicações para a ciência, biomedicina e saúde coletiva. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, n. 5, mai. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00158215.pdf>>. Acesso em: 26/11/2018.
- MEYER, A. *The philosophy of occupation therapy*. **Archives of occupational therapy**, p. 1-10. 1922.
- MOREIRA, A. B. Terapia ocupacional: história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**, v. 2, n. 2, p. 79 – 91, 2008. Disponível em: <<http://www.fug.edu.br/2018/revista/index.php/VitaetSanitas/article/viewFile/103/86>>. Acesso em: 10/03/2019.
- MOURÃO, R. R. de F. Hiroshima e Nagasaki: razões para experimentar a nova arma. **Scientiae Studia**, v. 3, n. 4, p. 683 – 710, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ss/v3n4/a10v3n4.pdf>>. Acesso em: 30/01/2019.
- OKAMOTO, J. Y. As “mulheres de conforto” na guerra do pacífico. **Revista de iniciação**

científica em relações internacionais, v. 1, n. 1, p. 91 – 108, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ricri/article/view/17698/10136>>. Acesso em: 30/01/2019.

ONU, Organização das Nações Unidas. **Declaração universal dos direitos humanos**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.

POMME, P. *Traité des affections vaporeuses des deux sexes*. Lyons: Benoît Duplan, 1765. Disponível em: <https://archive.org/details/BIUSante_33976>. Acesso em: 26/11/2018.

QUEIROZ, M. de S. O paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Revista de saúde pública de São Paulo**, vol. 20, n. 04, p. 309 – 317, 1986. Disponível em: <<http://taurus.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/16644/1/S0034-89101986000400007.pdf>>. Acesso em: 27/11/2018.

RICHIR, M. *Le corps: essai sur l'intériorité*. Paris: Hatier, 1993.

ROSSETTO, T. C. F. S. **Interface entre a musicoterapia e a terapia ocupacional na estimulação da memória em um grupo de idosos**. 2008, 105f. Monografia (Curso de pós-graduação em Musicoterapia) – Ribeirão Preto: Universidade de Ribeirão Preto, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2008/tania_rosseto.pdf>. Acesso em: 31/03/2019.

SANTANA, C. da S. Correntes filosóficas e terapia ocupacional: considerações sobre o positivismo. **Revista de Estudos Universitários**, v. 31, n. 2, p. 129 – 139, 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/2657>>. Acesso em: 03/02/2019.

SARRETA, F. de O. As políticas públicas de saúde. In: **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [on-line]**. São Paulo: Editora UNESP. 2009. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/29k48/pdf/sarreta-9788579830099-04.pdf>>. Acesso em: 21/01/2019.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva do Rio de Janeiro**, v. 17, n. 1, p. 29 – 41. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>>. Acesso em: 07/01/2019.

SILVA, A. C. S. **Conhecendo a clínica da terapia ocupacional no serviço público do Distrito Federal**. 2012, 83 f. Monografia (Bacharelado em Terapia Ocupacional) - Brasília: Universidade de Brasília, 2012. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/4632/1/2012_AnaCarolinaSucupiraSilva.pdf>. Acesso

em: 03/02/2019.

SILVA, P. J. C. da. Sob a sombra do patológico: sujeito e verdade no adoecer. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 15, n. 3, p. 540 – 548, set. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v15n3/07.pdf>>. Acesso em: 09/01/2018.

SILVA, R. A. dos S.; OLIVER, F. C. Trajetória docente e a formação dos terapeutas ocupacionais para a atenção primária à saúde. **Interface**, v. 21, n. 62, p. 661- 673, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2017.nahead/10.1590/1807-57622016.0024/>>. Acesso em: 03/02/2019.

SILVA NETO, S. de A. e. O que é um paradigma? **Revista de ciências humanas**, v. 45, n. 2, p. 345-354. out. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2011v45n2p345>>. Acesso em: 26/11/2018.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991.

SMUTS, J. C. **Holism and evolution**. Londres: *MacMillan & Co.*, 1926.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 30, n. 2, p. 286-90, ago. 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n2/v30n2a08.pdf>>. Acesso em: 01/02/2019.

UFRJ. Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Curso de terapia ocupacional na UFRJ: conquistas, desafios e perspectivas**. Disponível em: <<https://sites.google.com/site/noticiastoufrj2/regulamentos-da-to>>. Acesso em: 22/03/2019.

VALDIVIA, O. B. Psicanálise e feminilidade: algumas considerações. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 17, n. 3, p. 20 – 27, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v17n3/04.pdf>>. Acesso em: 07/01/2019.

VEIGA-NETO, A. As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades. In: Regina Leite Garcia. (Org.). **O corpo que fala dentro e fora da escola**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. Disponível em: <<http://www.lite.fe.unicamp.br/cursos/nt/ta5.12.htm>>. Acesso em: 17/01/2019.

VILA, T. F. i. *La medicalización de los problemas sociales*. **Revista cubana de salud pública**, v. 38, n. 5, p. 803-809, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rcsp/v38s5/sup13512.pdf>. Acesso em: 07/01/2019.

WELLS, H. G. *The war that will end war*. London: Frank & Cecil Palmer, 1914.

WHO, *World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. Basic Documents* [on-line]. Disponível em: <https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf>. Acesso em: 07/01/2019.