EUCENIR FREDINI ROCHA

**TERAPIA OCUPACIONAL E REABILITAÇÃO
DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
COMO APRENDI A POLIR LENTES COM ÉSPINOSA**

**SÃO PAULO
2019**

EUCENIR FREDINI ROCHA

**Terapia Ocupacional e Reabilitação de pessoas com deficiência:
como aprendi a polir lentes com Espinosa**

Versão original

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Professor Livre-Docente junto ao Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional (Disciplina de Terapia Ocupacional)

São Paulo
2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Capa: Bruno Top'Tiro Rocha Lima.

Catálogo na publicação

Serviço de Biblioteca e Documentação

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho

À todas as pessoas com deficiência que encontrei em minha vida e muito tem me ensinado.

E aos terapeutas ocupacionais e outros profissionais da saúde e da educação, que buscam, com alegria, em sua ação, encontros verdadeiramente potencializadores do Conatus dos envolvidos.

À AMIZADE

Só os homens livres são muito úteis uns para com os outros e se unem entre si pelo mais estreito laço de amizade e se esforçam com a mesma intensidade de amor por fazerem bem uns aos outros. Por isso, só os homens livres são muito gratos uns para com os outros. (SPINOZA, Ética IV, P71, Dem., p. 347).

Se a amizade constitui-se como uma possibilidade da passagem dos afetos passivos aos ativos, ela favorece o processo ético bem como o conhecimento das noções comuns e ideias adequadas constitutivo dessa empreitada. A condição do viver com (conviver), onde os amigos compartilham ideias e valores, propicia a formação das noções comuns, como conhecimento do modo de relação entre seres singulares. Em outras palavras, as trocas de opiniões, de ideias, valores etc. no diálogo entre amigos possibilitam o conhecimento das noções comuns, isto é, das propriedades comuns que lhes permitem se reconhecerem como homens (modos finitos, no vocabulário espinosano). Espinosa refere-se à amizade como um afeto de alegria, útil aos homens livres, pois os conduz a fazer bem uns aos outros e os capacitam para ação comum. "É útil aos homens, acima de tudo, formarem associações e se ligarem por vínculos mais capazes de fazer de todos um só e, mais geralmente, é-lhes útil fazer tudo aquilo que contribui para consolidar as amizades" (E. IV, Apêndice, capítulo 12, p. 353). Portanto, a amizade é útil, pois aumenta a capacidade de agir dos homens. (GOMES, L.; JÚNIOR, N. Cadernos Espinosanos XXVIII, 2013, p. 47).

AGRADECIMENTOS

O agradecimento ou a gratidão é o desejo ou o empenho de amor pelo qual nos esforçamos por fazer bem a quem, com igual afeto de amor, nos fez bem. (SPINOZA, *Ética III*, P59, Definição dos Afetos 34, p.253).

Agradecer é selar uma união, pois é o reconhecimento de que alguém fez diferença em sua vida. Vivemos em interdependência e o **Outro** é uma exigência para a minha existência.

Agradeço a todos que nesses anos de minha existência, em bons encontros, estão generosamente e amorosamente compondo comigo possibilidades do Bem Viver.

Em especial, na efetivação desse trabalho, sou grata:

Aos meus amores: Marlito de Sousa Lima, Bruno Top'Tiro Rocha Lima e Rodrigo Waihiwe Rocha Lima, que compõem meu cotidiano com alegria e amor.

À Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza, querida amiga e companheira de trabalho que, cheia de alegria, sabe dividir e compartilhar. Sua presença tornou o trabalho na universidade mais profundo e leve.

Aos meus alunos da graduação de terapia ocupacional e da pós-graduação, que cheios de luz, compõem o meu cotidiano como educadora e enriquecem a minha essência como terapeuta ocupacional.

A todos os parceiros da rede pública de saúde e da educação, que em todos esses anos de docência, têm permitido ações e experimentações de terapia ocupacional e partilhado de propostas inventivas, sempre com o objetivo de proporcionar o melhor junto aos usuários e educandos.

Aos companheiros do *Programa de Pós-Graduação Humanidades, Direitos e Outras Legitimidades, da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - FFLCH - USP/ DIVERSITAS* e do *Mestrado Profissional Interunidades Interdisciplinar em Saúde da USP*, que têm me proporcionado experiências generosas de convivência, aprendizado e de invenção de novas possibilidades de estar no mundo com alegria e coragem, mesmo em tempos muito difíceis.

A todas as pessoas com deficiência com quem convivi e coexisti.

ESPINOSA

Machado de Assis

Gosto de ver-te, grave e solitário,
Sob o fumo de esqualida candeia,
Nas mãos a ferramenta de operário,
E na cabeça a coruscante ideia.

E enquanto o pensamento delineia
Uma filosofia, o pão diário
A tua mão a labutar granjeia
E achas na independência o teu salário.

Soem cá fora agitações e lutas,
Sibile o bafo aspérrimo do inverno,
Tu trabalhas, tu pensas, e executas

Sóbrio, tranquilo, desvelado e terno,
A lei comum, e morres, e transmutas
O suado labor no prêmio eterno.

SPINOZA

Jorge Luis Borges

Las traslúcidas manos del judío
labran en la penumbra los cristales
y la tarde que muere es miedo y frío.
(Las tardes a las tardes son iguales.)

Las manos y el espacio del jacinto
que palidece en el confín del Ghetto
casi no existen para el hombre quieto
que está soñando un claro laberinto.

No lo turba la fama, ese reflejo
de sueños en el sueño de outro espejo,
ni el temeroso amor de las doncellas.

Libre de la metáfora y del mito
labra un arduo cristal: el infinito
mapa de Aquel que es todas Sus estrellas.

RESUMO

ROCHA, Eucenir Fredini. **Terapia Ocupacional e Reabilitação de pessoas com deficiência: como aprendi a polir lentes com Espinosa**. 2019. 219 f. Tese (Livre Docência – área de Terapia Ocupacional) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Esta tese quer demonstrar que as ações da terapia ocupacional e de reabilitação com as pessoas com deficiência podem ser desenvolvidas no contexto da atenção primária à saúde. Compreende o corpo com deficiência deslocando-o da perspectiva cartesiana de corpo máquina para uma leitura de corpo como singularidade, traz subsídios para reflexões sobre a constituição cotidiana das ideias imaginativas sobre a deficiência como algo intrinsecamente negativo. Contribui para reflexões sobre o ensino da terapia ocupacional em disciplinas teóricas e de estágios que se ocupam da atenção à pessoa com deficiência. Discute ainda as contribuições da terapia ocupacional na atenção primária à saúde para a garantia do acesso, integralidade e equidade na atenção de pessoas com deficiência nesse nível assistencial. Por fim, propõe uma ação reabilitacional e de Terapia Ocupacional como uma Terapêutica das Paixões inspirada pelas ideias de Espinosa.

Descritores: terapia ocupacional, reabilitação, atenção primária à saúde, pessoas com deficiência, Espinosa, terapêutica das Paixões.

ABSTRACT

ROCHA, Eucenir Fredini. **Occupational Therapy and Rehabilitation for People with Disabilities: how I learned to polish lenses with Espinosa**. 2019. 219 f. Tese (Livre Docência – área de Terapia Ocupacional) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

This thesis aims to demonstrate that the actions of occupational and rehabilitation therapy with people with disabilities can be developed in the context of primary health care. It understands the disabled body shifting it from the Cartesian perspective of the body as a machine to a understanding of the body as a singularity, it also provides input to reflections on daily constructions of imaginative ideas on disability as an intrinsically negative thing. It contributes to reflections on the occupational therapy teaching in theoretical disciplines and on internship programs set on giving attention to the disabled person. In addition, it discusses the occupational therapy contribution to the primary health care in order to ensure access, completeness and equity on the attention to disabled people on that level of assistance. Finally, it proposes a rehabilitation action and an Occupational Therapy such as in Therapy of the Passions inspired by Espinosa's ideas.

Keywords: occupational therapy, rehabilitation, primary health care, disabled people, Espinosa, Therapy of the Passions.

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	13
	PARTE 1	
1	AS LUPAS DE ESPINOSA	16
1.1	Tenho um corpo ou sou um corpo?	18
1.2	O Corpo relacional, o corpo em Espinosa	20
	PARTE 2	
2	CORPO COM DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO SOB A ÓTICA DE ESPINOSA	39
2.1	As ideias imaginativas sobre a deficiência e a construção de sua pseudo invisibilidade	41
2.2	O corpo com deficiência, sujeito desejante	47
2.3	Corpo com deficiência e as ações de saúde e de reabilitação: as políticas públicas no SUDS e SUS dos anos 1980 a 2019	57
2.4	O que é Reabilitar?	71
	PARTE 3	
3	À LUZ DAS LENTES DE ESPINOSA: A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	81
3.1	A Saúde Coletiva, a Atenção Primária à Saúde e a Terapia Ocupacional: diálogos e contribuições na constituição de fundamentos não organicistas nas práticas terapêuticas	83
3.2	Pessoas com deficiência e a Atenção Primária à Saúde	93
3.2.1	Porta de entrada ou o acesso das pessoas com deficiência nos serviços da APS	96
3.2.2	Longitudinalidade e continuidade na atenção à saúde da pessoa com deficiência na APS	106
3.2.3	Integralidade, abrangência e coordenação de cuidados da saúde da pessoa deficiente	108
3.2.4	Equidade e o cuidado em saúde da pessoa com deficiência	112

3.3	A terapia ocupacional na atenção primária à saúde	115
-----	---	-----

PARTE 4

4	TERAPIA OCUPACIONAL DAS PAIXÕES: O ENSINO NA UNIVERSIDADE	128
4.1	O trabalho na universidade: na direção da constituição de paixões alegres	130
4.2	O ensino na graduação e a terapêutica ocupacional: qual ação?	136
4.3	Como ensinar uma técnica corporal para estudantes de terapia ocupacional: um corpo mecânico ou um corpo relacional?	140
4.4	O ensino da disciplina Terapia Ocupacional e as práticas corporais III na USP: O Conceito Bobath e as possibilidades de um recurso terapêutico para a composição de uma Terapêutica das Paixões	143
4.5	O ensino da Terapia Ocupacional da USP no contexto da Atenção Primária à Saúde	152
4.6	As atividades de ensino do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva na Atenção Primária à Saúde	156

PARTE 5

5	POR UMA TERAPEUTICA OCUPACIONAL DAS PAIXÕES: A AÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	166
5.1	Quando o acesso e a continuidade do cuidado estão garantidos: a história de Valentina.	168
5.2	O acesso e a integralidade em questão. Quando é preciso superar o medo: A família de Aldair	176
5.3	Reabilitar é uma ação de alta complexidade no campo da saúde? O caso do Senhor Jacinto	184
5.4	Quando ocorre a escuta: Dona Manuela	187
5.5	Por uma terapêutica ocupacional das paixões	190

PARTE 6

6	APRENDIZ DA FILOSOFIA DE ESPINOSA: APRENDI A APRENDER	196
7	REFERÊNCIAS	203

APRESENTAÇÃO

O corpo humano pode ser afetado de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, enquanto outras tantas não tornam sua potência de agir nem maior nem menor. (SPINOZA, *Ética* III, P1, p. 163).

Compreendo que toda expressão de minha trajetória acadêmica já anuncia o entrelaçamento entre os corpos que produzem o mundo e o tempo em que vivo. Assim, a geografia e a história dos meus lugares compõem as singularidades que me são próprias. Portanto, na vida acadêmica, o encontro entre as histórias pessoais e relacionais com o tempo e o local das instituições, manifestos em sua micropolítica e também na relação com a macropolítica do nosso espaço, deve ser considerado. Nossa história é forjada na relação do nosso corpo com outros corpos, de nossas ideias com outras ideias, com os afetamentos que produzimos e que recebemos, nas composições e decomposições possíveis e inevitáveis.

Essa tese é uma reflexão afetiva sobre a minha trajetória acadêmica, um exercício no qual desejo detectar as inter-relações, as manifestações e expressões do meu trabalho. Pretende também refletir sobre as minhas ações compreendendo-as pelas suas causas, desejosas de explicações pautadas pelas ideias adequadas.

Em minhas atividades aposto na possibilidade do rompimento com a pretensa e propagada *autonomia da universidade*, que se traduz, muitas vezes, no afastamento da instituição de ensino da realidade cotidiana. Aposto também na superação das ideias que supõe o corpo (mecânico) oposto à alma livre e imaterial, como expresso no paradigma cartesiano. Procurei nesses anos que estou na universidade compor um trabalho que dialoga com as necessidades dos usuários dos serviços de saúde e formar terapeutas ocupacionais comprometidos ética e politicamente com essa premissa.

As atividades de ensino, extensão e pesquisa supõem planejamento, que envolvem ideias, pessoas – colegas professores, pesquisadores, profissionais de campo da saúde e da educação, usuários e estudantes – e, outras instituições afora a universitária. Implicam,

portanto, em tempo e diálogo para a construção de campos de ação. Essas atividades não estão, necessariamente, vinculadas a uma finalidade produtivista e pretensamente autônoma.

Nunca desejei repetir o que aprendi na minha formação acadêmica, sempre questionei os modelos hegemônicos das práticas em saúde e, diante da atividade docente, impus-me a tarefa de concretizar uma proposta de trabalho divergente da hegemônica.

No mestrado, me dediquei a ouvir as pessoas com deficiência, percorrendo criticamente sobre seus processos de reabilitação física. No doutorado, me dispus a analisar a proposta de atendimento reabilitacional realizada no ambulatório do Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva – REATA, do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo¹. Essas produções são expressões de um modo de compreender a universidade e também de inventá-la, estando, portanto, em sintonia com a história de minha vida acadêmica de que a tese da livre docência se compõe.

O que se segue, ora é narrado na primeira pessoa, ora na terceira, pois diferentes aspectos de minha produção foram aqui contemplados. São narrativas e reflexões que supõem os afetamentos compostos em minha trajetória. Revisito minhas pesquisas, meus artigos, meus encontros com colegas, com os serviços, com os “pacientes/usuários” não passivos e sim dotados de Desejo, com os temas que tenho estudado, com minha ação educativa, profissional e política. Essa imersão, composta por diferentes matizes e expressões, como num prisma, foi analisada sob as lupas de Espinosa, na medida em que delas fui me apropriando.

Essa tese pretende, assim, contribuir com uma reflexão sobre as ações da Terapia Ocupacional desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde, mas não apenas, pois também pode se referir à outros níveis assistenciais (ROCHA; MELLO, 2004) e outros campos em que a profissão atua, como na Educação (ROCHA; BRUNELLO; SOUZA, 2018).

Também pretende compreender a natureza das tecnologias reabilitacionais e terapêuticas ocupacionais utilizadas, suas implicações, considerando uma leitura

¹ Laboratório da Área de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, organizado em 1991, registrado no CNPq desde 1999 e por mim coordenado.

espinosana do corpo. A compreensão sobre o que é deficiência é deslocada da perspectiva cartesiana de *corpo máquina* para uma leitura de *corpo como singularidade* e, desse modo, a proposta é contribuir com subsídios para reflexões sobre a constituição cotidiana das ideias imaginativas sobre a deficiência como algo intrinsecamente negativo.

E, finalmente, tão significativo quanto os aspectos acima elencados, fui identificando na composição da tese que a totalidade das minhas pesquisas, atividades de extensão e de ensino estão alinhadas com as ideias de Espinosa² e que há aqui uma pretensão em contribuir na formulação de uma Terapia Ocupacional como uma Terapêutica das Paixões como na definição espinosana.

² Pensador, filósofo do século XVII (1632-1677), **Espinosa**, **Espinoza** ou **Spinoza**, como sobrenome. **Bento** ou **Benedito**, em português; **Benedictus**, em latim ou **Baruch** como prenome.

PARTE 1

1 AS LUPAS DE ESPINOSA

Claro que a Reabilitação Física é importante, mas acho que é junto com a Reabilitação Social. É uma questão obrigatória ter aquilo que eu não tive. Eu não tive junto com a Reabilitação Física, tive depois a Reabilitação Social. Aquela coisa de aprender a andar, mas aprender a viver também. Aprender a viver na cidade, aprender a viver na rua, não só aprender a subir no ônibus. Aprender a perguntar para você, por exemplo, aonde esse ônibus vai, não ter medo de você. É aprender a enfrentar alguém que faz um descaso com você. [...] Reabilitação Social é eu ter uma vida ativa, eu participar na escola, participar da comunidade, estar no meio do grupo de jovem, eu estar interagindo politicamente. Sabe como eu vou interagir politicamente? Só o fato de eu sair de casa, por exemplo, resolver almoçar numa lanchonete, é estar agindo na sociedade, estar mudando. (José Roberto) (ROCHA, 2019, p. 172).

É muito importante. Mas desde que junto com a Reabilitação Física, que o deficiente tenha condições de dizer o que é certo e o que é errado para ele. Como diz o ditado: cada caso é um caso. Cada deficiente tem uma coisa específica. [...] Como foi o caso do Centro Social daqui. Nós não tínhamos condições de ter uma Reabilitação Física. A maioria dos participantes já tinha passado por um Centro de Reabilitação. E também, como no meu caso, só passou. Só serviu para a gente passar. Depois lá ficamos dentro de casa sem fazer nada. Então nós começamos a perceber a diferença que é você estar trabalhando junto seu corpo e sua mente. É mais ou menos assim, no Centro Social a gente tinha inclusão com a sociedade. Mas isso ajudava muito na parte física da gente, porque a gente saía, era um esforço físico nosso, tipo: passeata e todas as coisas que a gente desempenha hoje. (Nina) (ROCHA, 2019, p. 172).

Quando o deficiente não tem oportunidade de receber uma reabilitação social... A reabilitação física é muito boa, é ótima, mas sem haver uma reabilitação do tipo social, sem poder viver no seu habitat, na sua comunidade, participar da vida diária, não há reabilitação para o deficiente. Até regride. Há coisas que eu consegui fazer depois de ter essa reabilitação social. (Sérgio)³ (ROCHA, 2019, p. 173).

³ José Roberto, Nina e Sérgio (in memoriam) são militantes dos movimentos de pessoas com deficiência na cidade de São Paulo e narraram suas trajetórias nos serviços de reabilitação publicada em 2019 pela HUCITEC no livro "Corpo com Deficiência em Busca da Reabilitação: A ótica das pessoas com deficiência física".

1.1 Tenho um corpo ou sou um corpo?

No imaginário social o corpo é mecânico, é orgânico, é mercadoria, é computador, é cibernético, é protetizado, é tatuado, enfim, a ele são atribuídas qualidades, características, aspectos e outros adjetivos, porém todos em consonância com a premissa de que ele é uma máquina, que tem que funcionar perfeitamente e que os atributos que lhes são conferidos vêm de fora para dentro, não lhe pertence, lhe é adjudicado (NOVAES, 2003; ORTEGA, 2008; ROUANET, 2003).

Nessa lógica, as alterações geradas por patologias ou por acidentes, transforma-o em incapaz, inapto, supliciado, inumano, estigmatizado, antiestético, não desejável, passível de violências e exclusões, máquinas imperfeitas e deficientes (CORBIN, 2012; COURTINE, 2011 e 2012; FAURE, 2012; GOFFMAN, 1975; ROCHA, 1991; VIGARELLO, 2011b). Trata-se, portanto, da tradução contemporânea do corpo formulada por Descartes que se expressa no modelo hegemônico de intervenção das ciências biomédicas. (PORTER; VIGARELLO, 2012; FAURE, 2012; STIKER, 2012).

O corpo não “é”, ele “*deve ser*” ou “*deve estar para*”, como uma máquina (LE BRETON, 2003; ORTEGA, 2008, ROUANET, 2003). É pertinente observar que o paradigma cartesiano do corpo-máquina, presente nos dias atuais, relacionado às tarefas de produção e consumo de produtos descartáveis e obsoletos, é traduzido e publicizado pelas mídias, que apresentam a eficiência das suas conquistas na resolução de problemas de inadequação do corpo a essas tarefas e age no imaginário social formando um juízo de valor sobre o que ele ainda não é, mas deveria ser (FAURE, 2012; NOVAES, 2003; MOULIN, 2011; STIKER, 2012; VIGARELLO, 2011a; COURTINE, 2013).

Ou seja, em primeiro lugar a ciência, a mídia e o sistema capitalista corroboram com a ideia de que o corpo é uma máquina que obedece a uma lógica mecânica em seu funcionamento – ágil, perfeito, belo, produtivo, sensual, eficiente, de longa permanência no tempo, etc. – e, portanto, algo que se adquire, que se compra e não que é (VIGARELLO, 2011c; ORTEGA, 2008; PORTER; VIGARELLO, 2012; ROUANET, 2003; RIBEIRO, 2003).

Se eu posso conquistá-lo, eu não o sou, ele é passível de ser recomposto e aperfeiçoado de modo mecânico, encontra-se no devir. (FAURE, 2012; LE BRETON, 2011;

NOVAES, 2003; MOULIN, 2011). Reside aí a lógica corretiva sobre o corpo presente no mundo atual, desde abordagens estéticas até as de cuidados complexos em saúde (MOULIN, 2011; VIGARELLO, 2011c).

O imaginário social presente hoje na academia tem a sua origem nas experiências da medicina do século XVI, quando a anatomia emergiu como uma das formas de conhecimento do corpo humano por meio da dissecação. Das pesquisas sobre o corpo no Renascimento também herdamos uma linguagem da engenharia para denominá-lo em suas partes estruturais e funções, como bombas, válvulas, canais, foles, na qual, por exemplo, o coração funcionava como uma bomba vital (LUZ, 1988, p. 50).

Outra forte influência sobre a visão do corpo como máquina advém ainda do corpo como um autômato. Um autômato superior, um autômato-animado, comparável a um relógio (CHAUÍ, 1984), onde o corpo, sensível e vivente, para funcionar necessita ter determinada ordem anatômica e receber o comando vindo da alma. Descartes aprofundou e fundamentou geometricamente o dualismo psicofísico, a concepção de que o corpo é separado da alma. O “eu” cartesiano é puro pensamento; o corpo é coisa externa, extensão material. Constitui-se aí uma nova visão de corpo: o corpo-objeto. Corpo de natureza mecânica e material, geometrizado, externo e oposto ao eu-pensante livre e autônomo.

Já na filosofia naturalista-empirista do século XIX, fundamentada em Aristóteles, o indivíduo passa a ser compreendido como organismo, como corpo natural. A força motriz do seu funcionamento emerge de si e as “causas naturais” é que desencadeiam as doenças, até então encaradas como “espécies mórbidas”. Assim, as doenças são compreendidas como capazes de danificar a complexa máquina humana (FOUCAULT, 1977, p. 17), perturbando o seu funcionamento natural. Desse modo, a medicina clássica dos séculos XVII e XVIII representa a doença como um “mal” que se apossa do corpo humano (FOUCAULT, 1977). Esse mal tem que ser combatido e, assim, tanto a intervenção médica quanto, posteriormente, as ações de outros profissionais da saúde, passam a encarar as enfermidades, as “anormalidades”, os “desvios”, como alterações no corpo, em seu bom funcionamento.

Na nascente sociedade industrial do século XIX inaugura-se a ideia de que a doença é uma ameaça social e deve ser combatida (DEJOURS, 1988), assim como as suas

consequências. A deficiência, até então objeto de misericórdia ou considerada como proveniente de forças espirituais malignas, ou ainda, como no final do século XVIII e início do século XIX, vista como algo bizarro, digna de observação e merecedora de espaços para sua exibição em espetáculos públicos, passa a ser compreendida como patologia que requer cuidados, preferencialmente cuidados corretivos, normalizadores de sua condição.

Nessa lógica, a deficiência percorre o século XX, e ainda é, no início do século XXI, uma expressão do anormal e do diferente. Como tal, é compreendida como um desdobramento da patologia que deve ser corrigida ou quando possível eliminada, tal como previsto em muitas propostas eugênicas do campo da saúde e da educação (VERZOLLA, 2017; MOTA, 2003) do início do século passado.

1.2 O corpo relacional, o corpo em Espinosa

[...] a mente e o corpo são uma só e mesma coisa, a qual é concebida ora sob o atributo do pensamento, ora sob o da extensão. Disso resulta que a ordem ou concatenação das coisas é uma só, quer se conceba a natureza sob um ou outro daqueles atributos, portanto, que a ordem das ações e das paixões de nosso corpo é simultânea, em natureza, à ordem das ações e das paixões da mente. (SPINOZA, *Ética II*, Prop. 2, Esc., p. 167).

Em Espinosa encontrei uma revolucionária concepção de corpo, não mais como 'máquina' movida por algo externo a si, mas pelo desejo de preservação na existência, um 'corpo relacional', vivo, dinâmico, em que não há dissociação com a mente, ou sua alma.

Trata-se de uma perspectiva diversa da ótica de Descartes (1987). Para Espinosa a "ideia é imanente ao corpo", mente e corpo apenas traduzem a mesma coisa de maneiras diferentes, ou seja, são expressões finitas do processo de autoprodução da natureza eterna e infinita. Com isso, o filósofo recusa a possibilidade de que a alma/mente e corpo, logo indivíduo/homem sejam substâncias, seres em si e por si, mas sim expressões singulares da atividade imanente de uma substância única, a natureza.

Nessa afirmação reside a crítica à ideia de união substancial cartesiana, assim como à ideia platônica de mente/alma como piloto do corpo e à correspondente posição aristotélica do corpo enquanto órgão da alma, *organon*, ou seja, um instrumento, pois é por

meio da alma que o corpo age no mundo e se relaciona com os demais corpos (CHAUÍ, 2005, p. 54). Assim, para Espinosa é inconcebível uma relação de causalidade entre a mente e o corpo, uma vez que a interação é algo inerente àquele modo singular.

O corpo em Espinosa não é constituído por partes, é um todo (*unio corporum*) que está em relação consigo mesmo enquanto mente (alma) e com outros corpos, sendo afetado e afetando outros corpos. Segundo Chauí (2006), o corpo, para o filósofo, é:

[...] relacional: é constituído por relações internas entre seus órgãos, por relações externas com outros corpos e por afecções⁴, isto é, pela capacidade de afetar outros corpos e ser POR ELES afetado sem se destruir, regenerando-se com eles e OS regenerando. Um corpo é uma união de corpos (*unio corporum*) e essa união não é um ajuntamento mecânico de partes e sim a unidade dinâmica de uma ação comum dos constituintes. (CHAUÍ, 2006, p. 120).

Não se trata, portanto, de uma unificação de partes, de forma mecânica, como concebido no *corpo cartesiano*, e sim de uma unidade ativa, dinâmica, que se expressa em uma ação comum de todos os constituintes. Essa expressão é singular, tratando-se, assim, de uma individualidade singular, ou seja, de um indivíduo único, dinâmico e finito:

Por coisas singulares compreendo aquelas coisas que são finitas e que têm uma existência determinada. E se vários indivíduos contribuem para uma única ação, de maneira tal que sejamos todos, em conjunto, a causa de um único efeito, considero-os todos, sob este aspecto, como uma única coisa singular. (SPINOZA, *Ética II*, Def. 7, p. 81).

Nessa singularidade se expressa o encontro de uma diversidade e pluralidade de corpúsculos “duros, moles e fluidos”, que estão relacionados uns com os outros, em harmonia e equilíbrio em suas funções, tanto de movimento como de repouso:

1. O corpo humano compõe-se de muitos indivíduos (de natureza diferente), cada um dos quais é altamente composto.
2. Dos indivíduos de que se compõe o corpo humano, alguns são fluidos, outros moles e outros, enfim, duros.
3. Os indivíduos que compõem o corpo humano e, conseqüentemente, o próprio corpo humano, são afetados pelos corpos exteriores de muitas maneiras.

⁴ “Afecção: toda mudança, alteração ou modificação de alguma coisa, seja produzida por ela mesma, seja causada por outra coisa.” (Chauí, 2005:98).

4. O corpo humano tem necessidade, para conservar-se, de muitos outros corpos, pelos quais ele é como que continuamente regenerado.
5. Quando uma parte fluida do corpo humano é determinada, por um corpo exterior, a se chocar, um grande número de vezes, com uma parte mole, a parte fluida modifica a superfície da parte mole e nela imprime como que traços do corpo exterior que a impele.
6. O corpo humano pode mover-se e arranjar os corpos exteriores de muitas maneiras. (SPINOZA, *Ética II*, Prop. 13, Postulados, p.105)

Esse corpo, indivíduo singular, também está em relação com outros corpos exteriores a ele, realizando-se na coexistência e composição com esses corpos. Assim, o corpo, em sua singularidade, é composto por infinitos corpos, que podem aumentar a sua força para se preservar na existência ou decompô-la.

Damásio (1996, 2000, 2004) nos lembra da sofisticação dessa definição - que prevê que a natureza dos encontros dos corpos pode determinar o seu fortalecimento e ou a sua decomposição -, considerando que ela foi produzida no século XVII, tal como hoje detectada na ciência moderna. A neurociência, por exemplo, com as pesquisas no campo da neuroplasticidade, também conhecida como plasticidade neuronal, demonstra a capacidade do sistema nervoso de mudar, adaptar-se e moldar-se a nível estrutural e funcional ao longo do desenvolvimento neuronal e quando sujeito a novas experiências. No conjunto de sua obra, Sacks (1995, 1997a, 1997b, 2003) também descreve como, em situações limites e em circunstâncias em que manifesta alterações, o corpo também pode, por meio de experiências potencializadoras, criar novas formas de expressão, sendo essas muitas vezes de natureza adaptativa ou de superação de limites.

Em Espinosa, o enfraquecimento, a doença e a morte não são internos ou imperfeições do corpo, mas são fruto de encontros com outros corpos que o decompõe. Compõe-se e decompõe outros corpos de menor intensidade, se regenera e regenera outros corpos, ou seja, age como um sistema complexo, tanto nos seus movimentos internos como externos, e em constante intercorporeidade.

Com a ideia de intercorporeidade, do corpo em interação consigo mesmo e com os outros corpos, do corpo como totalidade, como relacional, estabelece-se uma crítica ao mecanicismo cartesiano, pois o corpo do indivíduo é considerado uma estrutura, uma

organização constituída de partes relacionadas entre si de forma inteligível e coesa, nas suas relações internas e externas.

Toda ação externa tem consequências sobre o corpo, ou seja, o que ocorre ao seu redor o afeta, assim como ele afeta o seu entorno. Dessa forma, o fortalecimento ou enfraquecimento do corpo depende das relações que são constituídas com outros corpos. Assim, quanto mais a pessoa estiver isolada e solitária, mais empobrecido e fraco está seu corpo, seu desejo, seu pensamento. E quanto mais solidários e complexos forem os bons encontros com outros corpos, mais ele se torna potente e apto à sua autoconservação, regeneração e transformação. Essa lógica, passível de ser vivida em toda a complexidade das relações e encontros com outros corpos, constitui-se como primordial no campo da saúde.

Em Espinosa só é possível a existência da ideia de corpo na mente como algo existente em ato, portanto, a mente ou a alma não é uma essência imaterial, eterna, livre e oposta ao corpo, como em Descartes, mas ideia de seu ideário (o corpo) e ideia de si mesma. Assim, o homem não é o império da liberdade no interior do império da necessidade e não é oposto à natureza.

A mente humana, ou alma, se constitui na ideia de corpo humano, “[...] a própria ideia, ou o conhecimento do corpo humano [...]” (SPINOZA, *Ética II*, P19, Dem., p. 113), ou seja, a mente/alma é “[...] senão a ideia de uma coisa singular existente em ato” (SPINOZA, *Ética II*, P11, p. 95). Espinosa utiliza o termo *ideia* como atividade da alma ou como componente do pensamento, isto é: “O objeto da ideia que constituiu a mente humana é o corpo, ou seja, um modo definido da extensão, existente em ato, e nenhuma outra coisa” (SPINOZA, *Ética II*, P13, p. 97).

Segundo ainda o filósofo, a mente ou alma é também o oposto: “[...] o corpo não fosse o objeto da mente humana, as ideias das afecções do corpo não existiriam [...]” (SPINOZA, *Ética II*, P13, p. 97).

Portanto, a mente humana é uma força pensante reflexiva, é um ato de pensar seu ideado e a si mesma; uma vez que é consciência da vida do corpo e consciência de ser consciente disso: “Logo, o objeto da ideia que constitui a mente humana é o corpo, e o corpo existente em ato”. (SPINOZA, *Ética II*, P13, Dem., p. 97). Dessa forma, o corpo humano

é como o notamos: “Segue-se disso que o homem consiste de uma mente e de um corpo, e que o corpo humano existe tal como o sentimos” (SPINOZA, *Ética II*, P13, Cor., p. 97).

Aqui observamos a ruptura com o dualismo entre alma e corpo, pois a alma/mente é em sua essência a atividade pensante, ou a atividade consciente de seu objeto de pensamento, que é o corpo. Assim, a mente/alma é consciente dos movimentos e das mudanças que ocorrem no corpo, de como o corpo se comporta e reage ao que lhe afeta e de como é afetado. Por isso, as ideias das afecções corporais são sentidas, conscientemente, do mesmo modo como são sentidas as afecções mentais: “O corpo humano não conhece o próprio corpo humano e não sabe que ele existe senão por meio das ideias das afecções pelas quais o corpo é afetado” (SPINOZA, *Ética II*, P19, p. 113).

No entanto, Espinosa nos alerta que o fato da mente ser a *ideia da ideia de um corpo* não implica necessariamente em ser uma ideia verdadeira, pois a mente pode produzir um conhecimento confuso sobre seu corpo e sobre si, porque tem ideias imaginativas e o corpo vive imaginariamente:

[...] sempre que a mente humana percebe as coisas segundo a ordem comum da natureza, ela não tem, de si própria, nem de seu corpo, nem dos corpos exteriores, um conhecimento adequado, mas apenas um conhecimento confuso e mutilado. Com efeito, a mente não conhece a si própria senão enquanto percebe as ideias das afecções do corpo. Mas não percebe o seu corpo senão por meio dessas ideias de afecções, e é igualmente apenas por meio dessas afecções que percebe os corpos exteriores. (SPINOZA, *Ética II*, P29, Cor., p. 123).

Em inúmeras vezes, quando o corpo é afetado por outros corpos e os afeta, esses encontros produzem imagens sobre si. Uma vez que nascem de afetamentos corporais, essas imagens são instantâneas, momentâneas, voláteis, fugazes e dispersas, inserindo-se no campo da experimentação vivida, na relação imediata com o mundo, porque necessita do encontro entre corpos. São abstratas porque nunca são totais, sempre são fragmentadas, parciais e mutiladas:

[...] a mente não tem, de si própria, nem de seu corpo, nem dos corpos exteriores, um conhecimento adequado, mas apenas um conhecimento confuso, sempre que percebe as coisas segundo a ordem comum da natureza, isto é, sempre que está exteriormente determinada, pelo

encontro fortuito com as coisas, a considerar isto ou aquilo. E não quando está interiormente determinada, por considerar muitas coisas ao mesmo tempo, a compreender suas concordâncias, diferenças e oposições. Sempre, com efeito, que está, de uma maneira ou outra, interiormente arranjada, a mente considera as coisas clara e distintamente [...]. (SPINOZA, *Ética II*, P29, Esc., p. 123).

As imagens são experiências corporais e não da mente/alma, podendo ser de diversas naturezas: visuais, gustativas, olfativas, auditivas, tácteis, cenestésicas. Essas percepções imagéticas são fugazes e efêmeras. Para Espinosa, uma imagem não é verdadeira nem falsa, pois tais conceitos só são aplicáveis às ideias. A ideia imaginativa é o empenho da mente para agregar, diferenciar, generalizar e relacionar abstrações ou fragmentos que, ao criar conexões entre as imagens produz a possibilidade de guiar-se no mundo. E isto ocorre no corpo, que no encontro com os outros corpos, se transforma, adquire marcas advindas dessas relações estabelecidas:

Já havíamos mostrado que a falsidade consiste apenas numa privação que as ideias mutiladas e confusas envolvem. É por isso que a ideia falsa, enquanto é falsa, não envolve a certeza. Assim, quando dizemos que um homem se satisfaz com ideias falsas e não duvida delas, não dizemos com isso que ele está certo, mas apenas que não duvida, ou seja, que se satisfaz com ideias falsas porque não existem quaisquer causas que façam com que a sua imaginação flutue. [...] Qualquer que seja o grau com que um homem, supostamente, adere a ideias falsas, jamais diremos, entretanto, que ele está certo. Pois, por certeza compreendemos algo de positivo, e não a privação de dúvida. De outro lado, por privação de certeza, compreendemos a falsidade. (SPINOZA, *Ética II*, P49, Esc., p. 147-148).

Espinosa coloca ainda que o que imaginamos como ideias, são apenas imagens que construímos em decorrência dos encontros que temos com outros corpos:

[...] Com efeito, aqueles que julgam que as ideias consistem nas imagens que em nós se formam pelo encontro dos corpos estão convencidos de que essas ideias das coisas das quais não podemos formar nenhuma imagem que se lhes assemelhe não são ideias, mas apenas ficções que fabricamos pelo livre arbítrio da vontade. Veem as ideias, pois, como pinturas mudas em uma tela e, imbuídos por esse preconceito, não veem que a ideia, enquanto ideia, envolve uma afirmação ou negação. Por outro lado, aqueles que confundem as palavras com a ideia, ou ao contrário do que sentem quando, apenas por meio de palavras, afirmam ou negam alguma coisa contrariamente ao que sentem. (SPINOZA, *Ética II*, P49, Esc., p.148).

Assim, o corpo além de imaginar, de ser imaginante, é memorioso, é nele que ficam as marcas das ideias imaginativas. Por consequência, a mente toma como presente as imagens do que está ausente e, com elas, considera as inúmeras possibilidades de sequências associativas e generalizadoras que estão marcadas nos corpos, constituindo-se em uma representação do/no tempo.

A ideia tem, portanto, dois sentidos: como um conceito que nossa mente forma, ou ter ideia de alguma coisa; e como a natureza de nossa própria alma/mente, ou ser ideia do corpo e ser ideia de si mesma. O que há de comum entre ambas é que uma ideia constitui um ato do intelecto para ter a ideia, ou o pensamento. E a ideia, para Espinosa, pode ser imaginativa ou inadequada e intelectiva ou adequada.

As ideias inadequadas são compostas por imagens mutiladas e truncadas, fabricadas na consciência a partir das experiências sensoriais, que geram um processo inexato de interpretação da realidade existente nos encontros entre os corpos, pois tomam como primazia apenas o conhecimento empírico.

Já as ideias adequadas, por sua natureza, são capazes de unir-se a outras ideias num bom raciocínio, porque conhecem tanto a causa que produz essa coisa quanto a causa que produz a própria ideia em nós.

Assim, Espinosa diz que não podemos supor uma ideia falsa como verdadeira, ou seja, julgar coisas da imaginação, que estão no intelecto, como verdadeiras. Porém é importante perceber que a mente não está impedida do conhecimento verdadeiro pela experiência sensória, perceptiva e cenestésica de seu corpo, pois o acesso à verdade, ao pensamento adequado, ocorre quando a mente assume a sua natureza própria, isto é, o poder que tem de pensar e se apropriar do conhecimento.

Para a mente ser uma força de pensar equivalente à força do seu corpo de imaginar, Espinosa propõe o método de perceber a essência das coisas, ou de conhecer a natureza das coisas e a nossa. Propõe que para termos uma ideia adequada é necessário deduzir as diferenças e as concordâncias das coisas, considerar como elas podem ser afetadas e considerar a sua natureza e potência.

Aqui é importante também esclarecer que, para o filósofo, os *afetamentos* que ocorrem no corpo e na mente são *representações cognitivas*, pois se assim não o fossem

seriam experiências dispersas e sem sentido. São, portanto, alterações que ocorrem no corpo, na sua existência, com significações psíquicas da vida corporal. Trata-se de tudo que faz o corpo mover-se e a alma a pensar, o que mantém a *existência* e tudo que o compõe na sua permanência. Espinosa chama essa potência de autoconservação de *Conatus*, como denominado no século XVII. *Conatus* ou a *potência de preservação da vida* que cada corpo tem, ou ainda, o *esforço de preservação na existência* que cada corpo é.

Segundo Chauí (2005, p. 99), *Conatus* é o termo latino que significa esforço de, ou para; na filosofia do século XVII, é usado a partir da nova física que, ao apresentar o princípio de inércia - um corpo que permanece em movimento ou em repouso se nenhum corpo atuar sobre ele modificando seu estado -, torna possível a ideia de que todos os seres do universo possuem a tendência natural e espontânea à autoconservação e se esforçam para permanecer na existência.

Em Espinosa, o *Conatus*, como força para pensar, significa que o poder do pensamento está além dos fins perseguidos por um determinado Estado, por uma determinada sociedade, ou por qualquer religião ou ciência. Trata-se da fundação de um sujeito singular, expresso em um indivíduo ou em um corpo coletivo, distinto de um conjunto de homens obedientes aos signos constituídos no imaginário social de bem e mal, de mérito e demérito, normal e patológico etc., que levam o povo a aceitar o tirano e o sacerdote, agentes constituídos pelas paixões tristes, que prometem um futuro livre do mal que imaginam e privado do bem que desejam.

O *Conatus* que define a singularidade é uma força que pode aumentar ou diminuir, considerando o modo como cada corpo se relaciona com outros corpos, a fim de manter sua autoconservação.

A potência de existir e agir do corpo pode diminuir se ele for afetado por outras forças que o sobrepuje; e aumenta se ele não perder sua independência e autonomia ao ser afetado por outros corpos, ou afetá-los. O arrefecimento e a ampliação da força do *Conatus* sugerem que o *desejo* pode realizar-se inadequadamente ou adequadamente.

A mente, quer enquanto tem ideias claras e distintas, quer enquanto tem ideias confusas, esforça-se por preservar em seu ser por uma duração

indefinida, e está consciente de seu esforço. (SPINOZA, *Ética III*, Pg, p. 175).

O *Conatus*, num esforço conjugado da mente e do corpo para a preservação da existência, é um conceito positivo. Porém, é importante aclarar o conceito de *desejo*, relacionado com o esforço de preservação do ser na existência:

Esse esforço, à medida que está referido apenas à mente, chama-se vontade, mas à medida que está referido simultaneamente à mente e ao corpo chama-se apetite, o qual, portanto, nada mais é do que a própria essência do homem, de cuja natureza necessariamente se seguem aquelas coisas que servem para a sua conservação, e as quais o homem está, assim, determinado a realizar. Além disso, entre apetite e desejo não há nenhuma diferença, excetuando-se que, comumente, refere-se o desejo aos homens à medida que estão conscientes de seu apetite. Pode-se fornecer, assim, a seguinte definição: o desejo é o apetite juntamente com a consciência que dele se tem. Torna-se, assim, evidente, por tudo isso, que não é por julgarmos uma coisa boa que nos esforçamos por ela, que a queremos, que a apetecemos, que a desejamos, mas ao contrário, é por nos esforçarmos por ela, por quere-la, por apetece-la, por deseja-la que a julgamos boa. (SPINOZA, *Ética III*, Pg, Esc., p. 177, grifo nosso).

Quando concretizado, o desejo aumenta a força de existir do corpo, chamando-se *alegria*, um sentimento que possuímos quando nos observamos fortalecidos. Quando o desejo advém de uma causa externa chama-se de *amor*, como percepção de nossa força para ser, agir e viver em ato. Ao contrário, quando o desejo é frustrado, o sentimento experimentado é o da *tristeza*, que nos define e, quando é causado por uma força externa, chama-se de *ódio*:

Vemos, assim, que a mente pode padecer grandes mudanças, passando ora a uma perfeição maior, ora a uma menor, paixões essas que nos explicam os afetos da alegria e da tristeza. Assim, por alegria compreenderei, daqui por diante, uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição maior. Por tristeza, em troca, compreenderei uma paixão pela qual a mente passa a uma perfeição menor. Além disso, chamo o afeto da alegria, quando está referido simultaneamente à mente e ao corpo, de excitação ou contentamento; o da tristeza, em troca, chamo de dor ou melancolia. Deve-se observar, entretanto, que a excitação e a dor estão referidos ao homem quando uma das partes é mais afetada do que as restantes; e a melancolia, por outro lado, quando todas as suas partes são igualmente afetadas. (SPINOZA, *Ética III*, P11, Esc., p.177-8).

Todos os outros *afetos* são derivados dos afetos primários, da alegria e da tristeza, como: admiração, desprezo, amor, ódio, atração, aversão, escárnio, esperança, medo, segurança, desespero, gáudio, decepção, comiseração, reconhecimento, indignação, consideração, desconsideração, inveja, misericórdia, satisfação, humildade, arrependimento, soberba, rebaixamento, glória, vergonha, saudade, emulação, agradecimento, benevolência, ira, vingança, crueldade, temor, audácia, covardia, pavor, cortesia, ambição, gula, embriaguez, avareza e luxúria⁵.

Espinosa chama de afeto "[...] as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções". (SPINOZA, *Ética III*, Def. 3, p. 163). E, por conseguinte, afirma que a ideia de como o corpo é afetado por outros corpos pressupõe "[...] a natureza do corpo humano e, ao mesmo tempo, a natureza do corpo exterior" (SPINOZA, *Ética II*, P16, Dem., p. 107).

Assim, todos os afetos estão relacionados ao desejo, à alegria ou à tristeza e o desejo é a natureza de cada corpo singular, constitui sua essência e compõe a singularidade do indivíduo:

Portanto, o desejo de um indivíduo discrepa do desejo de um outro, tanto quanto a natureza ou a essência de um difere da essência do outro. Além disso, a alegria e a tristeza são paixões pelas quais a potência de cada um – ou seja, seu esforço por perseverar no seu ser – é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada. Ora, por esforço por perseverar em seu ser, enquanto esse esforço está referido ao mesmo tempo à mente e ao corpo, compreendemos o apetite e o desejo. Portanto, a alegria e a tristeza são o próprio desejo ou o apetite, enquanto ele é aumentado ou diminuído, estimulado ou refreado por causas exteriores, isto é, é a própria natureza de cada um. Logo, a alegria ou a tristeza de um discrepa da alegria ou tristeza de outro tanto quanto a natureza ou a essência de um difere da essência do outro e, conseqüentemente, um afeto qualquer de um indivíduo discrepa do afeto de um outro, etc. (SPINOZA, *Ética III*, P57, Dem., p. 233).

Na *Ética*, Espinosa demonstra que uma paixão só é vencida por outra paixão mais forte e contrária e não por uma ideia verdadeira, assim a razão não controla o desejo.

⁵ Definições encontradas na publicação da **Ética Parte III** (SPINOZA, 2013, p. 237-257).

Considerando os três afetos dos quais decorrem todos os outros, *alegria, tristeza e desejo ou Conatus*, bom é o que nos alegra e mau o que nos enfraquece e assim somente as paixões alegres podem vencer as paixões tristes. Dessa forma, se a tristeza não for combatida, ela tende a permanecer; é, portanto necessário o enfrentamento das paixões tristes com paixões alegres.

Chauí (2005, p. 64-65) nos lembra que Espinosa mostra que uma vida ética só ocorre no interior das paixões, quando as mais fortes, as da *alegria* (amor, amizade, generosidade, contentamento, misericórdia, benevolência, gratidão e glória) sobrepujam as mais fracas, relacionadas à *tristeza* (ódio, medo, ambição, orgulho, humildade, modéstia, ciúme, avareza, vingança, remorso, arrependimento e inveja). Assim, passar dos desejos tristes aos de alegria é deslocar-se da fraqueza para a força, sendo que a força é referida como *vis* e *virtus*, em latim, literalmente, *virtude*: “A alegria não é diretamente má, mas boa; a tristeza, em troca, é diretamente má” (SPINOZA, *Ética IV*, P₄₁, p. 315).

O afastamento das paixões tristes e o fortalecimento das paixões alegres aumenta a força do *Conatus*, o que, por consequência, diminui a passividade do corpo e da mente e os prepara para a ação. É um ato de compreensão do que se passa dentro de si. Desse modo o verdadeiro conhecimento também necessita do afeto, pois apenas uma paixão refreia outra paixão, no entanto a vida afetiva só é livre a partir do desejo livre e alegre. Em Espinosa a liberdade não se localiza no exterior, mas na relação do ser consigo, em sua essência, no que é, no como age, no que pode e em como existe.

O primeiro momento da ação é fundamental, é quando, para nossa mente, pensar e conhecer tornam-se os mais fortes dos afetos, dos desejos, constituindo a alegria primordial. Descobre-se nesse ato a essência e a virtude da ação de pensar:

Quando a mente considera a si própria e sua potência de agir, ela se alegra, alegrando-se tanto mais quanto mais distintamente imagina a si própria e a sua potencia de agir. (SPINOZA, *Ética III*, P₅₃, p. 225).

Quando a mente imagina sua impotência, por isso mesmo, ela se entristece. (SPINOZA, *Ética III*, P₅₅, p. 227).

Mas o que é pensar e conhecer? Para Espinosa existem três gêneros de conhecimento: a imaginação, a razão e a intuição intelectual.

A imaginação compõe as ideias inadequadas na mente, aquelas que são constituídas por imagens confusas e obscuras. Nas ideias imaginativas somos passivos, estamos à mercê dos encontros, bons ou maus, sendo as imagens provenientes da experiência sensorial e da memória. Trata-se do conhecimento que se constitui como uma opinião, fundada na confiança que temos nessas imagens, que podem ser substituídas por outras, e que está relacionada às leis morais e noções universais. Neste gênero de conhecimento, a confusão pode se manifestar nas dualidades, como dentro/fora, forte/fraco, bom/ruim, entre outras, decorrente de experiências vividas, do acúmulo de sensações e de sentimentos embaralhados, havendo assim apenas conhecimento daquilo que pode nos afetar.

Desse modo, esse conhecimento pode estar permeado pela superstição, e o corpo, não tendo potência suficiente para compreender o que se passa, apenas agrupa e separa coisas pelos efeitos que causam, desconhecendo as causas que levaram a ser afetado de determinada maneira. São, assim, ideias inadequadas porque desconhecem as relações, compreendem apenas os efeitos. Trata-se do conhecimento dos efeitos, em que o corpo é passivo, não entende as causas. Pode-se citar, como exemplo, o cachorro de Pavlov, que não percebe que está com seus reflexos condicionados, apenas que, quando a sineta toca, ele começa a salivar. Uma das consequências desse modo de conhecer é a constituição do medo de tudo que está circunscrito às leis que criou por meio de sua imaginação confusa. Isso pode reduzi-lo a um conhecimento que opera entre o bem e o mal. Assim:

[...] o erro consiste na privação do conhecimento. Mas para explicar melhor essa questão, darei um exemplo. Os homens enganam-se ao se julgarem livres, julgamento a que chegam apenas porque estão conscientes de suas ações, mas ignoram as causas pelas quais são determinados. É, pois, por ignorarem a causa de suas ações que os homens têm essa ideia de liberdade. Com efeito, ao dizerem que as ações humanas dependem da vontade estão apenas pronunciando palavras sobre as quais não têm a mínima ideia. Pois, ignoram, todos, o que seja a vontade e como ela move o corpo. (SPINOZA, *Ética* II, P35, Esc., p. 127).

O segundo modo de conhecimento é aquele em que a mente, a razão, conhece adequadamente as *noções comuns*, ou seja, as leis necessárias ou as relações necessárias entre um todo e suas partes. Espinosa denomina esse conhecimento de racional, um conhecimento que organiza as suas afecções de acordo com o que

compõe ou decompõe o seu corpo. Desloca-se assim o conhecimento do campo da superstição, ou das noções gerais, para o que ele chama de noções comuns. Na linguagem atual, como coloca Chauí (2005, p.36), a noção comum seria o que é chamado de *estrutura*. Trata-se de conhecer as relações que compõe o corpo e das relações que compõe os outros corpos. Nesse modo de conhecimento, o indivíduo compreende como os outros corpos o afetam.

Aqui, *razão* é a potência de entender na mente e agir no corpo, pois as duas coisas constituem uma só, ora como atributo do pensamento, ora como atributo de extensão. Os corpos estão em relação uns com os outros, relações essas que são de movimento e de repouso. O conhecimento como razão conhece essas relações, ou seja, ao compreendermos que a razão de uma relação ser boa ou má depende da natureza do encontro dos corpos, se foram bons ou maus encontros.

Nos bons encontros, a potência dos corpos é aumentada, fortalecida. Nos maus encontros, ela definha, enfraquece. Compreender as causas desses encontros e seus efeitos - estabelecendo uma relação clara entre as coisas e entendendo qual a natureza da interferência umas nas outras, de acordo com que há de comum entre elas, a noção comum -, é identificar uma ideia adequada de afecção, ou seja, uma ideia que exprime a causa.

Mas o que seria um bom ou mau encontro? Quando somos afetados por algo externo, isso gera um afeto, que pode ser de alegria ou de tristeza. Quando é de alegria, a perfeição do corpo aumenta, e Espinosa chama isso de um bom encontro. Ao contrário, quando é de tristeza, a perfeição definha, diminui, estabelece-se um mau encontro, pois ele despotencializa o Conatus.

Quanto melhores e mais frequentes forem os bons encontros, o Conatus se torna mais alegre, mais potente, mais feliz e, por conseguinte, mais capaz de gerir seus encontros. De outra maneira, os maus encontros definham a potência de preservação da vida. Trata-se de um pensamento que dispensa a imagem, mas que supõe a compreensão das relações. Podendo ser desde uma experiência como aprender a dançar, a nadar, a andar de bicicleta, ou como reaprender a se

movimentar em um processo reabilitacional, o corpo está em composição com a ação proposta. Não há distinção entre pensamento e corpo, é ação.

Com as noções comuns menos universais podemos aumentar a nossa potência de pensar e agir, pois com bons encontros dos corpos é possível constituir noções comuns mais universais, e os desejos inadequados podem ser substituídos por desejos adequados, pois a razão torna o corpo capaz de ações alegres. No processo reabilitacional, quando a pessoa descobre novas possibilidades de seu corpo na ação como, por exemplo, o uso de suas mãos em uma atividade bi ou uni manual não experimentada antes, ou obtém o controle do tronco e da cabeça numa mudança postural de rolar ou passar para sentado quando teve um acidente vascular cerebral, torna-se evidente para ela que novas possibilidades corporais podem ser exploradas e o desejo de fazê-las supera a tristeza decorrente da inabilidade instalada. Dessa forma, em decorrência de experiências alegres, nunca pela tristeza, o indivíduo compreende e potencializa a sua capacidade de pensar e de agir adequadamente. Assim, ele pode, aos poucos, compor uma compreensão na qual a natureza substitui os signos, a razão substitui a religião, e o amor, a obediência, e tantos outros afetos tristes podem ser anulados em favor de afetos alegres. A razão necessita de tempo para se estabelecer, precisa de cuidado e de bons encontros para se tornar efetiva e madura.

A terceira forma de conhecimento é a intuição intelectual, que alcança a ideia adequada, isto é, a certeza intelectual que nos faz saber que sabemos.

Assim como no caso das ideias inadequadas ou imaginativas, o corpo é passivo e, com a razão, passa a conhecer adequadamente as noções comuns, com a intuição intelectual, galga-se a possibilidade de agir, desloca-se para uma postura ativa no mundo, o corpo torna-se plenamente ativo. A mente, o intelecto, age considerando a força que lhe é própria, ao conhecer por si mesma as causas e efeitos das ideias, a origem necessária delas, as inter-relações com outras ideias, considerando ainda suas conexões e ordens internas necessárias. O corpo aprende a criar exponencialmente, desdobra-se em atividades criativas e afirmativas da potência do Conatus, de corpos singulares e corpos coletivos, de modo a produzir novas formas

de vida, outros pensamentos, novos caminhos. O corpo, o sujeito, torna-se um inventor, um ser criativo, que produz a si e ao mundo: "O esforço supremo da mente e sua virtude suprema consistem em compreender as coisas por meio do terceiro gênero do conhecimento" (SPINOZA, *Ética V*, P2, p. 393).

Esse conhecimento, que prevê ideias adequadas, se propõe a conhecer pela causa, isto é, conhecer pela gênese, por sua origem necessária, entendendo como é alguma coisa, como é produzida por outra coisa. Como exemplo, Espinosa pergunta o que é um círculo:

Uma definição, para que seja dita perfeita, deverá explicar a essência íntima da coisa, cuidando-se que não usemos em seu lugar algumas propriedades. A fim de explicá-lo, omitindo outros exemplos, para não parecer que quero apontar os erros dos outros, citarei apenas o exemplo de alguma coisa abstrata, que é igual qualquer que seja a sua definição, a saber, o exemplo do círculo; o qual se define como uma figura cujas linhas traçadas do centro para a circunferência são iguais, ninguém deixará de ver que tal definição não explica de modo algum a essência do círculo, mas só uma propriedade sua. E ainda que, como disse, isto pouco importe quando se trata de figuras e outros seres de Razão, muito contudo significa no atinente a seres físicos e reais; a saber, porque as propriedades das coisas não se entendem enquanto se ignoram suas essências, pois, se deixarmos estas, necessariamente perverteremos a concatenação do intelecto, que deve reproduzir a concatenação da Natureza, e afastar-nos-emos totalmente do nosso escopo. Portanto, para livrar-nos desse erro, devemos o seguinte na definição:

I. Se a coisa for criada, a definição deverá, como dissemos, abranger a causa próxima. O círculo, por exemplo, conforme essa norma, deve ser definido como a figura descrita por uma linha com uma extremidade fixa e a outra móvel, definição que claramente contém a causa próxima.

II. Requer-se um tal conceito ou definição da coisa que todas as suas propriedades (quando a coisa é vista isoladamente, mas não junto com as outras) possam concluir-se dela, como se percebe nesta definição do círculo, pois dela claramente se infere que todas as linhas são tiradas do centro para a circunferência são iguais. Que isto seja uma exigência necessária da definição é tão manifesto ao observador que não parece valer a pena demorar-nos em sua demonstração, nem provarmos que, devido a essa segunda condição, toda definição deve ser afirmativa. (ESPINOZA, *Tratado da correção do intelecto*, P95, p. 72).

Conhecer, portanto, para Espinosa, é oferecer definições reais e genéticas de seus objetos, como na matemática e na geometria, consistindo em demonstrações

rigorosas das interdependências entre suas propriedades e conexões. Para o filósofo, o conhecimento é o mais potente dos afetos. Com ele, com uma ética do conhecimento, há uma contraposição à moral da obediência, assim conhecer os afetos racionalmente é a possibilidade de encontrar a liberdade.

Como acima exposto, Espinosa no livro da *Ética* III diz que quando o corpo se desloca dos afetos tristes para os alegres, ele está em transição, em direção à perfeição. Esses deslocamentos são passagens vividas pelo corpo, que não são necessariamente experiências intelectuais, são antes experiências corporais, na relação com outros corpos e com o mundo. Se corpo e mente são um só, pode-se dizer que o conhecimento também parte do corpo e das experiências com os afetos e que, portanto, o conhecimento intelectual é similar ao conhecimento afetivo.

No entanto, para que o conhecimento seja verdadeiro ele deve estar afastado das superstições, dos medos irracionais e das ideias imaginativas, que nos tornam passivos. O medo imobiliza, torna o corpo impotente e, portanto, dificulta o conhecimento verdadeiro. Dentre os afetos tristes trata-se do maior e o de maior poder de despotencializar o desejo, o *Conatus*:

[...] cada um julga ou avalia, de acordo com o seu afeto, o que é bom ou mau, o que é melhor ou pior e, finalmente, o que é ótimo ou péssimo. [...] E, assim, cada um, de acordo com seu afeto, julga uma coisa como boa ou má, útil ou inútil. De resto, o afeto que deixa o homem numa situação tal que ele não quer o que quer e quer o que não quer chama-se temor, o qual, portanto, não é senão o medo, à medida que deixa o homem numa situação tal que ele evita, em troca de um mal menor, um mal que julga estar por vir. Mas o mal que teme é a vergonha, então o temor chama-se pudor. Se o desejo, enfim, de evitar um mal que está por vir é refreado pelo temor de um outro mal, de maneira tal que ele não sabe qual preferir, então o medo chama-se pavor, principalmente tanto um quanto outro dos males temidos são dos maiores. (SPINOZA, *Ética* III, P39, Esc., p. 209).

Os afetos passivos, também denominados por Espinosa de *paixões*, acontecem quando não somos a causa de nossos afetos, ou somos apenas causa parcial, quando o corpo está entregue aos encontros, bons e maus, podendo ser afetado positivamente ou negativamente. Nesses afetos passivos existe inconstância e sazonalidade, estando o homem entregue ao imprevisto: "Padecemos à medida que somos uma parte da natureza,

parte que não pode ser concebida por si mesma, sem as demais” (SPINOZA, *Ética* IV, P2, p. 273).

Os afetos ativos, aqueles chamados de ações, são sempre alegres, porque o corpo esforça-se para aumentar sua potência de agir em direção à vida, e a sua realização no mundo, de diversas formas, aumenta as suas possibilidades existenciais: “O contentamento nunca é excessivo, mas sempre bom, enquanto, inversamente, a melancolia é sempre má” (SPINOZA, *Ética* IV, P42, p. 315).

Mas como evitar a tristeza? Não é simples, em nosso mundo contemporâneo, urbano e capitalista trata-se de uma tarefa árdua. A própria organização social, as injustiças sociais, as mensagens cotidianas de tristeza e ódio parecem nos conduzir à melancolia e ao definhamento do nosso Conatus. Daí advém doenças, incapacidades, violências, segregações, exclusões e injustiças:

Pois o corpo humano é composto de um grande número de indivíduos de natureza diferente e pode, portanto, ser afetado de muitas e diferentes maneiras por um só e mesmo corpo e, inversamente, uma vez que uma só e mesma coisa pode ser afetada de muitas maneiras, poderá igualmente afetar de muitas e diferentes maneiras uma só e mesma parte do corpo. Por tudo isso, podemos facilmente conceber que um só e mesmo objeto pode ser causa de muitos e conflitantes afetos. (SPINOZA, *Ética* III, P17, p. 185).

A proposta da filosofia de Espinosa é um exercício cotidiano de transformação dos afetos passivos em afetos ativos, de deslocamento da passividade para uma postura ativa no mundo, de busca da liberdade e de combate à superstição e à servidão. Não se trata de uma tarefa simples, nem individual e solitária. Ao contrário, a constituição dessa racionalidade pressupõe o encontro de corpos, bons encontros no coletivo; o desvelamento das causas do entristecimento; e, principalmente, o apoio que diferentes corpos podem mutuamente se dar na constituição de encontros e ações alegres - que fortalecem o Conatus dos indivíduos, singulares e coletivos, na composição da felicidade e do contentamento. Trata-se de uma existência que supõe sair da passividade, da reatividade e do ressentimento para o campo da ação e da atividade, “[...] que a mente humana percebe juntamente com a natureza de seu corpo, a natureza de muitos outros corpos” (SPINOZA, *Ética* II, P16, C1, p. 107).

Trata-se de uma filosofia que propõe como ação a superação da obediência e da servidão, que definham o ser humano, que o tornam incapaz de gerir sua existência e sua felicidade: “[...] chamo de servidão a impotência humana para regular e refrear os afetos” (SPINOZA, *Ética* IV, P42, p. 265).

A potência de existir, nos bons encontros, gera noções comuns, que permitem ao homem distinguir melhor o mundo, ter a oportunidade de conhecê-lo em maior profundidade, escolher com mais rigor os encontros que deseja viver e ser ativo na constituição dos seus afetos. Corpos e mentes em posturas ativas:

Quando a mente imagina aquelas coisas que diminuem ou refreiam a potência de agir do corpo, ela se esforça, tanto quanto pode, por se recordar de coisas que excluam a existência das primeiras. (SPINOZA, *Ética* III, P13, p. 181).

Na docência na Universidade de São Paulo, a minha ação teórica, intuitiva e prática consistiu em deslocar a Terapia Ocupacional e as ações reabilitacionais do paradigma cartesiano para um paradigma centrado no corpo constituído por relações necessárias, relações essas constituídas no nível do desejo, *cupiditas*, como posto por Espinosa:

O desejo é a própria essência do homem, enquanto esta é concebida como determinada, em virtude de uma dada afecção qualquer de si própria, a agir de alguma maneira. (SPINOZA, *Ética* III, Def. 1 das Definições dos Afetos, p. 237).

O que se segue nessa tese é a proposta de uma terapia ocupacional, no campo da reabilitação na atenção primária à saúde, que pressupõe ações pautadas na racionalidade espinosana, que deriva do esforço de um corpo e mente que age de acordo com as ideias adequadas, com a finalidade de fortalecer o Conatus dos indivíduos.

Mas de que indivíduos? Pessoas com deficiência, terapeutas ocupacionais, estudantes de graduação em terapia ocupacional, profissionais das equipes de saúde e de outras áreas, famílias atendidas, comunidades, ou seja, indivíduos singulares e coletivos que compõem os cuidados em saúde e em reabilitação, compreendendo essas ações como políticas e em busca da liberdade, da não servidão: “As ações da mente provêm

exclusivamente das ideias adequadas, enquanto as paixões dependem exclusivamente das ideias inadequadas” (SPINOZA, *Ética III*, P3, p. 173).

A ação em saúde e em reabilitação pressupõe uma ação pautada no desejo, na alegria e na superação de paixões tristes advindas de sentimentos e vivências corporais de tristeza, incapacidade, incertezas e de impotência. São ações que requerem um esforço coletivo, bons afetamentos mútuos e o encontro de soluções para as dificuldades do cotidiano e de formas mais felizes de se viver coletivamente. São ações que se esforçam em inventar a vida em sua plenitude, no encontro com amigos, familiares, com o espaço social, com a cidade e com as ações culturais e políticas. E que reivindicam a composição de um conhecimento liberto dos preconceitos e superstições sobre as impossibilidades do corpo, da mente e da vida: “Ora, por esforço, entendemos o desejo. Logo, o desejo está a nós relacionado também à medida que compreendemos, ou seja, à medida que agimos” (SPINOZA, *Ética III*, P58, Dem., p. 235).

A ação terapêutica age como uma causa exterior, cuja potência é dotada de alegria, mais forte que a tristeza vivida pela pessoa com deficiência em tratamento, que demanda uma compreensão, um esforço corporal e mental, uma ação, pois como coloca Espinosa: “Um afeto não pode ser refreado nem anulado senão por um afeto contrário e mais forte do que o afeto a ser refreado” (SPINOZA, *Ética IV*, P7, p. 275).

PARTE 2

2 CORPO COM DEFICIÊNCIA E REABILITAÇÃO SOB A ÓTICA DE ESPINOSA

O transeunte que se aventurava em meio aos labirintos da feira Saint-Laurent em agosto de 1752 podia ali contemplar um espetáculo insólito. Numa cabana, entre duas barracas de mercado de tecidos, um tronco humano, sem braços nem pernas, mas ao qual eram fixados dois pés e duas mãos, ocupava-se em estranhos exercícios. Ele carregava uma baioneta, a cabeça coberta por um turbante. Uma multidão de curiosos afluía todo dia para descobrir o Petit Pépin, que conheceu a glória efêmera dos fenômenos de feira em Paris, na segunda metade do século XVIII. Nascido em Veneza em 1739, respondendo pelo nome afrancesado de Marc Cazotte, ele se produzia vestido de um traje de teatro elementar, que evocava o Oriente. Esse monstro à moda turca morreu em Paris em 1801, aos sessenta e dois anos de idade. Ele foi imediatamente autopsiado, e seu esqueleto veio naturalmente a tomar acento nas coleções do Museu Dupuytren, onde permaneceu. Passagem exemplar de uma "curiosidade humana" do Século das Luzes: um nascimento provavelmente situado sob o signo do prodígio ou do pecado, uma infância propagandeada em feiras e mercados, uma idade adulta passada a divertir os transeuntes nas praças públicas, uma morte imediatamente confiscada pela medicina. A religião, depois a feira, enfim a ciência: pressente-se que este destino de um monstro condense as etapas de uma história geral dos anormais, e as curiosidades que eles suscitam. (COURTINE, 2013, p. 80).

2.1 As ideias imaginativas sobre a deficiência e a construção de sua pseudo invisibilidade

Série de TV britânica usa deficientes físicos para satirizar reality shows

Estreia na semana que vem, na Grã-Bretanha, uma minissérie que satiriza os populares reality shows de uma maneira inusitada: todos os personagens e os atores que os interpretam têm uma deficiência física.

Cast Offs ("Largados", em tradução livre), do canal de TV aberta Channel 4, conta a história de um grupo de deficientes convidados a ir para uma ilha remota do litoral britânico e fazer parte de um reality show no estilo do brasileiro "No Limite".

A série terá inicialmente apenas seis episódios. Cada um se concentra em um personagem - um jovem em cadeira de rodas, uma anã, uma grávida com deficiência auditiva, um deficiente visual, uma vítima da talidomida e outra acometida pelo querubismo (doença genética que causa anomalias na face).

Para críticos britânicos, a minissérie representa uma inovação na maneira como a televisão apresenta pessoas com deficiências.

"Não é que a televisão os ignore. Mas em geral eles são confinados a papéis de vítimas ou de 'superaleijados', que triunfam pelo heroísmo", escreveu Andrew Billen, do jornal The Times. "Cast Offs poderá ser a primeira obra de ficção da TV que não pede que tenhamos pena do deficiente."

Sátira

Um dos produtores da série, Joel Wilson, disse à revista americana Time que quis criar algo satírico que iria "mexer com a maneira como a deficiência física é vista". "Queríamos mostrar que os deficientes não são nem mais nem menos problemáticos do que qualquer outra pessoa", afirmou.

Segundo o jornal The Guardian, numa pesquisa recente da Independent Television Commission, 79% dos telespectadores britânicos dizem que não se importariam se um deficiente físico apresentasse um noticiário do horário nobre.

Outros 60% acreditam que os deficientes físicos deveriam aparecer mais, em uma variedade de funções.

Uma minoria, no entanto, ainda resiste à ideia. Em fevereiro, alguns pais reclamaram do fato de uma das apresentadoras de um canal infantil da BBC não ter parte do braço direito, um defeito de nascença. A BBC, no entanto, defendeu a presença da apresentadora, que continua no canal⁶.

O imaginário social sobre o corpo deficiente pode ser lido do ponto de vista espinosano, como o da vivência das paixões tristes, as quais potencializam o medo.

As ideias imaginativas e supersticiosas a ele associadas são de corpos deformados, com movimentos bizarros ou ausência deles, percepções e sensações alteradas, comportamentos estranhos ou diferentes, enfim, todas as manifestações corporais e mentais que caracterizam a experiência vivencial de um fenômeno extremo.

Essas imagens estão em oposição ao ideário da cultura dominante de um corpo que deve ser submisso à ordem política e social do capitalismo; que impõe uma dominação moral por meio de um padrão corporal e comportamental desejável, com atributos de beleza, eficiência, desempenho produtivo e independência; e que promove a alienação e o constrangimento, bem como o seu uso como produtor e consumidor (ORTEGA, 2008; COURTINE, 2012, 2013; CORBIN, 2012; LE BRETON, 2011). Ou seja, trata-se de um corpo servil à ordem dominante.

Esses corpos despertam, além do medo, asco, surpresa, espanto, curiosidade e pavor em relação à possibilidade de ineficiência, inadequação, não beleza, imperfeição, improdutividade e tantos outros afetos tristes que permeiam o mundo moderno, ou seja, a vivência das paixões que diminuem o Conatus. Eles são compreendidos e vividos como um desvio da norma, como anormal e, por consequência, como aqueles que não têm alegria, que são associados a estigmas, preconceitos e sofrimento.

A relação que o mundo social tem com esses corpos é aquela que considera as imagens pré-estabelecidas sobre o que não é considerado normal, caracterizando-os

⁶ BBC News Brasil. Série de TV britânica usa deficientes físicos para satirizar reality shows. **BBC News Brasil**, São Paulo, 18 Nov. 2009. Disponível em: < <https://bbc.in/2Kox5UT> >. Acesso em: 15 jun. 2018.

como corpo impotente, incapaz, não belo, assexuado e tantas outras ideias imaginativas, depreciativas e despotencializadoras do sujeito.

Para Goffman (1975, p. 12) o termo estigma é uma referência a um atributo profundamente depreciativo, no entanto, o autor aponta que é preciso romper com a linguagem de atributos e se considerar a linguagem de relações: “[...] Um atributo que estigmatiza alguém pode confirmar a normalidade de outrem, portanto, ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso”. Em relação a definição de estigma, ele coloca:

[...] um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser excluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável – um caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem [...] (GOFFMAN, 1975, p. 12).

O estigma em nossa sociedade representa mais uma forma de dominação; uma forma de culpabilizar o diferente por sua condição de “*desvio*”, legitimando assim diversas formas de segregação, exclusão social ou de outras violências e injustiças:

[...] é claro, acreditamos que alguém com um estigma não seja completamente humano. Com base nisso, fazemos vários tipos de discriminação, através das quais efetivamente, e muitas vezes sem pensar, reduzimos suas chances de vida. Construímos uma teoria do estigma, uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social. Utilizamos termos específicos de estigma como aleijado, bastardo, em nosso discurso diário, como fonte de metáfora e representação, de maneira característica sem pensar seu significado original. (GOFFMAN, 1975, p. 15).

A deficiência, no final do século XVIII, adentrando ao século XIX, adquiriu o estatuto de “monstruosidade”, ou seja, deixou de ser objeto do olhar piedoso e

religioso e se tornou objeto de curiosidade, de espetáculos em praças públicas, nos quais as deformidades anatômicas eram comercializadas, ao se teatralizarem (COURTINE, 2011 e 2013). A anormalidade tornou-se um espetáculo: no campo das diversões desse tempo, era paga para ser apreciada.

Eram os conhecidos “freak shows” ou “entre-sorts” (entra e sai), que ocorriam nos passeios públicos das feiras e ruas parisienses, e, posteriormente, expandiram-se para outras cidades da Europa e das Américas. Constituíam-se por apresentações com características de “zôos humanos”, para olhares curiosos, de pessoas diferentes, de diversas etnias, com morfologias exóticas. Além de truques e ilusão de ótica, as apresentações envolviam também decapitados falantes, mulheres-aranhas, anões, gigantes irmãos siameses, albinos, obesos, mulheres barbadas e crianças microcéfalas.

No século XIX, esses “monstros” vão gradativamente se tornar objeto de cuidado e controle da medicina, da educação e do judiciário. Desloca-se assim o olhar, que passa a ser científico, objetivando ações corretivas no campo corporal, educativo e jurídico. Torna-se também especulativo, quando as diferenças, consideradas aberrações da natureza, passam a ser vasculhadas e observadas cientificamente, em busca de explicações sobre as origens dessas “anormalidades”.

Associada a essa ideia, a sociedade, que tinha um olhar curioso e voyeur dirigido aos monstros, experimenta também um deslocamento na natureza de sua atenção para esses corpos: de maneira moralista, passa a experimentar sentimentos de dó, piedade, comiseração. Esses sentimentos vêm legitimar, assim, as intervenções médicas, educacionais e jurídicas que preveem a institucionalização das pessoas com deficiência em espaços especializados, em sua grande maioria patrocinada pela filantropia.

É preciso lembrar que essas mudanças em relação ao corpo com deficiência ocorreram em um momento que o capitalismo se encontrava em um movimento de fortalecimento importante, entre o final do século XIX e o início do século XX,

no qual a ideia de corpo produtivo, de corpo adestrado ao trabalho e eficiente, passa a ser considerada pelas instituições de educação e de saúde. As instituições totais - escolas especiais e as instituições corretivas e especializadas para diferentes tipos de deficiência -, são também incentivadas e consideradas como propostas de educação, moradia e de trabalho para as pessoas com deficiência (ROCHA, 2006).

Courtine (2013) nos diz que, de 1840 a 1940, ocorre um deslocamento nas concepções de corpo normal e corpo anormal, quando emerge o conceito de *handicap*. Ele pergunta: "Há uma mutação no olhar?". Segundo o autor, há em Foucault uma afirmação muito rápida de que "[...] há uma medicalização dos olhares e dos discursos sobre o corpo". Pergunta ainda,

[...] por qual transformação dos olhares sobre o corpo outrora via-se somente monstruosidade lá onde um belo dia começou-se a perceber uma enfermidade? Por qual mudança de perspectiva aprendeu-se em seguida a discernir ali um handicap? (COURTINE, 2013, p. 118, grifo do autor).

A Primeira Guerra Mundial e, principalmente a Segunda, contribuíram fortemente na constituição do conceito de *handicap*. Muitos soldados voltaram das guerras mutilados e a sociedade sentia-se em dívida com essas pessoas. Principalmente nas décadas de 1940 e 1950, a medicina estava em expansão e os cuidados em saúde, se especializando. Nesse contexto, surge a necessidade da reabilitação. Crescem as propostas de ações de protetização, de órteses, de carros e outros transportes adaptados, entre tantas outras tecnologias assistivas e reabilitacionais. Essas tecnologias são expandidas para o mundo, centros de reabilitação são criados em todos os continentes, fortalecem-se profissionais como os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais e os fonoaudiólogos. Com o aumento dos tratamentos reabilitacionais nasce uma indústria de equipamentos especializados na área. Os deficientes tornam-se também consumidores.

Nas décadas de 1950 e 1960, principalmente com o fim da guerra do Vietnã, as pessoas com deficiência adquirem uma nova consciência social: elas passam a

contestar, em muitos lugares do mundo, a sua condição de pessoas tuteladas, inserindo-se em movimentos sociais e passando a exigir direitos sociais, que até então lhes eram negados sob as condutas de tutela da sociedade.

1981 foi proclamado pela Organização das Nações Unidas, o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, momento importante para as pessoas com deficiência em muitos países, pois constituiu um marcador que contribuiu para muitas transformações no imaginário social. As pessoas com deficiência foram às ruas, exigiram direitos sociais, políticos, transporte, educação, reabilitação e saúde pública, além do fim de instituições de segregação da pessoa com deficiência, entre tantas outras bandeiras de luta.

No entanto, nas décadas que se seguiram, uma composição das muitas imagens historicamente constituídas se estabeleceu na sociedade capitalista, sendo por ela continuamente explorada. A pessoa com deficiência é objeto de dó, de superstição, de admiração, de curiosidade, de espanto, de paternalismo, de especulação científica, de exploração como objeto de consumo e também de produtor de espetáculos para a curiosidade humana, de experimento em novas tecnologias, entre tantas possibilidades.

Em programas televisivos atuais, nos reality shows, em filmes e séries de super heróis, como Homem Aranha, Homem de Ferro e Hulk, entre tantos outros, são mostradas aberrações espetaculares, que o imaginário social trata com admiração e ao mesmo tempo como algo absolutamente fora da possibilidade do real. Mas aonde ficam as pessoas com deficiência nesse mundo de imagens? São invisíveis?

Não, estão presentes nas novelas, nos filmes, nas ações afirmativas de minorias e nas ruas. São consumidoras, mas também estão entre aquelas pessoas que têm por último os seus direitos sociais garantidos, são aquelas com as quais não desejamos estar juntos em relacionamentos afetivos, são aquelas que não são desejadas de serem contratadas nos locais de trabalho, são os estudantes que não devem estar nas escolas regulares, são aqueles usuários dos serviços de saúde que precisam de serviços especiais, são os passageiros que atrasam o transporte

coletivo, entre tantas outras possibilidades de discriminação, exclusão, violências e injustiças.

Em uma sociedade capitalista onde o consumo se desdobra e se expressa de diferentes formas, em que o valor de uso foi abolido e tudo é reduzido à mercadoria, passando a valer apenas por seu valor de troca, o corpo com deficiência tenta se reatualizar dentro dessa lógica. Fica uma pergunta: como os profissionais de saúde, em sua ação, lidam com esse imaginário supersticioso que anula o sujeito e destrói a sua potencia?

2.2 Corpo com deficiência, sujeito desejante

Sinceramente! Quando você olha pra uma pessoa com os olhos do coração você não vê nada de errado. E o que é ser deficiente? Não me mostraram o que é ser certo nem ser torto! Ninguém definiu isso pra mim direito. Então pra mim, assim, quando você olha pra uma pessoa com os olhos do coração você não vê defeito, você não vê nada de errado. (Familiar de usuário – Caraguatatuba) (ROCHA et al., 2009, p. 94).

Para mim é estar em uma cadeira de rodas sem poder andar, ou em uma cama sem poder se mexer. Deficiência para mim é você depender dos outros para tudo. Eu não dependo de ninguém para nada, tudo o que faço, faço sozinho. Para onde vou, vou sozinho. (Usuário - Caraguatatuba) (ROCHA et al., 2009, p. 95).

[...] a deficiência é só o estado que condiciona a pessoa no momento, porém o espírito dela é livre. Então ela é capaz de dar certas respostas que você fica impressionado, né? Então é essa parte que não adoce da pessoa que você deve olhar. Eu aprendi isso com o deficiente. (Técnica de enfermagem – Jacareí) (ROCHA et al., 2009, p. 101).

Em pesquisa qualitativa, realizada junto com colegas pesquisadoras⁷ (ROCHA et al, 2009) entre 2007 e 2009, estudamos a qualidade do acesso e acessibilidade de pessoas com deficiências a 30% dos serviços de doze municípios da região nordeste

⁷ Professoras da Área de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP: Dra. Fatima Correa Oliver e Dra. Maria do Carmo Castiglioni. Da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo: Maria Elizabeth Sartorelli e do USP Legal: Dra. Maria Elisabete Lopes.

do estado de São Paulo. Foram realizadas 121 entrevistas abertas com os profissionais de diferentes categorias de 63 serviços públicos de distintos níveis de atenção à saúde, perfazendo uma amostra 12% dos trabalhadores desses serviços⁸.

Um dos recursos metodológicos foi a entrevista aberta com a pergunta: *O que é deficiência para você?* Essa pergunta foi feita aos profissionais de saúde e de reabilitação. Diante dela, os entrevistados mostraram-se surpresos e comentavam: “Deficiência para mim? Como assim?” ou “Nossa, pergunta difícil!”.

Na análise desenvolvida na pesquisa, essas réplicas foram interpretadas como uma forma de obter tempo para articular e sintetizar as ideias a respeito, pois pela natureza pragmática do trabalho cotidiano, as concepções de deficiência e incapacidade podem não ser problematizadas ou verbalizadas. Os depoimentos apresentavam diversos sentidos independentes da formação profissional, das características sócio demográficas, culturais e dos níveis de atenção em saúde dos diferentes municípios estudados.

Percebeu-se que as narrativas oscilavam entre dois sentidos atribuídos à deficiência: um advindo do senso-comum e o outro, de concepções biomédicas.

Dentre as falas que tratam do senso comum, o conceito de deficiência está relacionado a uma seleção de particularidades negativas, como falta de algum sentido, incapacidade, dependência, limitação das atividades físicas, psíquicas, intelectuais e civis, além da relação com agressividade e anormalidade:

⁸ O estudo analisa a capacidade de acesso e o grau de acessibilidade de serviços de saúde a pessoas com deficiência. Conhecer as dimensões materiais do acesso e da acessibilidade, o significado atribuído à deficiência e às práticas assistenciais desenvolvidas nos serviços pelos indivíduos (pessoas com deficiências ou responsáveis, profissionais e lideranças) possibilita apreender a complexidade da construção do acesso de pessoas com deficiências a direitos. A pesquisa foi organizada em núcleos: políticas, programas e serviços; acesso a serviços; concepções e sentidos atribuídos às deficiências; acessibilidade arquitetônica e geográfica; documentação fotográfica e visual e revisão bibliográfica. Ela foi desenvolvida em 12 municípios de diferentes perfis socioeconômicos da região de saúde do Vale do Paraíba (SP), entre julho de 2007 a agosto de 2009. Desde 1997, se delineia na região a Política Regional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, que envolve cerca de 200 serviços de saúde de diferentes graus de complexidade e que fundamentou a implementação de ações em diferentes municípios. Foram estudados 63 serviços (37 unidades básicas, 2 unidades mistas, 3 centros de especialidades, 5 unidades especializadas, 2 pronto-atendimentos, 4 hospitais gerais, 2 hospitais especializados, 3 centros de reabilitação, 3 centros de atenção psicossocial, 1 laboratório de análises clínicas, 1 residência terapêutica) representativos dos serviços existentes.

"Deficiência seria uma falta? Falta de algum sentido, visão, audição [...]"

"Deficiência é a incapacidade de realizar alguma coisa [...]"

"[...] limitação da pessoa exercer os seus direitos... exercer na sua plenitude as suas atividades, tanto físicas, laborativas, estruturação de raciocínio [...]"

"[...] (deficiência) mental, porque tem uns que são agressivos'; 'Ela precisa de algo a mais para fazer algo que a gente faria normalmente [...]"

"[...] é uma pessoa que precisa de alguma ajuda externa [...]" (ROCHA et al., 2009, p. 96).

O tema deficiência é de difícil expressão, está imbuído de afetos e emoções. Isso se expressa também na negação da condição da deficiência e evidencia-se por meio do tratamento igualitário, mas que termina na impossibilidade de defini-la ou tratá-la, ao serem negligenciadas as diferenças existentes. A negação pode ser observada no sentimento de pena, gerando ainda outros sentimentos contraditórios. A pessoa com deficiência é no serviço de saúde uma presença que constrange, ao mesmo tempo em que merece compaixão, ou seja, apesar da formação acadêmica dos profissionais, os preconceitos estão introjetados:

É... eu não vou dizer que fico com pena, porque o meu trabalho é esse, a minha obrigação é acolher este paciente, levá-lo ao lugar onde ele tem que ser atendido. Sei lá, eu sinto que ele tem que ser atendido primeiro, tem que ter a prioridade dele. Quanto a sentimento mesmo, eu não sei o que expressar, o tipo de sentimento. Acho que qualquer pessoa que vê um deficiente vai tentar acolhê-lo primeiro. Acredito que seja isso. (Auxiliar de Enfermagem - Santa Branca). (ROCHA et al., 2009, p. 158).

Dos profissionais que citaram a deficiência considerando preceitos biomédicos, suas conceituações se restringiram às limitações corporais:

'Deficiência ou incapacidade? Ela é curável'; 'É uma dificuldade do próprio corpo, a diminuição de alguma coisa do próprio corpo que impede de fazer as atividades normais [...]'; 'Eu acabo considerando todas as doenças, principalmente as mais comprometedoras, esquizofrenia, transtorno bipolar, o retardo mental, como deficiências!'; '[...] eu fui trabalhar com paralisia cerebral [...] elas

normalmente têm uma deficiência um pouco mental e motora [...]’.
(ROCHA et al., 2009, p. 100-101).

Outra perspectiva que os profissionais de saúde e de reabilitação trouxeram na pesquisa está relacionada à compreensão que *deficiência* demanda cuidados intensos, constantes e exclusivos por parte de especialistas para todas as necessidades da pessoa com deficiência:

[...] eu enxergo essas pessoas assim como se fosse um bebe, sabe [...] (Auxiliar administrativo – Caraguatatuba) (ROCHA et al., 2009, p. 102).

[...] Ele precisa ser assistido de perto [...] então vou ter que ter um auxiliar, porque não posso deixá-lo sozinho lá dentro. Ele pode cair, bater a cabeça, pode acontecer uma série de coisas que irá prejudicá-lo, em todos os níveis [...] (Enfermeiro - Jacareí) (ROCHA et al., 2009, p. 102).

Porque eles são especiais... Porque eles necessitam de ajuda, como um bebê... Vamos supor, você pega um tetraplégico, como é que... é uma criança... Não tem como fazer nada [...] tem muitos da família que ajudam e que a família abandona e que fica, né? Ou, às vezes, o cuidador não cuida direito e o Estado, eu acho assim, poxa, a pessoa pagou o imposto a vida toda, foi descontada, e chega lá no final da sua vida, pega a aposentadoria bem... uma ‘merreca’ e quando chega o Governo não faz nada e fica... a pessoa acaba perecendo [...] (ACS – São Sebastião) (ROCHA et al., 2009, p. 102).

Os pensamentos imaginativos e as ideias inadequadas sobre o que é deficiência, estão presentes nos discursos de muitos profissionais da saúde (NALLIN, 1992) e estão contaminados pelo preconceito. Os depoimentos colhidos revelam uma dissociação entre o que é considerado como direito adquirido e legislado das pessoas com deficiência com as opiniões, que afirmam categoricamente os efeitos limitantes das incapacidades na vida das pessoas deficientes:

[...] ela tem os mesmos direitos das pessoas comuns. Tem direito de ir e vir, de acesso... Agora incapacidade, a pessoa pode estar incapaz em algum momento da vida, por um acidente, no momento ela está incapaz”. (Recepcionista – Ubatuba) (ROCHA et al., 2009, p. 104).

A pesquisa demonstrou que as concepções apresentadas de deficiência e de incapacidade são pautadas por juízos de valor, pensamentos imaginativos fundamentados no senso comum, que orientam as atitudes e os papéis profissionais dirigidos aos usuários. São ideias confusas, estigmatizantes e obscuras que mais confundem a ação profissional do que a orientam. Essa constatação é importante, pois mesmo considerando o debate internacional sobre o que pode ou não ser incapacitante ou limitador na vida das pessoas com deficiência, como tem sido tratado amplamente nos últimos 40 anos, isso não resultou ainda em mudanças significativas na formação dos profissionais da saúde.

Em 2003 foi publicada a CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003), classificação complementar a CID-10⁹, que defende que processos incapacitantes nem sempre estão vinculados exclusivamente aos processos de doença e de deficiência, mas sim que a existência de fatores ambientais e relacionais pode gerar incapacidades. Exemplos desses fatores são a presença de barreiras ambientais, a existência de preconceitos, estigmas e a ausência políticas públicas que promovam o acesso a bens e direitos, que podem provocar dificuldades na vida dessas pessoas, no que se refere ao desempenho de suas atividades na vida cotidiana e de participação social.

Ou seja, a presença da deficiência no corpo não é em si o fator determinante ou mesmo predominante dos processos incapacitantes, pois os aspectos sociais, culturais, ambientais e políticos¹⁰ estão sempre em relação com as diversas condições corporais das pessoas:

⁹ A CIF afirma que há uma sobreposição entre ela e a CID-10, pois as duas classificações começam com os sistemas do corpo. As deficiências referem-se às estruturas e funções do corpo que são relacionadas, em geral, a parte do “processo de doença”, e assim também estão descritas na CID-10. (OMS, 2003, p. 7).

¹⁰ “A CIF transformou-se, de uma classificação de ‘consequência da doença’ (versão de 1980) numa classificação de ‘componentes da saúde’. Os ‘componentes da saúde’ identificam o que constitui a saúde, enquanto que as ‘consequências’ se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. Deste modo a CIF assume uma posição neutra em relação à etiologia, de modo que os investigadores podem desenvolver inferências causais utilizando métodos científicos adequados. De maneira similar, esta abordagem também é diferente de uma abordagem do tipo ‘determinantes da saúde’ ou ‘fatores de risco’. Para facilitar o estudo dos determinantes ou dos fatores de risco, a CIF inclui uma lista de fatores ambientais que descrevem o contexto em que o indivíduo vive”. (OMS, 2003, p. 8).

[...] presença da deficiência pode modificar até a própria condição de saúde. Inferir uma limitação da capacidade devido a uma ou mais deficiências, ou uma restrição de desempenho por causa de uma ou mais limitações, pode parecer muitas vezes razoável. No entanto, é importante colher dados sobre estes constructos de maneira independente e então, explorar as associações e ligações causais entre eles. Se a nossa intenção é descrever uma experiência de saúde, no seu todo, todos os componentes são úteis. Por exemplo, uma pessoa pode:

- ter deficiências sem limitações de capacidade (e.g. uma desfiguração resultante da Doença de Hansen pode não ter efeito sobre a capacidade da pessoa);
- ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiências evidentes (e.g. redução de desempenho nas atividades diárias associado a várias doenças);
- ter problemas de desempenho sem deficiências ou limitações de capacidade (e.g. indivíduo HIV positivo, ou um doente curado de doença mental, que enfrenta estigmas ou discriminação nas relações interpessoais ou no trabalho);
- ter limitações de capacidade se não tiver assistência, e nenhum problema de desempenho no ambiente habitual (e.g. um indivíduo com limitações de mobilidade pode se beneficiar com ajudas tecnológicas de assistência para se movimentar);
- experimentar um grau de influência em sentido contrário (e.g. a inatividade dos membros pode levar à atrofia muscular; a institucionalização pode resultar numa perda da socialização). (OMS, 2003, p. 20-21).

A inserção das pessoas com deficiência nos serviços de saúde é uma prática recente no Brasil, pois tradicionalmente essa população esteve assistida por instituições especializadas. Os entrevistados da pesquisa exercem suas ações profissionais ancoradas nas premissas das práticas reabilitacionais que preveem a institucionalização dessa população, bem como em técnicas ancoradas nos modelos biológicos, que além de comprometerem a relação com o usuário podem produzir dificuldades de acesso aos serviços.

O debate sobre o que é *deficiência*, como abordá-la e as heranças socioculturais e políticas que influenciam as práticas dos profissionais da saúde, da educação e da assistência social junto às pessoas deficientes, constitui um tema que ainda requer estudos, como tem sido amplamente debatido a nível nacional e internacional (DINIZ, 2007; DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

De acordo com o Relatório Mundial sobre Deficiência (SÃO PAULO, 2012), 15% da população mundial, cerca de um bilhão de pessoas, vive com alguma forma de deficiência. No Brasil, o último censo, realizado em 2010, identificou que 23,9% da população têm algum tipo de deficiência, ou seja, cerca de 45 milhões de pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Entre as pessoas com mais de 60 anos, 67,33% declararam ter alguma deficiência, enquanto que na faixa etária de 0 (zero) a 14 anos essa cifra é de 7,54%. No entanto, como esses dados são do último censo, a perspectiva é de um aumento considerável desses índices, que deverá ser constatado pelo próximo censo, em 2020, pois tivemos no Brasil, entre outros agravantes nas condições de saúde, epidemias de dengue, zika e chikungunya (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2018).

Essa população requer cuidados de saúde e de reabilitação, porém aspectos relacionados às suas reais necessidades nem sempre são abordados na organização dos serviços, pois as ideias sobre o que é necessário para a saúde dessa população consistem em procedimentos muitas vezes circunscritos às tecnologias que compreendem o corpo do ponto de vista cartesiano, como uma máquina a ser reparada. As questões que envolvem a pessoa com deficiência extrapolam o corpo a ser corrigido, elas se relacionam com o mundo, com a família, com os afetos, desejos e projetos de futuros de todos que estão consigo.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2009, 2013) afirma que, em 2003, 40% de todas as crianças que estavam fora da escola no Brasil tinham deficiência, ou seja, ter deficiência aumenta em quase quatro vezes a possibilidade de um adolescente chegar aos 17 anos ainda analfabeto. O mesmo documento indica a dificuldade de progressão das crianças com deficiência nos estudos, pois se 70,8% daquelas cursavam o ensino fundamental, apenas 2,5% acessaram o ensino médio. Esses dados mostram quão reduzidas são as possibilidades de uma pessoa com deficiência permanecer no ensino básico regular e, dessa forma, concluir o ensino superior constitui um feito realizado por poucos.

Em relação à inserção no mercado de trabalho, segundo dados do Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2007, 2010b), somente 0,4% do total dos

trabalhadores admitidos no país tinham algum tipo de deficiência e em nenhum estado da federação o percentual ficou acima de 1%. Isso apesar das reivindicações populares, datadas da década de 1980, que investiram em uma política pública afirmativa no Brasil, como a regulamentação da Lei de Cotas (Lei 8213/91), que fixa entre 2 a 5% dos postos de trabalho em empresas do setor público e privado a serem preenchidos por pessoas com deficiência (BRASIL, 1991, 1999; FRANÇA, 2014).

Fatores relacionados à dificuldade de transporte, acessibilidade e educação (UNICEF, 2012) são apontados como dificultadores da entrada e permanência das pessoas com deficiência no mercado de trabalho formal. É reconhecida também a existência de grande número de pessoas com deficiência inseridas no mercado informal de trabalho, muitas vezes recorrendo ao próprio estigma e preconceito presente na sociedade para realizarem suas atividades econômicas, como aqueles que são vendedores ambulantes ou pedintes nos faróis das grandes cidades.

Em muitas sociedades, o preconceito relaciona-se a temores e crenças fortemente arraigadas em antigas convicções culturais e religiosas, como, por exemplo, a de que os deficientes estariam possuídos ou de que sofreriam um castigo divino ou de que seriam incapazes ou improdutivos e dependentes das condições econômicas de uma região ou país.

As dimensões da filantropia, da caridade ou do castigo podem ser incorporadas como modos de vida e de constituição de percursos particulares, o que também pode ocorrer sob o impacto do preconceito, do estigma e da segregação. Por essas razões é importante conhecer os processos de constituição dos percursos de vida das pessoas com deficiência que, apesar das diferenças no acesso e exercício de direitos, podem experimentar rompimentos não previstos em suas trajetórias.

Esses dados revelam que um grande número de pessoas vive com algum tipo de restrição ou limitação na vida social devido à aquisição de deficiências. Dentre esses, as mulheres são as mais atingidas porque têm uma expectativa de vida maior. Dentre as mulheres, as negras apresentam uma maior incidência de deficiências em relação às amarelas, indígenas, pardas e brancas (IBGE, 2012).

Essa estimativa tem razões históricas, sociais, políticas, econômicas, culturais e éticas. Em grande parte, muitas deficiências poderiam ser evitadas ou prevenidas, pois são decorrentes de guerras, acidentes, epidemias, carências na assistência em saúde, más condições de vida e de trabalho, entre outros fatores. Ou ainda, elas poderiam ser abordadas de modos distintos àqueles que lhes são dispensados atualmente.

Em grande parte do mundo as deficiências são tratadas de modo como se fossem invisíveis ou como se tratasse de uma população não necessariamente digna de viver, não lhes sendo oferecido acesso a bens de saúde, de educação, de cultura e de participação social e política. Em muitos países, e mesmo aqui no Brasil, as pessoas que possuem deficiência são tratadas de modo injusto, como se fossem cidadão de segunda categoria (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992; ROCHA, 2006; UNICEF, 2009).

No mundo contemporâneo, o tema *deficiência* denuncia o modo de viver capitalista, como o ideário em que a independência, a autonomia, os padrões corporais de beleza, a eficiência e o poder competitivo são finalidades e modos de viver naturais do ser humano, desconsiderando a necessidade da interdependência, das relações de trocas e de apoio, as diferentes fases da vida com suas possibilidades e necessidades, os diferentes corpos, o impacto na vida cotidiana, relacional e econômica das famílias, ou seja, as diferentes formas do viver humano e do bem viver.

No bojo desses apontamentos, é imperativo reconhecer que a vivência de uma pessoa cega é distinta de uma com surdez, assim como daquela que tem uma deficiência intelectual ou física, pois aspectos específicos desses diferentes corpos agregam singularidades às experiências de vida dessas pessoas, de suas famílias e relacionamentos.

Aprofundando o entendimento da complexidade do tema *deficiência* e da sua *pseudoinvisibilidade*, é importante destacar que as relações entre as pessoas deficientes e não deficientes e seus contextos, sejam pessoais, sociais, culturais, ambientais ou políticos, estão envoltas por preconceitos e discriminações, engendrados em e por um mundo competitivo e normativo, cujas regras incidem nos

corpos dos indivíduos, controlando-os e discriminando aqueles que não correspondem às suas premissas.

Assim, mulheres com deficiência têm maiores dificuldades no acesso à educação e ao trabalho, ou ainda, pessoas com deficiência intelectual ou em sofrimento psíquico enfrentam desvantagens importantes no convívio social. O mesmo ocorre com as pessoas deficientes mais pobres que, por suas condições de vida, têm maiores possibilidades de vivenciarem condições de segregação e exclusão social, como, por exemplo, a internação em instituições totais, apartadas de suas famílias, amigos e comunidade. Ainda entre os mais pobres estão aqueles a quem são negados o acesso aos ambientes naturais e construídos, à informação, às tecnologias assistivas, à independência e às inúmeras outras oportunidades pessoais e sociais. Nessas condições de desvantagem, as pessoas podem ser impedidas de ter escolhas ou opções e, frequentemente, de ter o controle sobre a própria vida.

É importante lembrar que a deficiência faz parte da condição humana e, considerando as diversidades possíveis aos seres humanos, ela também deve ser compreendida em seu caráter relacional. São relações com outros corpos não deficientes, com fatores ambientais, socioculturais e com aspectos econômicos e políticos.

A maioria das pessoas deficientes está alijada de poder, seja econômico, de prestígio social ou político. Não se trata, portanto, de uma população considerada atraente para os interesses do poder hegemônico, com exceção daqueles que se tornaram consumidores de produtos diversos do campo da reabilitação ou de bens de acessibilidade, como tecnologias assistivas importadas, carros e equipamentos de informática, por exemplo. A maioria das pessoas com deficiência compõe um segmento social sobre o qual não se estendem de fato os direitos e os deveres comuns a todos, apesar de que, de acordo com a Constituição brasileira, todos são iguais perante a lei (BRASIL, 2007, 2015).

Os benefícios e os direitos do contrato social, apesar de muitos legislados no Brasil, ainda estão por ser conquistados (GUGEL et al, 2007), e as atitudes

institucionais e pessoais permeadas pela piedade e filantropia permanecem como usuais nas relações sociais e políticas com as pessoas com deficiência.

Desse quadro emerge a visão da pessoa deficiente constituindo-se no espaço da exclusão e opressão, pois quando é referida nos dados oficiais, consiste apenas em uma tendência previsível, pois é uma população que está entre a mais pobre entre os pobres (NERI, 2003; ROCHA, 2006; FRANÇA, 2014); se considerado o acesso às tecnologias, não é prioridade e no campo dos bens culturais, geralmente está impedida de acessá-los.

Portanto, em relação à sociedade contemporânea, essa população é considerada resíduo do progresso da civilização e, em sua maioria, não é sequer considerada como consumidora.

Contudo, esse “*objeto negativo*”, o “*corpo deficiente*”, persiste na existência humana e, dessa forma, a sua positividade reside nessa possibilidade (ROCHA, 2006). Considerando as lúpas de Espinosa, podemos dizer que a positividade desse corpo se manifesta quando deixamos de considerá-lo como *objeto* e o entendemos como *sujeito desejante*, que tem uma vida que vale a pena ser vivida.

2.3 Corpo com deficiência e as ações de saúde e de reabilitação: as políticas públicas no SUDS e SUS dos anos 1980 a 2019

[...] Os debates no âmbito nacional sobre a nova Constituição tiveram início já em 1986, mesmo antes da instalação da ANC. Um importante fator que fomentou essas discussões foi a presença de Paulo Roberto Guimarães, militante do movimento das pessoas com deficiência desde o final da década de 1970 e membro da Comissão Organizadora do 1º Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes, realizado em 1980, no Ministério da Cultura. Em 1986, Paulo Roberto era responsável pelo “Programa de Cultura e Portadores de Deficiência” e organizou um ciclo de encontros, durante o segundo semestre de 1986, em capitais brasileiras. Paulo Roberto Guimarães foi o cidadão “não parlamentar” que mais pronunciamentos fez durante as audiências públicas na Assembleia Nacional Constituinte.

Durante a última audiência da Comissão da Soberania e dos Direitos e Garantias do Homem e da Mulher, Paulo Roberto falou logo depois do ex-governador Leonel Brizola.

‘É com muita alegria e admiração rara que vejo que Vossa Excelência também se preocupar com os não indivíduos, os exilados, os velhos. Sua Excelência também se preocupa com os não indivíduos, os exilados internos, os apátridas. Vossa Excelência não é mais um exilado, mas muitos ainda o são. Os negros e os velhos são exilados neste país. Nós mesmos somos exilados dos banheiros, das escolas, das instituições, dos palácios, da nossa própria casa. Somos exilados internos deste país, e o Sr. Governador percebeu isso. Alias, ele é positivamente esperto por que percebe a realidade, justamente porque viveu a lógica dos que perderam a cidadania. Somos os sem sujeito, histórica, política e culturalmente deserdados, e vamos, com certeza, herdar cultura. [...] A soberania de uma nação reside no fato de ela poder respeitar todos seus integrantes. Aí sim, ela será forte. Como pode haver uma nação forte se seus indivíduos são mutilados em progressão geométrica, enquanto o assistencialismo e o paternalismo auxiliam em progressão aritmética?’

Na mesma ocasião, Paulo Roberto concluiu:

‘Senhor Governador, estou encantado com as suas palavras. E acho que as autoridades brasileiras precisam parar de falar que os nossos problemas são de saúde, de educação e, quando muito, de transporte. Na verdade, o nosso grande problema é de direito, de cidadania, de existência. Estamos sendo massacrados, quem não sabe disso? Os pobres estão sendo massacrados. Desprezam e massacram toda a forma de pobreza, a deficiência, a velhice, o fato de ser menor e não ser criança. Este país está sendo massacrado, completamente massacrado.’

Paulo Roberto publicou, em 1990, o livro ‘Cultura, Diferença e Deficiência’, coletânea de artigos e pronunciamentos [...] (BRASIL, 2010a, p. 63-64).

Os serviços de atenção às pessoas com deficiência iniciam-se no Brasil com uma tradição calcada na filantropia e no assistencialismo, com suas origens históricas em instituições organizadas¹¹ no século XIX, que tiveram no XX uma

¹¹ “Anteriormente à década de 1970, as ações voltadas para as pessoas com deficiência concentraram-se na educação e em obras caritativas e assistencialistas. Durante o século XIX, de forma pioneira na América Latina, o Estado brasileiro criou duas escolas para pessoas com deficiência: o Imperial Instituto dos Meninos Cegos e o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos. Paralelamente às poucas ações do Estado, a sociedade civil organizou, durante o século XX, as próprias iniciativas, tais como: as Sociedades Pestalozzi e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, voltadas para a assistência das pessoas com deficiência intelectual (atendimento educacional, médico, psicológico e de apoio à família); e os centros de reabilitação, como a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação – ABBR, e a Associação de Assistência à Criança Defeituosa – AACD, dirigidos, primeiramente, às vítimas da epidemia de poliomielite. O movimento surgido no final da década de 1970 buscou a reconfiguração de forças na arena pública, na qual as pessoas com deficiência despontavam como agentes políticos.” (BRASIL, 2010a, p. 12).

expansão tímida até a década de 1950, quando houve a epidemia de poliomielite no país e no mundo e os centros de reabilitação foram ampliados, principalmente nos grandes centros urbanos. No Brasil, o estado de São Paulo foi pioneiro nessa iniciativa, com a organização do Instituto de Reabilitação ligado ao Hospital das Clínicas (SOARES, 1991; BRASIL, 2010a).

Essa modalidade assistencial, em centros especializados e depois em clínicas particulares conveniadas com os órgãos responsáveis pela assistência de pessoas com deficiência¹², prevaleceu como hegemônica até os anos 1980, quando, sob a influência dos movimentos sociais, do movimento sanitário e do advento do Sistema Único de Saúde, essa realidade inicia um processo de modificação.

Com a recessão econômica dos anos 1980, a crise da Previdência e dos serviços públicos de saúde se agrava, gerando redução de gastos, o que por sua vez contribuiu para a diminuição da qualidade dos serviços. Essa crise teve graves consequências na área de atendimento às pessoas deficientes. Muitos locais, clínicas e hospitais conveniados fecharam seus serviços de Reabilitação e em alguns lugares passou-se a atender somente determinados “quadros de deficiência”, aqueles considerados de “bom prognóstico”, ou seja, com uma evolução rápida do tratamento, como casos ortopédicos, de modo a facilitar atendimentos em massa.

Com o advento do SUS novas formas de assistência à pessoa com deficiência foram organizadas na rede pública de saúde no Brasil. Pode-se afirmar que, nas décadas de 1980 e 1990, houve um rompimento importante na hegemonia das instituições filantrópicas dirigidas à assistência em saúde e reabilitação das pessoas deficientes. Cabe lembrar ainda que o ano de 1981 foi declarado o *Ano Internacional das Pessoas Deficientes* pelas Nações Unidas e, no Brasil, essa década foi permeada por muitas manifestações populares, pela

¹² Os ministérios responsáveis pelos cuidados das pessoas com deficiência até a década de 1980 eram: Educação, Previdência Social e Assistência, Saúde e Trabalho. O Ministério da Previdência e Assistência Social possuía três órgãos que atuaram diretamente com as questões relativas aos cuidados da pessoa com deficiência: a Legião Brasileira de Assistência, o Instituto Nacional de Previdência Social e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (BRASIL, 2010a).

organização de movimentos sociais que reivindicaram seus direitos, entre eles os das pessoas deficientes (SÃO PAULO, 1981; BRASIL, 2010a).

Na década de 1980, o Estado de São Paulo, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, foi pioneiro na implantação de vários serviços de reabilitação ligados à rede pública. (SÃO PAULO, 1985, 1987, 1988; ROCHA, 2006, p. 64). Esses serviços implantados deixaram importantes influências na história da reabilitação nos serviços públicos, pois trouxeram novas ideias quanto aos modelos assistenciais e de proposições organizativas. Esses serviços foram formados seguindo as premissas dos documentos das organizações internacionais que, por meio da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (1981, 1988, 1991a, 1993), difundiam que as ações de reabilitação deveriam estar inseridas nos Sistemas Locais de Saúde – SILOS.

Esses documentos da OPAS questionavam ainda se somente os serviços especializados poderiam atender essa população e colocavam em debate a primazia do corpo orgânico como foco da intervenção reabilitacional. Nessa perspectiva, foram introduzidos os conceitos de *incapacidade* e de *desvantagem*¹³. Incapacidade seria decorrente da deficiência, ou seja, funções corporais alteradas que dificultariam ou impediriam a ação corporal. Já desvantagem seria consequência dessas incapacidades na relação com o meio ambiente e social. Desse modo, funcionalidade e participação social são conceitos introduzidos como novos objetos a também serem abordados no processo reabilitacional. Nessa perspectiva, a minimização da incapacidade poderia se dar pelo alcance da funcionalidade atingida de diversos modos, com a ajuda inclusive de equipamentos e adaptações, hoje denominadas de tecnologias assistivas. Isso significou um avanço importante no modo de pensar a reabilitação, no entanto, a ação reabilitacional ainda estava focada no indivíduo e no seu corpo deficiente.

¹³ Fundamentados na *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* – ICIDH, publicada pela Organização Mundial de Saúde - OMS, em caráter experimental, em 1980. Essa classificação deu origem à *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*, conhecida como CIF, em 2003.

Entre os anos de 1983 e 1990, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SES/SP, sob a influência dos documentos internacionais, dos movimentos sociais de pessoas deficientes em São Paulo e de grupos de profissionais de reabilitação, criou uma equipe para implantar ações de reabilitação regionalizadas no setor público. Esse projeto abrangeu todo o estado de São Paulo (SÃO PAULO, 1987), sendo implantado nos Escritórios Regionais de Saúde - ERSA¹⁴.

Desenvolvido em diferentes municípios, o projeto viabilizou a contratação de profissionais da área de reabilitação (fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais). Os serviços foram organizados na atenção secundária e, em alguns municípios, como em São Paulo, foram implementados junto aos Centros de Saúde, na Atenção Primária à Saúde.

As diretrizes gerais dessas ações ampliaram o foco da intervenção, que passou a ser de assistência em saúde como um todo, não apenas de ações reabilitacionais, incorporando as premissas do movimento sanitário que estava propondo o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS¹⁵. Essas diretrizes ressaltaram também a necessidade de promover o bem-estar físico, psíquico e social, bem como a inserção participativa da pessoa deficiente na sociedade. Elas destacaram ainda que o tratamento de uma lesão seria apenas um dos aspectos do processo reabilitacional, que havia a necessidade de ações preventivas e desaconselhava programas de reabilitação baseados em tipos de deficiência, entre outras proposições. Essas premissas foram inovadoras para a época, pois propunham o rompimento com abordagens mecanicistas e organicistas no campo dos modelos assistenciais em reabilitação. Nem todas as equipes implantadas compreenderam a abrangência dessas ideias e propostas,

¹⁴ Na cidade de São Paulo essa experiência foi desenvolvida na região norte, no bairro do Tucuruvi. Contou com a participação do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em sua implementação.

¹⁵ O Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados – SUDS, aconteceu no período imediatamente anterior à aprovação da Lei Orgânica da Saúde e continuou no início da implantação do SUS. O SUDS foi uma iniciativa do próprio Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, no sentido de universalizar a sua assistência que até então beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, com “carteira assinada”, e seus dependentes.

muitas tiveram dificuldades em implantá-las, pois a formação dos profissionais, como ainda atualmente, era fortemente biomédica.

A organização desses serviços pela SES/SP, em um momento anterior ao SUS, foi também de um enfrentamento importante de questões fortes e tradicionais no campo da reabilitação, como o paternalismo e o assistencialismo. O imaginário social dirigido às pessoas deficientes está repleto de ideias que essas pessoas necessitam de ajuda caritativa, de cuidados assistencialistas, de que são merecedoras de dó, como pode ser observado até nos dias atuais, como por exemplo, em campanhas de grandes instituições de reabilitação como a Associação de Assistência à Criança Deficiente - AACD, por meio do Teleton¹⁶.

Outra qualidade ímpar do projeto da SES/SP refere-se à proposta de serviços descentralizados e regionalizados, o que facilitou o acesso das pessoas com deficiência aos mesmos. Com a oferta de ações em Centros de Saúde, a SES/SP arrojou ainda mais para a época, originando intervenções na comunidade e no domicílio das pessoas com deficiência. A porta de entrada do usuário poderia ser os Centros de Saúde¹⁷, os Postos de Atendimento Médico do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS, os centros de reabilitação e os hospitais. No entanto, o local de atendimento seria necessariamente em algum Centro de Saúde próximo à residência da pessoa.

Em 1987, o grupo coordenador no nível central da SES foi reorganizado como Grupo Especial de Programa - GEPRO - Saúde do Deficiente (SÃO PAULO, 1985, 1988), que efetivou a expansão do projeto inicial para o interior do estado, atingindo ao final de 1988 41% dos Escritórios Regionais de Saúde - ERSA¹⁸. A rede pública estadual passou a contar, assim, com equipes básicas de reabilitação. No início da década de 1990 houve a desarticulação desse trabalho nos serviços da SES/SP, devido às mudanças no governo do Estado de São Paulo.

¹⁶ O Teleton é tipo de campanha internacional. O primeiro da história ocorreu em 1949, em Nova Iorque, nos Estados Unidos. No Brasil a AACD promove esse tipo de arrecadação de fundos desde 1998.

¹⁷ Na época os Centros de Saúde eram numerados de acordo com a complexidade: 1 o mais complexo, com serviços de especialidades, 2 e 3 mais simples, com recursos básicos, contando com profissionais de enfermagem, educação em saúde e assistência social.

¹⁸ Em 2019 passaram a ser denominados Departamentos Regionais de Saúde – DRS.

No mesmo período, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, na gestão da Prefeita Luiza Erundina (1991-1994) do Partido dos Trabalhadores (PT), propôs a criação de serviços regionais de reabilitação (SÃO PAULO, 1992, 1993). Foram implantados leitos específicos para o tratamento de pessoas com escaras provenientes de deficiências e ações de facilitação do acesso da pessoa deficiente ao emprego público, aos transportes e ao ensino de 1º e 2º graus nas escolas da rede regular. A prefeitura contratou também profissionais de reabilitação para um número significativo de unidades da rede básica, passando a contar com fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais (OLIVER, 1998) nas Unidades Básicas de Saúde - UBS. A concepção de reabilitação formulada pela Secretaria Municipal de Saúde paulistana (SÃO PAULO, 1992, 1993) foi muito semelhante à da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (ROCHA, 2006).

Em 1993, logo após o advento do SUS, o Ministério da Saúde - MS, lança o caderno *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços* (BRASIL, 1993). Esse documento foi elaborado pela Coordenação de Atenção a Grupos Especiais do MS que iniciou, em 1991, o *Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Ministério da Saúde*. A elaboração do documento contou com a parceria das instituições estaduais e municipais de saúde do país que já desenvolviam ações junto às pessoas deficientes e contou com a assessoria de uma das idealizadoras e coordenadora¹⁹ da experiência da SES/SP na década de 1980 (SÃO PAULO, 1992, 1993).

A finalidade do documento foi de subsidiar o planejamento e a organização de serviços dentro do Sistema Único de Saúde - SUS. Para tanto, ele definia ações e funções de reabilitação a serem desenvolvidas nos diferentes níveis de atendimento à população. O documento constituiu um marco nas proposições ministeriais para as pessoas com deficiência. Ele articulou princípios de trabalho em equipe com ações interdisciplinares, apontou atuações intersetoriais, observou

¹⁹ Dra. Ana Rita de Paula.

a necessidade de um sistema de saúde organizado em rede, defendeu ações preventivas e de promoção da saúde e definiu ainda a possibilidades de ações nos diferentes níveis assistenciais. Infelizmente poucos municípios no país as implantaram, ora devido à ausência de incentivo financeiro do Ministério da Saúde para implantação das ações, ora pelo desinteresse e/ou desconhecimento das mesmas, considerando ainda que as ações assistencialistas e paternalistas aparentavam ser mais eficientes para essa população.

Como exemplos de experiências no estado de São Paulo podem-se destacar os projetos dos municípios de São José dos Campos em 1996 (SÃO JOSÉ DOS CAMPOS, 1996, 1998; ROCHA, 1997, 2001; ROCHA; KRETZER, 2000; ROCHA; PAULA, 1999), e em Campinas em 1997²⁰. Na Bahia, a Secretaria de Saúde também iniciou experiências de Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC, no interior do estado e em Salvador (ROCHA, 2006, p. 72).

Em 2000 iniciou-se o atendimento de pessoas com deficiência no Programa da Saúde da Família – Qualidade Integral em Saúde – PSF/QUALIS (CAPISTRANO FILHO, 1999; ROCHA e KRETZER, 2000; ROCHA et al 2001; ROCHA, 2006; SÃO PAULO, 2006)²¹, nas regiões sudeste e leste do município de São Paulo. Eu, como pesquisadora da USP, entre 1999 e 2000, conjuntamente com a equipe técnica do PSF/QUALIS e da SES/SP, elaboramos o primeiro projeto de ações de reabilitação na atenção Básica junto ao Programa da Saúde da Família²² (BRASIL, 1998).

²⁰ A autora participou como coordenadora de duas oficinas de planejamento nesses municípios, nas quais foram discutidas as ações e funções de reabilitação por nível assistencial. Em São José dos Campos, a experiência prosseguiu com assessoria por cinco anos; em Campinas, restringiu-se ao momento do planejamento.

²¹ "No Município de São Paulo, começou a ser implantado em 1996, através de uma ação conjunta entre o Ministério da Saúde, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, sob coordenação do Dr. José da Silva Guedes, na administração do governo Mário Covas, e duas organizações sociais sem fins lucrativos: a Casa de Saúde Santa Marcelina e a Fundação Zerbini, com a denominação de Qualidade Integral em Saúde (Programa QUALIS). Este fato se deu em virtude dos serviços de saúde do Município de São Paulo terem sido transformados em cooperativas de saúde, operadas pelo setor privado, através do Plano de Assistência à Saúde (PAS), durante as Administrações Municipais dos Prefeitos Paulo Maluf e Celso Pita, de 1993 a 2000." (SÃO PAULO, 2006, p. 5).

²² A autora também acompanhou, por meio de consultoria técnica, o projeto de implantação no período de outubro de 2000 a 2001 nas zonas leste e sudeste da capital paulista e de 2002 a 2008, com ações de ensino e pesquisa somente na região sudeste.

Essa modalidade de atenção à saúde e reabilitação das pessoas deficientes ocorreu em um momento crítico do sistema público de saúde no município de São Paulo. Entre 1992 e 2000 foi implantado em São Paulo o PAS (Programa de Atenção à Saúde) e o Programa da Saúde da Família (PSF)²³ só pôde iniciar na cidade em meados da década de 1990, através da parceria entre o Ministério da Saúde - MS, a SES/SP, a Fundação Zerbini – FZ, e a Casa de Saúde Santa Marcelina - CSSM.

Em 2001, a gestão dos serviços de saúde do município de São Paulo retornou ao setor público²⁴ e, com a municipalização da administração, o PSF/QUALIS/FZ tornou-se, então, responsabilidade da SMS, passando a ser designado Programa Saúde da Família/Fundação Zerbini - PSF/FZ (zona sudeste) e Programa Saúde da Família/Casa de Saúde Santa Marcelina – CSSM (zona leste).

Desde a implantação do PSF/FZ e da CSSM, em meados da década de 1990, as equipes de saúde da família já contavam com o apoio de equipes de saúde mental, saúde bucal, ambulatório de especialidades e casa de parto. Essas equipes ampliadas atendiam a população adstrita aos territórios abrangidos pelas equipes de saúde de família desses dois parceiros administrativos da SMS, o que consistiu em uma iniciativa arrojada, mas ainda não atendiam pessoas com deficiência, passando a fazê-lo apenas em 2000.

O aprimoramento do trabalho das equipes de saúde da família no território evidenciou a grande quantidade de pessoas com deficiências e incapacidades que necessitavam de atendimento (ROCHA; PAULA; KRETZER, 2004). Em 2000, como consequência do projeto, foram contratadas duas equipes de reabilitação compostas por fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais para o atendimento desses usuários²⁵. Em 2001, o PSF/QUALIS/FZ, abrangia cerca de

²³ O PSF hoje denominado de Estratégia da Saúde da Família.

²⁴ Na administração da Prefeita Marta Suplicy (2002-2004), sendo Eduardo Jorge Alves Martins Sobrinho o Secretário Municipal da Saúde, o Programa da Saúde da Família foi expandido sob coordenação do nível municipal, com contratação das equipes através de 12 instituições parceiras da SMS/SP.

²⁵ Para a CSSM foram contratados 14 profissionais de reabilitação/89 equipes de saúde da família/30 horas/semanais cada, num total de 420 horas semanais e para a PSF/FZ foram contratados 9

171.600 habitantes na região sudeste da capital, por meio do trabalho de 39 equipes de saúde da família em dez Unidades Básicas de Saúde (UBS), o que significou um grande número de pessoas deficientes atendidas nos seus territórios de moradia (ROCHA e KRETZER, 2000).

No processo de implantação houve muitas resistências por parte dos gestores, dos técnicos e docentes vinculados aos serviços tradicionais de reabilitação do município de São Paulo, que defendiam o gerenciamento das ações de reabilitação apartado da direção do Programa Saúde da Família. A equipe coordenadora do PSF/QUALIS²⁶ defendeu a inserção das ações de reabilitação nas equipes de saúde da família conforme previsto no projeto.

A implantação de ações reabilitacionais na Atenção Básica trouxe novas perspectivas para a atenção à saúde da pessoa deficiente, pois aproximou os serviços das moradias, facilitou o acesso, promoveu um debate junto às equipes de profissionais de que a reabilitação não deveria ser apartada dos serviços gerais de saúde. Trouxe para as comunidades a pauta da necessidade dessa assistência, influenciou a formação dos profissionais e trabalhou as ideias presentes nos serviços e junto à população de que questões de reabilitação e da saúde da pessoa com deficiência tinham a mesma importância que as das demais pessoas.

Nesse mesmo período, em 2002, no âmbito do Ministério da Saúde foi elaborada a *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*²⁷ (BRASIL, 2002), cuja finalidade foi de incluir todas as pessoas com deficiência na rede de serviços do Sistema Único de Saúde - SUS. Essa política prevê a organização dos serviços no país seguindo as premissas do SUS, de modo regionalizado, descentralizado e com uma linha de acesso que prediz que a entrada da pessoa com deficiência é pela Atenção Básica, seguindo para o nível secundário e terciário.

profissionais de reabilitação/39 equipes de saúde da família/30 horas/semanais cada, num total de 270 horas/semanais.

²⁶ O QUALIS/PSF iniciou sob a idealização e coordenação técnica de David Capistrano Filho, que defendeu a proposta de ações mais complexas na Atenção Primária à Saúde.

²⁷ BRASIL. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: < <http://bit.ly/2Z5A2yv> >. Acesso em: junho de 2009.

As diretrizes da Política afirmam a necessidade da promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; da assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; da prevenção de deficiências; da ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; da organização e do funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e da capacitação de recursos humanos.

Com a Política, o Ministério da Saúde publiciza amplamente a sua responsabilidade em coordenar o processo de formulação, implementação, acompanhamento, monitoramento e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência. Do ponto de vista legal foi um avanço em relação ao documento também ministerial de 1993 (BRASIL, 1993). A Política prevê a composição de parcerias com Estados, Municípios e o Distrito Federal para o desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, com respeito aos princípios e diretrizes do SUS, considerando também o apoio financeiro para tanto. Defende ainda um trabalho de Reabilitação articulado dentro do SUS e com outros setores dos serviços públicos, o trabalho intersetorial e a participação dos movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins na organização das políticas públicas. Está também prevista a capacitação de recursos humanos para desenvolver as atividades de reabilitação.

Para o Ministério da Saúde, previsto em sua política a

[...] habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência compreende um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, tendo como objetivo desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. A habilitação/reabilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado²⁸.

²⁸ BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Pessoa com Deficiência: diretrizes, políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: < <http://bit.ly/2KvNFSH> >. Acesso em: 15 mai. 2019.

Em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf, como dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Básica. Essa modalidade assistencial surge para ampliar o escopo das ações das equipes de saúde da família na Atenção Básica e considerou para tanto as experiências exitosas de diferentes municípios que haviam implantado ações de reabilitação na Atenção Primária à Saúde, como em São Paulo/SP (QUALIS/PSF), Belo Horizonte/MG, Camaragibe/PE e Sobral/CE. O objetivo dos NASF, hoje denominado de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica -NASF-AB (BRASIL, 2009), é de consolidar a Atenção Básica no Brasil e, para tanto, prevê a ampliação das ofertas de saúde na rede de serviços, entre elas as ações de reabilitação. Com a possibilidade de implantação dos NASF-AB²⁹ os municípios podem expandir os tipos de ações³⁰ capazes de responder as necessidades das diferentes populações.

Porém a literatura científica (SILVA, 2018) já observa que a implantação dos NASF-AB por si só não é garantia de assistência e resolutividade, pois muitos desses núcleos funcionam apenas como encaminhamentos para serviços de nível secundário, em detrimento das ações de reabilitação na Atenção Básica. O grande problema dessa proposta é que as redes de saúde ainda são precárias, o deslocamento das pessoas deficientes na cidade é insuficiente e, quando se acessa o serviço especializado de nível secundário, eles possuem uma abordagem predominantemente biomédica e estão apartados da realidade social, familiar e comunitária da pessoa com deficiência. Repete-se, assim, o modelo tradicional de

²⁹ As modalidades de NASF hoje estão assim definidas: NASF 1 com 5 a 9 equipes de saúde da família (eSF) e/ou equipe de atenção básica (eAB) para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF); NASF 2 com 3 a 4 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF); NASF 3 com 1 a 2 eSF e/ou eAB para populações específicas (eCR, eSFR e eSFF). Sendo Esf – Equipe de Saúde da Família; eCR - Equipe Consultório na Rua; eSFR - Equipe Saúde da Família Ribeirinha; eSFF - Equipe Saúde da Família Fluvial.

³⁰ As equipes podem contar com diferentes profissionais: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

reabilitação biomédico, organicista e muitas vezes com ações que se sustentam nas premissas da eugenia.

Cabe lembrar que a *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* (BRASIL, 2010b)³¹, passou a prever as ações e serviços de reabilitação no nível secundário de atenção à saúde. Institui as normativas de criação dos Serviços Especializados em Reabilitação, como Centros Especializados em Reabilitação - CER, definidos como o local privilegiado para a oferta das ações reabilitacionais. Muitos desses CER credenciados no país são instituições que já existiam, como as tradicionais Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE, Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD, e outras instituições de origem filantrópicas ou ligadas a centros especializados de saúde. Essa característica leva a perpetrar práticas tradicionais de reabilitação, com pouca ou nenhuma capacidade de inovação no campo reabilitacional. Porém, é bom lembrar que alguns municípios implantaram os serviços do CER dentro da rede pública também, e, outras vezes, há um misto, com serviços exclusivos da rede pública associado aos da filantropia.

Esses serviços são de abrangência regional, especializados no atendimento de pessoas com deficiência e suas equipes devem ser formadas por profissionais como médicos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; fonoaudiólogos; psicólogos; assistentes sociais; nutricionistas. A função do CER é de realizar diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, e é referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território, na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Sua organização prevê atenção especializada por tipo de deficiência e deve combinar, em cada centro, ao menos duas modalidades de ações de reabilitação entre aquelas dirigidas às deficiências auditiva, física, intelectual e visual³².

³¹ Ministério da Saúde, através da Portaria nº 4.279 de dezembro de 2010.

³² O CER pode ser organizado das seguintes formas: 1. CER II - composto por dois serviços de reabilitação habilitados; 2. CER III - composto por três serviços de reabilitação habilitados; 3. CER IV - composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados. Os serviços de saúde habilitados em única modalidade de reabilitação são unidades ambulatoriais especializadas em apenas

Os CER visam compor com a rede de atenção à saúde na organização das RAS – Redes de Assistência à Saúde. A intenção é que as Redes criem formas colaborativas na atenção às necessidades de saúde da população.

É bom lembrar que os Centros Especializados em Reabilitação - CER, integram diversas modalidades de reabilitação (física, auditiva, intelectual e visual). Vários CER que estão credenciados, compõe com os serviços anteriormente habilitados para uma única modalidade. A Portaria instituiu ainda incentivo de custeio para o CER habilitado e instrutivo técnico para funcionamento dos serviços, aprimorando as diretrizes para a reabilitação constante nas portarias anteriores.

A Política prevê ainda a implantação de veículos adaptados acessíveis para transporte sanitário, para as pessoas com deficiência que não tenham condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que demonstrem amplas restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos. Outro recurso também previsto é o de Oficinas Ortopédicas, cuja finalidade é de promoção do acesso às órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Essa oferta de equipamentos deve se dar por meio da dispensação, confecção, adaptação, manutenção, ajustes e pequenos consertos de próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM).

O atendimento odontológico também está contemplado na Política ministerial, devendo ser ofertado através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOS), assim como possibilidades de atendimento domiciliar, de oferta de fraldas descartáveis e bolsas de ostomia.

O início do atendimento das pessoas com deficiência deve seguir as premissas do SUS de acesso aos serviços, ou seja, deve se iniciar na Atenção Básica e ser encaminhado para os níveis secundário e terciário. A estimulação precoce está no bojo das ações desenvolvidas.

Do ponto de vista do cardápio de ações previstas na *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência* há uma riqueza de possibilidades. No entanto, a sua organização feita por atendimento clínico, por tipo de deficiência, já indica que as ações tecnicistas têm primazia. Aliada a esse fato deve-se lembrar de que muito pouco se avançou na formação dos profissionais da saúde e da reabilitação e que o tecnicismo e positivismo são prevalentes na educação universitária em saúde.

2.4 O que é Reabilitar?

O que é Reabilitar? Essa pergunta está presente em minha vida profissional desde a minha formação na graduação. Eu a fiz para mim mesma e para os meus estudantes e para os profissionais com quem trabalhei nesses anos. Em geral as respostas são fragmentadas, são apontadas em partes. Ela é a restauração da função corporal, ou um processo que promove a inserção social, ela ainda é biopsicossocial, entre outras respostas parciais.

Na minha experiência profissional fui me afastando dessas definições inacabadas. Encontrei em Espinosa uma possibilidade de Reabilitação que não está alocada somente no corpo ou na restauração da função, que não prevê as ações de socialização e de bem estar emocional ou afetivo apartados do corpo.

Compreendi que Reabilitar é constituir uma linguagem, é a possibilidade de desvelamento de desejos, de relações e de paixões que implicam na expansão da vida, na expansão do Conatus, na potência do corpo.

Mas de que vidas? De que corpos? De todos os indivíduos, todos os corpos que estão nas relações, de pessoas com deficiência, estudantes de terapia ocupacional, professores, supervisores, profissionais das equipes de saúde, familiares e outros.

Na graduação desloquei a compreensão que tinha do mundo, de um conhecimento centrado na história e nas vivências familiares para o entendimento da política como um fenômeno de compreensão da realidade. Em minha experiência

profissional no Pequeno Cotelengo³³ fui compreendendo que os processos de reabilitação necessitam romper com os limites do raciocínio centrado somente na técnica, que é necessário fomentar processos de desinstitucionalização e contribuir na constituição de projetos de vida, respeitando os desejos das pessoas.

A intervenção terapêutica passou a ser um convite à explicitação do desejo, do Conatus, e assim o corpo se transforma. Mas só isso não era suficiente: por que o corpo agia diferente? Por que ele se expandia na ação?

Porque a ação faz sentido para a efetivação do desejo. Andar, manipular objetos, cozinhar, fazer artesanato e outras atividades expressivas ou lúdicas, plantar, cuidar de bichos, nadar na piscina de fisioterapia do centro de reabilitação, fazer grupos para conversar, cantar, ir às manifestações exige um corpo em ação. Assim, os exercícios, as tecnologias assistivas, as diferentes atividades e os encontros terapêuticos tinham sentido, aumentavam a potência de cada corpo.

Na universidade, nas atividades de docência, de formação pós-graduada e nos trabalhos de extensão e assistência, essas ideias foram se sistematizando. Com as diferentes experiências do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva, emerge a ideia de que a ação terapêutica se efetiva em atividades significativas, deslocadas dos paradigmas tradicionais do corpo, do cartesianismo e das ciências positivistas, biomédicas, do biopoder, da eugenia e do controle, para o desvelamento do desejo, para o fortalecimento do Conatus. E mais, nem tudo que é demandado constitui a verdadeira necessidade, ou a real causa do desprazer.

Nas atividades de docência, no ensino de práticas corporais e no acompanhamento dos estudantes em atividades de estágio e em práticas em terapia ocupacional, atendendo pessoas com deficiências, mas não apenas, fui constituindo uma metodologia de ensino e de ação terapêutica. O método pressupõe o rompimento com raciocínios que negam os indivíduos, no caso, as pessoas atendidas; o abandono das leituras biomédicas; e, com os estudantes de terapia ocupacional, a

³³ Instituição de abrigo de crianças e adolescentes com deficiência física e outras associadas em que trabalhei de 1979 a 1988.

rejeição de processos de ensino que preveem primordialmente a aplicação de procedimentos ou entendimentos reducionistas da ação terapêutica.

O que eu quero demonstrar, portanto, é que a ação da terapia ocupacional no cuidado das pessoas deficientes, expressa na utilização de suas tecnologias oriundas de conhecimentos multidisciplinares e reunidas para a intervenção, não define por si só o corpo conceitual da ação terapêutica. É preciso um referencial teórico que expresse o “*corpo*” nas suas relações afetivas, sociais, políticas e nas ações reabilitacionais.

Nos processos reabilitacionais ocorrem diferentes encontros, do corpo deficiente com as técnicas reabilitadoras, com os terapeutas, com os outros profissionais da saúde, com os familiares e com as outras pessoas deficientes e sem deficiência.

Quando as pessoas com deficiência chegam à instituição de saúde, seja a unidade básica, hospital ou ambulatório de especialidade, desejam obter diagnósticos, avaliações, indicações curativas, remédios e a cura. Estão pedindo a restauração de um corpo estragado, desejam o retorno ou a efetivação do corpo “normal”. Esses pedidos, legítimos, “assustam” a maioria dos profissionais de saúde, que entendem que essa demanda é somente para especialistas e, muitas vezes, parece inatingível.

Assim, a reabilitação adquire diversas expressões. Pode significar um desempenho ótimo, ou voltar a andar, ou falar, retornar ao trabalho, ir à escola, ter uma boa cognição, namorar, ter filhos, se autoprover, enfim, inúmeras possibilidades de independência, de vivências e de outros atributos considerados exigências da vida cotidiana em nossa sociedade. O que é pedido aos profissionais é que eles possam responder: “sim, seu filho vai ficar bom” ou “você vai voltar a andar”, entre outras respostas que afirmem a positividade de um corpo “normal”. Para o reabilitando esse é o “bem” desejado, assim como também para os profissionais que possuem uma formação estritamente tecnicista.

Essa resposta dificilmente é dada diretamente pelos profissionais. Ela é fornecida pelo imaginário criado em torno da instituição de saúde na sociedade atual,

ou seja, validada pelo estatuto contemporâneo da ciência, da medicina e de seus derivados. Assim, “ficar bom” no processo reabilitacional pode significar, muitas vezes, pequenos passos na direção do que é considerado “cura” (JERUSALINSKY, 1988, p. 13), ou seja, um processo longo, que exige esforço pessoal e dos cuidadores, demanda sacrifícios e a efetivação de um cotidiano voltado aos exercícios especializados. Nessa perspectiva, a reabilitação prevê a mudança da rotina e dedicação de todos que estão com a pessoa com deficiência e mais, a existência de instituições especializadas, ou, ao menos, de profissionais especializados.

Quando os profissionais aderem a essa ideia, a esse “bem”, entendem que precisam ser especialistas no seu grau máximo, que a técnica é poderosa na correção e que, portanto, quando os seus usuários não melhoram, talvez resida neles e na sua ação a ineficiência da proposta. Trata-se aqui do exercício da onipotência terapêutica, do furor reabilitador (TKACH, 1988, p. 194). Por outro lado, se esses profissionais não são especialistas, amedrontam-se diante do pedido e dizem: “não, eu não tenho nenhuma contribuição, vou encaminhá-lo para o especialista”.

Dessa maneira também se constrói um imaginário social no qual as ações reabilitacionais são consideradas complexas, altamente especializadas e que situa o locus legítimo e apropriado dessas ações nas instituições de saúde de nível secundário e terciário.

Do ponto de vista da pessoa deficiente e de sua família, essa lógica prevê que elas vão “condescendendo” gradualmente com as dificuldades, que a reabilitação total é para poucos e que exige pequenos e constantes passos.

É importante observar que a ideia de incapacidade é expandida, ela passa a abranger a totalidade da vida da pessoa e do seu cotidiano e, muitas vezes, a vida da família também. Desse alargamento da incapacidade para toda a vida do indivíduo derivam outros problemas, como dificuldades afetivas, emocionais, relacionais, comportamentais e sociais. Muitas vezes esses problemas são compreendidos como associados à deficiência, como se fossem inerentes à mesma. Assim, os pedidos também vão se tornando cada vez mais extensos: ajuda nos aspectos relacionais pessoais ou sociais, auxílio no campo da inclusão social, no trabalho, na escola, entre

outros e, nesse contexto, a pessoa vai se sentindo cada vez mais incapaz de resolvê-los, delegando a solução aos especialistas (ROCHA, 2006, p. 136).

A impotência da pessoa com deficiência e de seus familiares também contamina as relações nos processos reabilitacionais. Delega-se aos terapeutas e aos recursos técnicos a responsabilidade pelas soluções, e a passividade/impotência se aloca no corpo deficiente. As paixões tristes sobrepõem-se às paixões alegres: o terapeuta ocupacional e outros profissionais da reabilitação assumem o lugar de sacerdotes que, ao aparentam deter o poder de cura, manipulam as situações, exigem que os usuários façam adesão ao tratamento, sem questionamentos e sem entenderem o que estão fazendo, e tornam passiva a pessoa com deficiência usuária dos serviços de saúde.

Nessa complexidade relacional, os terapeutas também solicitam mais participação, mais iniciativa nos exercícios, sendo que a pessoa deficiente e os familiares muitas vezes reagem, não se sentem capazes, podem não dar conta da tarefa. Possivelmente aí reside uma das causas de desistências das pessoas com deficiência das ações terapêuticas dos serviços especializados.

Por outro lado, muitas instituições preveem o desligamento dos usuários que são por elas compreendidos como passivos, como casos sem “prognóstico de melhora” ou que demonstram descaso em relação ao tratamento, com faltas ou não cumprimento das orientações dadas. Desse modo, culpabilizam os usuários e familiares: “não se esforçam o suficiente”, “faltam”, “não persistem”, “são famílias relapsas”, entre outros juízos.

Esses juízos institucionais produzem uma seletividade de quem vai acessar os serviços ou não, pois as possibilidades de fazer reabilitação não são para todos, são para poucos, pois exigem recursos de várias ordens.

Há também o abandono dos serviços por parte dos usuários que os julgam fracos, insuficientes, pois não respondem rapidamente a promessa de “cura”, fazendo eles partirem em busca de novas equipes que possam realizá-la. São usuários que constroem uma trajetória interminável em busca de diferentes serviços de reabilitação.

É importante lembrar que um processo reabilitacional, como qualquer outro em saúde, envolve cuidadores familiares que não ficam ilesos às exigências, também podem adoecer e essa pode se constituir como uma das causas de abandono dos serviços.

Outro aspecto a ser considerado é de como a reabilitação deve ser desenvolvida: como é constituída a equipe de profissionais, em que nível assistencial está alocado, se o local conta com equipamentos e quais. Muitas vezes os usuários também fazem um julgamento do trabalho da equipe que desenvolve ações reabilitacionais pautado em ideias imaginativas de que a “boa reabilitação” pressupõe, primordialmente, serviços equipados com tecnologias modernas e de alto custo. Para muitos usuários o local ideal das ações de reabilitação é aquele que está alocado em serviços especializados, de nível secundário e terciário. Essa imagem de eficiência é a que é difundida publicamente, pela mídia e pelas instituições especializadas como a AACD e Rede Lucy Montoro, por exemplo, fundada na herança histórica que nossa sociedade tem de deficiência e de reabilitação, sendo difundida também entre as pessoas com deficiência, familiares, profissionais e outras pessoas da sociedade que associam o tema à caridade, filantropia, especialidade e complexidade.

Esse imaginário contamina os profissionais de saúde que compõem as equipes de reabilitação, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos e assistentes sociais, bem como os profissionais das diferentes equipes de saúde, inclusive saúde da família que, convencidos com a ideia da necessidade da “hiper” especialidade, constroem outras ideias inadequadas, como a de que a atenção à saúde e, por conseguinte, a reabilitação, não podem ser praticadas em qualquer nível assistencial, ou seja, elas não são possíveis de serem realizadas na atenção primária à saúde.

Assim, inúmeras técnicas que poderiam ser utilizadas em qualquer nível de atenção à saúde, não o são, pois foram historicamente engendradas nos espaços ambulatoriais de nível secundário ou de nível terciário e defendidas como restritas a um grupo pequeno de profissionais.

As instituições de ensino superior, por sua vez, também difundem esse ideário e são responsáveis pela *não formação* de profissionais para o emprego dessas tecnologias em todos os níveis assistenciais, o que democratizaria o acesso aos bens de saúde.

O ensino tradicional das técnicas reabilitacionais é uma prática já habitual para as instituições universitárias e, em muitas ocasiões, também lucrativa, pois muitos profissionais “vendem” especializações desse conhecimento, tornando-os restritos a poucos, pois os custos são altos. Desse modo, também pode-se afirmar que existe a difusão no meio acadêmico de que os conhecimentos técnicos utilizados na reabilitação também são para poucos profissionais.

O raciocínio que justifica a especialidade técnica vincula a ação reabilitacional a uma compreensão organicista e biomédica que define casos complexos como aqueles decorrentes de doenças consideradas de difícil abordagem. Explico, muitas técnicas utilizadas pelos profissionais da área da reabilitação são dirigidas a grupos de pessoas com determinadas alterações em suas estruturas ou funções corporais tal como definido pela CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003)³⁴. Assim, por exemplo, temos o grupo das alterações das funções neurológicas, considerado por muitos como complicado nas abordagens terapêuticas, como casos de acidente vascular cerebral, paralisia cerebral, sequelas de meningite, do zika vírus, síndromes, lesões medulares, entre outros e que, portanto, devem ser cuidados no nível de atenção secundária ou terciária.

Ao meu ver, trata-se de uma distorção. Todos esses “casos” e outros aqui não mencionados, decorrentes de diferentes alterações estruturais e funcionais, podem

³⁴ A CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2003, p. 13) define como seus componentes: 1. **Funções do corpo** são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas); 2. **Estruturas do corpo** são as partes anatómicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes; 3. **Deficiências** são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda; 4. **Atividade** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; 5. **Participação** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real; 6. **Limitações da atividade** são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades; 7. **Restrições na participação** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real e 7. **Fatores ambientais** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem suas vidas.

sim ser cuidados na atenção primária, desde que os profissionais sejam formados para tanto.

Muitas tecnologias são simples e não exigem equipamentos complexos. Pode-se elencar, por exemplo, que para o atendimento na unidade básica de saúde, na comunidade ou no domicílio, na maioria dos casos de reabilitação a terapia ocupacional necessita de materiais simples e diversos, muitos de preço acessível, como materiais para atividades gráficas e de expressão plástica; colchonetes; cunhas; travesseiros; bolas suíças; placas e fitas termoplásticas ou elásticas para órteses; tecidos; sucatas; fita velcro; bandagens; ataduras; jogos; brinquedos; entre os principais. Ou seja, não são equipamentos caros ou complexos.

É necessário ainda que o terapeuta domine diferentes técnicas. São técnicas de atividades expressivas, de manejo de grupo, de Tecnologias Assistivas³⁵, como Comunicação Alternativa e/ou Suplementar³⁶ e adequação postural em cadeira³⁷, técnicas de bandagem³⁸, de confecção de órteses, técnicas corporais para alterações ortopédicas e neurológicas, entre outras. Essas técnicas fazem parte dos currículos de graduação em terapia ocupacional e estão previstas nas diretrizes curriculares.

No entanto, esses recursos e técnicas não compõem por si sós a prática reabilitacional, pois nessa ação é preciso que se considere a experiência existencial e relacional que ocorre nas histórias de vida das pessoas com deficiência, nos seus

³⁵ “Qualquer peça de equipamento, item, ou sistema de produtos, quando adquirido comercialmente, modificado ou feito sob medida, que é usado para aumentar, manter ou melhorar as habilidades funcionais do indivíduo portador de incapacidades”. (The Technology Related Assistance for Individuals with Disabilities Act, 1988. In: COOK A. M.; HUSSEY S. M. **Assistive Technologies: Principles and Practice**. St. Louis: Mosby, 1995).

³⁶ Comunicação Suplementar e/ou Alternativa (CSA) é uma das áreas da Tecnologia Assistiva (TA) que utiliza de diferentes recursos (cartões de comunicação, pranchas de comunicação, pranchas alfabéticas e de palavras, vocalizadores ou o próprio computador com software específico) que substituem outras formas de comunicação ou as suplementam. Essa tecnologia é destinada a pessoas sem fala e/ou escrita funcional, ou quando as mesmas formas de comunicação estão prejudicadas devido a quadros de deficiências ou condições clínicas específicas, temporárias ou permanentes.

³⁷ Princípios de adequação postural sentado pode ser classificada em três categorias: (1) controle postural e manejo (prevenção e acomodação) de deformidades; (2) controle da distribuição de pressão e controle de deformidades, e (3) conforto e acomodação postural. (BERGEN, A.; PRESERIN J.; TALLMAN T. **Positining for Function: wheelchairs and others Assistive Technologies**. Valhalla: Valhalla rehabilitation Publications, 1990).

³⁸ Bandagens elásticas ou bandagens terapêuticas, também conhecidas por Kinesio Taping é uma técnica criada no Japão nos anos 1970 pelo quiropata Kenzo Kaze para auxiliar no tratamento de lesões, ao exercer pressão e força sobre músculos e articulações, promovendo apoio e estabilidade.

encontros afetivos, sociais e políticos e também com as ações e recursos reabilitacionais.

A superação de modalidades de reabilitação tecnicistas que se atêm exclusivamente a abordagens que lidam com a exterioridade da problemática em pauta, como, por exemplo, responder ao pedido explícito dos usuários e de suas famílias, passa necessariamente pela constituição uma nova leitura sobre qual é a sua necessidade, entendendo que a mesma é mais do que ideia de corpo “normatizado” e de que os recursos técnicos podem responder por si sós a esse pedido.

Assim, entendo que o espaço reabilitacional, em qualquer nível assistencial, é o lócus do *desvelamento do sentido da deficiência* em cada história de vida e da constituição de uma abordagem que considere os aspectos relacionados aos sentidos que a deficiência tem para a pessoa deficiente, seus familiares, comunidade e terapeutas (ROCHA, 2006. p. 285). Portanto, as ações reabilitacionais no nível da Atenção Primária à Saúde são fundamentais, pois acontecem no território, na comunidade de convivência, no local de moradia, ou seja, estão conectadas com as relações vividas no cotidiano, com as relações afetivas, interconectadas com outras possibilidades participativas e sociais.

O papel das ações de Reabilitação é o de intervir mas, a partir de Espinosa, qual intervenção? Como intervir sem corrigir ou adequar?

Com ações como a não culpabilização da pessoa deficiente e de sua família pela origem e permanência da deficiência, a oferta de possibilidades de ação e participação com o próprio corpo ou com ajuda de tecnologias assistivas nas atividades do dia a dia e da vida social, a introdução de formas de adaptação dos ambientes tornando-os acessíveis, a elaboração e a implementação de políticas públicas que garantam o acesso a todos os bens de direito dos cidadãos, constituem formas de fortalecer o *Conatus* das pessoas deficientes e de construção de uma sociedade mais equânime. São, portanto, ações da reabilitação pautadas no corpo relacional.

Considerando o corpo relacional, a intervenção consistiria em propor ações de um trabalho de equipe cuja finalidade não estaria na divisão do corpo em partes, essas

partes dirigidas aos especialistas, mas sim de um corpo/sujeito desejante de forma inteira no seu processo reabilitacional, de forma que a pessoa possa decidir em conjunto o que lhe é próprio, adequado, o que lhe traz alegria, o que lhe desperta força para viver.

Assim, romper com raciocínios clínicos que afirmam a negatividade como constituinte da realidade do corpo deficiente e introduzir uma ação terapêutica centrada na afirmação do desejo como positividade tornou-se imperativo. Promover um ensino reflexivo e questionador, dirigido a compreender os sentidos da experiência, tornou-se o cotidiano na minha docência.

PARTE 3

3 À LUZ DAS LENTES DE ESPINOSA: A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Tecendo a Manhã

João Cabral de Melo Neto (1966)

*Um galo sozinho não tece a manhã:
 ele precisará sempre de outros galos.
 De um que apanhe esse grito que ele
 e o lance a outro: de outro galo
 que apanhe o grito que um galo antes
 e o lance a outro; e de outros galos
 que com muitos outros galos se cruzam
 os fios de sol de seus gritos de galo
 para que a manhã, desde uma tela tênue,
 se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
 se erguendo tenda, onde entrem todos,
 se entretendendo para todos, no toldo
 (a manhã) que plana livre de armação.
 A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
 que, tecido, se eleva por si: luz balão.*

Eu acho que é muito difícil, a gente tá discutindo equidade, mas a gente às vezes esbarra em algumas injustiças, algumas dificuldades. Eu só penso o seguinte, quando eu ou um grupo de dentistas vai fazer uma VD apontada pela equipe de reabilitação, você se depara com um universo que você não tinha noção, por exemplo, um paciente do Sinhá que vive praticamente enjaulado, engaiolado... Não sei ... e a gente tem que dar conta dele como dentista, ele tem uma necessidade normal de assistência de saúde bucal. A pessoa fica isolada, toma banho de mangueira, a gente não tinha noção, na faculdade a gente não tem essa informação. Então eu imagino que o fato da gente circular por essa busca ativa que a gente chama, desses usuários, a gente se depara com um universo bem diferente da nossa realidade, então esse universo pra mim é prioridade e eu espero que esse seja o critério de prioridade pra equipe de reabilitação, as pessoas que tem maior dificuldade de locomoção são as pessoas que vão precisar de você, ou as pessoas em sofrimento severo? Eu imagino isso, eu sou praticamente leiga em termos de reabilitação. (Coordenador) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 197).

3.1 A Saúde Coletiva, a Atenção Primária à Saúde e a Terapia Ocupacional: diálogos e contribuições na constituição de fundamentos não organicistas nas práticas terapêuticas

A profissão de Terapia Ocupacional existe no Brasil desde a década de 1950 e a formação oferecida, tradicionalmente, é fortemente influenciada por princípios epistemológicos de base organicista e biomédica, dirigida às ações que privilegiam procedimentos em serviços especializados.

Da década de 1980 em diante, um conjunto de profissionais da terapia ocupacional, críticos das práticas tradicionais e hegemônicas até então desenvolvidas pela profissão, passou a discutir os seus objetos de estudo e de intervenção, assim como a redefinir a população e os fenômenos com os quais atuaria (OLIVER, 1991; ROCHA, 1991; SOARES, 1991; GALHEIGO, 1999; LOPES, 1999; OLIVER et al, 1999; OLIVER et al, 2001; ROCHA et al., 2001; BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002; LOPES; LEÃO, 2002; MALFITANO; LOPES, 2003; OLIVER et al, 2003; HO e OLIVER, 2005; OLIVER; BARROS; LOPES, 2005; ROCHA, 2006; MASUCHI, 2007; MOREIRA, 2008; ROCHA; KRETZER, 2009; ROCHA; SOUZA, 2011; MASUCHI; ROCHA, 2012; ROCHA; BRUNELLO; SOUZA, 2018; ROCHA; SOUZA, 2017).

Os temas de *cuidados em saúde* que até então eram desconsiderados nos debates no campo da saúde - como raça, gênero, classe social, políticas públicas, modos de expressão das instituições, modos de viver, ambiente, características e maneiras de operar das profissões de saúde, corpo, infância, sensibilidades, violência, meio ambiente, entre tantos outros -, foram sendo incorporados e problematizados na saúde coletiva e tiveram importante ressonância na terapia ocupacional. Os movimentos sociais influenciaram a academia, os estudantes e os docentes, ao mesmo tempo em que propostas inovadoras de ações terapêuticas ocupacionais foram sendo aventadas. Os encontros em congressos, simpósios e outros eventos da categoria passaram a debater a inserção da profissão em campos até então não propostos, como o trabalho em creches, em presídios, em unidades de internação de menores, entre outras possibilidades.

Saúde Coletiva, como definido por Paim e Almeida Filho (1998), é um movimento ideológico que está comprometido com a mudança social e que supõe a articulação com novos paradigmas científicos aptos a abordar o objeto “promoção-saúde-doença-cuidado” em sua historicidade, contemplando a integralidade. Ela é produzida por diferentes saberes e práticas acerca do objeto “saúde”, compondo-se a partir de diversas disciplinas que contemplam e explicam o mesmo fenômeno, com posições distintas e a partir de ângulos de observação diversos. A proposta é de superação do biologismo dominante, da naturalização da vida social, da submissão à clínica e da dependência ao modelo médico hegemônico.

Essas premissas teóricas agregaram explicações às questões presentes nas populações tradicionalmente atendidas pela profissão e geraram questionamentos até então não presentes no meio profissional. São colocados em debate as razões pelas quais idosos, pessoas com deficiência ou com transtornos mentais deveriam ser institucionalizados, se o papel dos terapeutas ocupacionais nas instituições totais seria o de manter a segregação ou provocar rompimentos com essa lógica institucional; ou ainda, o porquê da terapia ocupacional não atuar em ambulatórios regionalizados ou em unidade básicas de saúde.

A filantropia, com seus serviços caridosos dirigidos às pessoas doentes, excepcionais ou carentes, começa a ser colocada em cheque, a categoria profissional questiona como deve se inserir nos serviços e políticas públicas. Inicia-se um deslocamento da fixação dos terapeutas ocupacionais, dos serviços filantrópicos e particulares para os serviços públicos. Nas décadas seguintes a profissão deixará de se caracterizar hegemonicamente como de profissional liberal ou relacionada à caridade para um perfil de profissional fortemente participativo nos serviços públicos. No entanto, essa entrada ainda não é ampla no Brasil, pois a categoria conta com cerca de 16.000 profissionais no país como um todo. É uma profissão ainda pequena em número e a sua maior concentração encontra-se na região sudeste do país, onde também há a maior presença de cursos universitários. Outro aspecto a ser lembrado é que a maioria desses cursos de graduação são públicos e o crescimento do seu número se deu nos últimos 20 anos.

Para Paim e Almeida Filho (1998), novos aspectos passam a ser considerados na redefinição do objeto de intervenção da saúde pública, ou seja, o sujeito coletivo abordado até então passa a ser compreendido a partir de novos olhares. Aspectos sociais, psicológicos e culturais são agregados na compreensão do fenômeno então denominado "*processo saúde-doença*". Emergem conceitos de corpo e sujeito social, grupos e classes sociais, de relações sociais, propondo a superação de abordagens que consideram apenas os indivíduos, os corpos biológicos no processo saúde-doença.

A interdisciplinaridade fica, assim, pontuada como uma demarcação imperiosa, pois várias disciplinas científicas são convocadas para a releitura das práticas na Saúde Pública, que necessitam se fundamentar na transdisciplinaridade, multiprofissionalidade, com ações interinstitucionais e transeitoriais.

A Saúde Coletiva conformou-se, portanto, como um campo científico que contribui para o estudo do processo de saúde-doença-atenção como processo social em diversos grupos e populações, ponderando aspectos que consideram os contextos geográfico, histórico e social, além de observar as maneiras como cada sociedade define suas prioridades em saúde e se organiza para atendê-las. (PAIM, 2018). Assim, novas possibilidades de ações terapêuticas ocupacionais são ensaiadas, como atividades de prevenção e promoção da saúde, atividades educativas, ações no território, na comunidade, no domicílio, práticas intersetoriais, ações de inclusão social, escolar e no trabalho, contribuições para o trabalho em equipe, tecnologias voltadas à participação social e de cidadania, ações de inclusão social, escolar e no trabalho, entre tantas outras.

Com o conceito de *sujeito coletivo* também tratado pela Saúde Coletiva, em detrimento de abordagens focadas apenas no indivíduo, há a manifestação da importância da compreensão de que os processos de adoecimento e de que os cuidados não podem mais ser explicados tão somente pelas dimensões biológicas e ecológicas. Há a necessidade do rompimento com o conceito de causalidade na determinação dos processos de adoecimento e novas explicações sobre os fenômenos que acompanham as populações ganham espaço, inclusive as tradicionalmente atendidas pela terapia ocupacional, como as pessoas com transtornos mentais e pessoas com deficiência.

Nos anos 1980 e 1990, o encontro dos diversos conhecimentos advindos das várias profissões se avivou, sendo aditadas propostas interdisciplinares (LUZ, 1988) no trabalho em equipe e, mais recentemente ganhou importância a discussão sobre as práticas interprofissionais (PEDUZZI et al., 2016). O imperativo de ampliar o entendimento sobre a finalidade da ação no campo da saúde e de como cada profissão pode contribuir para tanto e, mais, de como as diferentes categorias podem compor o trabalho em equipe, torna-se um debate engendrado tanto no cotidiano dos serviços de saúde quanto nas análises produzidas na academia. Questões relacionadas à composição das equipes, à forma de organizar os serviços, de como responder às necessidades de saúde, do entendimento de quais são as finalidades das ações profissionais e, finalmente, de como são constituídas as novas políticas públicas de saúde, estão presentes, entre outras, no debate atual da Saúde Coletiva.

Mota e Marques (2018, p. 25), fazendo referência à Fleury (1997, p.17), afirmam que a constituição da saúde como direito se obtém no universo da redemocratização do país, no processo da constituição do SUS (1988) e na relação indissociável entre cidadão, direito e saúde. Ambos são sujeitos atuantes na ampliação da consciência sanitária, cuja ação se dá no plano individual e coletivo. Essas premissas também devem incorporar a leitura das ações no campo da Saúde Coletiva. Pressupõe atores participantes através de conselhos de saúde, movimentos sociais e organizações dos profissionais na defesa do SUS. Para os autores não há dissociação do campo da Saúde Coletiva, com a constituição do SUS e com os processos democráticos presentes ou não no país. Os profissionais da saúde devem ser compreendidos como trabalhadores, inseridos em um sistema de oferta de serviços, em um sistema de saúde, não mais como profissionais liberais. Os usuários são cidadãos com direitos. Desde a década de 1980, parte da categoria profissional de terapia ocupacional tem se alinhado a essa proposta, quando muitos profissionais se inseriram em movimentos sociais e de luta pela redemocratização do país. Aproveitaram esses momentos para compor o novo perfil da profissão, desde então mais inserido em serviços públicos.

Após 2010 a Terapia Ocupacional passou a estar presente em normativas de diversas redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde - SUS (OLIVER, 1990; ALMEIDA; CAMPOS, 2002; ROCHA, 2006; ROCHA et al., 2009; ROCHA, 2019), se inseriu no Sistema

Único de Assistência Social - SUAS (GALHEIGO, 1999; BARROS; GHIRARDI; LOPES, 2002) e, mais recentemente no campo da Educação (ROCHA; BRUNELLO; SOUZA, 2018), com a ampliação de suas ações para a rede regular de ensino, com a instituição das propostas legais de inclusão escolar de pessoas com deficiência.

No campo da saúde, o Ministério da Saúde, criou diversos programas fragmentados (AZEREDO, 2018; ROCHA, 2006; ROCHA, 2019) como o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no SUS (1993), a Carta ao Usuário (1999), o Programa Nacional dos Serviços Hospitalares - Pnash (1999), o Programa de Acreditação Hospitalar (2001), o Programa dos Centros Colaboradores para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar (2001), a Norma de Atenção Hospitalar – Método Canguru (2000), a Política de Nacional de Humanização (2003), o Programa Viver sem Limite (2011), entre outros.

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde lançou a portaria 4.279, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como estratégia a superação da fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, além de aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência. Em 2011 foram priorizadas Redes Temáticas, que deveriam se organizar a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as populações ou pessoas, sendo estas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência. Contudo, a implementação dessas Redes Temáticas não se concretizou a contento. É também importante lembrar que de 2016 para cá muitas políticas foram criadas no movimento da contrarreforma, como a Política Nacional de Atenção Básica - Política Nacional de Saúde Mental (PNAB/PNSM).

Especificamente em relação à terapia ocupacional, a expansão das possibilidades de ação da profissão só foi possível mediante algumas dessas iniciativas. No entanto, as condições atuais de organização, financiamento e implementação de políticas do SUS ainda sofrem com problemas remanescentes do início de sua implantação, uma vez que nenhum governo ou partido político assumiu o financiamento e a implementação do SUS como

prioridade nacional. (CAMPOS, 2018). O SUS foi implantado, mas não se encontra consolidado (PAIM, 2018), sendo os maiores obstáculos e ameaças o seu subfinanciamento e a privatização no âmbito da financeirização do orçamento público. O maior desafio continua sendo o político (CAMPOS, 2018).

Desse modo, do início da década de 2000 para os dias atuais, a profissão, assim como outras, vive situações de instabilidade e indefinições, considerando a forma como o campo da saúde vem gerenciando os serviços, através de mecanismos de privatização expressos na instituição das organizações sociais como gestoras. A prática profissional biomédica e reducionista tem sido estimulada, como forma de aprimorar o produtivismo institucional, além de que os incentivos para manter os profissionais fixados em seus locais de trabalho têm sido reduzidos, gerando grande rotatividade dos mesmos, o que leva, sem dúvida, à precarização das práticas profissionais.

No entanto, considerando ainda as transformações ocorridas no interior da profissão após a organização do SUS, pode-se afirmar que as interfaces e diálogos do corpo de conhecimentos da Terapia Ocupacional com os da Saúde Coletiva têm se fortalecido, gerando novas propostas de ensino e de pesquisa, em nível de graduação e pós-graduação, influenciando ainda a redefinição da identidade da profissão. Há um aumento significativo de produções científicas e de práticas de intervenção que contam com as influências epistêmicas e éticas da saúde coletiva.

Assim, a intervenção terapêutica ocupacional, nessas novas perspectivas teóricas, desloca seu foco da eliminação da patologia, da incapacidade, da desvantagem, das práticas corretivas do corpo e da mente para questões de direitos humanos; de participação social e política; de autonomia; do "bem viver"; de acesso à educação, saúde, cultura, lazer, esporte, trabalho, tecnologias assistivas; e ao pleno exercício da sexualidade e da afetividade, entre outras necessidades e direitos do ser humano. Esse movimento da categoria profissional questiona as origens epistêmicas positivistas da profissão, que deixam de ser hegemônicas na área, surgindo assim propostas de rompimento com os diversos modos de intervenção, muitos alinhados às ideias higienistas e da eugenia.

O aumento dos campos de ação da profissão possibilitou a ampliação da população que está sob seus cuidados: além das pessoas com deficiência, com sofrimento mental, com

deficiência intelectual e os idosos - que usufruíam dos serviços das instituições especializadas e de segregação, como hospitais especializados, centros de reabilitação, abrigos residenciais e escolas especiais -; foram incluídas pessoas que possuem doenças ou incapacidades transitórias ou permanentes, como do campo da saúde do trabalhador, pessoas hospitalizadas, população infantil, adolescentes, presidiários, moradores de rua, idosos fragilizados ou não, migrantes e refugiados, trabalhadores adoecidos, pessoas em situação de vulnerabilidade social e de vivência de violência, relacionadas às questões de gênero, de sexualidade, entre outros. A preocupação foi de incorporar a compreensão sociológica, a histórica, a política e a antropológica sobre as necessidades desses grupos populacionais. Simultaneamente, a inserção da profissão no campo da saúde também deixou de ser exclusivamente no nível secundário e terciário e, no final dos anos 1990 em diante ocorreu, ainda que timidamente no país, a inserção da profissão em alguns serviços de Atenção Primária à Saúde - APS.

No município de São Paulo, durante a gestão da prefeita Luiza Erundina, entre 1989 e 1992, foi feito um esforço para ampliar a assistência das pessoas com transtorno mental e com deficiência e proporcionar o direito ao atendimento integral. Houve a ampliação do número de terapeutas ocupacionais na rede de saúde do município, que cresceu de três para 241 profissionais de terapia ocupacional, sendo que a maioria deles ficou lotada nas unidades básicas de saúde. Esse fato inaugurou um novo momento para a profissão, que passou a compor o quadro de profissionais na atenção primária à saúde em várias localidades da cidade, sendo que as práticas profissionais desse período tiveram a influência do movimento sanitário e das discussões sobre saúde coletiva presentes no país. (LOPES, 1999; HO; OLIVER, 2005; CALDEIRA, 2009).

Dos anos 1990 a 2019, a produção acadêmica da terapia ocupacional analisou a entrada da profissão na APS, assinalando intensa preocupação com a necessidade de ampliar as formas de acesso da população aos serviços e com a integralidade na assistência, afirmando a importância da interdisciplinaridade, da intersetorialidade e do trabalho em equipe, além de ressaltar preocupações com as estratégias utilizadas pela profissão nesse nível assistencial. Os artigos descrevem experiências realizadas na APS, com destaque para a inovação que as mesmas trouxeram para as políticas públicas das décadas de 2000 e 2010.

São narrativas de estudos de prevalência de deficiência e incapacidades nos territórios de abrangência dos serviços, de organização de intervenções, propostas de abordagens comunitárias e territoriais, discussões sobre experiências exitosas de inserção da terapia ocupacional e estudos sobre os fundamentos da terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde (ALMEIDA; TISSI; OLIVER, 2000; ALMEIDA; OLIVER, 2001; ALMEIDA; CAMPOS, 2002; HO; OLIVER, 2005; ROCHA, 2006; SOUZA, 2006; BOURGET, 2008; JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008; ROCHA; KRETZER, 2008; FERREIRA; OLIVER, 2010; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; SOUZA; ROCHA, 2010; ANTUNES; ROCHA, 2011; ROCHA et al., 2011; AOKI, 2009; CALDEIRA, 2009; MASUCHI; ROCHA, 2012; REIS; GOMES; AOKI, 2012).

A literatura também aborda a inserção da terapia ocupacional nesse nível assistencial considerando as políticas públicas existentes no Brasil, suas perspectivas sócio-históricas e de como contemplam a profissão de terapia ocupacional. (MALFITANO; LOPES, 2003; ROCHA, 2006). Rocha, Shimizu e Barrales (2002) e Pimentel, Costa e Souza (2011) narram ainda experiências de ensino em que os estudantes são chamados a atuar na APS considerando campos de conhecimento, para além das abordagens biomédicas e organicistas, como a epidemiologia, as ciências sociais e humanas. Igualmente, há a preocupação com as estratégias, ações e ferramentas do terapeuta ocupacional neste novo campo de assistência (AOKI, 2009; CALDEIRA, 2009; TING, 2009; FERREIRA; OLIVER, 2010; RAFACHO; OLIVER, 2010).

Nos anos 2000 ocorreram cinco experiências exitosas de ações específicas de reabilitação das pessoas com deficiência e incapacidades na Atenção Primária à Saúde, em diferentes municípios do país. Essas experiências foram organizadas por gestores municipais e estaduais que tiveram a participação da terapia ocupacional nas equipes implantadas. São elas: 1. Camaragibe (PE), através da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, no período de 2000 a 2005; 2. Belo Horizonte (MG), através dos Núcleos de Reabilitação também da SMS, no período de 2004 a 2008; 3. Sobral (CE), através da Residência Multiprofissional com ações no campo da saúde mental e de reabilitação de pessoas com deficiência; 4. São Paulo (SP), na região sudeste, em Sapopemba/Vila Prudente, através da Secretaria Estadual de Saúde – SES/SP e MS/SP em parceria com ESF/Fundação Zerbini de 2000 a 2008 e 5. São Paulo (SP), na região leste, em Itaquera, em parceria com a ESF/Casa

de Saúde Santa Marcelina, de 2000 a 2008 (SÃO PAULO, 2000; BRASIL et al., 2005; VÉRAS et al., 2005, 2007; BOURGET, 2008; JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008; ROCHA; KRETZER, 2008, 2009). As experiências realizadas nas regiões leste e sudeste da capital paulista contaram com a assessoria do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva, do curso de Terapia Ocupacional da USP, sob minha coordenação e, assim como as acima lembradas, foram precursoras da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, pelo Ministério da Saúde, em 2008.

Com a regulamentação da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família em 2008 (BRASIL, 2008), ocorre a expansão da terapia ocupacional na atenção primária à saúde. No entanto, mesmo depois de dez anos de existência dos NASF, a consolidação da terapia ocupacional na atenção primária ainda demanda esforços.

A inserção das ações da profissão na atenção primária à saúde é uma ação complexa que supõe o desenvolvimento de tecnologias apropriadas a esse nível assistencial. Não se trata de adaptação da tecnologia tradicional a um novo mercado de trabalho, mas sim da constituição de novas formas do agir profissional, que insere metodologias próprias a esse nível assistencial, exigindo, portanto, a incorporação dos pressupostos defendidos na atenção primária à saúde abrangente (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa inserção também tem alimentado inquietações em torno dos fundamentos epistemológicos da intervenção terapêutica ocupacional, bem como a necessidade de rever as concepções exclusivamente organicistas de saúde. Ela suscita também a necessidade de se repensar as questões referentes às populações atendidas de maneira deslocada dos conceitos de Normal/Patológico, advindos do século XIX e ainda presentes nas práticas de saúde e da Terapia Ocupacional.

Outra preocupação ainda em debate é a forma de sua participação nas equipes de saúde da Atenção Primária à Saúde. Atualmente a forma prevalente é através do NASF-AB, no entanto, essa modalidade precisa ser rediscutida, pois entendemos que se trata de uma forma restrita de atuação, não só para os terapeutas ocupacionais, como para os outros profissionais que compõe a proposta. É necessário aprofundar os estudos sobre essas experiências e recompor as formas de organização e trabalho das equipes de saúde na APS,

considerando a riqueza da proposta da Estratégia da Saúde da Família (CARDARELLI, 2016; TESSER, 2017; TESSER; POLI NETO, 2017; SILVA, 2018).

Especificamente no campo da reabilitação das pessoas com deficiência, já é evidente que cerca de 80% das demandas dessa população pode ser respondida na APS se ela contar com profissionais da área de reabilitação, entre eles a terapia ocupacional (ROCHA; PAULA; KRETZER, 2004; ROCHA e KRETZER, 2008 e 2009), pois é o local que mais facilita ao acesso, possibilita ações no cotidiano, no domicílio e comunidade, em sintonia com as premissas da APS (ONU, 1992; OMS, 1981, 2003, 2010, 2016; OPAS; OMS, 2005).

Azeredo (2018, p. 180) traz uma preocupação que consideramos relevante e que do nosso ponto de vista coaduna com as preocupações que apontamos em relação à qualidade da assistência que está sendo desenvolvida pelas equipes do NASF/AB. Ele coloca que a literatura acadêmica da Saúde Coletiva do período de 2000 a 2017 ressalta a presença da violência institucional em saúde, de forma bastante paradoxal, dentro das propostas de combate a ela, ou seja, em meio às ações consideradas de *humanização*. Violência essa que se manifesta por meio da superficialidade burocrática em diferentes territórios, nos diferentes níveis de atenção à saúde e nos mais variados serviços. A literatura do período traz propostas de combate à violência institucional através de reformas curriculares nas graduações em saúde, rodas de conversa entre profissionais e usuários e alterações de gestão de serviços por meio da composição de comitês de humanização. Para o autor, as produções acadêmicas interpretam a emergência da violência nos processos de trabalho na saúde como fruto de uma crise interna, uma peça quebrada no sistema de saúde. Logo, o seu reparo tem que ser operado por dentro. Para o autor, no entanto, a violência na produção do trabalho não pode ser operada por dentro e sim compreendida na organização do trabalho, que precisa ser repensada.

Nessa direção, Azeredo (2018) observa que o modo como os serviços estão organizados, burocratizados e desenhados geram dificuldades no seu exercício. Afirma que a violência no serviço ocorre quando se desconsidera a

[...] subjetividade do paciente/usuário focando-se somente no seu corpo e as propostas da ciência contemporânea para sua manutenção. Dessa

maneira, abre-se caminho para a violência quando se ignora o paciente/usuário em seus desejos, na sua história, no uso pessoal que faz do próprio corpo e seus projetos de futuro. (AZEREDO, 2018, p. 187).

As provocações do autor instigam os profissionais e a academia a refletirem sobre o trabalho desenvolvido na Saúde Coletiva e mais especificamente sobre as contribuições de cada profissão e os modos como estão inseridas nas propostas desenvolvidas, sejam elas advindas de diretrizes nacionais, apregoadas pelo Ministério da Saúde, das secretarias ou daquelas ocorridas em práticas específicas do cotidiano dos serviços.

Cabe ressaltar que os modelos tradicionais de cuidado são limitados na resposta às necessidades dessas populações. As premissas da Saúde Coletiva podem e estão trazendo contribuições no redesenho dessas práticas. Porém, é importante lembrar que as mesmas se tornam ainda mais complexas considerando aspectos da conjuntura atual, como a crise na democracia e a presença da violência na sociedade e nas propostas de implementação de serviços públicos de saúde.

Aqui, a proposta é contribuir com uma Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde que contribua para a compreensão e reorganização do trabalho e para o fortalecimento da potência das pessoas, profissionais e usuários, no entendimento de um corpo que está em relação, *um corpo relacional*, na perspectiva de uma *terapia das paixões* que atue no fortalecimento das capacidades de autonomia dos indivíduos e dos grupos, no desmonte dos processos de inclusão perversa ou de exclusão social e no enfrentamento das relações violentas, expressas muitas vezes em abordagens tecnicistas ou de outros modos, ou seja, uma Terapia Ocupacional composta à luz da *filosofia espinosana*.

3.2 Pessoas com deficiência e a Atenção Primária à Saúde

Os sistemas de saúde norteados pela Atenção Primária à Saúde são resolutivos e apresentam maior eficiência (OMS, 2008), com impactos positivos nos indicadores de saúde. Trata-se, ainda, de uma proposta imprescindível para todos os países, pois melhora a qualidade de saúde da população, é resolutiva e promove o acesso. No entanto, nem sempre esse nível assistencial é valorizado, pois vários interesses de ordem econômica, política e ideológica propagam a ideia de que a sua ação não é importante ou eficaz, o que

permeia o imaginário social e a formação dos profissionais de saúde. Há também inúmeras formas de entender esse nível assistencial, com diferentes concepções a seu respeito e, por conseguinte, distintas maneiras na sua organização (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008; MELO, 2009).

Com a Conferência de Alma-Ata, em 1978, que afirmou que a APS precisaria ser a porta de entrada dos sistemas de saúde de forma a promover o amplo acesso da população aos bens de saúde, às ações de prevenção, de promoção da saúde, de cura e reabilitação, além de ações intersetoriais e educativas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Porém, essas propostas foram amplamente contestadas a nível internacional por agências internacionais, como a Fundação Rockefeller, Banco Mundial, a Fundação Ford, o Centro Internacional para a Pesquisa e o Desenvolvimento (Canadá) e a Agência Internacional para o Desenvolvimento (USA) que propuseram, em 1979, a definição da APS como *Seletiva, de modo a reduzir os custos* e combater as principais doenças dos países pobres (CUETO, 2004). Dessa forma, em muitos países, a APS se constitui de maneira a não contemplar todas as populações, entre elas as pessoas com deficiência, que continuam a ser consideradas como grupos que apresentam demandas complexas de cuidado e, portanto, demandam serviços de alta complexidade, concentrados em grandes centros urbanos, e com equipes especializadas (ROCHA, 1991, 2006, 2019).

A APS Seletiva trabalha com uma cesta básica constituída por ações avaliadas como de objetivos claros e resultados fáceis de aferir, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, reidratação oral, aleitamento materno, imunização, suplementação alimentar, alfabetização feminina e planejamento familiar. Todavia, esse modelo também é passível de críticas, pois sua forma reducionista de sanar questões de saúde é insuficiente e pouco efetiva nos cuidados e prevenção das doenças (GIL, 2006).

Em 2005, a Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, em consonância com proposições da OMS, publicou um documento em que defende a renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas (OPAS; OMS, 2005), de modo a se realizar uma atenção universal por meio de uma abordagem integral e horizontal nos sistemas de saúde, com cuidados guiados pela qualidade e com destaque na promoção, prevenção,

intersectorialidade, participação social e responsabilização dos governos, que passou a ser denominada de *APS Abrangente* (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

As características essenciais da *APS Abrangente* foram definidas em quatro eixos: a. *Porta de entrada*: seria considerado o serviço de primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, tanto em casos de doenças, como em cuidados gerais da saúde e encaminhamento para serviços especializados; b. *Longitudinalidade*: refere-se à continuidade do acompanhamento do usuário, de um território adstrito, através de relações de cuidado e responsabilidade, ou seja, com vínculo; c. *Integralidade/Abrangência*: oferta de um conjunto de intervenções que contempla aspectos orgânicos, psíquicos e sociais da saúde, reconhecendo assim a complexidade do processo saúde-doença. Essa complexidade requer também articulações nos diferentes níveis de atenção e de ações, como exames laboratoriais, especialistas, internações e articulações intersectoriais e sociais; d. *Coordenação*: de cuidados na unidade de APS e nas diversas outras ações necessárias para a solução de demandas menos habituais e mais complexas dos usuários.

No bojo dessas disputas internacionais e com suas particularidades no Brasil, a atenção à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência na APS é uma tarefa ainda em construção, apesar das iniciativas de inserir profissionais que tradicionalmente assistem essa população, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Essa inserção não é abrangente, muitos estados e cidades não contam com esses profissionais, e, quando eles existem, são em poucos locais. Outro aspecto a ser considerado é que apesar dos NASF/AB estarem em expansão, suas práticas nem sempre são abrangentes o suficiente para inserir a população com deficiência e suas necessidades no seu campo de ação (TESSER, 2017; ROCHA, 2019; SILVA, 2018).

É importante lembrar que o SUS, enquanto sistema universal de saúde, pela sua própria natureza de universalizar a assistência, supõe um usuário que não se define por uma circunstância sociológica específica, o que pode ser avaliado como um paradoxo nesse Sistema, pois em relação às pessoas com deficiência, elas são, ainda, consideradas como um grupo que necessita de políticas específicas e propostas organizacionais de serviços especializados. A legislação brasileira é rica em leis e decretos para as pessoas com deficiência (BERNARDES, 2009; BRASIL, 1991, 1999, 2008, 2009, 2015; LIMA, 2007) e no

campo da saúde muitas são as diretrizes e propostas ministeriais de organização dos serviços para a atenção às pessoas com deficiências (BRASIL, 1993, 2001, 2002, 2003, 2004a, 2004b, 2006, 2010b; SÃO PAULO, 2012), no entanto, as normativas legais e institucionais nem sempre são garantidas ou aplicadas.

No país como um todo, nem sempre as normativas ministeriais estão implantadas e ainda predomina uma grande rede de serviços que ocorrem em instituições conveniadas ao SUS, de origem filantrópica, como as APAE, Pestalozzi, AACD, entre outras. Essa forma de organização dos serviços promove uma exclusão da pessoa com deficiência do SUS como um todo, pois muitos locais atuam como o espaço exclusivo de acesso das pessoas deficientes à rede de serviços. Em muitos municípios pequenos a implantação dos NASF/AB é feita à imagem e semelhança dos serviços ambulatoriais da rede filantrópica, as equipes são alocadas em um espaço apartado das equipes de saúde da família e desenvolvem uma atividade exclusivamente ambulatorial. (SILVA, 2018). A gênese dessa lógica e organização de serviços advém do imaginário fortemente arraigado em que as pessoas com deficiência são identificadas com aquelas que são “anormais”, que fogem à norma e, modernamente, como pessoas com necessidades especiais, e isso, por si mesmo, já é indicativo da diferença em relação ao caráter universal do usuário suposto pelo SUS.

Na atenção primária ainda são poucas as possibilidades assistenciais oferecidas a essa população, pois a sua assistência não é uma ocorrência corriqueira, seja porque muitos profissionais e usuários evidenciam estranhamento com esse convívio, quer pelo despreparo técnico das equipes ou porque não existem profissionais de reabilitação nos serviços (ROCHA, 2006; BOURGET, 2008; ROCHA; KRETZER, 2008; AOKI, 2009; SOUZA; ROCHA, 2010; CALDEIRA, 2012; ROCHA, 2019). Nem todas as unidades básicas de saúde têm equipes de NASF-AB (BRASIL, 2008, 2010), e mesmo quando as têm, não está garantido o atendimento dessa população.

3.2.1 Porta de entrada ou o acesso das pessoas com deficiência nos serviços da APS

Acesso, do latim *accessu*, quer dizer ingresso, entrada, chegada, aproximação, alcance de coisa elevada ou longínqua, elevação em dignidade ou posto e também trato e

comunicação. Com certeza promover o acesso em saúde pressupõe aproximação, criação de laços, troca e diálogos promotores de transformações.

Chegar ao serviço de saúde, ou melhor, alcançar possibilidades de cuidados em saúde pressupõe conhecimentos, assiduidade nos encontros e histórias de afetos. Exige, portanto, relações. Relações que considerem o 'Outro'. Aqui o 'Outro' é o usuário e também é o profissional, que ao potencializar sua ação terapêutica, se fortalece e também se transforma.

Importante, sem dúvida [...]. Porque há muitos anos atrás era difícil os usuários daqui da região ter acesso, tanto à fisioterapia, reabilitação então, nem pensar. E a quantidade de usuários aqui, a demanda é muito grande, é claro que não dá pra ser atendido todo mundo, mas as pessoas que realmente necessitam que são as prioridades, são bem atendidas, têm um tratamento contínuo, tem casos que não tem como ter continuidade aqui dentro, dependendo de cada caso. Mas eu acho que o serviço de reabilitação é fundamental pro PSF, visto que os profissionais da reabilitação vão até a casa da pessoa, e geralmente as família, como a da paciente que a gente viu hoje, não tem como trazer a paciente aqui, então o profissional indo até a casa, mesmo que seja de vez em quando, mas pelo menos tem um acompanhamento, a pessoa não se sente tão sozinha como em tempos atrás, apesar dos usuários não reconhecerem muito isso, sempre tá querendo mais [...]. A gente que trabalha junto com o serviço, a gente vê, desse lado é diferente [...]. (Liderança) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 174).

Hortale, Pedroza e Rosa (2000) defendem que a noção de descentralização é condição necessária para melhorar o acesso, mas não é considerado um valor em si ou um fim, mas fundamentalmente uma estratégia política para se atingir o acesso. Para os autores, a saúde da pessoa é responsabilidade social, “[...] na dimensão social, o acesso é considerado como categoria fundamental [...]” (HORTALE; PEDROZA; ROSA, 2000, p. 232), pois se trata de uma categoria-valor, ou seja, é uma referência a ser atingida em qualquer serviço e deve ser orientador das políticas.

Assim, a proposta de cuidados à pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde oferece aos usuários a possibilidade de acessar ações gerais de saúde não possíveis quando os seus cuidados estão restritos às instituições especializadas de nível secundário.

Em 1991, a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, em seu Programa Regional de Reabilitação, propõe a redefinição do que é reabilitação:

La rehabilitación es un acto de atención de la salud y por lo tanto componente imprescindible de la promoción, prevención y asistencia de las personas en el mantenimiento de la salud y bienestar de ellos, su familia y la comunidad. Su ausencia implica una deficiencia del modelo de atención y en consecuencia el Sistema Local de Saúde no se puede concibir sin que la rehabilitación forme parte del mismo. (OPAS, 1991b, p. 1).

Essa definição reafirma de forma bastante assertiva, a importância da inserção da reabilitação nos sistemas de saúde, a ponto de propor, num jogo de palavras, que um sistema local de saúde sem reabilitação estaria com deficiência. Saúde aqui já é entendida como bem-estar e não como ausência de doenças. Também é significativa a preocupação com o contexto relacional da pessoa e o envolvimento da família e da comunidade na reabilitação.

A proposição da OPAS de inserção dos cuidados da pessoa com deficiência nos sistemas locais de saúde, na Atenção Primária à Saúde (OPAS, 1993), ainda é atual, insuficiente e necessária. A elegibilidade para os mesmos, onde ocorre, ainda é definida por critérios clínicos que apontam o prognóstico de evolução da intervenção reabilitacional. Como o número de profissionais de reabilitação na APS é limitado, são eleitos os usuários que têm o melhor prognóstico clínico e cuja intervenção deverá ser o mais breve possível e, em geral, há um encaminhamento para o nível secundário. No entanto, também são limitadas as possibilidades de atenção no nível secundário, mesmo nos grandes centros urbanos (BOURGET, 2008).

Cabe ressaltar ainda que o usuário desses serviços deve possuir condição de deslocamento de sua moradia até os serviços especializados de reabilitação, recursos financeiros para a alimentação na rua, presença de algum cuidador e acesso ao transporte público ou privado, condições que, por si sós, já restringem a população que será atendida.

A Constituição de 1988 garante o direito universal e integral à saúde para todos, no entanto, somente em 1993 é que foi organizada a primeira proposta ministerial de atenção à pessoa portadora de deficiência no SUS (BRASIL, 1993), e apesar do propósito do documento ser de orientar os gestores municipais e estaduais a implantar ações de reabilitação descentralizadas e regionalizadas, em todos os níveis de atenção, apenas nos estados de São Paulo e da Bahia é que elas foram organizadas em alguns municípios, geralmente de médio e grande porte (SÃO PAULO, 1985; ROCHA, 2019).

Entretanto, nos anos seguintes (1990-2000), a assistência à saúde da pessoa com deficiência ainda apresentou dificuldades de se constituir de forma orgânica no Sistema Único de Saúde. A tradição de oferta de serviços especializados em grandes centros urbanos prevaleceu, com a inserção desses serviços no nível secundário ou terciário (ROCHA, 2006). Assim, mesmo com o processo de regionalização e descentralização dos serviços, muitos usuários com deficiência têm encontrado dificuldades de usufruírem de todos os recursos do SUS, pois ainda são restritas as ofertas de ações de reabilitação em todos os níveis assistenciais.

[...] uma outra coisa importante nessa proposta é a questão do acesso, até então os serviços de reabilitação eram todos centrados na região central da cidade, na região da Zona Sul, embora o HC ou até outros locais tenham tentado descentralizar um pouco, mas foi muito pouco, então eu acho que esse programa junto ao PSF ele também tá investindo na questão de acessibilidade. (Médico) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 173).

Mesmo quando os cuidados à pessoa com deficiência são ofertados na Unidade Básica de Saúde - UBS, muitos usuários não conseguem ir até os serviços, pois não conseguem sair de seus domicílios devido às dificuldades de movimentação, com restrição ao leito, têm problemas com a locomoção, com o transporte, ausência de acompanhantes, dores ou ausência de equipamentos de ajuda (cadeira de rodas, próteses, órteses, bengalas, andadores e muletas), assim como encontram barreiras arquitetônicas no domicílio, como escadas e desníveis, ou nos arredores e espaços públicos, como ruas íngremes, sem calçamento, esburacadas ou distantes do serviço (SOUZA; ROCHA, 2010):

[...] aqui a rua é muito ruim... pra nós e pra quem tá ajudando a gente empurrar a cadeira (U1).

[...] Aqui em São Paulo tem um problema crônico: tem guia baixa, só que vai reformando, e a rua é mais alta do que a calçada de tanta reforma que teve na rua. E os outros acham que essa guia baixa vai resolver o problema da acessibilidade. (U2)

[...] não tem elevador nem nada, as pessoas têm que levar a gente no braço... nas salas do posto não tem espaço pra mim entrar com a cadeira. (U3)

[...] Porque você vai pegar um ônibus e não tem naquela linha ônibus pra deficiente [...] e quando tem você não sabe se pega, porque ou tá

quebrado, ou tá lotado, cheio de gente no lugar que era pra ir a cadeira de rodas. (U4)

Não tem ônibus direto! E tem um negócio chamado Atende que eu acho que não atende nem o telefone! (U5) (SOUZA; ROCHA, 2010, p. 235).

Assim, o acesso aos cuidados em saúde oferecidos nas UBS também pode ficar restrito àqueles que têm possibilidades de deslocamento até o equipamento de saúde, se não houver outras ações, como o atendimento domiciliar (SILVA, 2018). No entanto, é importante destacar que o cuidado no domicílio resolve em parte o problema, pois quando o usuário necessita de outros serviços de saúde nas UBS ou em ambulatórios de especialidades, ou laboratórios de exames, a questão da restrição ao acesso permanece. Para eliminar essas barreiras de acesso é necessária uma política de acessibilidade, com articulação intersecretarial, com rede de transporte público adaptado, de boa qualidade e em quantidade suficiente; presença de cuidadores sociais e democratização do acesso aos equipamentos de ajuda (cadeiras de rodas, bengalas, muletas, etc.) fornecidos pelo Ministério da Saúde. Não se trata de uma tarefa simples, demanda decisões políticas e investimento:

Bom, a rampa eu já estou pedindo já tem um tempo, eu já estou aqui há quase três anos e meio e essa rampa ainda não foi construída, mas esta pra ser feita uma reforma na unidade, que era pra ter iniciado em setembro e eu acho que vão tentar incorporar isso nas necessidades das pessoas com deficiência, não tem banheiro pra deficiente, isso era uma das coisas que a gente gostaria que tivesse. (Diretor da UBS 3)

[...] Antes tinha degrau, um monte e em uma das reformas eu consegui fazer uma rampa, só que ainda tem um degrauzinho pra entrar nos consultórios na parte de baixo e de cima. Banheiro a gente não tem, ainda tem uma dificuldade nesse sentido, mas não tem muito como mexer, é meio complicado... mas a gente dá um jeito, não vai deixar de atender por conta disso. (Diretor da UBS 6)

[...] Pra chegar na unidade não tem dificuldade, mas assim a dificuldade é do prédio, então pra entrar na unidade tem um degrau, tem escada pra chegar no segundo andar e a estrutura do prédio.... Não vislumbro como mudar isso, a não ser que fizesse uma ampliação pros lados, mas não tem como, é um prédio em dois andares que tem uma escada que é bastante inadequada, ela não é larga o suficiente, não tem elevador, tem alguns procedimentos que a gente tem que descer pra fazer lá embaixo no primeiro andar. Os banheiros não são adequados, nem o banheiro de

usuários, não o banheiro de funcionários, tem um banheiro só pra população e ele não é adaptado. (Diretor da UBS 5) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 178).

Especificamente em relação às condições estruturais da maioria das unidades básicas de saúde é notória a necessidade de adaptações dos espaços físicos, pois muitas têm rampas, escadas, corredores estreitos, ausência de banheiros adaptados, entre outros problemas arquitetônicos, que dificultam a circulação de pessoas com cadeira de rodas ou com outras dificuldades de locomoção. O entorno de cada UBS também é complicado em termos de acessibilidade, geralmente possui muitas barreiras que dificultam o acesso, como calçadas irregulares, ausência de rampas ou de sinalização, assim como de transporte público adaptado, mesmo quando é possível a circulação do usuário dentro dos equipamentos de saúde.

É preciso considerar igualmente a *Acessibilidade Integrada* (LOPES, 2005, 2007), que busca criar um sistema interligado de acesso às áreas envoltórias ou adjacentes e aos elementos da estrutura urbana, que colaboram na caracterização e interação do espaço ou edifício aos meios de transporte e rotas acessíveis. Essas condições beneficiariam a todos os usuários e profissionais e não somente às pessoas com deficiência, aproximando a todos a partir de suas necessidades de participação e usufruto dos serviços.

Muitas unidades básicas de saúde não dispõem de espaços adequados para atendimento do usuário com deficiência, tais como salas acessíveis e espaçosas, disponíveis no dia-a-dia para reuniões, atendimento grupal, realização de oficinas e atividades educativas e outras atividades específicas das equipes de reabilitação e de saúde mental.

Travassos e Martins (2004) colocam que a equidade no acesso aos serviços de saúde é um princípio que orienta o SUS e que a distância, as características do sistema de saúde, os fatores ambientais externos e os fatores incapacitantes no nível da comunidade podem comprometer essa premissa, merecendo o desenvolvimento de estudos que aprofundem os diferentes aspectos envolvidos nessa discussão.

Cabe aqui ressaltar que os aspectos relacionados a fatores ambientais, bem como as estruturas dos espaços físicos dos equipamentos de saúde são particularmente relevantes ao analisarmos as questões que garantem ou dificultam o acesso da pessoa com deficiência aos serviços, pois, embora a obrigatoriedade de se construir espaços acessíveis

(ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004³⁹) remonte no Brasil desde 1986⁴⁰, ano da primeira norma técnica oficial brasileira, essa prática ainda não foi na sua totalidade incorporada em todas as cidades do país.

Particularmente em relação às UBS, as condições de acessibilidade aos equipamentos são muito precárias, pois muitas funcionam em edifícios adaptados, casas ou outras construções que não seguem a normas das edificações públicas. Estudos relatam as condições precárias nas UBS de diferentes regiões do país (RAMOS; LIMA, 2003; ROCHA; KRETZER, 2008). Siqueira et al. (2009) observaram que em 240 equipamentos de saúde, que 60% desses serviços têm importantes restrições ao acesso de idosos e pessoas com deficiências pela presença de degraus, salas de espera inadequadas à circulação, assim como ausência de corrimãos, rampas e banheiros adaptados. Essa precariedade influencia, sem dúvida, a qualidade de vida dos moradores bem como as condições de trabalho dos profissionais, podendo comprometer, portanto, aspectos relativos à saúde de todos.

A Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidades e Saúde - CIF (OMS, 2003), aponta que os fatores ambientais influenciam todos os aspectos relacionados às capacidades funcionais (funcionalidade) do indivíduo e sua participação nas atividades sociais, culturais, políticas⁴¹, entre outras: "A funcionalidade e a incapacidade de uma

³⁹ ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

⁴⁰ A ABNT possui a informação das normas em vigor em um dado momento:

Lei Federal nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, incluindo decretos de regulamentação e resoluções complementares - Código de Trânsito Brasileiro:

ABNT NBR 9077: 2001 – Saídas de emergência em edifícios – Procedimento

ABNT NBR 9283: 1986 – Mobiliário urbano – Classificação

ABNT NBR 9284: 1986 – Equipamento urbano – Classificação

ABNT NBR 10283: 1988 – Revestimentos eletrolíticos de metais e plásticos sanitários - Especificação

ABNT NBR 10898: 1999 – Sistema de iluminação de emergência

ABNT NBR 11003: 1990 – Tintas – Determinação da aderência – Método de ensaio

ABNT NBR 13994: 2000 – Elevadores de passageiros – Elevadores para transporte de pessoa portadora de deficiência.

⁴¹ "A CIF organiza a informação em duas partes; (1) Funcionalidade e Incapacidade, (2) Fatores Contextuais. Cada parte tem dois componentes:

1. Componentes da Funcionalidade e da Incapacidade

O componente **Corpo** inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo. Nas duas classificações os capítulos estão organizados de acordo com os sistemas orgânicos.

O componente **Atividades e Participação** cobre a faixa completa de domínios que indicam os aspectos da funcionalidade, tanto na perspectiva individual como social.

2. Componentes dos Fatores Contextuais

pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doença, distúrbios, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais” (OMS, 2003, p. 19-20).

A condição de precariedade de acesso aos serviços de promoção de saúde deve, portanto, ser entendida como uma responsabilidade do Estado, que priva o cidadão com deficiência de um bem social e produz dificuldades operacionais no desenvolvimento das atividades dos profissionais da saúde dirigidas a essa população, aumentando a necessidade de intervenções realizadas no domicílio, o que muitas vezes consome um maior tempo dos terapeutas, além de produzir situações de exclusão social e segregação domiciliar dessas pessoas.

Problemas de comunicação e de organização do trabalho também podem dificultar o acesso ao serviço, o que exige dos profissionais e gestores uma atenção especial em relação à organização de informações e de fluxos no espaço institucional. A necessidade de preparar os profissionais da recepção, daqueles que efetivam o acolhimento dos usuários nas unidades de saúde também é uma necessidade a ser cuidada e possível de ser realizada,

O primeiro componente dos Fatores Contextuais é uma lista de **Fatores Ambientais**. Estes têm um impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade e estão organizados de forma sequencial, do ambiente mais imediato do indivíduo até o ambiente geral.

Os **Fatores Pessoais** também são um componente dos Fatores Contextuais, mas eles não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural associada aos mesmos.

Os componentes de Funcionalidade e da Incapacidade da CIF podem ser expressos de duas maneiras. Por um lado, eles podem ser utilizados para indicar problemas (e.g. incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação designadas pelo termo genérico deficiência); por outro lado, eles podem indicar aspectos não problemáticos (i.e. neutros) da saúde e dos estados relacionados com a saúde resumidos sob o termo funcionalidade.

Estes componentes da funcionalidade e da incapacidade são interpretados utilizando-se três constructos separados, mas relacionados. Estes constructos são operacionalizados com o uso de qualificadores. As funções e as estruturas do corpo podem ser interpretadas através das alterações dos sistemas fisiológicos ou das estruturas anatômicas. Para o componente Atividades e Participação estão disponíveis dois constructos: capacidade e desempenho (ver secção 4.2). Esta interação pode ser considerada como um processo ou um resultado dependendo do utilizador.

A funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os fatores contextuais. Como já foi indicado anteriormente, os Fatores Contextuais englobam fatores pessoais e ambientais. A CIF inclui uma lista abrangente de fatores ambientais que são considerados como um componente essencial da classificação. Os fatores ambientais interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade. O constructo básico do componente dos Fatores Ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp, 2003, p. 11-12).

a fim de se oferecer melhores possibilidades de acolhimento e atendimentos mais humanizados.

O atendimento de usuários com deficiência e outros temas relacionados ao acesso devem passar a fazer parte do repertório dos profissionais, como, por exemplo, a acessibilidade a diferentes bens de saúde. Nem sempre essas questões são claras, muitas vezes as reflexões são confusas e a tendência é delegar para os profissionais do NASF/AB a resolução de diferentes questões de saúde, muitas consideradas como de responsabilidade do nível secundário, sendo a única solução o encaminhamento para esses serviços. Muitas vezes essa discussão nas equipes é evitada, pois existe uma grande demanda de usuários, poucos profissionais, e falta de clareza de como conduzir a complexidade de necessidades de saúde de muitos usuários, não apenas com deficiências.

No entanto, garantir o acesso também é promover a escuta e o acolhimento. É chegar até a história de vida do usuário, compreender o seu modo de vida e entender os sentidos que a doença ou a deficiência têm para essa pessoa e para aqueles que compõem as suas relações afetivas - familiares, amigos, comunidade onde vive – e, então, poder promover respostas às necessidades explícitas e implícitas daquele grupo, considerando as adequações necessárias dos recursos técnicos.

Acesso aos cuidados de saúde, nessa abordagem é uma ação terapêutica que potencializa os recursos do usuário, com o auxílio da técnica, que fortalece as possibilidades de gerenciamento das situações de adoecimento e de incapacidades. É gerar, por meio dos processos relacionais – profissional/usuário/família - novos caminhos de independência e autonomia.

O acesso não pode ser garantido apenas pela oferta do serviço e por uma atitude comprometida dos profissionais com os usuários, ele requer a constituição de interesses compartilhados e de trocas capazes de responder aos interesses em pauta, portanto, o estabelecimento de relações éticas entre os indivíduos e as instituições envolvidas. Ética, como expansão da capacidade de agir para existir como sujeito, aqui essa capacidade de ação dos sujeitos envolvidos - profissionais, usuários e instituição -, é favorecida pela delimitação geopolítica do território.

Considerando os princípios da Atenção Primária à Saúde e a forma como foi proposta a sua organização, seria esperado que o envolvimento dos profissionais pudesse ocorrer. No entanto, nem sempre isso acontece, pois muitos fatores concorrem para o impedimento da sua concretização, como a formação predominantemente organicista da maioria dos profissionais da saúde e as condições adversas de trabalho, entre muitas outras. Assim, do ponto de vista dos profissionais se faz necessário boas condições de trabalho, remuneração adequada e motivação para atingir a finalidade de sua ação. Do ponto de vista operacional, requer técnicas adequadas para acessar a realidade dos usuários que demandam aquele serviço.

Cabe ainda destacar a necessidade de que a APS conte com uma rede de serviços. Nessa direção, a atenção primária à saúde da pessoa com deficiência nas UBS necessita contar com o apoio de serviços secundários e terciários, mesmo considerando que esse nível assistencial pode ser de grande resolutividade no campo das ações reabilitacionais (ROCHA; KRETZER, 2008; ROCHA et al., 2009). A regionalização dos serviços e a constituição de redes são fundamentais para o apoio no esclarecimento de diagnósticos, acompanhamentos médico e de exames laboratoriais, assim como para a dispensação de equipamentos de ajuda e tecnologias assistivas.

É importante ressaltar que no campo dos desafios postos aos usuários com deficiências para acessar os serviços de saúde, além dos limites de oferta e qualidade dos serviços, existem outras dificuldades que contribuem com a escassez de acesso e que necessitam ser observadas, pois, como já mencionado, garantir o acesso aos serviços exige também um planejamento administrativo - uma atenção especial em relação à organização de informações e de fluxos no espaço institucional (SCHIMITH; LIMA, 2004; ARAÚJO; LEITÃO, 2005).

Portanto, são diversos os desafios a serem enfrentados tanto por gestores como por planejadores, estudiosos, profissionais e pessoas com deficiência. Possibilitar e/ou facilitar o acesso a pessoas com deficiências no sistema de saúde envolve a consolidação plena e democrática do SUS.

3.2.2 Longitudinalidade e continuidade na atenção à saúde da pessoa com deficiência na APS

[...] eles iam tudo lá pro Sapopemba, hoje eles estão mais próximos da sua casa, eles estão na própria área. Então eles são atendidos mais próximos, quer dizer, já melhorou porque os profissionais vieram pra unidade. Pessoas com problema de deficiência mental não saiam de casa, viviam amarradas, hoje elas saem, elas vêm na unidade pra consulta, vem pra palestra, vem pra grupos, então melhorou. O pessoal não passava no dentista quem tinha problema da saúde mental, hoje já passa, o pessoal que tinha problema mental, também não estudava, hoje já estuda, eles aprendem muita coisa aqui na unidade. E, da reabilitação, do pessoal da fisio que, dentro da própria unidade, a gente consegue ver o pessoal andando, já não fica na cama por muito tempo, já procura estar andando, sentando, falando, então eu acho que foi uma coisa assim, pra melhor. O número de consultas aumentou, lógico, mas a melhora ... foi pra melhor, porque fez todo profissional conhecer melhor o paciente, porque, muitas vezes, o pessoal não conhecia, médico não conhecia o paciente [...] (ACS) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 180).

Cunha (2009) coloca que a *longitudinalidade*, também denominada na literatura especializada de *continuidade do cuidado*, é o atributo da Atenção Primária à Saúde considerada como central, pois é responsável pelo acompanhamento do usuário ao longo do tempo e, que quando considerada em sua plenitude, impacta nas condições gerais de saúde da população, sendo responsável pelos resultados positivos desse nível de atenção.

A autora afirma que para haver continuidade do cuidado se faz necessário o acesso ao serviço de saúde e, uma vez acessado o atendimento, a coordenação do mesmo é um agente facilitador. Lembra ainda que diferentes autores na literatura nacional e internacional diferenciam *longitudinalidade* de *continuidade*.

Longitudinalidade é o acompanhamento dos distintos problemas de saúde por um conjunto de profissionais da UBS e a *continuidade* refere-se ao acompanhamento de um mesmo problema por uma mesma equipe ou não, dependendo apenas de um bom sistema informacional, como os registros em prontuários, não sendo, portanto, um elemento constitutivo da APS (STARFIELD, 2002), apesar de sua importância.

A problematização dos conceitos de longitudinalidade e continuidade do cuidado que a autora traz, corrobora com a tese de que é nesse espaço assistencial que a maioria dos

cuidados dirigidos à população com deficiência deve se dar, o que inclui ações de reabilitação.

Na atenção primária é possível observar o conjunto de necessidades das pessoas com deficiência considerando seu modo de viver, suas relações pessoais e sociais, suas possibilidades econômicas, participativas e de acesso a bens culturais, educacionais e sociais. Giovanella e Mendonça (2008) argumentam que a continuidade do acompanhamento do usuário de um território adstrito, através de relações de cuidado e de responsabilidade, pressupõe a constituição do vínculo.

As pessoas com deficiência crescem, ficam adultas, envelhecem. Suas vidas não estão restritas a quadros patológicos ou incapacidades. As questões de saúde também se transformam e necessitam de acompanhamentos distintos, em diferentes fases de suas vidas, o que inclui as transformações possíveis de seus quadros de incapacidades ou limitações funcionais e de outras questões de saúde. Muitas pessoas com deficiência encontram dificuldades para que os serviços de saúde as compreendam como seres humanos em sua complexidade, dificultando, muitas vezes, o acesso delas à serviços rotineiros da Atenção Primária à Saúde, como consulta ginecológica, dentista, vacinação, entre outros:

Uma coisa que a gente não tem é essa historia de ciclos de vida, a gente tem que saber. Até hoje eu não sei mesmo, até hoje eu não sei, mas eu pergunto pra mãe, ela tá com a vacinação em dia? Eu pergunto pra mulher se ela fez papa-nicolau, se a mulher já fez mamografia, se o homem já fez exame de próstata, questiono sobre a hipertensão, sobre a diabetes, então assim... essa é uma visão que eu aprendi no dia-a-dia. Então, entender da saúde do sujeito, independente dele ser deficiente, acho que é muito importante, senão a gente só fica olhando pra deficiência, não é pra falar só da deficiência, mas é isso que a gente acaba aprendendo na faculdade e se não é só isso que a gente quer ver, tem que ter uma visão global da saúde, pra depois você ver o indivíduo com deficiência também. Agora eu atendo um senhor que eu acho que é um caso muito interessante, ele tem PC (Paralisia Cerebral), 55 anos, ele é hipertenso e tem osteoartrose. Ele passa pela equipe de saúde da família, tem coisas que é com o médico de família, não é comigo, eu não sei, mas eu consigo avaliar, eu consigo questionar, então eu acho que a principal coisa é essa, é ver o indivíduo. Por exemplo, eu fui entender essa historia de medir, pesar criança que entra no PSF, medir perímetro cefálico, as doenças que tem na infância, isso é muito legal, porque as crianças que eu acompanho que tem PC, tem

as doenças da infância, e eu fui aprendendo no dia-a-dia, eu não aprendi isso não faculdade. (TO 1) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 100).

3.2.3 Integralidade, abrangência e coordenação de cuidados da saúde da pessoa deficiente

O SUS prevê o reconhecimento de que as ações de saúde devem buscar a integralidade na assistência, além de responder a demanda de forma contínua e racional, com tecnologia apropriada. O objeto de intervenção, nesse modelo, deixa de ser o indivíduo e sua doença e passa a ser, prioritariamente, a família e a comunidade.

No Brasil, o conceito de integralidade está presente desde os anos 1980, inicialmente aplicado a programas abrangentes para grupos específicos (CONILL, 2004), sendo que em 1988 foi assumida como diretriz para a organização do SUS no texto constitucional. Pinheiro, Silva e Machado (2003, p. 235) afirmam que a integralidade é “um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos nos diversos níveis de complexidade do sistema”.

Dessa forma, a caracterização desse princípio envolve a apreensão ampliada das necessidades da população, bem como a capacidade de adequar as intervenções em saúde ao contexto específico das realidades locais (MATTOS, 2004), reconhecendo que as ações promocionais, preventivas e curativas devem ocorrer de forma simultânea e com a mesma importância, no mesmo espaço institucional dos serviços de saúde.

Aqui se parte da premissa que inexistente a possibilidade de construção da integralidade e da equidade sem que haja garantia de acesso universal a todos os níveis de atenção (PINHEIRO; SILVA; MACHADO, 2003), o que implica no reconhecimento de ações recíprocas entre a macro e a micropolítica de saúde. Mas há de se destacar que o acesso ao serviço *per si* não garante ações integrais.

A ampliação das categorias profissionais na Atenção Primária à Saúde, como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, pode contribuir para a chegada e permanência das pessoas com deficiência e de outros grupos em situação de vulnerabilidade. No entanto, só a presença do profissional

não garante por si o acesso e o cuidado integral. É necessário um modelo assistencial que considere uma superação dos modelos biomédicos e fundados na eugenia.

Segundo o Ministério da Saúde a integralidade da atenção à saúde envolve, dentre outras coisas:

1. ideia da clínica ampliada, segundo a qual o centro da atenção se desloca do profissional isolado para a equipe responsável pelo cuidado; e da doença para a pessoa que corre o risco de adoecer, para os modos como ela adoecer e para a realidade em que ela vive; 2. o trabalho em equipe multiprofissional (formada por profissionais de diferentes áreas) e transdisciplinar (com conhecimento em várias áreas do saber); 3. a ação intersetorial; 4.o conhecimento e a capacidade de trabalhar com as informações epidemiológicas, demográficas, econômicas, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas de impacto regional, estadual e nacional. (BRASIL, 2005, p. 18).

Assim, as práticas assistenciais devem ser pautadas pela compreensão dos processos saúde-doença que consideram as condições territoriais, sociais, biológicas e psicológicas. (BRASIL, 2001). Nesse bojo, as deficiências e incapacidades necessitam ser compreendidas como produtos de uma realidade sócio-histórica e, muitas vezes, fruto da precariedade da assistência em saúde. Também é importante que a ação de cuidado conte com profissionais de reabilitação como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais compondo com as equipes de saúde da família; que existam articulações intersetoriais de modo a responder de forma complexa as necessidades que emergem como problemas de saúde e de reabilitação e, ainda, que haja o entendimento do fenômeno da deficiência como de responsabilidade do campo da saúde coletiva, com a realização de estudos sobre a incidência, a natureza e as causas das deficiências e incapacidades nos territórios.

Essa compreensão precisa gerar ações de prevenção, detecção, acompanhamento e de educação em saúde com os temas que envolvem a deficiência. Essas ações precisam ser amplas, de modo a afetar os profissionais das equipes e usuários nos territórios, como detecção precoce de crianças com alterações no desenvolvimento, prevenção de deficiência, cuidados clínicos e paliativos a diferentes doenças incapacitantes, atividades de cuidados de populações com dores crônicas, cuidados dirigidos às populações em situação de vulnerabilidade, entre outras.

Isto posto, pode-se considerar que o trabalho desenvolvido na Atenção Primária à Saúde possui dinâmicas e cotidianos específicos, dotados de particularidades a serem consideradas em cada local, assim, as singularidades de cada território promovem permanentes desafios na implementação das ações em saúde. Deve-se ainda considerar que os usuários podem ser protagonistas na produção de saúde e que, portanto, a forma como a população entende e deseja o funcionamento dos serviços, positiva e negativamente, reflete na relação que se estabelece entre a instituição e a comunidade. A população não distingue os profissionais da equipe de reabilitação dos outros profissionais, entende que se trata de uma mesma equipe de saúde, o que eles desejam é o acesso e buscam a integralidade na assistência.

Na realidade a população, no meu ponto de vista, eles não conseguem distinguir uma coisa da outra, eles acham que é uma equipe só, como eu falei a gente é um só então a população, acho que enxerga dessa forma. Eles vão a vários lugares e não conseguem, quando sabem que aqui na unidade tem, eles vêm e conseguem, mesmo uma orientação, uma avaliação, conseguem marcar consulta, daí eles ficam sabendo da importância que tem. (Dentista) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 189).

A presença de profissionais de reabilitação na APS contribui para a ampliação do olhar sobre as questões de saúde, potencializa dessa forma as possibilidades de um atendimento integral e colabora na coordenação do cuidado dos casos atendidos. São ampliadas as possibilidades de se detectar as dificuldades, problemas e situações incapacitantes que, em geral, não chegariam a um serviço de reabilitação tradicional. Gallo (2005) ressalta a importância do fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família ou em programas similares, de cuidados primários em saúde, a fim de promover a integralidade na assistência, em contraposição ao modelo tradicional, medicalizado, fragmentado, hospitalocêntrico e baseado na dependência e exclusão social. Aponta que esse profissional pode contribuir de forma efetiva em um modelo de intervenção que se baseia na inclusão social, centrada na comunidade e com a participação efetiva desta, a fim de mudar o seu entorno ou enfrentá-lo. Sem dúvida essas premissas são válidas para todos os profissionais da saúde e da reabilitação com atividades na Equipe de Saúde da Família, desde que envolvidos em um projeto de assistência que considere essa finalidade em sua proposta – o

fim da exclusão social e da segregação das pessoas com deficiências e/ou incapacidades - e que utilize estratégias condizentes. Por outro lado, nos serviços das UBS sem equipe de reabilitação, essas questões ficariam sem resposta ou teriam encaminhamentos paliativos. Assim, a ação dos profissionais de reabilitação nas UBS promove novas possibilidades de intervenção, como também permite o crescimento técnico como expansão da capacidade de agir e pensar dos profissionais, além de engendrar trabalhos conjuntos entre as equipes, contribuindo assim para a construção de saberes compartilhados e adequados às demandas:

Olha, pra TO tem a questão da parte dos adultos, tem os pacientes com AVC recente, tem os idosos que em algumas situações a gente acaba pedindo avaliação, a gente pontua a situação familiar, a situação do idoso e ela, assim que possível, vai verificar, as crianças que precisam de uma avaliação melhor de desenvolvimento, a gente tem muitas crianças em desnutrição, vítimas de maus tratos, e que fica muito sutil às vezes, em uma consulta rápida avaliar se tem comprometimento neurológico, se não tem, se tem atraso no desenvolvimento, e a gente acaba usando o atendimento da TO pra isso, e pra estimular o seu desenvolvimento e da família também, às vezes não tem nem um comprometimento neurológico, não tem nada grave, mas é uma criança que tem um atraso, e aí a gente usa o serviço da TO pra poder promover esse desenvolvimento. (Diretor da UBS 5) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 190).

Olha, foi importante porque além de eu conseguir ver o meu problema no joelho, a partir do contato com ela apareceu outras coisas, com a TO, a possibilidade de eu melhorar a minha locomoção, a minha vida diária em casa. Aí, a partir das minhas conversas com ela, eu tive contato com a Terapeuta Ocupacional, inclusive ficou da gente voltar a ter contato, pra mim ficar mais independente em casa na minha higiene, na minha alimentação, eu to até devendo um outro contato com ela, mas ela me deu uma super atenção [...]. (Usuária) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 190).

[...] chega um paciente com uma dor crônica e quer ser atendido no hospital, o hospital não vai absorver, ele vai mandar pra UBS, a UBS vai dar analgésico? Vai orientar sobre postura? Vejo que a reabilitação trouxe um diferencial na qualidade mesmo de vida da pessoa, mas ainda a demanda é muito grande. Eles acabam sendo absorvidos pela demanda, mas eu acho que assim, não existe a preocupação no território de que isso é um problema, no nível do SUS mesmo [...]. (Diretor da UBS 3) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 192).

A integralidade e a coordenação dos casos são potencializadas por meio do trabalho em equipe e das trocas de conhecimento entre os profissionais, pois há a possibilidade de ocorrerem, e serem criadas, novas formas assistenciais, levando à valorização e à qualificação das necessidades dos usuários:

Reabilitação, paciente sequelado de AVC, que está acamado, não consegue deambular, não consegue ter movimentos e a família já não aguenta mais, aí vê a luz no fim do túnel, somos nós. Aí vai lá, avalia o paciente e prescreve as ações, faz o trabalho com o paciente e orienta o cuidador como vai proceder, aí o cuidador é treinado a fazer as atividades com o paciente e depende do caso, volta com uma semana, duas semanas, um mês depois. Volta e avalia como é que está a situação. [...] paciente PC, não tem nenhuma movimentação, não fala, ela vai com a fisio, avalia, com o fono, avalia, e a TO entra pra fazer as manobras, vai ajudar o familiar a cuidar, vai dar melhor qualidade de vida para aquele paciente, adequações de cadeira de rodas, pintar a cadeira de rodas, arrumar colchão pra tirar a espuma pra fazer não sei o quê. Isso tudo é o trabalho que eles fazem, por isso que eu falo, se tirar, como é que a gente vai fazer? Tinha pacientes que a gente encaminhava pra Fisioterapia fora e nada, vai e volta, vai e volta, e não consegue, tem plano de saúde, passa um tempo e não consegue, quer tentar com a gente? Viabiliza muito, viabiliza não, faz parte do processo, não viabiliza mais, ela faz parte do processo, fazem parte da equipe [...] (Enfermeiro) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 192).

3.2.4 Equidade e o cuidado em saúde da pessoa com deficiência

Segundo Senna (2002), a temática da equidade tem ocupando lugar de destaque na discussão das políticas sociais nas duas últimas décadas. Em revisão bibliográfica, a autora foca a sua reflexão nas possibilidades da equidade no Programa da Saúde da Família e busca elementos que permitem determinar o “[...] seu potencial de incorporação de segmentos sociais vulneráveis e de promotor da equidade e da justiça social no interior da política de saúde”. (SENNA, 2002, p. 208).

Diferentes autores relacionam equidade à justiça social (WHITEHEAD, 1992; ALMEIDA et al., 1999; GIOVANELLA et al., 1996 apud SENNA, 2002, p. 207) e para Senna, o “PSF se depara com o dilema entre a perspectiva de racionalização dos gastos e a busca de equidade e justiça social” (2002, p. 208), se considerarmos que ele traz em seu bojo possibilidades de rever a forma como é desenvolvida a assistência em saúde.

A autora afirma ainda que as estratégias de intervenção, como a visita domiciliar e a busca ativa, em conjunto com o acompanhamento sistemático das famílias das áreas de abrangência, favorecem o acesso a grupos populacionais e famílias em situação de risco, que não seriam atingidas por outra modalidade de assistência em saúde. Essa possibilidade é intensificada e torna-se ainda mais desafiadora nos grandes centros urbanos, onde os problemas de saúde estão entrelaçados fortemente com os problemas sociais, de violência e de relacionamentos. Essa afirmativa é totalmente válida para populações com deficiências ou incapacidades transitórias, pois grande número dessas pessoas vive em situações de vulnerabilidade social.

Mesmo quando os serviços de Atenção Primária à Saúde contam com equipes de apoio, como NASF/AB ou profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia ou terapia ocupacional, há insuficiência de recursos, pois as questões de saúde são muitas e a introdução desses profissionais nesse nível assistencial ainda é recente, da década de 2000 em diante, e em poucos municípios. O tema equidade é recorrente e é apontado como um problema, pois o que é prioridade, o que focalizar ou discriminar na assistência não é consenso. Nos casos que necessitam de ações de reabilitação, o tema torna-se ainda mais difícil, pois muitas vezes os profissionais têm dificuldades de estabelecer critérios para priorizar a intervenção e ficam divididos entre questões técnicas e éticas:

[...] as prioridades são discutidas com as equipes, por exemplo, um caso de um paciente que sofreu um AVC há cinco anos e um que sofreu um AVC faz um mês, dois meses, quem vai ter prioridade é esse de um mês, os demais casos, por exemplo, fono, eu sei que em algumas unidades tem uma demanda muito grande, eles fazem uma oficina lúdica, de linguagem, isso é algo que tem dado bastante resultado. Esses critérios, eu acho que aí entra uma avaliação clínica deles, e eu acredito que em muitos casos eles discutem com as equipes, até pra priorizar [...] (Coordenador 1) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 197).

Embora a situação de risco e de vulnerabilidade seja considerada como tarefa de intervenção precípua de muitas equipes de saúde, sua definição consensual é polêmica, pois o tecnicismo organicista prevalece entre os profissionais, dificultando a ampliação do conceito para além dos marcadores biológicos, como detectado em pesquisa por Rocha e

Kretzer (2008) ao avaliarem a implantação de uma equipe de reabilitação no então Programa da Saúde da Família em São Paulo:

Tem por gravidade, o primeiro critério é por gravidade. É... aí eu não vou saber dizer assim, o que é mais grave para cada patologia, daí eu não vou saber dizer, mas eu acho que o critério principal é gravidade, e assim... é a gravidade mesmo, porque se eu não der uma resposta nesse momento, qual o prejuízo depois, eu posso esperar ou não. Eu acho que são esses critérios que as pessoas usam. Mas eu não sei exatamente o que é gravidade na fisio, eu não domino. (Psicólogo Saúde Mental) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 198).

Os critérios? Eu acho que os ACS trazem os casos pra eles e eu acho que vai muito em relação à criança, é uma prioridade, paciente que está restrito ao lar, o idoso, e a gravidade do caso, mas é nessa ordem mais ou menos. (Médico) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 198).

Bom, as prioridades são assim, como eu te falei, bebê de risco porque se você acompanhar um bebê que possa estar com atraso, você pode dar um suporte melhor pra essa criança, pra essa mãe, e você já pode ter uma melhora precoce, como a gente já teve muita melhora de crianças que estavam com atraso, e que não tinha sido diagnosticado nenhum problema neurológico e a reabilitação acaba conseguindo trazer essa criança pra um desenvolvimento mais próximo da idade. Outra prioridade, por exemplo, a gente tem caso de trauma, fratura, cirurgia ortopédica, a gente encaminha pra elas, elas até têm uma outra visita, mas elas não deixam de ver logo pra ver o que elas podem fazer, e se não tiver, pra ver pra onde elas podem encaminhar. Então tem algumas prioridades que a gente discute e elas já atendem, um paciente que acabou de ter derrame, por exemplo, ele é prioridade pra quem sofreu um AVC há dez anos. Esses casos assim, são coisas que a gente passa até fora da reunião porque surgiu, porque é uma urgência e elas agendam fora da reunião, a gente já encaixa, já consegue agendar, já consegue avaliar. (Enfermeira 1) (ROCHA; KRETZER, 2008, p. 198).

Porém, antes mesmo de se saber o que é prioridade entre as pessoas com deficiência e em situação de vulnerabilidade, o que está em pauta em muitos locais de trabalho na APS é se a pessoa com deficiência é prioridade no atendimento.

O tema equidade ainda requer um aprofundamento maior entre os profissionais, e por que não afirmar, na academia, considerando ainda que parte das soluções dos casos de vulnerabilidade, como coloca Giovanella et al. (1996 apud SENNA, 2000, p. 207) não prescinde de outros atores, ou seja, as equipes necessitam ser ampliadas no conjunto dos

seus profissionais e expertises e as articulações intersetoriais necessitam ser intensificadas com a finalidade de enfrentar as iniquidades em saúde.

3.3 A terapia ocupacional na atenção primária à saúde

Este subitem da tese é uma síntese dos artigos e pesquisas que tenho desenvolvido desde 2000, quando iniciei minhas atividades como assessora na implantação de ações de reabilitação no Programa da Saúde da Família, depois denominado de Estratégia da Saúde da Família, e como responsável pela implantação de ações de ensino da graduação de terapia ocupacional na UBS São Jorge, de 2008 até a presente data (ROCHA et al., 2001; ROCHA; PAULA; KRETZER, 2004; ROCHA, 2006; ROCHA; KRETZER, 2008, 2009; SOUZA; ROCHA, 2010; ROCHA; SOUZA, 2011, 2016, 2017; ANTUNES; ROCHA, 2011; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; MASUCHI; ROCHA, 2012; VAN SCHAİK; SOUZA; ROCHA, 2014; REATA, 2018, 2019; ROCHA, 2019).

Nesses 19 anos também foram desenvolvidas várias atividades em congressos brasileiros de terapia ocupacional, encontros nacionais de docentes da profissão, em que fui palestrante, conferencista, organizei simpósios, todos se referindo às atribuições e ações da terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde. Essa atividade acadêmica voltada ao tema resultou em quatro artigos que produzi com colegas de profissão, cujo objetivo foi elaborar uma síntese sobre as atividades possíveis da terapia ocupacional na APS (SOUZA; ROCHA, 2010; ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012; MASUCHI; ROCHA, 2012; VAN SCHAİK; SOUZA; ROCHA, 2014). Ainda está em elaboração um quinto artigo⁴², que deve relatar e analisar a experiência da inserção da terapia ocupacional na APS, ao estudar as atividades acadêmicas e de assistência do laboratório na UBS São Jorge, de 2008 a 2019, compiladas em dois relatórios do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva (REATA, 2018 e 2019).

⁴² Em conjunto com a terapeuta ocupacional do REATA Camila C.B. X. de Souza.

Aqui, trago parte de dois desses artigos que considero apropriados à discussão desenvolvida nessa tese, pois constituem sínteses de aspectos importantes na atividade da profissão de terapia ocupacional na APS, são eles:

1. ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

RESUMO: O objetivo deste artigo é contribuir com reflexões para ações que a Terapia Ocupacional (TO) pode desenvolver na Atenção Primária em Saúde (APS) no campo da reabilitação de pessoas com deficiências. Trata-se de uma proposição fundamentada em revisão bibliográfica da literatura e em experiências práticas do REATA - Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva no período de 1999/2010. Foram considerados os modelos assistenciais vigentes, a APS Seletiva e Ampliada, a constituição do conjunto dessas práticas no contexto histórico e prático-organizacional. Em seguida, são descritas as experiências desenvolvidas pelo REATA na APS, que motivaram a apresentação dessas reflexões em forma de proposição do trabalho da TO. Defendeu-se a necessidade de um deslocamento das intervenções terapêuticas ocupacionais instituídas sob vertentes normatizadoras, biomédicas, ou edificadas na concepção de saúde pública de base higienista, para a constituição de ações/estratégias que contemplem aspectos holísticos dos sujeitos e do território, com tecnologias leves e adequadas às demandas, como previstos na concepção de uma APS Ampliada. Finalmente, apresentaram-se possíveis contribuições da TO no que se refere às suas potencialidades tecnológicas a partir da premissa que as ações dessa profissão podem contribuir para a promoção do acesso e da longitudinalidade na assistência em saúde e dessa forma colaborar na efetivação da integralidade e equidade no SUS. (ROCHA; SOUZA, 2011, p. 36).

2. ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

Resumo: Este artigo visa fornecer subsídios para mobilizar os terapeutas ocupacionais a reflexões e estudos que fundamentem e instrumentalizem a terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde (APS) quanto às suas atribuições, ações e tecnologias. Em seu escopo pondera sobre a APS no movimento sanitário internacional, sua expressão no Brasil e reflexões históricas sobre a inserção da terapia ocupacional nesse nível assistencial.

Destaca que a formação na profissão, apesar de ser historicamente calcada na visão biomédica da saúde, vem contribuindo na efetivação de abordagens mais abrangentes sobre o conceito de saúde, pois em seu objeto de estudo e intervenção, que perpassa pela compreensão da relação que o indivíduo estabelece com suas atividades em seu cotidiano, tem-se uma ampliação da percepção dos processos de adoecimento e incapacidades e um entendimento biopsicossocial dos usuários atendidos nesse nível assistencial. Realiza também um exercício de confronto dos princípios e proposições preconizados pela Atenção Básica com os preceitos normativos, epistêmicos e pragmáticos da profissão, sugerindo atribuições, ações e tecnologias de terapia ocupacional possíveis para a APS. Finaliza com a advertência de que apesar dos avanços da terapia ocupacional, a profissão ainda se encontra acanhada quantitativa e qualitativamente em relação a suas ações, atribuições e tecnologias e sugere o aprofundamento de estudos e de debates sobre o tema, para fortalecer e instrumentalizar a terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde. (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012, p. 351).

Em 2011, com o artigo “Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios” (ROCHA; SOUZA, 2011), foram discutidos três eixos sobre a terapia ocupacional na APS: 1. De que a profissão necessitava entender as suas possibilidades e os desafios que tinha na inserção nesse nível assistencial, considerando as premissas da saúde coletiva, os modos organizacionais da APS, as características das populações atendidas e as expertises que a profissão tem decorrente do seu acúmulo histórico; 2. As possibilidades que a terapia ocupacional desperta na APS, quando de sua presença, no quesito da garantia do acesso e 3. As contribuições que as ações terapêuticas ocupacionais despertam para a efetivação da longitudinalidade dos cuidados em saúde e realização do trabalho em equipe, pois pode colaborar na identificação ou reconhecimento dessas pessoas, propor ações específicas, matricular as equipes de saúde da família, promover os encontros de cuidados em saúde, registrar adequadamente as ações desenvolvidas e encaminhar para serviços secundários e outros serviços da rede intersetorial. Segue abaixo trechos do artigo que abordam especificamente esses temas.

Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária em Saúde: possibilidades e desafios

[...] Considerando que o eixo de nossa reflexão está fundado nos paradigmas da Saúde Coletiva, entrevistamos uma TO no campo da reabilitação de pessoas com deficiência e/ou incapacidades na APS, cujo

objeto de intervenção não é a patologia/deficiência, mas sim uma população constituída de sujeitos inseridos em uma comunidade, com os seus familiares e amigos, em atividades sociais, escolares, de trabalho, de lazer, de esporte e de cultura, pertencentes a diferentes classes sociais. Avaliam-se, ainda, nessa conformação, questões relacionadas ao estigma e ao preconceito que permeiam a condição da pessoa com deficiência e/ou incapacidades na sociedade atual.

Assim, a atenção da intervenção fica focada nas singularidades e necessidades das pessoas assistidas e nas relações interpessoais, que também são consideradas como parte do cuidado, pois é através destas, que os bons e maus encontros se materializam.

Aqui, a finalidade das ações da TO desloca-se da intervenção voltada à correção corporal para desenvolver uma proposta dirigida a problemas coletivos e individuais de redução de incapacidades e deficiências, de melhora da qualidade de vida desse grupo populacional, de favorecimento da participação social, da constituição das redes sociais de apoio e da eliminação de preconceitos, discriminações, exclusão social e segregação.

É através do entrelaçamento das ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação de deficiências e incapacidades e outros sofrimentos associados, que a integralidade, a equidade e universalização da atenção à essa população, no SUS, poderão advir e consolidar.

Portanto, de acordo com essa perspectiva, as práticas da TO na APS necessitam considerar, na sua organização e concretização, os atributos que afiançam a eficácia desse nível de atenção: a garantia do acesso e da longitudinalidade na assistência, desenvolvidos através de trabalho em equipe. [...]. (ROCHA; SOUZA, 2011, p. 40).

Acesso aos serviços de saúde e as ações de Terapia Ocupacional

[...] O acesso pleno da população com deficiência e/ou incapacidades pressupõe serviços organizados para recebê-la; a articulação de ações intersetoriais que facilitem a chegada desses usuários aos mesmos e um modelo assistencial centrando em princípio ético pautado na proposta de humanização do SUS e dirigido à inclusão e participação social de todas as pessoas.

Pode-se afirmar, portanto, que as ações de TO na APS promovem a chegada e permanência dessa população, ao possibilitar a expressão de outras necessidades de assistência e contribuir na sua efetivação como porta preferencial de entrada no SUS, assegurando a universalização do acesso.

A sinalização para a população que o usuário com deficiência e/ou incapacidades pode e deve utilizar a APS traduz-se na oferta de ações

específicas de TO, como facilitação da constituição de ambientes domiciliares mais confortáveis, promoção de independência nas Atividades de Vida Diária, inclusão escolar e no trabalho, fomento de participações em grupos, oficinas e outras atividades coletivas, desenvolvimento de atividades de educação e apoio de cuidadores domésticos e sociais e acesso a equipamentos de Tecnologia Assistiva.

Outra frente de trabalho facilitadora do acesso são as ações que podem ser compartilhadas com outros profissionais, como atenção para situações de risco/ vulnerabilidade; implementação de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos; educação em saúde; estudo do território; identificação do público prioritário a cada uma das ações desenvolvidas; acolhimento das demandas das equipes e matriciamento; planejamento e acompanhamento da gestão do serviço; estimulação da participação dos usuários nas decisões; divulgação do trabalho de reabilitação junto à comunidade e estabelecimento de parcerias com outros níveis de atenção em saúde.

Do ponto de vista das áreas estratégicas do Ministério da Saúde várias são as possibilidades de trabalho com o objetivo de detectar e intervir precocemente em alterações da funcionalidade. São ações de acompanhamento de gestantes e bebês de risco; orientações e estimulação de crianças com alterações no desenvolvimento neuro-psicomotor; organização de grupos de atividades corporais ou de outra natureza destinado às gestantes, idosos, diabéticos e hipertensos; detecção e intervenção precoce em casos de hanseníase; orientações aos cirurgiões-dentistas no atendimento de usuários com alterações neuro-motoras, como adequação postural na cadeira odontológica; atividades educativas dirigidas à população e aos profissionais de saúde, como por exemplo, em temas relacionados à autonomia e independência das pessoas com deficiências no cotidiano.

Para a efetivação dessas ações é necessário que o terapeuta ocupacional tenha uma formação acadêmica que o introduza nos temas e procedimentos da saúde coletiva como atividades educativas, preventivas e de articulação intersetorial, e que domine técnicas terapêuticas ocupacionais destinadas à população com deficiências e incapacidades como manipulação corporal, adequação postural em cadeira, habilidades em transferências posturais, trabalhos corporais diversos, comunicação alternativa e/ou suplementar, domínio de fundamentos e modos operacionais de confecção de órteses e adaptações simples e de baixo custo, estimulação de bebês e crianças em risco ou com alterações no desenvolvimento, além de conhecimento de técnicas grupais, de trabalho com famílias e de manejo de situações de vulnerabilidade.

Do mesmo modo, os espaços institucionais necessitam se preparar para abrigar os procedimentos, como a disponibilização de salas para atendimento grupal e individual, com acessibilidade física e mobiliário adequado.

Para proporcionar qualidade nas intervenções é necessário disponibilizar materiais e equipamentos como colchonetes, bolas Bobath, termomoldáveis, materiais de papelaria, tintas, fios, argilas, massas, madeira, brinquedos, entre outros. Esses materiais e equipamentos devem ser encarados pelos gestores como infraestrutura fundamental para uma ação da TO, assim como são necessários os medicamentos e outros materiais e equipamentos utilizados pelos profissionais médicos e de enfermagem.

Por fim, para assistir os usuários é necessário que a organização do serviço pressuponha a inserção no planejamento institucional de ações específicas de TO e outras compartilhadas com outros profissionais, expressas através de agenda e arranjos no cotidiano.

A TO tem importância fundamental no trabalho de articulação de ações intersetoriais a fim de constituir possibilidades efetivas de participação social, de desmonte dos processos de segregação e de exclusão social, fomentando processos que visem à melhora da urbanização dos bairros, vagas inclusivas nas escolas, acesso ao Benefício de Prestação Continuada, possibilidades alternativas de trabalho, linhas de ônibus acessíveis e enfrentamento de preconceitos, discriminações, estigmas, entre outras tantas necessidades da população com deficiência fundamentais no trabalho da APS.

A evidência de que muitas das necessidades dessa população não podem ser satisfeitas apenas com a ação de um profissional ou só com os serviços de saúde, impõe por si mesma, o trabalho intersetorial como necessidade.

Portanto, o compromisso ético de desenvolver um modelo assistencial dirigido para a autonomia dos sujeitos e para a participação social, como preconizado pela APS Ampliada, requer ações que privilegiem a história, o modo de vida das pessoas e a responsabilização por parte dos usuários e dos profissionais pelo processo de intervenção. Cabe ressaltar ainda que a hierarquização e regionalização não podem ser utilizadas como instrumento de transferência de responsabilidades entre os diferentes níveis assistenciais, e que a introdução de tecnologias adequadas à demanda promove resolubilidade no sistema de saúde (BUENO; MERHY, 1997). [...]. (ROCHA; SOUZA, 2011, p. 40-41).

Longitudinalidade, cuidados em saúde, trabalho em equipe

[...] O atributo da longitudinalidade pode ser observado a partir de três dimensões: 1. Identificação ou reconhecimento da fonte regular de cuidados; 2. Relação interpessoal; 3. Continuidade informacional.

Do ponto de vista da primeira dimensão, a UBS/ESF possui adscrição de clientela e pode ser reconhecida como local de atenção dos problemas de saúde e de reabilitação das pessoas com deficiências, onde é possível abordar questões relacionadas ao conjunto do processo saúde-doença,

independência e autonomia no cotidiano, participação social e desmonte de processos de segregação e exclusão social.

Em relação à segunda dimensão – relações interpessoais – a qualidade do atendimento terapêutico ocupacional, a assiduidade nos contatos, a apropriação do histórico familiar e social do paciente; a valorização das preocupações e queixas, podem garantir um maior vínculo. Cabe lembrar, que as rotinas institucionais constantes são fundamentais no estabelecimento da confiança entre os terapeutas, usuários e comunidade. Assim, os registros dos atendimentos nos prontuários dão historicidade às intervenções com informações sobre os procedimentos realizados e a relação do usuário com os mesmos.

Portanto, o estabelecimento de protocolos complementares àqueles utilizados na ficha familiar e no Sistema de Informação na Atenção Básica – SIAB são importantes na notificação das demandas da população com deficiência. Essa tarefa pode ser realizada através de registros concisos, com dados sobre o desempenho no cotidiano, sobre a rede de relações familiares e sociais e com aspectos relacionados à participação social, de maneira que o entendimento das demandas desse usuário se amplie para além dos dados biomédicos.

Considerando que um dos atributos da APS é coordenar diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades mais frequentes e mais complexas, a assistência reabilitacional da TO permite detectar as ações mais complicadas que necessitam de serviços especializados. Assim, elaborar pequenas adaptações, prescrever a melhor cadeira de rodas, inserir a comunicação alternativa ou confeccionar algum tipo de órtese é possível na UBS e até em alguns domicílios. No entanto, a elaboração de um assento ou encosto de cadeira de rodas digitalizadas, ações de dispensação de órteses confeccionadas com termoplásticos moldáveis a altas temperaturas, próteses ou consultas com especialistas, cirurgias, entre outras, devem ser encaminhados para outros níveis assistenciais e acompanhados no retorno à APS.

Assim, a TO pode e deve ser um facilitador da longitudinalidade nos cuidados em saúde das pessoas com deficiência e/ou incapacidades ao ampliar o leque de ofertas de procedimentos na UBS. Ao mesmo tempo, considerando os diferentes momentos da vida e o processo saúde-doença desse usuário, a TO pode desenvolver ações ligadas à continuidade da assistência encaminhando-o e/ou recebendo-o de outros níveis assistenciais.

As formas de atendimento em TO são diversas e ocorrem de acordo com a demanda dos usuários, quer na UBS, no domicílio ou em espaços da comunidade, através de cuidados individuais, grupais, dos familiares e de outras pessoas do circuito relacional.

Vale ressaltar que a atividade da TO na APS necessita respeitar a lógica de que o usuário é primeiramente acolhido pelas equipes de saúde, para posteriormente serem inseridos no programa de intervenções da área. A eleição da demanda e das prioridades é decidida pelas equipes em conjunto com os terapeutas ocupacionais e, subsecutivamente, incluídas em processos de planejamento do trabalho da UBS/ESF.

Na relação com os outros profissionais, a TO pode promover diversas ações de matriciamento com temas relacionados ao desempenho funcional nas atividades da vida cotidiana, participação, independência e autonomia, discussões sobre o que é deficiência e incapacidades, possibilidades de intervenção no domicílio, na comunidade, entre outros.

As atividades de matriciamento realizadas pela TO são fundamentais no desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares, pois, as trocas constantes entre os profissionais proporcionam uma maior capacidade dos serviços em responder, com qualidade, às necessidades dos usuários, além de fomentar a integralidade. Assim, a introdução da problemática da população que necessita de TO nas reuniões das equipes de saúde contribui para o processo de responsabilização pelo “caso”.

Aqui se entende “caso” como uma situação exemplar na intervenção, que pode estar relacionada a questões específicas de um sujeito, como, por exemplo, a sua adaptação ao uso de equipamentos de Tecnologia Assistiva, como pode referir-se a problemas relacionais ou mesmo de participação social, como situações de inclusão escolar ou de outra natureza.

Desse modo, o trabalho da TO na APS está inserido numa proposta de condução contínua do “caso” pela equipe de referência (CAMPOS, 1999), que pressupõe o entrelaçamento de ações preventivas, educativas, curativas e reabilitadoras no estabelecimento de desenhos de projetos terapêuticos, os quais são executados por essa mesma equipe e por um conjunto mais amplo de trabalhadores da saúde da APS e de outros níveis assistenciais, quando necessário. [...]. (ROCHA; SOUZA, 2011, p. 42-43).

O conteúdo desse artigo (ROCHA; SOUZA, 2011) subsidiou a organização⁴³ dois Simpósios Nacional de Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde, em 2011 em São Paulo/SP e em 2013 em Florianópolis/SC, em Congressos Brasileiros de Terapia Ocupacional, promovidos pela ABRATO, Associação Brasileira de Terapia Ocupacional, e associações regionais. Do primeiro simpósio, o segundo artigo publicado por mim e colegas foi elaborado como fruto dos debates ocorridos no encontro: “*Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias*” (ROCHA; PAIVA e OLIVEIRA,

⁴³ Organizadoras: Eucenir Fredini Rocha, Fátima Correa Oliver, Camila C. X. Ximenes de Souza e Marta Aoki.

2012). Esse artigo aprofunda aspectos específicos sobre as diferentes atribuições da profissão na APS (específicas e compartilhadas) e as ações e tecnologias a serem desenvolvidas pela terapia ocupacional na APS. Trata-se de artigo que pretende contribuir para o aprofundamento da discussão sobre as possibilidades de trabalho da terapia ocupacional na APS, com detalhamento de responsabilidades e possibilidades da profissão, de modo a poder subsidiar a formação da categoria e orientar a execução de práticas profissionais.

Trata-se da primeira iniciativa de definir um escopo da profissão na APS. O texto não tem o caráter de descrição e análise de experiências e outro aspecto a ser destacado é que diversos participantes do simpósio, vindos de diferentes locais do país contribuíram com sugestões para o seu conteúdo. Coube às autoras sistematizar esses conteúdos e enriquece-los a luz da literatura já produzida na área.

Atribuições compartilhadas entre os profissionais das equipes de saúde na Atenção Primária à Saúde e a participação da terapia ocupacional

[...] Considerando a necessidade do fortalecimento do trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade, a atuação da terapia ocupacional necessita ocorrer de forma integrada e planejada com as atividades desenvolvidas pelas equipes de SF acompanhando e atendendo a casos, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.

As tarefas comuns a todos os profissionais da APS são aquelas voltadas ao planejamento das atividades da Unidade Básica de Saúde, elaboração e participação de estudos epidemiológicos, participação em reuniões técnicas e administrativas, colaboração na organização de agendas e do cotidiano institucional.

O terapeuta ocupacional deve ter uma atenção especial no que diz respeito ao estudo do território e elaboração do mapeamento da área abrangida pelas equipes de Saúde da Família, introduzindo nesse trabalho a preocupação com a identificação e busca ativa de grupos, famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade física, emocional e social, incluindo pessoas em sofrimento psíquico, deficiências, distúrbios do desenvolvimento e em situação de violência, de forma que esses usuários possam ser acolhidos na rotina do planejamento do trabalho das UBS.

Assim como os outros profissionais, o terapeuta ocupacional deve realizar cuidados de saúde à população adstrita, que podem ocorrer tanto no âmbito das unidades de saúde, como no domicílio e em demais espaços comunitários. O objetivo dos cuidados sempre será o alcance da

integralidade na assistência, considerando as necessidades e prioridades de saúde da população local, promovendo, na relação do profissional com os usuários, a escuta das necessidades e o estabelecimento de vínculo como meio de se realizar o atendimento humanizado.

Deve ainda identificar, juntamente com as equipes de Saúde da Família, a população prioritária para sua intervenção. Nas reuniões das equipes de Saúde da Família podem-se conhecer demandas que muitas vezes a própria equipe tem dificuldade de detectar como passível de ser respondida pela terapia ocupacional. Por meio de discussões entre todos os profissionais, é possível acordar a corresponsabilização no cuidado, cogestão e coordenação dos casos e a definição das tecnologias a serem empregadas.

Cabe ainda ao terapeuta ocupacional facilitar o acesso dos usuários sob sua responsabilidade às demais ações da UBS, discutindo e preparando os outros profissionais para acolher as necessidades desses usuários, e colaborando na elaboração e implantação de projetos de intervenção. A presença do terapeuta ocupacional nas atividades cotidianas das equipes de saúde facilita a comunicação e permite ao terapeuta ocupacional detectar necessidades da população local e propor ações.

Ressaltamos aqui a importância do trabalho de coordenação do cuidado, mesmo quando a população acompanhada necessita de atenção de outros serviços do sistema de saúde, cabendo ao terapeuta ocupacional colaborar nesse processo e se responsabilizar por ações que estão no seu campo de expertise. Como exemplo pode-se lembrar da necessidade do terapeuta ocupacional na APS prescrever tecnologias assistivas, órteses, próteses, uma vez que o SUS disponibiliza diversos desses equipamentos de ajuda e o acesso pleno aos mesmos depende de encaminhamentos técnicos e administrativos adequados que a profissão tem competência de desempenhar.

Todas as ações de saúde desenvolvidas na APS visam a integralidade, e a terapia ocupacional pode colaborar com conhecimentos advindos de sua formação específica. Nessa perspectiva, com ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, ações curativas, realização de ações programáticas e de vigilância à saúde.

Ainda como atribuição do terapeuta ocupacional, em conjunto com as equipes de saúde, cabe a articulação das ações intersetoriais e participar das atividades que promovam a organização da comunidade para o controle social dos serviços de saúde.

Considerando, ainda, que as atividades desenvolvidas nos serviços de saúde devem ser registradas nos sistemas de informação por todos os profissionais, é importante que o terapeuta ocupacional registre suas ações em bancos de dados com a finalidade de comunicar e divulgar o seu trabalho e contribuir em possíveis estudos e análises (VÉRAS et al., 2007).

Assim, a pactuação dos objetivos a serem alcançados, através das atividades em conjunto com as equipes de saúde, a definição de problemas prioritários a serem trabalhados, os encaminhamentos para outros níveis de atenção ou para outros serviços da rede intersetorial, o compartilhamento pelos diferentes profissionais nas atividades de intervenção dos casos, a definição de critérios de avaliação do trabalho, a necessidade de apoiadores para as ações e debates em torno do trabalho são atividades rotineiras das equipes, nas quais a terapia ocupacional pode e deve contribuir. [...]” (ROCHA; PAIVA e OLIVEIRA, 2012, p. 356-357).

Atribuições específicas da terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde

[...] Entre as atribuições específicas do terapeuta ocupacional na Saúde da Família temos o planejamento, a coordenação, o desenvolvimento, a prescrição, o acompanhamento, a avaliação e reavaliação das estratégias de intervenção terapêuticas ocupacionais a fim de prevenir doenças; promover a saúde, a independência e a autonomia no cotidiano, quanto ao desempenho ocupacional; atividades de vida diária e instrumentais de vida diária; trabalho e lazer; acessibilidade; desmonte de processos de segregação e exclusão social; emancipação social; desenvolvimento socioambiental, econômico e cultural e estimular a participação e inclusão social da pessoa, família, grupos e comunidade em atividades culturais, expressivas, econômicas, corporais, lúdicas e de convivência, como já previstas e regulamentadas pelo Coffito (CONSELHO..., 2011). No entanto, cabe aqui ponderarmos sobre essas atribuições inseridas na APS.

O terapeuta ocupacional na APS é responsável pelo planejamento, gerenciamento, coordenação e avaliação das ações terapêuticas ocupacionais desenvolvidas na Unidade Básica de Saúde, no domicílio e comunidade, e necessita se responsabilizar, desenvolver, coordenar e acompanhar ações de educação permanente, matriciamento das equipes de Saúde da Família e de saúde bucal em temas relacionados à população por ele acompanhada, como aqueles referentes às deficiências, saúde mental, alterações no desenvolvimento, violência, atividades do cotidiano, atividade lúdica e laboral, tecnologias assistivas, entre outras.

No campo da intervenção terapêutica ocupacional na APS é importante ressaltar que ela deverá ser pautada pelas demandas existentes no território, não pelas patologias ou ciclos de vida, deve considerar a necessidade de ações de reabilitação, de intervenção junto às pessoas em sofrimento psíquico e na manutenção da saúde dos indivíduos e famílias, em todas as fases do desenvolvimento humano, ponderando também as necessidades de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade ou adoecimento, acamadas, restritas ao domicílio e com alterações nas suas capacidades funcionais. Os casos sob os cuidados da terapia ocupacional são de sua responsabilidade e das equipes de Saúde da Família conjuntamente.

Do ponto de vista da prevenção de agravos e promoção da saúde é atribuição do terapeuta ocupacional diagnosticar e intervir nos serviços, domicílios e comunidade, em fatores ambientais que possam gerar dificuldades no desempenho das atividades cotidianas ou de participação social das pessoas com algum tipo de alteração na funcionalidade, que facilitam situações de adoecimento, incapacidade, segregação e/ou exclusão social (ORGANIZAÇÃO, 2003). Ainda nessa perspectiva é importante a terapia ocupacional contribuir com ações para a minimização e/ou resolução de situações de vulnerabilidade e risco social em cada área de abrangência de seu trabalho. [...] ROCHA; PAIVA e OLIVEIRA, 2012, p. 357-358).

Ações e tecnologias a serem desenvolvidas pela terapia ocupacional na APS

[...] As ações da terapia ocupacional na APS não podem ser deslocadas das ações das equipes de saúde das unidades básicas de saúde ou definidas fora do âmbito das mesmas, e as tecnologias empregadas precisam estar adequadas às necessidades da população atendida. Podemos inferir que a intervenção terapêutica ocupacional deverá estar centrada em ações que favoreçam a participação social de todos os indivíduos do território, tanto do ponto de vista individual, quanto familiar e coletivo.

No contexto dos procedimentos clínicos podem-se destacar a prescrição, confecção, orientação e treino de equipamentos de ajuda e de tecnologias assistivas; a construção de projetos de vida; a ressignificação da relação do homem com a ocupação e com o meio; a reorganização do cotidiano; a orientação, treino e habilitação para a realização das atividades de vida diária, considerando a história de vida das pessoas, sua família e o cotidiano.

A prescrição e a elaboração de tecnologias assistivas e equipamentos de ajuda para serem utilizados pelos usuários no seu domicílio, trabalho, escola ou em outros espaços da comunidade estão entre as ações específicas da terapia ocupacional, podendo aí o profissional recorrer a técnicas adequadas ao contexto de sua confecção e utilização e uso de materiais acessíveis na comunidade.

Ações interdisciplinares, intersetoriais, de educação permanente dos profissionais e da população devem orientar a organização das intervenções de terapia ocupacional, com vistas a influenciar atividades na comunidade para o acesso aos direitos e participação social da população atendida; no enfrentamento de situações de violência e ruptura da rede social e de suporte; nas ações junto aos equipamentos públicos. Assim, a terapia ocupacional pode promover ações de facilitação dos processos de inclusão escolar, de participação em atividades de caráter produtivo na comunidade, organização da população para a defesa de direitos,

construção de espaços de convivência que promovam a minimização da violência nos domicílios e na comunidade, entre outros.

Ainda no contexto do trabalho em equipe, na perspectiva da interdisciplinaridade, é possível planejar as atividades que a terapia ocupacional deverá desenvolver no que se refere às contribuições específicas das tecnologias da profissão nos cuidados em saúde e projetos terapêuticos singulares, como: grupos de atividade corporal, de cuidados às pessoas com dores crônicas; oficinas de atividades com fins de sociabilidade, expressão e participação social; ações nos domicílios por meio de atividades de orientação e treinamento, tratamentos e ações organizadoras e estruturadoras das atividades cotidianas; oficinas terapêuticas, artísticas e culturais; atividades lúdicas; cooperativas sociais; atendimentos individuais para casos que necessitam de uma intervenção pontual na busca da prevenção da instalação de quadros mais crônicos sejam de ordem física como adaptações, órteses, manejo corporal, mental/psíquica ou social como projeto de vida, escuta qualificada, ressignificação do dia a dia, articulações intersetoriais.

As diversas atividades individuais ou grupais utilizadas pela terapia ocupacional na APS têm como propósito a reorganização do cotidiano para a máxima desenvoltura do desempenho ocupacional na vida pessoal e social. Ganha destaque a inserção de práticas ancoradas na abordagem familiar e comunitária, no estabelecimento e execução de projetos de vida, no desenvolvimento de talentos e habilidades ocupacionais, na ressignificação dos espaços coletivos e de lazer, no brincar e no fortalecimento da cidadania. [...] (ROCHA; PAIVA e OLIVEIRA, 2012, p. 358).

PARTE 4

4 TERAPIA OCUPACIONAL DAS PAIXÕES: O ENSINO NA UNIVERSIDADE

Se por acaso o profissional de lá for capacitado, vamos dizer assim no português claro, a entender em volta dele, capacitado a entender fora de um livro, fora do que ele aprendeu numa faculdade, ele ajudaria o deficiente. (Nina) (ROCHA, 2019, p.157)

Isso depende muito do profissional. Dentro de uma sala de terapia ocupacional, dentro de uma fisio tem tudo adaptado, que é diferente da vida do deficiente. Você, o terapeuta, é que tem que conhecer a vida dele, como ele é. Tem uma frase que diz: "cada paciente é um paciente". O Sérgio é tão PC quanto eu, mas a maneira de sair da cadeira de rodas, a maneira de passar para o banheiro, a maneira de fazer as coisas, enfim, é totalmente diferente da minha. (José Roberto). (ROCHA, 2019, p.157)

4.1 O trabalho na universidade: na direção da constituição de paixões alegres

Na modernidade, a universidade se origina sob a luz do esclarecimento, que propôs a passagem do obscurantismo para o conhecimento racional. Os iluministas consideravam que a expansão do saber traria mais felicidade para as pessoas e a razão predominaria sobre a visão teocêntrica hegemônica da época. Nessa perspectiva, o Iluminismo atacou sistematicamente tudo aquilo que era considerado contrário à busca da felicidade, da justiça e da igualdade e defendeu valores como o mérito, o trabalho, a livre concorrência, a razão, a autonomia de pensamento, a tolerância, a humanidade, a ideia de progresso e a liberdade.

Mas e a universidade atual, ela se pauta por esses valores? Que tipo de racionalidade ela origina? Traz felicidade para os seus membros e para aqueles que usufruem de seus resultados? Se já no século XVIII, em 1749, Rousseau⁴⁴ se debruçou sobre essas perguntas e nos introduziu uma reflexão crítica sobre a centralidade tecnocientífica, parece que na contemporaneidade elas adquirem uma atualidade radical.

No mesmo século XVIII, Kant (1724-1804), um dos mais reconhecidos expoentes do pensamento iluminista, ao analisar criticamente a estrutura do ensino superior do seu tempo, comenta que a verdade da Faculdade de Teologia era estabelecida pela divindade; a verdade da Faculdade de Medicina advinha do princípio de autoridade; e a verdade da Faculdade de Direito submetia-se à vontade do soberano (KANT, 2005). Cabe perguntar: estamos muito distantes dessa realidade nos dias atuais? Considerando que a Terapia Ocupacional nasceu em decorrência da expansão das especialidades médicas e da necessidade de outros profissionais não médicos esmiuçarem ações no campo da saúde, ela estaria imbuída de que autoridade? E qual pode ser a natureza de sua autoridade?

Retomando o pensamento sobre o espaço universitário, em um texto escrito em resposta à questão “o que é o Iluminismo?”, Kant o descreveu da seguinte forma:

44 ROUSSEAU, J. J. “Discurso sobre as ciências e as artes”. In **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Esclarecimento⁴⁵ é a saída do homem de sua menoridade, da qual ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de fazer uso de seu entendimento sem a direção de outro indivíduo. O homem é o próprio culpado dessa menoridade se a causa dela não se encontra na falta de entendimento, mas na falta de decisão e coragem de servir-se de si mesmo sem a direção de outrem. Sapere aude!⁴⁶ Tem coragem de fazer uso de teu próprio entendimento, tal é o lema do esclarecimento. (KANT, 2005, p. 63).

No trabalho universitário ainda estamos perseguindo a coragem de fazermos uso de nossa própria razão? Mas que razão é essa? Quando formamos terapeutas ocupacionais para desenvolverem suas ações nos campos da saúde, da reabilitação e da educação, qual a razão que estamos perseguindo? Que conhecimento é produzido nesses campos? Qual a natureza desse conhecimento? Esse conhecimento está imbricado com as necessidades de todos aqueles que participam da experiência vivida? Trata-se de uma razão compreendida como tribunal de julgamento ou uma razão dialógica?

Desde o início, minha inserção, não planejada, na universidade tem sido permeada pela inquietação de como construir uma prática acadêmica transgressora, da qual experimentei como estudante no final da década de 1970. Imaginava e ainda persigo a proposta de um curso de Terapia Ocupacional comprometido com a justiça, com o envolvimento na busca de respostas às necessidades dos usuários, com a defesa do acesso pleno de todos os cidadãos aos serviços públicos e com a formação de profissionais capazes de promover bons encontros com seus usuários. Desse modo não se trata de uma experiência de felicidade, mas da expansão do *conatus* de todos os envolvidos.

Como uma instituição social da modernidade, a universidade é expressão do funcionamento orientado também por interesses econômicos e políticos, pois a instituição não tem uma única expressão, mas contempla uma diversidade de opiniões, muitas inclusive opostas aos interesses de Estados e dos poderes hegemônicos, enquanto outras posicionam-se ao lado daqueles que promovem injustiça e exclusão social. Sua prática social expressa o prestígio que é consignado à sua legitimidade e suas responsabilidades e, de sua natureza crítica, emerge a necessidade de manter a autonomia diante das outras instituições sociais. A universidade constitui assim um espaço republicano e, desse modo,

45 Esclarecimento e Iluminismo são traduções em português da palavra alemã "Aufklärung".

46 "Ouse saber" ou "atreva-se a saber".

público e laico, ou seja, uma instituição social cuja tarefa primaz é promover condições para a efetivação da democracia que se expressa na democratização do saber.

Mas como pensar uma Terapia Ocupacional que contribua para a construção de relações democráticas? Deve ser uma comprometida com pautas sociais de justiça, de igualdade e de equidade, pois sem essas condições não há efetivação da democracia. Essa Terapia Ocupacional deve defender o acesso pleno a todos os bens e serviços de saúde, educação e tantos outros. Deve estar alinhada à participação social, que prevê o fim de processos segregatórios e de exclusão de diferentes pessoas, bem como ao completo exercício da cidadania. Para tanto, deve se constituir como uma práxis profissional coerente com essas premissas, com estratégias de ação e tecnologias apropriadas para essa tarefa. Não é possível defender propostas democráticas utilizando tecnologias que promovem o controle sobre o corpo, que difundem ideias preconceituosas e estigmatizantes ou que defendem as diferenças e a hierarquia entre os homens e os saberes.

Precisamos de um conhecimento novo. Um conhecimento que possa colaborar para a efetivação de uma sociedade mais justa, em que as promessas de liberdade, fraternidade e igualdade possam ser efetivamente realizadas. No entanto a situação é complexa, pois esses valores oriundos da Revolução Francesa não podem se realizar dentro da racionalidade capitalista organizada em torno do lucro.

Temos que propor uma Terapia Ocupacional que rompa radicalmente com qualquer proposta tecnicista da profissão, que vê a normalização do corpo e da mente como fonte de especulação e lucro ou de ações eugenistas.

Há necessidade de uma práxis em Terapia Ocupacional fundada em um novo conhecimento sobre o corpo e sobre as relações do corpo com o mundo contemporâneo. Uma Terapia Ocupacional política, que compreenda a extensão de sua ação sobre as pessoas com quem trabalha e sobre o mundo em que atua, superando leituras reducionistas e positivistas de sua ação.

Sob esse ponto de vista a formação universitária é muito importante, pois pode introduzir os estudantes à compreensão dos problemas da sociedade contemporânea, como sobre as formas de adoecimento e de incapacidades que ela produz, ou sobre as relações das alterações corporais e mentais com as injustiças como a pobreza crônica, o

analfabetismo e a insuficiência de alternativas econômicas, culturais e políticas. A qualidade acadêmico-científica da formação universitária deve estar pautada pelas relações que têm com o compromisso social de sua ação. Desse modo, deve primar pela autonomia de pensamento, criticidade, reflexividade e pela manutenção de seu poder de criação do mundo social e de si mesma.

Assim, entendo que o conhecimento produzido em pesquisas e em atividades de ensino e extensão necessita ser democratizado, devendo tornar-se disponível aos poderes locais e às comunidades, considerando especialmente as camadas mais pobres. Há, portanto, a necessidade de que a formação profissional que oferecemos sobrepuje a produção predominantemente instrumentalista ou tecnicista do conhecimento, superando tanto os reducionismos quanto a fragmentação dos saberes.

Essa postura deve ser premente no campo da saúde coletiva, no qual entendemos que a Terapia Ocupacional se insere, considerando a necessidade de se formar profissionais criativos, eficientes, resolutivos, eticamente comprometidos com a causa pública, bem como dotados do entendimento de que saúde é um direito e não um bem a ser consumido. Trata-se, portanto, de uma formação dirigida à promoção de um salto civilizatório na sociedade, profundamente comprometida com os interesses republicanos, tal como colocados por Chauí (2003).

A terapia ocupacional tem como objeto de intervenção as ações cotidianas, ações essas que podem ser elevadas ao nível da práxis social, resultando no deslocamento do usuário, de paciente para indivíduo inserido no mundo social e político. Essas ações cotidianas não podem ser entendidas de forma instrumental, cujo objetivo seria apenas colaborar com a melhora da funcionalidade corporal. É necessária uma leitura das ações cotidianas como espaços de desejo, de projetos de vida, de encontros, de composições na direção da alegria, como concebido por Espinosa. Uma leitura composta por todos que estão inseridos na vivência, incluindo a pessoa, seus familiares, suas relações sociais, terapeutas, cuidadores do campo da saúde, educadores e outros mais. Trata-se de uma terapia ocupacional que também rejeita práticas higienistas e eugênicas, considerando os indivíduos como ativos e não como receptáculos passivos.

Não se trata de negar as contribuições das técnicas, dos procedimentos que podem melhorar o funcionamento corporal, mas sim de afirmar que esse conhecimento deve estar contextualizado em processos de intervenção que considerem o corpo relacional, o corpo nas relações afetivas, sociais, políticas, entre outras, ou seja, um corpo que não necessariamente tem que ser “normal”, mas capaz de se constituir como parte de processos relacionais e participativos.

Proponho uma Terapia Ocupacional cujos conhecimento científico e desenvolvimento tecnológico devam estar associados ao contexto social e político e que tenha responsabilidade social. Ou seja, um conhecimento científico que não constitui uma mercadoria, mas uma produção coletiva a cujo acesso todos têm direito, em diferentes níveis, como resultados tecnológicos ou apropriação teórica, por exemplo.

Nesse contexto, é importante ainda considerar o advento da ideologia da educação centrada no indivíduo e em sua autonomia singular, fenômeno que se acentuou após a década de 1990 com a pressão produtivista instaurada na universidade. Ou seja, trata-se de uma formação que se distanciou das preocupações humanistas em favor de um projeto de formação de profissionais especializados, competitivos e voltados a responder demandas pontuais no mercado de trabalho.

A ausência do coletivo já está fortemente arraigada no perfil do estudante que chega à universidade nos dias atuais, constituindo-se em mais um dos obstáculos para a criação de experiências educativas democráticas que se pretendem inovadoras. Isso não tem sido diferente nos últimos anos na área de Terapia Ocupacional. Muitos estudantes pensam que apenas o conhecimento de procedimentos técnicos os tornará profissionais melhores. Mostram dificuldades em entender a necessidade de uma formação mais humanista.

Santos e Almeida Filho (2008) afirmam que, ao final da década de 2000, como reação à presença do individualismo em todos os níveis da atividade acadêmica, emergem reflexões que de algum modo propõe a desestabilização desse modelo. Trata-se de uma passagem do conhecimento universitário para o conhecimento *pluriversitário*.

Mas o que seria o conhecimento *pluriversitário*? Para Boaventura de Sousa Santos, trata-se de um conhecimento contextual, na medida em que o “[...] princípio organizador da sua produção é a aplicação que lhe pode ser dada” (2007, p. 25). Considerando que essa

aplicação ocorre fora da universidade, a “[...] iniciativa da formulação dos problemas que se pretende resolver e a determinação dos critérios da relevância destes é o resultado de uma partilha entre pesquisadores e utilizadores” (SANTOS, 2007, p. 25).

Trata-se, portanto, de um conhecimento produzido *com* e *para* a sociedade. É uma produção de conhecimento que pressupõe a transdisciplinaridade, que demanda o diálogo ou confronto com outros conhecimentos, tornando-o heterogêneo, localizando-o em sistemas mais abertos, menos perenes, com uma organização mais flexível e menos hierárquica: “A sociedade deixa de ser um objeto das interpelações da ciência para ser ela própria sujeita de interpelações à ciência” (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p. 40).

Essa proposta consiste em uma superação do modelo segundo o qual há uma relação unilateral da universidade com a sociedade. A pluriversidade propõe, portanto, a interatividade com a sociedade. A razão deixa de ser unilateral e pressupõe novas conexões. No caso da Terapia Ocupacional, entendo como uma práxis intensa nos serviços e nas comunidades, na interação com os outros profissionais de maneira orgânica e verdadeiramente colaborativa, na qual a necessidade dos usuários, das pessoas a quem é dirigido o nosso trabalho está à frente de interesses e dogmas corporativos.

Um conhecimento que questione - trata-se de uma nova forma de composição com os trabalhadores da saúde e da educação e com a população, de maneira que eles desempenhem um papel ativo e crítico nos processos de ensino-aprendizagem e também de pesquisa. Boaventura de Sousa Santos (2007) propõe a pesquisa-ação, que envolve diferentes atores, diferentemente de propostas de pesquisa gestadas na universidade e desenvolvidas nos serviços. Dessa forma, supõe investigações científicas significativas tanto para os pesquisadores, quanto para os trabalhadores e para a população.

Em sintonia com essas proposições dos autores, defendo a realização de pesquisas em Terapia Ocupacional alinhadas com o trabalho desenvolvido nos campos da educação e da saúde, considerando principalmente que se trata de uma profissão que prevê a intervenção.

Boaventura de Sousa Santos e Naomar de Almeida Filho (2008) defendem que a proposta contra-hegemônica para a universidade, para ter credibilidade, tem que considerar:

[...] que a universidade só pode ser reformada pelos universitários e [...] que a universidade nunca se auto reformará. Para isso, o projeto tem de ser sustentado por forças sociais disponíveis e interessadas em protagonizá-lo. (SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2008, p. 54).

Talvez resida aqui a chave para a superação das propostas tradicionais de parceria entre a universidade, os serviços de saúde e as comunidades de usuários. Penso que é possível o ensino de uma Terapia Ocupacional nessa perspectiva e é o que venho perseguindo.

4.2 O ensino na graduação e a terapêutica ocupacional: qual ação?

Uma das estagiárias⁴⁷ de terapia ocupacional narra a cena do primeiro encontro que ela e a terapeuta ocupacional do REATA⁴⁸ tiveram com uma usuária da UBS:

Dona Diana diz:

“Fui casada durante 40 anos com um homem bastante violento e que me restringia em tudo que eu gostava de fazer. Eu queria fazer crochê, participar das atividades da igreja, e ele não deixava. Depois de bastante sofrimento e relutância da família, decidi me separar, e tenho muita vontade de voltar a fazer algumas coisas que ele não permitia; que eu fazia antes e parei, ou mesmo, as que nunca fiz. Sabe, ele era cego, você conheceu ele, Camila; acredita que ele se aproveitou disso para dizer aos outros o quanto ele era dependente de mim? O que é mentira, é claro, pois ele sabia onde estavam certas coisas da casa que nem eu mesma sabia, ele fazia sapatos lindíssimos (trabalhava no ramo), mesmo sendo cego.”

Enquanto ela relatava sua história em lágrimas, eu ouvia Camila dizer:

“Dona Diana, eu sei o quanto tudo isso foi difícil para a senhora, é difícil e doloroso mesmo. Mas eu tenho certeza que a vida da senhora pode ser melhor daqui para frente; vamos procurar novas coisas juntas, voltar a fazer o que a senhora gostava. Olha, eu posso te ensinar os gráficos do crochê [...].

A fala me chamou a atenção, pois ali era possível identificar um Holding⁴⁹ e uma continência (que não foram assegurados ali, mas puderam ser

⁴⁷ As narrativas de estudantes de terapia ocupacional da USP presentes nessa tese são trechos dos relatórios de estágios no período de 2000 a 2018 e pertencem ao arquivo do REATA - Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da USP – Área de Terapia Ocupacional. Nesse período passaram pelo estágio 216 estudantes.

⁴⁸ Terapeuta Ocupacional do REATA: Camila C. B. Ximenes de Souza.

construídos e reconstruídos ao longo do acompanhamento terapêutico), duas modalidades da presença implicada do cuidador [...]. (Estagiária 1 de terapia ocupacional do Reata na unidade básica de saúde).

Projetar e sustentar o presente, bem como engendrar o futuro, pressupõem uma ação. Trata-se de uma ação que considera o desejo e esse não é falta, é presença, o conatus, é a emergência da imanência, a constituição de acontecimentos dotados de significados em cada história. A imaginação constitui o sujeito, não a razão, e assim as ações propostas têm que ser dotadas de significado nas histórias de vida.

O que a estagiária observa aqui na atuação de sua supervisora é o estímulo à ação, a passagem da reflexão dolorida sobre sua vida para um convite à construção de uma nova relação com a sua história vivida. Mas para isso é necessário imaginar essa nova vida e agir para ela se concretizar. Mas nem sempre essa passagem se dá sem ajuda. A Dona Diana, nesse encontro com a terapeuta ocupacional e estagiária, está pedindo ajuda para essa ação e a encontra. Encontra reconhecimento da legitimidade de sua dor e uma proposta de ação, mas não sozinha, encontra companhia na construção de uma nova condição de vida.

Essa edificação pressupõe o rompimento com ideias inadequadas, confusas e obscuras sobre si e suas relações afetivas amorosas, o rompimento com a opinião de que a razão de sua felicidade ou infelicidade está no outro. Outro violento, abusador e manipulador de sua condição de deficiência. Outro, egoísta, que prevê a exploração de alguém que o ama. Dona Diana é convidada a desvelar a causa de seu sofrimento, mas não de uma forma direta. É convidada a partir de uma ação possível para ela naquele momento, uma atividade que lhe agrada, realizada no encontro com uma terapeuta ocupacional que lhe diz que ela pode viver a vida de outro modo e propõe uma ação inicial.

A estudante também participa de um encontro nessa conversa, um bom encontro. Encontra uma supervisora que lhe demonstra o caminho de uma terapêutica afirmativa da potência dos corpos, da possibilidade de bons encontros para o fortalecimento do conatus e da ativação das paixões alegres. De uma terapia que considera o desejo do outro e o de si mesma em tornar-se terapeuta. De uma ação terapêutica que prevê conhecer adequadamente as noções comuns, mas para que isso ocorra é necessário o estar juntos,

⁴⁹ Aqui utilizado como “sustentação” em uma interpretação psicanalítica.

constituindo os diferentes passos nessa direção. Tornar-se terapeuta também demanda aprender a desvelar as ideias inadequadas, a romper com elas e a constituir ideias adequadas da intervenção.

Em outro relatório de estágio, outra estudante narra sua reflexão sobre o grupo de trabalho corporal que o REATA desenvolve com os professores da escola de ensino fundamental do bairro onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada.

O REATA e seus estagiários atuam nessa instituição fortalecendo ações de inclusão de crianças com deficiência. São diversas as atividades na escola, dentre elas um grupo de massagem e de atendimento de acupuntura⁵⁰ dos professores. A estudante diz:

O grupo de massagem e acupuntura surgiu sob a lógica de cuidar de quem cuida. Nesse caso, cuidar dos professores e funcionários da escola, que escolheram como profissão cuidar de crianças e adolescentes, seja direta ou indiretamente. Além disso, foi uma maneira de mostrar a esses profissionais que existem pessoas que estão dispostas a dar atenção e a escutá-los, pois o grupo também vem da necessidade de um canal de comunicação diferente do oral com os educadores.

[...] O tocar, nesse caso, pode ser interpretado como busca de um encontro, onde cabe ao terapeuta instaurar um estado sensível que permita entrar, propor, cuidar e garantir um espaço de confiabilidade para abordar questões delicadas. [...] esse espaço abriu espaços de escuta e confiança para os educadores e, através dele, as professoras puderam realizar narrativas que antes não realizavam, seja sobre sua vida profissional seja sobre sua vida pessoal. Esse espaço, ao meu ver, possui certa importância para quem o frequenta, pois é um encontro único, onde é possível conversar sobre diversos assuntos ou simplesmente ficar em silêncio. Há a possibilidade de escolha, seja sobre conversar ou não, seja sobre fazer a massagem ou a acupuntura (ou não fazer nenhum). [...] Pensando então que a massagem é uma técnica que envolve o corpo, se faz relevante pensar e discutir quem é esse corpo. [...] Nos atendimentos realizados no grupo, foi possível perceber que não era somente a questão do corpo físico que se desenvolvia, mas também a do corpo relacional, do corpo psíquico. [...] Algo muito importante de se evidenciar na criação desse grupo é o fato de que, para ele ocorrer, foi necessária a criação de diferentes redes. Para uma professora poder sair da sala de aula e ser atendida, é preciso que uma colega de profissão se disponha a cuidar de seus alunos nesse período. Foi necessária a iniciativa das responsáveis pelo laboratório para que ele pudesse se iniciar e a aceitação das estagiárias

⁵⁰ A acupuntura é praticada apenas pela terapeuta do REATA especialista nessa técnica. As estudantes de terapia ocupacional não têm formação em acupuntura, mas são formadas em várias técnicas de trabalho corporal que aplicam no estágio.

durante todos esses semestres para que ele pudesse se manter. (Estagiária 2 de terapia ocupacional do Reata na unidade básica de saúde).

A estudante inserida no grupo de estagiárias compreende como o grupo de massagem dos professores se compõe e se mantém coerente, como se constituem redes de apoio e mais, que o grupo é um corpo que age com conexões de ação e que seu aprendizado requer a existência desses outros grupos – do Reata, da massagem e acupuntura e de supervisão de estágio.

O grupo não é um corpo composto por um ajuntamento de partes, de outros corpos, mas de um corpo que é composto nos encontros com outros corpos, que afeta e é afetado.

Esses encontros podem compor ou decompor, dependendo da sua natureza, “bons” ou “maus” encontros, dotados de paixões alegres ou tristes. Quando há cooperação entre os participantes com o desejo de que todos aproveitem a atividade, essa ação se manifesta em um bom encontro, que promove alegria. Igualmente, se isso não ocorrer haverá uma decomposição da proposta e dos corpos e, portanto, haverá a presença da tristeza.

Os corpos cuidados no grupo de massagem e de acupuntura do estudante de terapia ocupacional também são os corpos em formação e em mutação, pois nos encontros é que eles se compõem, descansam, aliviam a dor, são solidários, são acolhedores, aprendem e se transformam em outros corpos. Compreende ainda o sentido de cuidar de quem cuida, constituindo delicadezas dos bons encontros, como uma pedrinha jogada no lago que repercute em sucessivas ondas, pois as crianças das escolas também usufruem dos cuidados dos corpos de seus professores, e mais, os terapeutas também usufruem dessa composição, ou seja, novas ondas são desencadeadas e outros encontros realizados. Assim, não se trata de uma intervenção que tem um fim em si, mas de uma ação que produz outras composições, consistindo em um toque corporal que toca em muitos corpos, mas no sentido espinosano, um corpo que se relaciona, que é mente e corpo, um só.

Não reside também nessa lógica a possibilidade do trabalho intersetorial? Ou do trabalho em equipe? Considero que sim.

4.3 Como ensinar uma técnica corporal para estudantes de terapia ocupacional: um corpo mecânico ou um corpo relacional?

Na década de 1980 ganhei um curso de especialização: *Conceito Bobath*⁵¹. Ainda trabalhava no Pequeno Cotoengo e a instituição me deu o curso.

Em uma das aulas nos foi ensinado que quadros de Paralisia Cerebral, classificados como de Diparesia Espástica tem o tônus muscular aumentado, com maior comprometimento nos membros inferiores, mas também apresenta alterações nos membros superiores. Geralmente apresentam um hemicorpo mais comprometido que o outro. Quando a lesão cerebral é grave não chegam a andar, mas em casos moderados atingem a deambulação que pode ser sem nenhum auxílio, ou com apoios de bengalas, muletas ou andadores, dependendo do comprometimento da funcionalidade.

As funções dos membros superiores também podem estar comprometidas devido à espasticidade que impinge um padrão flexor nos braços (cotovelo e punho), com rotação interna e adução dos membros ao tronco. Esse padrão postural dificulta a marcha, compromete o equilíbrio, e diminui os movimentos seletivos da mão. A pessoa que tem esse quadro patológico tem dificuldades de controle de tronco e cabeça, quando de pé tendem para frente e podem ter muitas quedas, podem ter dificuldades em dissociações do tronco, o que dificulta os movimentos de transferência de posições do corpo no espaço, apresentam dificuldades na prono-supinação do antebraço, ausência ou dificuldade no movimento de pinça envolvendo polegar e indicador. Também podem ter dificuldades em outras dissociações nos dedos das mãos comprometendo o agarrar, segurar e carregar objetos, principalmente daquelas que exigem coordenação motora fina, como, escrever, abotoar, segurar objetos pequenos ou pesados, talheres, escova de dente, pente, amarrar sapatos, colocar roupas, entre tantas outras atividades da vida diária e prática.

Apreendi no curso de especialização que a terapia ocupacional deveria propor atividades que não exigissem o uso de movimentos finos, de uso de força, de manipulação de objetos pequenos. Para essas atividades o paciente deveria estar sentado, com as pernas

⁵¹ Também conhecido como Método Neuro-evolutivo Bobath.

abduzidas, tronco e pés apoiados e a mesa deveria ficar na altura do peito da pessoa para que seus braços pudessem estar à sua frente. Essa posição inibiria a atividade reflexa patológica e diminuiria a espasticidade. Somente nessa posição poderiam ser oferecidas atividades que exigem motricidade média. E mais, só deveriam ser ofertados, jogos e objetos grandes, leves e que requeressem uma manipulação bi manual.

Em geral as pessoas que tem paralisia cerebral com o quadro de diparesia espástica podem apresentar também algum comprometimento no campo cognitivo devido à área da lesão que teve no sistema nervoso central, assim podem ter associado deficiência intelectual, portanto, também podem ter dificuldades de compreensão.

Chego ao trabalho no dia seguinte e no meio da manhã é o horário de atendimento de Pedro.

Pedro é um menino loiro de nove anos, magrinho, com a pele um pouco manchada, pois ainda tem as marcas da subnutrição e dos vermes com que chegou ao Pequeno Cotelengo. Costuma ser quieto e com pouca iniciativa para as atividades. Seu diagnóstico é de Paralisia Cerebral com Diparesia Espástica, considerada moderada e com deficiência intelectual.

Entra na sala de terapia ocupacional com seu andar claudicante, jogando seu tronco para os lados e com os braços abertos para melhorar seu equilíbrio, senta-se à mesa, e me diz o que quer fazer naquele dia, o que não era seu costume: "Oi Eucenir, hoje eu quero fazer um radinho de pilha!"

Surpresa, eu pergunto: "Mas como assim? Como vamos fazer uma radinho de pilha?" Ele responde que era fácil e que viu alguns com os pedreiros que estavam trabalhando na instituição. Peço para ele contar como era esse rádio e ele me descreve: "Ele é pequenininho, assim (me mostra com as mãos o tamanho) e tem uma anteninha, um botão de lado que roda para por na música que eu quero ouvir. E ele pode ser carregado assim (me mostra com o corpo: põe uma das mãos no ouvido e sai andando e cantando pela sala)."

Senta-se novamente à mesa e completa: "Ah, tem que ter aqueles furinhos para a música sair."

Sua simplicidade é comovente, mas eu insisto: "E como vamos fazer então esse radinho? Que materiais você precisa? Como vamos montá-lo? Como a música vai sair?"

Ao fazer essas perguntas ele fica me olhando, tranquilamente, sentado do outro lado da mesa. Quando eu termino, aflita que já estava com a proposta, ele levanta, vai até o armário de materiais, pega uma ripa de madeira, um lápis, um serrote, cola, uma rolha e um prego e me explica:

Assim... serramos essa madeira desse tamanho (me mostra na ripa), com o lápis pintamos os furos da música, depois martelamos o prego no desenho dos furos para ela sair. Depois colocamos o prego aqui (me mostra o lugar da antena) e o rádio está pronto.

Então eu pergunto: "E o que você vai fazer com o rádio?" (Que pergunta!)

Ele responde: "Ah, vou me sentar com os meus amigos pedreiros na hora do almoço e descansar, ouvindo música e conversando..."

Bom, resolvido qual seria a atividade e de como iríamos fazê-la, restava a tarefa de executá-la. Mas como?

Com o intuito de seguir os protocolos da aula que havia tido no dia anterior tenho a ideia de colocá-lo sentado em uma cadeira abdutora e pedir para que ele segure a madeira com as duas mãos à sua frente, enquanto eu serro.

Pedro rejeita completamente a minha proposta. Levanta-se, fica de pé em frente de um balcão que tinha uma morsa fixa, suas pernas estão afastadas, com alguma abdução e semi-fletidas, "pernas em X", o tronco levemente fletido à frente, braços aduzidos e um pouco flexionados, antebraços com rotação interna, ou seja, com um padrão corporal esperado para o seu quadro de Paralisia Cerebral.

Pega a ripa e o serrote, fixa a ripa na morsa e serra a madeira usando força. Solta o toco de madeira, senta-se à mesa e desenha o autofalante do rádio com o lápis, faz pontinhos. Pega o prego e o martelo pede para eu segurar o toco de madeira e faz os buraquinhos nos pontinhos desenhados, segurando o prego com uma mão e o martelo com a outra.

Fiquei com medo de levar uma martelada nos dedos, mas nada aconteceu. Depois repete o pedido para eu segurar o toco de madeira de pé e coloca o prego como antena. No final cola a rolha de lado para ser o botão do rádio. A rolha não fixa, então a remove e desenha com lápis, o botão. Terminou! Também acabou o seu horário na terapia. Levanta-se, me olha feliz com um grande sorriso, pega seu rádio e coloca na orelha e diz: "Vou

almoçar porque depois vou encontrar os meus amigos pedreiros para ouvir música e conversar!”

Sai feliz e cantando e eu fico sem ação. Seu tônus muscular não aumentou, não teve atividades reflexas patológicas, usou martelo, segurou o prego, usou força, tudo ao contrário que aprendi no dia anterior. Trouxe a ideia de uma atividade, programou como fazê-la e a fez. E mais, pediu meu auxílio só para pequenos passos da atividade. E no final, saiu leve e feliz da sala de terapia ocupacional.

Tive uma aula diferente sobre Paralisia Cerebral e intervenção corporal. Aprendi que ninguém sabe o que o corpo pode desde que ele atue sob o imperativo do desejo.

E o que fiz com a especialização do *Conceito Bobath*? Eu a ensino há 30 anos aos meus estudantes de terapia ocupacional da USP.

Aprendi com Pedro e Espinosa a reler a proposta do recurso terapêutico aventado pelo Conceito Bobath. Ele não é reducionista em si, é a leitura que podemos fazer dele que pode torná-lo organicista e biomédico. O recurso não é a intervenção terapêutica por si só, é apenas um meio utilizado no processo. Não sendo assim bom nem ruim por si só, a composição de uma ação terapêutica tem que considerar o desejo e a imaginação, pois o desejo é aquilo que nos parece como um bem.

4.4 O ensino da disciplina *Terapia Ocupacional e as práticas corporais III* na USP: o Conceito Bobath e as possibilidades de um recurso terapêutico para a composição de uma terapêutica das paixões

Na grade curricular da graduação em terapia ocupacional da USP um dos eixos de formação é o ensino de práticas corporais, composto por quatro disciplinas⁵² em que são ensinadas diferentes técnicas corporais. Essas técnicas são utilizadas na atenção às pessoas atendidas pela profissão, entre elas as pessoas com deficiência.

Eu sou responsável por uma delas: *Terapia Ocupacional e as Práticas Corporais III*. Oferecida no 6º semestre, trata-se de uma disciplina obrigatória.

⁵² Cinesiologia Aplicada a Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional e as Práticas Corporais I, Terapia Ocupacional e as Práticas Corporais II, e Terapia Ocupacional e as Práticas Corporais III.

O objetivo do eixo é formar terapeutas ocupacionais com conhecimento de diferentes técnicas corporais, compreendidas como um recurso da terapia ocupacional que pode ser utilizado de acordo com a demanda das pessoas em diferentes contextos institucionais e comunitários.

Vale ressaltar que o eixo de formação em técnicas corporais é considerado transversal no currículo, pois dialoga com outros conteúdos da graduação relacionados às práticas terapêuticas. Outro aspecto a ser evidenciado é o fato de que os conteúdos dessas disciplinas pretendem evitar simplificações reducionistas na construção de conceitos e na problematização das intervenções sobre o corpo.

De maneira geral, as disciplinas trabalham conceitos de corpo, de movimento, suas características biomecânicas e suas bases neurais, em sua maioria em leituras que procuram deslocar o foco do positivismo e do reducionismo. São ensinados os seus princípios teórico-metodológicos e vivenciadas experimentações práticas por meio de estratégias de ensino-aprendizagem que combinam aulas expositivas, leituras, vídeos, vivências corporais, simulações, resolução de problemas, registros, reflexões e relatos de terapeutas ocupacionais sobre situações que podem ser encontradas no campo profissional. O aperfeiçoamento desses conteúdos ocorre em disciplinas concomitantes ou ulteriores ao seu ensino e em ações junto às populações atendidas pela terapia ocupacional nas disciplinas de práticas e de estágio, oferecidas entre o 5º e o 8º semestres da graduação.

Na disciplina *Terapia Ocupacional e as práticas corporais III*, ensina-se uma técnica corporal que foi elaborada para o tratamento de pessoas que têm alterações de origem neurológica, como casos de Acidente Vascular Cerebral, Paralisia Cerebral e de outras desordens neuro-motoras, o já citado *Conceito Bobath*.

Trata-se de uma abordagem corporal que visa, como colocado pela literatura especializada, a solução ou melhora dos movimentos e controle corporal junto às pessoas que têm algum tipo de lesão no sistema nervoso central, adquirida em qualquer momento da vida, do pré-natal à velhice. A proposta é que a pessoa possa retornar aos padrões corporais considerados normais para desempenhar suas atividades da forma mais independente possível, considerando as suas potencialidades corporais.

Trata-se de uma proposta de abordagem corporal que entende o corpo como um todo e seus procedimentos técnicos atuam de forma correspondente, sempre agindo sobre o corpo inteiro, considerando as características particulares de cada pessoa. Não é uma técnica específica de uma profissão, é utilizada por várias categorias como terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, médicos e outros profissionais.

A origem do conceito se deu no início da década de 1940, com o trabalho do casal Bobath - Berta, fisioterapeuta, e Karel, neurologista e psiquiatra - em pesquisas na Inglaterra que se estenderam por 47 anos. Essa abordagem corporal é atualmente amplamente utilizada em muitos países (BOBATH, 1984).

Os Bobath romperam com as abordagens ortopédicas utilizadas em casos neurológicos até a década de 1950. No início de suas pesquisas observaram que o tônus muscular alterado, por meio da espasticidade, se modificava de acordo com posturas e movimentos corporais. Inicialmente percebida como Método, esta abordagem é atualmente reconhecida como Conceito, considerando sua constante modificação com a incorporação de novos conhecimentos relacionados à plasticidade do sistema nervoso central. É denominado Neuro-evolutivo porque atende a sequência do desenvolvimento motor normal, também chamado de desenvolvimento típico, tanto na delimitação dos objetivos das aquisições da pessoa com alteração neurológica, quanto na própria intervenção, que obedece a lógica de partir de posturas simples para as complexas, facilitando aquisições motoras no sentido céfalo-caudal, de proximal para distal.

No início de sua concepção, o conceito neuro-evolutivo Bobath previa a inibição de padrões patológicos do sistema nervoso central, como de atividade reflexa patológica e alterações de tônus postural, utilizando posturas estáticas. Porém, essas posturas estáticas que inibiam a atividade reflexa postural anormal, propiciavam o aparecimento de encurtamentos musculares nas articulações, podendo inclusive gerar deformidades posturais, como flexões nas articulações do quadril e do joelho. Com o passar do tempo os Bobath observaram que a base dos movimentos frente à gravidade dependia de reações posturais automáticas, ou seja, do favorecimento de padrões motores presentes no comportamento motor típico, como reações de retificação, de endireitamento, de equilíbrio e de proteção (BOBATH, 1984), que são atividades complexas do mecanismo reflexo

postural normal e que garantem a complexidade da ação contra a gravidade, com mudanças posturais e movimento. Assim as inibições de atividades reflexas passaram a ser estimuladas em posturas dinâmicas, ou seja, pela movimentação.

O conceito neuro-evolutivo reconhece que a maioria dos movimentos humanos voluntários é automático e independente da consciência, principalmente no que se refere aos ajustes posturais, como a manutenção da postura contra a gravidade e do equilíbrio. Por isso, a abordagem não preconiza a aprendizagem ou conscientização do movimento e sim a vivência do mesmo. Ampara-se, portanto, no conhecimento de que os centros inferiores de integração do sistema nervoso central - tronco cerebral, cerebelo, mesencéfalo e gânglios da base - com seus padrões filogenéticos e ontogenéticos, atuam na coordenação motora. Do ponto de vista da ontogenia são considerados os potenciais do corpo humano que se apresentam no desenvolvimento típico da criança.

Desenvolveu-se assim uma metodologia de intervenção da técnica que respeita as fases do desenvolvimento típico e que prevê experiências corporais diversas do movimento humano. Trata-se, portanto, de uma prática corporal que pressupõe a exploração das diferentes mudanças posturais, como rolar, sentar, arrastar, engatinhar, andar, assim como a passagem de diferentes posições nas diversas atividades do cotidiano, como vestir-se, limpar-se, alimentar-se, deslocar-se de um espaço para outro e manusear diferentes objetos, entre tantas atividades humanas. Dessa maneira, por meio das experiências sensório-motoras, a pessoa entra em contato consigo mesma, com as suas possibilidades e limitações corporais, e ela fica exposta aos desafios de superação, facilitados pelo manuseio corporal do terapeuta ou do familiar/cuidador, experimentando também a relação com outros corpos.

A abordagem considera a importância da alteração do tônus muscular, que na lesão neurológica pode variar de hipotonia até a hipertonia muscular, fixando-se mais em um dos pontos (casos de hipotonia ou hipertonia) ou oscilando de um ponto ao outro (casos de distonia). A finalidade é aproximar a experiência corporal de um tônus o mais próximo possível do típico.

Assim, a intenção da atividade motora terapêutica em casos de Hipotonia é estimular o aumento do tônus muscular, aproximá-lo do tônus normal e facilitar a

emergência do mecanismo reflexo postural normal, com movimentação ativa contra a gravidade. Nos casos de Hipertonia a proposta é inibir o aumento do tônus, com a mesma intenção do caso da hipotonia, ou seja, facilitar a movimentação normal ativa contra a gravidade. Em casos de distonia a manipulação exige ações de estimulação de aumento de tônus e de inibição da espasticidade de forma alternada e/ou concomitante, a fim de se obter um tônus mais estável e facilitar que as reações de equilíbrio, de retificação, de proteção e de movimentos contra a gravidade possam ser vivenciadas.

Enfim, o objetivo de toda a intervenção é um movimento ativo contra a gravidade, com a menor interferência possível da atividade reflexa patológica, com a maior presença de reações de endireitamento, de proteção e equilíbrio, com movimentos funcionais, com alinhamento biomecânico, coordenação motora e controle sobre a função desenvolvida. Como recurso se utiliza as técnicas de inibição de padrões posturais ligados ao mecanismo reflexo postural anormal, como atividade reflexa patológica e de padrões primitivos que podem permanecer ou aparecer em situações de lesão neurológica, bem como as técnicas de facilitação de padrões posturais de movimento, como o aparecimento e fortalecimento das reações de equilíbrio, endireitamento e de proteção e, não menos importante, da estimulação da autonomia na atividade motora.

Na ação corporal as técnicas de facilitação, inibição e estimulação são utilizadas por meio de pontos de apoio em articulações do corpo da pessoa, que são chamados de pontos chaves de controle: cabeça, ombros, cotovelos, polegar, quadril, joelhos, tornozelos e artelhos. O contato se dá com a palma da mão e a intenção é direcionar o movimento, sem força, sem pressão. O direcionamento segue os princípios da potência corporal do ponto de vista da cinesiologia, baseados em movimentos rotatórios, em diagonal, de proximal para distal, favorecendo aquisições de nível céfalo para caudal. Evita-se o toque com os dedos e o contato nos ventres musculares, de maneira a não proporcionar estímulos proprioceptivos enérgicos, que poderiam desencadear alterações no tônus muscular não desejadas para aquela pessoa. A proposta é a pessoa ter a sensação do movimento, e não a repetição do movimento em si. Essa finalidade é trabalhada por meio da facilitação dos movimentos e dos padrões posturais, ou seja, o que deve ser valorizado na manipulação é a experiência da ação motora na atividade, seja ela rolar, sentar, andar, manusear objetos, vestir-se,

telefonar, entre tantas outras ações possíveis e necessárias para as pessoas na sua vida cotidiana. Respeita-se antes de tudo o conforto, o prazer e, a nosso ver, a graciosidade dos movimentos humanos, sem partir da premissa da correção violenta do corpo.

O Conceito Bobath pode utilizar recursos como bolas Bobath, rolos, andadores, prancha de equilíbrio, de propriocepção, talas extensoras de membros superiores e inferiores, órteses suropodálicas, mesas, espelhos, ou outros recursos que possam facilitar a normalização do tônus, as reações de endireitamento, de proteção e de equilíbrio, o manuseio de materiais e a manutenção de posturas contra a gravidade. Esses materiais e equipamentos são optativos e complementares, dependem das necessidades e potencialidades de cada pessoa. Considera-se melhor quanto menos se usar destes recursos.

Diante dessa resumida descrição do conceito, que está fundado em uma leitura organicista, como ensinar essa técnica corporal? Esse foi o meu desafio quando, na década de 1990, iniciei a docência dessa disciplina ao mesmo tempo em que me aventurava nos estudos sobre o que é o “corpo” e “corpo deficiente”.

Concomitantemente às minhas experiências com a utilização da técnica, encontrava-me em dúvida sobre a sua eficácia, considerando sua aplicação tal como os protocolos positivistas me orientavam.

Passei a estudar a literatura produzida pelo casal Bobath e encontrei textos escritos de forma complexa, detalhada e extremamente descritiva. São textos que refletem o processo do casal na elaboração da técnica, em que precisavam observar os pacientes, entender o que estava a sua frente, estudar as teorias sobre neuroplasticidade, compreender os modos com que o corpo opera e descrever. Descreveram muito e também analisaram.

A literatura mais recente do casal já apresenta algumas sínteses (BOBATH, 1984), sendo possível observar os autores explicando a complexidade das alterações dos movimentos e suas interpelações com outras teorias além das neurofisiológicas, indicando tentativas de explicar de forma mais complexa os fenômenos que ocorrem com o corpo deficiente decorrente de alterações neurológicas.

Os Bobath recorreram às teorias de Piaget e à psicanálise para entender como se dava o desenvolvimento das crianças deficientes e suas inter-relações com os quadros de paralisia cerebral. Nas décadas de 1960 e 1970, no entanto, ainda predominavam leituras dualistas em relação ao fenômeno corpo e mente. Mas o desafio estava posto, foi e ainda constitui tarefa para as próximas gerações entender como as alterações neurológicas podem ser relidas de forma a superar o dualismo psicofísico.

Porém, poucos leitores das profissões de reabilitação observam esse detalhe da literatura dos Bobath: entender o movimento e suas alterações é mais do que compreender as lesões neurológicas, são necessárias outras leituras. O casal não avançou nessa discussão e os profissionais, em sua maioria, se atêm a leituras mecanicistas da técnica, centram sua preocupação em compreender como ocorre a manifestação da alteração sob a perspectiva neurofisiológica e qual é a técnica corretiva.

Neurologistas como Oliver Sacks (1997a,b, 2003) e Antônio Damásio (1996, 2000, 2004) têm se aventurado na releitura sobre o corpo e suas alterações neurológicas, lembrando-nos que o desejo é a origem da ação.

No ensino da técnica também me debrucei, humildemente, nessa tarefa. O desafio consiste no trabalho de produzir conceitos e práticas que auxiliem a pensar o corpo em novas bases, que superem a fragmentação e a dualidade mente/corpo e sujeito/objeto.

Nesses anos, meus estudos da filosofia de Espinosa foram me dando pistas de como ensinar essa técnica para estudantes de graduação.

Transformei as aulas em um momento de experimentação do próprio corpo. Organizei a disciplina de forma totalmente prática: os estudantes se apresentam às aulas com roupas confortáveis; não podem anotar em papel, nem fotografar ou filmar; e a experiência de aprendizado tem que ser corporal e na relação com o professor e com os colegas. A sala, o laboratório de práticas corporais da terapia ocupacional, é preparada com colchonetes e bolas Bobath.

As primeiras experimentações feitas em aula são relacionadas às possibilidades dos nossos corpos. O que o meu corpo faz e como faz. O estudante deve vivenciar como o corpo de cada um rola, passa para sentado, para a posição de gato, como fica ajoelhado, para de pé e como anda. Quais são os pré-requisitos para essas ações? Do que precisamos para

elas? O que sentimos? Dificuldades, surpresas... eles têm que lembrar o que já aprenderam na graduação, têm que descobrir outras explicações.

Nesse momento do curso começa o entendimento do que é o *Mecanismo Reflexo Postural Normal*. Concomitantemente, os estudantes iniciam a compreensão de como o corpo se altera e o que se modifica nele quando a alteração é de origem neurológica, ou seja, o que é o *Mecanismo Reflexo Postural Anormal*. Essa é a base para compreensão da técnica.

Nesse momento também se recorre às aulas dialogadas e aos círculos de conversas. Todo início de aula se propõe um aquecimento corporal e alongamentos e após essa atividade nos sentamos ao chão para relembrarmos o que aprendemos na aula anterior e programamos o que iremos fazer naquele dia. Antes do final da aula refazemos o círculo, sentados novamente no chão, quando lembramos o que aprendemos e como vivenciamos corporalmente o conteúdo, tudo sem anotação. Insisto na memória corporal: quando o estudante não consegue explicar com palavras, peço que demonstre e depois traduza a experiência em palavras. Após esse fechamento conceitual fazemos um relaxamento com novos alongamentos para cuidarmos de nossos corpos. A aula dura duas horas e ocorre uma vez por semana.

Compõe o processo de ensino-aprendizado a simulação das alterações corporais e isso ocorre simultaneamente ao ensino da técnica corporal. Um estudante simula uma alteração corporal neurológica e o outro experimenta a intervenção. São formados pequenos grupos. Eles são parceiros nessa atividade, e cada um tem que oferecer devolutivas aos colegas: se sua mão estava bem colocada, se a pressão sobre o corpo foi adequada, se o movimento fluiu naturalmente, entre outras. Ou seja, retornos sobre a qualidade da manipulação que experimentou. Os professores⁵³ rodiziam entre os estudantes, corrigem, tiram dúvidas e ensinam detalhes.

Os conteúdos dos círculos de conversa, que ocorrem no início e no final de cada aula, ocupam cerca de quinze a vinte minutos. Nesses momentos, entre outros temas, exploramos a pergunta: *Temos um corpo ou somos um corpo?* A questão parece simples e acadêmica, corriqueira, mas não é. Ao contrário, com essa pergunta disparadora ensinamos as técnicas do Conceito Bobath iluminadas por conceitos espinosanos.

⁵³ Eu e a terapeuta ocupacional Camila C. B. Ximenes de Souza.

No processo de amadurecimento do ensino da técnica ocorre também o desenvolvimento da percepção da diferença entre duas leituras sobre o corpo: a cartesiana e a espinosana.

Manipular e ser manipulado tem que, antes de qualquer coisa, se consistir em um ato de prazer e estar inserido no contexto da alegria. A qualidade do toque tem que exprimir gentileza, respeito e uma atitude de estar junto. É desejável que esse estar junto tenha a característica de uma dança, não de um exercício, pois ao se dançar com o outro eu posso conduzir e ser conduzido, eu posso experimentar uma atividade prazerosa. Essa é a possibilidade de uma abordagem que supera o modelo organicista e biomédico hegemônico: o trabalho corporal não consiste em um exercício mecânico, é um encontro de corpos.

Mas a superação do dualismo psicofísico exige um pouco mais que isso. Ela necessita que essa técnica esteja contextualizada em um processo terapêutico. A técnica por si só não é boa ou má, tampouco responde a todas as necessidades. Ela detém um determinado potencial dependendo de como é aplicada, mas a sua aplicação não garante o resultado. Aqui reside outro tema do aprendizado em aula: a técnica nem sempre deve ser utilizada apenas porque a pessoa tem uma lesão neurológica, ela tem que se encontrar contextualizada em um processo terapêutico, que pressupõe o envolvimento de todos na busca de uma boa vida, do bem viver.

A minha opção, já na década de 1990, foi de rever as possibilidades das práticas terapêuticas ocupacionais, considerando o *Outro Corpo* como indivíduo dotado de desejo.

Na disciplina ensino os princípios do Conceito Bobath, como foi organizado, como evoluiu, quais são as suas técnicas, sua contextualização histórica e alerta que toda técnica pode ser relida.

Ensino também que ela pode ser um encontro feliz de corpos, um bom encontro quando utilizada adequadamente em diferentes casos, mas que não é possível se predeterminar os resultados.

Também desafio os estudantes a pensar quando e como irão utilizar esse recurso, observamos em aula que, quando estamos com a pessoa com deficiência utilizando uma técnica corporal, ela tem que ser vivida como um bom encontro, como uma atividade

lúdica. No entanto, do começo ao fim das aulas e dos cursos, lembro que as técnicas constituem-se apenas como recursos, elas não são a intervenção e que o principal reside em saber se elas aumentam ou definham a potência do corpo.

4.5 O ensino da Terapia Ocupacional da USP no contexto das ações da Atenção Primária à Saúde

Desde a década de 1980, o curso de Terapia Ocupacional da USP tem priorizado uma formação crítica dos estudantes, articulada ao desenvolvimento de políticas públicas, tendo se empenhado na criação de práticas assistenciais na Atenção Primária à Saúde (APS), associadas ao ensino, pesquisa e extensão (ROCHA e OLIVER, 2013), em um momento histórico que a profissão ainda não estava inserida nesse nível assistencial.

De 1983 a 1986, dois docentes da área de atenção à saúde da pessoa com deficiência física⁵⁴ constituíram um projeto piloto do sistema de atenção à pessoa portadora de deficiência da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, tratando-se da primeira iniciativa no estado de São Paulo nessa área. O projeto propôs uma rede regionalizada, em diversos Centros de Saúde do município de São Paulo e do interior paulista. Além de acompanharem a implantação do projeto no estado com colaborações em capacitações de profissionais, os docentes da graduação de terapia ocupacional inseriram suas atividades de ensino e estágio em um Centro de Saúde na região norte da capital paulista para a atenção da saúde e reabilitação da pessoa com deficiência.

Em 1989, o corpo docente⁵⁵ colaborou com o debate sobre atribuições e perfil profissional para a criação de 241 cargos de terapia ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, bem como na constituição de políticas assistenciais e de rede de serviços. De 1992 a 1996 participou de serviços municipais de saúde de diferentes níveis de atenção. Entre 1998 e 2003 desenvolveu projeto de Reabilitação com ênfase no Território na UBS Jd. D'Abril e, desde 2001 até a presente data, na UBS Jd. Boa Vista, sob a responsabilidade da Profa. Fátima Correa Oliver, ambas na região oeste do município.

⁵⁴ Profa. Eucenir Fredini Rocha e Profa. Marta Carvalho de Almeida.

⁵⁵ Profa. Eucenir Fredini Rocha e Profa. Fátima Correa Oliver.

Entre 2000 e 2008, o REATA - Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva da Área de Terapia Ocupacional da USP, sob minha responsabilidade, elaborou e assessorou a implantação do *Projeto de Reabilitação do Programa de Saúde da Família – PSF QUALIS na região sudeste e leste do município de São Paulo*, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, a Fundação Zerbini e a Casa de Saúde Santa Marcelina (SÃO PAULO, 2000). Esse projeto foi pioneiro na atenção interprofissional em reabilitação no Programa da Saúde da Família, com atividades de pesquisa e ensino para estudantes de graduação. Foi encerrado em 2008 e, desde então, o laboratório REATA desenvolve experiências de ensino e pesquisa na Estratégia de Saúde da Família na Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge - Dr. Paulo Eduardo Elias⁵⁶, na região oeste do município.

Aos estudantes e profissionais da unidade básica de saúde, as ações de terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde possibilitam a reflexão sobre a assistência voltada às necessidades das pessoas em seus territórios, evidenciando as contradições colocadas pelas condições de vida e pelo acesso à rede de serviços. A atenção às pessoas com deficiência nas unidades básicas de saúde tem demonstrado, em muitas ocasiões, que esse nível assistencial ainda está despreparado para o acompanhamento das pessoas com limitações na vida cotidiana e na participação social.

Os motivos para tanto são vários, desde considerar as pessoas com deficiência como “casos complexos” que devem ser atendidos no nível secundário e terciários, passando pelo despreparo tecnológico do serviço, pela falta de profissionais, ou por profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que compreendem sua ação restrita a apoios matriciais e encaminhamentos para outros níveis assistenciais, até o desconhecimento da potência da assistência reabilitacional por parte dos gerentes, entre outros obstáculos, envolvendo inclusive as políticas públicas locais e nacionais (SILVA, 2018). Esses temas também têm sido abordados como conteúdos na formação dos terapeutas ocupacionais da USP.

Apesar do curso não possuir disciplinas nomeadas como de *Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde*, esse conteúdo, aliado ao estudo sobre o SUS, é abordado como

⁵⁶ UBS Jardim São Jorge - Dr. Paulo Eduardo Elias situada à Rua Ângelo Aparecido dos Santos Dias, 331 - Jardim São Jorge, São Paulo da SMS/SP.

tema transversal na graduação, estando organicamente inserido em diferentes disciplinas teóricas e práticas e sendo articulado às experiências em estágios nos serviços da rede. As articulações realizadas tornam possíveis experiências inovadoras de ensino, constituindo-se em espaços privilegiados para o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais e pessoais dos estudantes.

A inserção das ações de reabilitação e de terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde (APS), realizada nas atividades de ensino na área de Terapia Ocupacional da USP, tem se demonstrado factível e eficaz, além de demarcar novos princípios éticos e institucionais, sobretudo ao atingir pessoas com deficiências, seus familiares e redes sociais que em outras formas de organização de serviços ficam excluídas de qualquer intervenção, principalmente nos serviços de reabilitação especializados por tipo de deficiências.

Cabe aqui ressaltar que as ações de terapia ocupacional na APS extrapolam as ações reabilitacionais nesse nível assistencial. O objeto central de reflexão dessa tese é a ação junto às pessoas com deficiência, no entanto, é impossível dissociar esse trabalho de outras ações da terapia ocupacional na atenção primária à saúde, pois nesse nível é necessário observar a família, a comunidade, o território, o entorno domiciliar, as redes sociais e as possibilidades de ações intersetoriais. Assim, outras pessoas são atingidas pela ação da terapia ocupacional junto à pessoa com deficiência e muitas outras questões de saúde emergem desses encontros. Essa singularidade revela a riqueza desse trabalho que não se restringe à pessoa e sua patologia, podendo provocar um raciocínio ampliado no planejamento e execução da clínica terapêutica ocupacional e de reabilitação.

A proposta é que a terapia ocupacional passe a atender a partir da lógica da demanda da comunidade ao invés das especialidades, como no modelo tradicional de reabilitação. A equipe de saúde da família é a porta de entrada para as ações de saúde e reabilitacionais, que podem ser decididas avaliando-se as prioridades e condições de vulnerabilidade da população, e não mais por critérios prognóstico e tipos de patologias elencadas pelos serviços, como ocorre no nível secundário e terciário. No entanto, esse raciocínio de planejamento das ações de intervenção só se torna possível se houver a adesão da equipe de saúde da família e de outros profissionais que compõem o trabalho na UBS aos princípios de ação na APS, que considera o estudo do território, a acessibilidade e o

acesso da população como primordiais, bem como a observação do imperativo de integralidade nas ações, a coordenação do cuidado, a continuidade na assistência, a longitudinalidade e o estabelecimento de vínculo com a comunidade e usuários.

Todavia, a organização do trabalho em equipe dirigido a todas as necessidades da população requer equipes preparadas, ou ao menos dispostas a se prepararem para novos conhecimentos. Isso porque, ao se considerar que a APS pode cuidar de pessoas com deficiência, assim como daquelas com transtornos mentais, em situação de vulnerabilidade e violência, e com outras doenças crônicas e incapacitantes, o que está em pauta é qual é o cuidado, como fazê-lo e com que equipe. Essas definições ainda estão em construção nos últimos vinte anos, pois, apesar dessas populações já estarem acessando os serviços das unidades básicas de saúde, nem sempre há clareza ou concordância, por parte dos profissionais de saúde, de quais são as ações que devem ser desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde.

No caso de pessoas com deficiência, ainda predomina na formação dos profissionais de saúde as ideias fantasiosas de que essa população precisa de cuidados de alta tecnologia em serviços de maior complexidade e de que, às vezes, o mais recomendável seria inclusive a internação dessas pessoas em instituições de abrigo.

Para se romper com essas ideias é preciso abertura por parte dos profissionais e dos gerentes dos serviços para as abordagens que considerem a ruptura com aquelas exclusivamente organicistas e biomédicas. A intervenção necessita abandonar as premissas da correção corporal e compor na direção do fortalecimento das potencialidades do sujeito, da família e da comunidade. Assim, se o objetivo primordial da intervenção reabilitacional tradicional reside em minimizar ou eliminar a deficiência, na proposta da reabilitação na Atenção Primária à Saúde a ação deve estar dirigida ao fortalecimento da autonomia e independência das pessoas com deficiências e de seus familiares, com cuidados em saúde abrangentes, com vistas à participação social.

A terapia ocupacional no trabalho em equipe pode, portanto, tornar-se apoio matricial (CAMPOS; DOMITTI, 2007) no trabalho das equipes de saúde da família, sendo o seu objetivo o de asseverar a retaguarda especializada aos profissionais dessas equipes. Porém, é importante lembrar que as atividades de matriciamento requerem mão dupla:

todos os profissionais colaboram e recebem matriciamento, cabendo, portanto, a todos a disponibilidade para a concretização dessa troca de conhecimento no trabalho.

Vale ainda ressaltar que a equipe matricial se encarrega tanto de procedimentos especializados quanto de suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. A organização das atividades de intervenção da terapia ocupacional enquanto profissional que promove apoio matricial depende das diretrizes clínicas e sanitárias do território de referência, ou seja, não há uma padronização a priori das atividades a serem desenvolvidas nessa ação. Assim, o que é oferecido em termos de ações de terapia ocupacional em uma UBS nem sempre é igual ao de outro equipamento de saúde, pois as características dos cuidados em saúde são dadas pelas necessidades da população local.

A terapia ocupacional na APS contribui também para a facilitação do acesso, da integralidade e da humanização efetiva das ações em saúde. Auxilia na redefinição da reabilitação, que deixa de ser uma modalidade especializada dos serviços de saúde para ser parte das intervenções em saúde, garantindo à pessoa com deficiência o exercício pleno dos seus direitos como usuário do SUS e colocando as instituições de saúde a serviço de toda a população que compõe o território de cada UBS.

4.6 As atividades de ensino do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva na Atenção Primária à Saúde

Oferecido pelo REATA desde 2000 na atenção primária à saúde, o estágio curricular⁵⁷ tem por objetivo proporcionar ao estudante a experiência de desenvolver ações de terapia ocupacional na atenção às pessoas com alterações de funcionalidade, ou com deficiência ou com incapacidades transitórias; pessoas em situações de vulnerabilidade social e/ou de violência, segregação ou exclusão social; pessoas com dificuldades no desempenho das atividades cotidianas e/ou de participação social; de diferentes faixas etárias e gêneros, assim como familiares e comunidades que demandem a sua contribuição específica ou compartilhada com a equipe de saúde. A ampliação da população

⁵⁷ Disciplina MFT0308 – Estágios Supervisionados I – Terapia Ocupacional em Deficiência Física é oferecida todos os anos semestralmente, para estudantes do 7º ao 8º período do curso de graduação em Terapia Ocupacional, campus capital.

atendida é coerente com a proposta da Atenção Primária à Saúde, que define que todos os usuários do território da UBS tem o direito a atendimento integral, equânime e de qualidade (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

De 2000 a 2008 o ensino foi desenvolvido junto às equipes de saúde do então Programa Saúde da Família (PSF)⁵⁸ - QUALIS - Qualidade Integral de Saúde, nas regiões leste e sudeste do município de São Paulo, que estavam sob a responsabilidade técnica, respectivamente, da Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM) e da Fundação Zerbini (FZ) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (ROCHA; KRETZER, 2009).

De 2008 até a presente data o REATA passou a atuar junto à Unidade Básica de Saúde Jardim São Jorge, na região Oeste do município de São Paulo, período em que o serviço funcionava com uma composição de UBS de modelo tradicional⁵⁹ e de ações da Estratégia de Saúde da Família.

Em 2008 a UBS Jd. São Jorge tinha seis equipes de saúde da família⁶⁰, duas assistentes sociais, uma equipe de saúde bucal⁶¹ e um farmacêutico. Em 2009 a UBS recebeu uma equipe de vigilância em saúde, composta por um enfermeiro e duas auxiliares de enfermagem. A equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) chegou em 2010⁶².

Em 2016 houve mudança da Organização Social gestora dos serviços de saúde da região da UBS, ocorrendo a redução da equipe do NASF e a troca de todas as categorias profissionais. Essa instabilidade dos profissionais nos serviços de saúde impede a continuidade de projetos de trabalho em equipe e a relação dos usuários com os serviços, bem como compromete o andamento dos estágios curriculares situados na UBS. Essa realidade produz um eterno recomeço do trabalho institucional.

⁵⁸ Hoje denominado de “Estratégia da Saúde da Família – ESF”.

⁵⁹ A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo conta com diferentes modalidades assistenciais na Atenção Primária à Saúde, a saber: Unidades Básicas de Saúde com Estratégia da Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional (porta aberta ao usuário – que contam com médicos das clínicas básicas, clínico geral, pediatra e ginecologista).

⁶⁰ Um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde.

⁶¹ Um dentista e um auxiliar ou técnico em saúde bucal.

⁶² Equipe composta por quinze profissionais: terapeutas ocupacionais (2), fisioterapeutas (3), fonoaudiólogo (1), nutricionista (1), educador físico (1), ginecologista (1), pediatra (1), psiquiatra (1), clínico geral (1), psicólogos (2), geriatra (1).

No início das atividades do estágio constatamos que pessoas com deficiência não eram identificados como tais pelas equipes de saúde da família e, quando eram reconhecidas, ficavam excluídas da atenção primária e eram encaminhadas para os serviços especializados.

Diante da percepção dessa dificuldade, realizamos uma série de encontros com as equipes para discutir as questões: “*o que é deficiência?*” e “*quais as contribuições da terapia ocupacional na APS?*”.

O resultado evidenciou as dificuldades de identificar as deficiências e suas necessidades. Casos neurológicos, como de Acidente Vascular Cerebral e Paralisia Cerebral eram considerados como acamados; casos decorrentes de lesões ortopédicas eram avaliados como de nível secundário; casos de deficiência intelectual eram encaminhados aos serviços de saúde mental, etc.

Como previsto pelas normativas ministeriais, a equipe de saúde da família é a porta de entrada dos usuários ao serviço, o que não é diferente para os atendidos pelo estágio. Cada estudante atende de seis a oito usuários de uma equipe de saúde da família. Coordena, com os colegas estagiários, dois grupos de cuidados em saúde - o de estimulação de desenvolvimento infantil e o de cuidado dos profissionais de saúde da UBS -; participa semanalmente das reuniões da equipe de saúde da família; colabora com as ações do NASF-AB compartilhando casos; realiza atividades de educação permanente e de prevenção (da primária à quaternária); avalia as necessidades de tecnologias assistivas e, com as equipes, encaminham os pedidos de equipamentos de auxílio e de tecnologias assistivas fornecidos pelo SUS.

O estudante ainda confecciona, quando necessário, órteses e adaptações de diferentes naturezas (de adequação postural em cadeira, de comunicação alternativa, utensílios para o cotidiano e para as atividades instrumentais da vida prática). Nos últimos dez anos os estagiários atenderam, em média, 84 famílias⁶³ durante o ano letivo.

⁶³ Aqui também são consideradas as famílias atendidas no grupo de estimulação de desenvolvimento infantil, que costuma ser composto por cerca de dez pessoas.

Ainda que o estágio tenha um foco maior no atendimento a pessoas com deficiência ou incapacidades transitórias⁶⁴, também são atendidas pessoas com problemáticas relacionadas ao sofrimento mental e outras que sofrem violência ou que estão em situação de vulnerabilidade social, pois partimos da premissa que a Atenção Primária à Saúde é um campo de ação generalista e, portanto, as ações dos profissionais nesse nível não podem ser definidas a priori pelas especialidades, mas devem considerar as demandas do território e das famílias.

As atividades específicas da terapia ocupacional estão centradas, portanto, em três eixos: 1. Elaboração de um plano de ação terapêutico ocupacional; 2. Identificação e encaminhamento de soluções relativas às tecnologias assistivas; e 3. Implementação de ações que visam a participação social e o desmonte de situações de segregação e exclusão social.

Procura-se encaminhar o menor número possível de pessoas para os serviços secundários. Nestes dez anos de estágio na UBS foram necessários apenas poucos encaminhamentos, alguns de emergência para pronto socorro, para a realização de consultas com profissionais médicos especializados que não estão disponíveis na unidade de saúde, um caso para o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST, e outros, a maioria, para a dispensação de tecnologias assistivas disponíveis no SUS.

Considerando a necessidade de coordenação e acompanhamento longitudinal do cuidado, essas pessoas continuam acompanhadas pelo estágio, na medida de sua necessidade. Vale lembrar que a longitudinalidade não é sinônimo de atendimentos ininterruptos por toda a vida, assim, quando avaliamos que o usuário não necessita mais das intervenções de terapia ocupacional, discutimos com a equipe a possibilidade de interrompermos os atendimentos, mas ficamos disponíveis caso o usuário necessite de novo acompanhamento no futuro. É importante ressaltar que a decisão de encerramento do atendimento de terapia ocupacional é feita em reunião de equipe e com a participação do usuário.

Não há dispensa ou alta do usuário por motivos de falta, de complexidade diagnóstica ou porque o usuário não possui bom prognóstico. Ao contrário, esses casos são

⁶⁴ Considerando a organização do atual currículo do curso de Terapia Ocupacional da USP até 2019.

objeto de discussões, com a intencionalidade de desvelar as suas reais necessidades e compor uma intervenção adequada.

As visitas, os atendimentos domiciliares e as ações no território são realizadas com o acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde - ACS, pois eles garantem o vínculo dos estagiários com os moradores, além de conhecerem o cotidiano e as dinâmicas familiares e comunitárias. Os ACS também são importantes interlocutores nos casos em que ocorrem atendimentos compartilhados com os profissionais do NASF-AB e outros profissionais, estagiários e residentes que compõem o serviço da UBS.

As equipes de saúde da família podem e devem, portanto, incorporar em seus planos de trabalho as pessoas com deficiência ou incapacidades transitórias, pessoas com dificuldades no desempenho das atividades do cotidiano e da participação social e aquelas que vivem em condições ofensivas à sua integridade corporal.

No entanto, a efetivação da integralidade e da humanização na atenção à saúde só é possível quando se garante a todos os usuários o direito ao acesso aos serviços, assim o comprometimento ético se realiza no cotidiano institucional por meio do trabalho em equipe.

O trabalho em equipe exige que os profissionais estejam apoderados dos conhecimentos e habilidades próprios de sua formação para compor, com seus colegas, ações demandadas pelas necessidades dos usuários, o que nem sempre é fácil. Principalmente quando se trata de pessoas com deficiência, nem sempre é claro o que fazer.

Só é possível se constituir esse saber fazer na ação em equipe, na composição de encontros terapêuticos. Mas nem sempre são composições conhecidas, pois muitas vezes é exigido um esforço na busca de novas possibilidades assistenciais que demandam rupturas com modos antigos de entender os problemas e coragem na constituição de novos repertórios terapêuticos.

Como contribuições específicas para o trabalho em equipe, o estágio prevê a participação ativa dos estudantes nas reuniões de equipe de saúde da família. Os estagiários são incentivados a desempenhar uma participação ativa: a levarem dados dos seus atendimentos, a procurarem compor com atividades que ocorrem no território, a saírem da

postura de aprendiz que apenas recebe, e a ganharem segurança e autonomia, na medida em que enfrentam seus medos e são desafiados a contribuir com propostas resolutivas.

O estudante de terapia ocupacional deve participar das atividades gerais da unidade básica de saúde como reuniões semanais e ações de prevenção e promoção de saúde por meio de campanhas.

Uma vez por semestre, nas reuniões gerais da unidade de saúde, os estagiários ministram um minicurso ou organizam uma oficina visando contribuir para as ações do trabalho em equipe. Os temas são escolhidos por todos os profissionais da UBS, e dentre eles alguns já trabalhados foram: o que é terapia ocupacional? O que são tecnologias assistivas? Quais são ações de terapia ocupacional e reabilitação na atenção primária? O que são práticas integrativas e complementares? Quais são os cuidados com o corpo e com a saúde do trabalhador? Como lidar com a violência na atenção primária à saúde? Preconceitos, gênero e sexualidade são temas da atenção primária à saúde? Quais são as ações reabilitacionais e de terapia ocupacional dirigida a pessoas com Acidente Vascular Cerebral? Como cuidar de casos com paralisia cerebral, dor crônica, atrasos e alterações do desenvolvimento infantil?

Essa atividade revela a necessidade de conhecer a área de atuação da terapia ocupacional na atenção primária pelos profissionais que compõem as equipes e esses encontros e temas debatidos contribuem tanto para a aproximação no trabalho em equipe quanto para um possível planejamento de ações. A definição coletiva dos temas tratados é um importante fator na constituição de um diálogo e aproximação com a universidade e na presença do docente, supervisora técnica e estudantes de terapia ocupacional, demonstrando a intensa necessidade de formação e de trocas entre os trabalhadores do campo da saúde.

Nos diferentes territórios em que os estagiários desenvolvem projetos de intervenção, a organização das atividades depende das diretrizes clínicas e sanitárias, não havendo uma padronização a priori. Portanto, os estudantes têm que conhecer o território, suas possibilidades e dificuldades e ouvir as demandas advindas das equipes de saúde da família. Esse conhecimento é necessário ao plano de ação junto aos usuários, pois a

participação social constitui um dos objetivos do trabalho da terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde.

Todas as atividades na UBS são acompanhadas pela terapeuta ocupacional do REATA, supervisora técnica, cujo papel é de ensinar, com acompanhamento das ações, orientações específicas e intervenções pontuais em casos de situações mais complexas.

Os dois grupos que são coordenados pelos estagiários têm finalidades distintas. O grupo de estimulação do desenvolvimento infantil tem por objetivo receber crianças de todas as equipes de saúde da família que apresentam alterações no desenvolvimento. A dinâmica desses encontros semanais, que ocorrem na UBS, prevê que as equipes detectem precocemente as crianças com alterações, inclui a participação dos pais e é toda conduzida com atividades lúdicas. O Conceito Bobath muitas vezes é utilizado na manipulação corporal das crianças, mas não apenas, empregando-se outros recursos terapêuticos ocupacionais como a atividade lúdica.

Os participantes, crianças e pais, são estimulados a sair de suas casas para a atividade grupal na UBS, assim como em outras ocasiões, como em passeios, atividades festivas, confraternizações e outros tipos de participação social, como a inclusão das crianças em creches ou escolas da região, além de outras atividades de cunho social, de cultura, de lazer e de ações cotidianas da família, como compras, entre outras.

A presença dos pais na atividade grupal na UBS tem duas grandes finalidades, a de acompanhamento de seus filhos nas atividades lúdicas e, simultaneamente, a de constituição de um grupo de pais. Alguns familiares já se tornaram amigos, fazem passeios e festas em conjunto.

Os encontros no grupo de estimulação do desenvolvimento infantil constituem uma oportunidade para trabalhar os preconceitos e os estigmas que formam o imaginário social sobre a deficiência.

O grupo de cuidado dos profissionais de saúde da UBS acontece toda sexta-feira à tarde e tem por finalidade acolher os profissionais do serviço que apresentam queixas de dor ou de algum desconforto decorrentes das condições de trabalho.

Os estagiários realizam atividades corporais que utilizam a massagem, o relaxamento ou outras técnicas que visam minimizar esses desconfortos. A supervisora

terapeuta ocupacional e outros profissionais da UBS com formação em acupuntura realizam sessões de atendimentos. São usuários dessa intervenção profissionais da recepção, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros e outros profissionais da UBS ou do NASF/AB. Esses encontros são ricos e muito alegres, muitas vezes ocorrendo conversas entre todos ou apenas com o cuidador.

O grupo de estagiários, que existe desde 2009, também realizou estudos sobre as posturas e posicionamentos dos trabalhadores em seus postos de trabalho. Esse estudo gerou um documento que subsidiou a troca de vários equipamentos e móveis da UBS e reorganizou os profissionais nos seus locais de trabalho com vistas a um maior conforto.

Uma vez por semana os estagiários são supervisionados em grupo por mim e pela terapeuta ocupacional supervisora. Nesses encontros são discutidos diferentes temas relacionados às ações desenvolvidas na unidade de saúde.

A metodologia utilizada na supervisão prevê que os estagiários têm que observar e acompanhar os casos cuidados na UBS; estabelecer relações entre os fatos e as demandas produzidas; problematizar o que parece evidente; distinguir o que é imaginação ou, quais são as ideias inadequadas que aparecem no entendimento do caso; libertarem-se de suas opiniões calcadas nas ideias fantasiosas da realidade, ou seja, promover o exercício intelectual de que *"conhecer é conhecer pela causa"*, como coloca Espinosa. Trata-se de um exercício de conhecimento que supõe conhecer o caso considerando as causas do que aparece como sintoma, conhecer a história de vida, o cotidiano e as demandas que são feitas às equipes de saúde e à terapia ocupacional.

O estagiário é estimulado a narrar e problematizar ao menos um caso ou situação de sua responsabilidade em cada encontro. Todos os casos atendidos pelos estagiários têm que ter relatórios descritivo-analíticos que são lidos e comentados pelos supervisores e devolvidos aos estagiários antes das reuniões de supervisão. Semanalmente, após a devolutiva dos relatórios e discussão dos casos em supervisão, os prontuários dos usuários são atualizados pelos estagiários.

As famílias atendidas pelos estudantes de Terapia Ocupacional trazem consigo questões e diagnósticos diversos: acidente vascular cerebral, traumatismo crânio encefálico, paralisia cerebral, deficiência sensorial, atraso do desenvolvimento neuro-psico-

motor, deficiência intelectual, autismo, doenças reumáticas, traumato-ortopédicas, queimados, que apresentam incapacidades diversas na vida cotidiana, pessoas que sofrem violência ou vivem em situações de vulnerabilidade, têm dificuldades na participação social e na vida cotidiana, muitos com sofrimento mental associado.

A narrativa feita nas supervisões e nos relatórios envolve os fatos ocorridos, as impressões, sentimentos e emoções do estagiário, aspectos clínicos do caso e as dúvidas em relação à intervenção - conceituais ou técnicas. No diálogo com as narrativas dos estudantes, nós, supervisores, procuramos estimular o raciocínio em relação à história narrada, considerando diferentes questões: qual é a clínica demandada? É dor? É Reabilitação? São ações de desmonte de processos de exclusão social? Existem questões relacionais? Qual é a composição feita com a equipe de saúde da família? Com a equipe de NASF/AB? Quais as possibilidades de ações no território? Entre tantas outras possibilidades de questionamentos que possam dirigir o raciocínio do estudante para a elucidação da gênese da demanda apresentada e, desse ponto em diante, elaborar ações na direção do fortalecimento dessas pessoas.

Fortalecimento do conatus, a promoção de experiências de bons encontros, de desvelamento de ideias supersticiosas e preconceituosas, de ações tecnológicas adequadas a real necessidade dos usuários.

Nesses encontros ensinamos e aprendemos a compreender o que acontece sob as lupas de Espinosa.

É um exercício para todos, procuramos compreender os corpos, os nossos, de nossos usuários, de seus familiares e das equipes. Compreender a natureza dos encontros entre profissionais e usuários, entre os profissionais e de todos com os recursos tecnológicos, compreender como esses encontros se compõem. Quando os encontros são de paixões tristes ou de paixões alegres. Como o corpo não é mecânico, como ele é desejo, inclusive os nossos, de terapeutas que cuidam e aprendem, que ensinam e trocam, que compõem com os outros corpos e que se desafiam nesse processo.

Saímos todos diferentes das supervisões. Alguns encontros são difíceis, saímos com pendências, com dúvidas e até mesmo angustiados, mas nos reencontramos.

Reelaboramos os conteúdos, nos apoiamos nas ações e seguimos na composição de novos encontros.

PARTE 5

**5 POR UMA TERAPEUTICA
OCUPACIONAL DAS PAIXÕES: A
AÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

O amor nada mais é do que a alegria, acompanhada da ideia de uma causa exterior, e o ódio nada mais é do que a tristeza, acompanhada da ideia de uma causa exterior. Vemos, além disso, que aquele que ama, esforça-se, necessariamente, por ter presente e conservar a coisa que ama. E, contrariamente, aquele que odeia esforça-se por afastar e destruir a coisa que odeia.

(SPINOZA, *Ética* III, P₁₃, Esc., p. 181)

5.1 Quando o acesso e a continuidade do cuidado está garantido: novas possibilidades na história de vida de Valentina

A Alegria é a passagem do homem de uma perfeição menor para uma maior. (SPINOZA, *Ética III, Definições dos Afetos*, D2, p.239)

A história de atendimento de Valentina nos remete à potência da atenção primária à saúde no atendimento de casos considerados “complexos”, pois envolve muitos fatores: presença de um quadro de deficiência considerado grave do ponto de vista clínico, vulnerabilidade social e violência.

Valentina é uma menina de onze anos que mora com seus pais e irmão em uma das áreas de ocupação no território da unidade básica de saúde. A casa de tabuas fica em uma viela sem acesso de veículos e com circulação somente de pedestres, tendo aproximadamente 20 m² e sendo composta por duas camas, uma televisão, uma mesa, eletrodomésticos e pia. Não tinha banheiro no início dos atendimentos e, após alguns meses, ele foi construído de forma improvisada. No início dos atendimentos Valentina dormia em um berço, que se tornou pequeno e passou a dormir com os pais.

O acesso à casa é difícil, pois a casa fica em um desnível da rua. Para adentrar a casa é preciso descer dois degraus de uma escada improvisada, de terra. A porta da casa é feita de duas tábuas de madeira, precariamente instaladas. O terreno da moradia beira uma área de risco de desmoronamento na região, o que é fonte de preocupação para a mãe de Valentina, dona Márcia.

Dona Márcia ocupa seus dias nos cuidados com os filhos e seu marido encontra-se muitas vezes desempregado, o que compromete a renda familiar. Em muitas ocasiões a única renda da família é o Benefício de Prestação Continuada que Valentina possui.

O pai de Valentina, por vezes é violento em casa com Márcia, e tira objetos do domicílio para vender e obter dinheiro. A relação dos dois é tumultuada e difícil. Márcia é órfã, ela morou toda a infância em um abrigo existente na região. Muito carente e insegura, ela saiu do abrigo já casada com o pai de Valentina, sendo muito submissa a ele.

Valentina e seu irmão mais novo, Marcos, estudam em uma escola da região. Ela tem condução adaptada para ir à escola, mas nem sempre consegue pegá-la, pois é difícil

chegar até a avenida onde o carro escolar passa, principalmente nos dias chuvosos. Isso torna sua frequência à escola inconstante.

Valentina tem um quadro de paralisia cerebral, com quadriparesia espástica atetóide decorrente de uma anóxia neonatal. Sua deficiência física acarreta em limitações de movimentos voluntários no corpo todo e tem muitas atividades reflexas patológicas. Tem muita dependência e deformidades decorrentes da ausência de cuidados durante toda a primeira infância, não tem controle de tronco e membros, apenas um pequeno controle de cabeça. Sua cabeça e rosto também estão comprometidos, não fala, tem dificuldades de deglutição e mastigação. É muito magra, pesa 17 kg e mede 1,20m. Tem desnutrição e alimenta-se por sonda gastrointestinal. Sua espasticidade corporal dificulta a maioria de seus movimentos e têm posturas fixas, algumas articulações apresentam limitações de movimento fortemente instauradas.

Ela demorou muito até chegar a algum serviço de saúde e de reabilitação. Foi rejeitada nos serviços de reabilitação tradicionais por se tratar de um “*caso sem prognóstico*” de melhora física devido a gravidade das alterações motoras e com suspeita de alteração intelectual. O mesmo ocorreu na UBS quando não tinha estágio de terapia ocupacional, a equipe de saúde da unidade não se sentiu apta a atendê-la, nem mesmo nos aspectos clínicos como da alimentação por sonda. A família seguia orientações de um dos serviços especializados no qual tinha passado.

Uma das estagiárias que a atendeu, narrou em seu relatório:

Vale a reflexão sobre o primeiro contato com o usuário que se tem neste contexto. O usuário é apresentado à equipe geralmente em reunião pela ferramenta de compartilhamento de caso. A partir desse momento é construída uma imagem, carregada de problemáticas e de prognósticos, estas floreadas por visões pessoais e incrementadas por contextos e vivências da equipe. No entanto, esta apresentação é apenas um recorte que está limitado pelo olhar de parte da equipe. Esta base prévia fornece então um convite ao profissional para aprofundar-se no caso, investigando seu contexto, suas condições, articulações, possibilidades e potências.

Como terapeuta ocupacional em formação propôs-me, neste e nos outros casos, a aproximar-me da realidade do indivíduo (na medida do que me era permitido acessar), de suas histórias de vida, limitações, suas demandas, suas vontades, para traçarmos um projeto singular. Esta aproximação gradual deve acontecer de forma a permitir o estabelecimento de um

vínculo terapêutico entre o terapeuta e o usuário, passando pela atividade realizada no quadro de terapia ou fora dele. Quando conhecemos pessoas ou famílias para além da apresentação intermediada - que é muitas vezes superficial - vemos uma riqueza de detalhes que só é possível com imersão no contexto do indivíduo. Na atenção básica a proposta territorial é uma estratégia que possibilita isso.

Segue ainda dizendo:

Márcia, apesar de conseguir proporcionar os cuidados básicos de Valentina e de ser praticamente sua única cuidadora, tem poucas demonstrações de maternagem e revela-se pouco apta a lidar com a condição de deficiência de sua filha. Segundo a equipe, Márcia não externa suas preocupações e não seria uma potencial paciente de atendimentos de psicologia na atenção básica, pois os profissionais seriam obrigados a “caçar” as suas demandas. Em seguida foi abordado o fato de Valentina não estar frequentando a escola. Mostrou-se uma inquietação maior por parte da equipe que se referia às consequências legais que isto poderia acarretar, pois a escola poderia (e ameaçava) chamar o conselho tutelar para tirar a guarda da filha. Lembrada a importância da escola em sua essência (que é a meu ver é o aprendizado proporcionado pelas trocas), a equipe ponderou pela necessidade real de frequência de Valentina neste ambiente. Em ponderações, surgiram opiniões divergentes acerca das capacidades cognitivas de Valentina e de seu entendimento. Alguns afirmam que ir à escola seria desnecessário visto que seu aproveitamento não seria válido. Porém a dúvida sobre o grau de comprometimento cognitivo de Valentina continuou pairando.

[...] mães são orientadas a proporcionar afeto e cuidados de outras ordens, tais como estímulo de desenvolvimento e projeções de futuro. Infiro que mães de pessoas com deficiência grave, além de não serem orientadas a oferecer tal atenção aos filhos, podem ser desde cedo desestimuladas pela falta de perspectiva futura. De certa forma introjetam a ideia dada pela sociedade de que a vida de seus filhos tem menos valor que outras vidas. Assim, é sensato olhar para os cuidados desta mãe desamparada e vulnerável com olhos menos julgadores e mais acolhedores.

A estagiária iniciou seus atendimentos com o apoio de sua supervisora e a presença da agente comunitária de saúde. Em sua observação inicial, ela se propõe a enfrentar as ideias preconceituosas e limitantes que permeiam o encontro com pessoas em situações de extrema vulnerabilidade e de incapacidade, despertando no conjunto dos profissionais sentimentos de impotência na sua ação terapêutica.

Muitas demandas apareceram no decorrer dos atendimentos, desde ajustes da medicação anticonvulsivante, até a necessidade de acessar pelo SUS a alimentação a ser administrada pela sonda, passando pela dispensação das fraldas para o seu cotidiano, a aquisição e adequação da cadeira de rodas, os melhores posicionamentos para o banho e postura na cama, questões relativas à ida à escola, condução, agendamento do Benefício de Prestação Continuada e cuidados reabilitacionais para a garantia da efetivação da comunicação de Valentina.

Todas essas demandas foram pautadas nas reuniões da equipe de saúde da família. As questões mais objetivas, como aquelas referentes à medicação, alimentação e fraldas, pedido de cadeira de rodas e de banho, que demandavam encaminhamentos institucionais internos à UBS, foram resolvidas rapidamente. Temas como inclusão escolar, maternagem e outras questões subjetivas, porém, foram alvo de muitos encontros da equipe e nem sempre de fácil discussão.

A questão sobre se Valentina entendia ou não o que ocorre a o seu redor foi esclarecida com a introdução da Comunicação Alternativa pela estagiária de terapia ocupacional. Sua compreensão era normal, acompanhava história de livros e de jogos cognitivos. Uma das atividades desenvolvidas foi a de ler histórias infantis. A sua participação era intensa com olhares e expressões de surpresa, alegria, tensão, tristeza, enfim, estava atenta aos conteúdos que as histórias despertavam.

Concomitantemente, a estagiária elaborou uma adaptação para o uso de caneta e lápis para desenhos. Como Valentina tem grande comprometimento nos braços e nas mãos, foi elaborado um suporte para os pés. Ela passou a desenhar com os pés em uma prancha adaptada em sua cadeira de rodas. A cada vez que lhe era oferecida a oportunidade dessa atividade, Valentina entrava em estado de ansiedade, o que dificultou em muito na precisão dos movimentos. Mas com o decorrer do tempo isso foi melhorando. Muitas adaptações ainda foram e são necessárias, no entanto, com os pequenos objetos que lhe foram feitos, foi possível observar o quanto a tecnologia assistiva é importante para que as pessoas com incapacidades funcionais tenham acesso a determinadas atividades.

A prancha na cadeira de rodas tinha um caderno fixo. Com o tempo, este foi substituído por uma lousa branca, o que deu maior firmeza à atividade. O lápis ou caneta

passou a ser fixo em um par de sandálias. Com o pé direito Valentina escrevia e com o esquerdo apagava.

A estagiária narra:

Durante esta etapa da intervenção testamos outras formas de posicionar Valentina (usando o Conceito Bobath) frente à lousa, acreditando que poderíamos achar posturas que inibissem os reflexos patológicos. Transferi Valentina para a cama e, dando-lhe suporte de tronco, trouxe seus braços e cabeça para a linha média. Com joelhos fletidos e a lousa a sua frente ela pode desenhar e apagar. Fizemos o jogo da Velha. Este foi o dia que tive o maior contato físico com Valentina até então. Noto em dado momento que Valentina lacrimeja. Sua mãe afirma que deve ser devido a um resfriado e acrescenta que Valentina não costuma chorar. Nesse instante procuro acreditar em Márcia, porém posteriormente devaneio a respeito. Penso que as lágrimas de Valentina podem ser por muitos motivos: dor, tristeza, felicidade, emoção, esforço, ou ainda nada relevante. Mas para mim este momento de dúvida causou-me reflexões. É possível que Valentina estivesse frustrada com seu desempenho e desiludida com o resultado de seu esforço. É possível que sair de sua posição habitual da cadeira de rodas lhe causasse desconforto ou dor. É possível que estivesse tão feliz a ponto de se emocionar. É possível que o contato humano e afetivo não lhe seja proporcionado com frequência, fazendo com que isto lhe cause algo desestabilizador. Lembro que Márcia referiu que Valentina demonstra prazer e gosta do momento do banho. Acredito que Márcia seja a única pessoa que costuma tocar Valentina fora de sua cadeira de rodas, e que Valentina não tenha contato físico com outras pessoas fora das ferragens de sua cadeira. Ver-se fora de sua estrutura metálica e envolvida desta maneira por alguém pode causar algo novo, positivo ou não.

O mesmo ocorreu com a Comunicação Alternativa: o processo se iniciou com uma pequena prancha de símbolos e, gradativamente, foram introduzidos outros símbolos. A alegria de Valentina era visível quando a compreendiam. Com o tempo, o laboratório REATA comprou um comunicador eletrônico para ser usado por Valentina. Este dispositivo permite gravar sons e falas que correspondam às imagens da prancha de comunicação. Valentina tinha que apertar os botões correspondentes às mensagens que queria formular para os sons saírem. São mensagens de perguntas, respostas, pensamentos, vontades e outras comunicações que foram sendo acordadas com ela. Vale destacar que esse comunicador não tem um preço exorbitante e poderia ser dispensado pelo SUS. Outra observação a ser feita em relação às tecnologias assistivas é que a lista desses equipamentos do SUS é restrita, limitando muito o seu acesso e utilização no cuidado.

O dispositivo ficou com Valentina e foi apresentado aos familiares e à escola para ser usado nos dois contextos. Seu uso despertou muito entusiasmos por parte de todos. O irmão dela se aproximou mais e dizia entusiasmado: “Já sei, já sei, então ela pode apertar o botão e a gente vai saber o que ela falou”. Na escola, a professora utilizou o equipamento na rotina das aulas e ampliou o repertório no comunicador considerando os conteúdos escolares.

A história de Valentina é complexa, aqui resumidamente apresentada. Sempre que uma pessoa apresenta a gravidade que ela tem em seu corpo, as equipes de saúde, inclusive das instituições especializadas, tendem a prognosticar o caso como sendo de sem futuro, sem possibilidades de melhoras. Quando isso ocorre na APS, as equipes de saúde da família ficam com medo, preveem as impossibilidades no atendimento. No entanto, é nesse espaço que a maioria das possibilidades de cuidado se evidencia.

A presença do estágio de terapia ocupacional na equipe facilitou o acesso e o cuidado. Diante dessa possibilidade, foi possível construir com a equipe um repertório de ações possíveis de serem efetivadas na atenção primária. Cada atividade programada pela terapia ocupacional foi discutida em reunião de equipe, acompanhada pela agente comunitária de saúde, assistente social e médico. Os passos do trabalho articulados em uma ação conjunta da equipe constituiu um exercício de matriciamento exercido por todos os profissionais envolvidos: como acertar a dosagem da medicação anticonvulsivante; articular recursos na comunidade; estabelecer parceria com a escola e efetivar ações intersetoriais, aproximando leituras sobre a história de Valentina em diálogos de equipes de diferentes locais; demandar a dispensação dos equipamentos de tecnologia assistiva; e oferecer alternativas de adaptações com recursos simples, presentes na comunidade, na escola e na unidade básica de saúde.

O fato do SUS disponibilizar alimentação para a sonda gastrointestinal, fraldas e medicamentos foi uma das possibilidades de acesso. A ação médica, que pode prescrever medicações anticonvulsivantes, foi outra possibilidade de cuidado que, caso não fosse realizada pela UBS, Valentina e sua família teriam que recorrer ao nível secundário, com o risco de nunca acessarem esse cuidado de forma longitudinal como ocorre na atenção primária. O mesmo acontece em relação às possibilidades de acesso à cadeira de rodas e de

banho que hoje, depois de muita luta dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, é possível obter pelo SUS.

Os materiais utilizados pela estagiária de terapia ocupacional só existiram porque a universidade subsidiou. Esse é um ponto importante de ressaltar, pois eles ainda não fazem parte do cardápio de insumos das unidades básicas de saúde, mesmo daquelas que contam com equipes do NASF-AB. É uma questão a ser resolvida pela revisão de políticas públicas e previsão de financiamento.

Os recursos utilizados nos atendimentos de Valentina, como aqueles de manipulação corporal ou de introdução de tecnologias assistivas (adaptação da cadeira de rodas, construção de adaptações para o cotidiano – lápis, prancha etc. -, prancha e dispositivo de comunicação) utilizados nos atendimentos, só foram possíveis porque a graduação de terapia ocupacional da USP oferece esses conteúdos para seus estudantes, possibilitando a utilização dos mesmos em qualquer nível assistencial.

A presença de terapeutas ocupacionais na UBS, mesmo que por meio do estágio, fortaleceu a equipe de saúde da família, pois contribuiu para o aumento do repertório das ações a serem utilizadas na atenção primária.

É importante ressaltar que, no início dos atendimentos, a equipe manifestou vários comportamentos reativos a atenção de Valentina, seus integrantes ficaram assustados. No entanto, com os encontros e as discussões sistemáticas, eles foram compreendendo a potência que o seu trabalho teria no caso.

Julgamentos morais e preconceituosos relacionados à mãe e à Valentina puderam ser transformados mediante o desenvolvimento das ações multiprofissionais. Nelas, com o bom uso de recursos tecnológicos, foram se evidenciando as possibilidades dos serviços de saúde contribuírem com um *bem viver* e, por que não dizer, com uma *boa saúde*.

A princípio a história de Valentina nos remete às paixões tristes como medo, preconceito, ideias estigmatizantes. São afetos que tendem a nos paralisar assim como a Valentina. É como se sua imobilidade física se estendesse a todos ao seu redor: família e profissionais de saúde e de educação.

Uma intervenção bem sucedida contamina ao redor, a família, a escola e os profissionais de saúde que, com o fortalecimento do conatus de Valentina, também saem

fortalecidos. Um corpo afeta o outro corpo e, como são afetos alegres, eles fortalecem a todos.

Aqui, a capacidade de entender a causa do sofrimento vai se compondo a cada intervenção. A deficiência entristece e marca as pessoas com a ideia da imobilidade e morbidade. Os recursos tecnológicos e as intervenções terapêuticas, no entanto, vão demonstrando novas possibilidades de expressão da vida, de participação, de comunicação, de manifestar ideias, de agir no presente e de projetar o futuro, ou seja, a cada intervenção que se potencializa um corpo, esse afeta outros corpos. Se os afetos são alegres, a potência dos corpos se expande e novas possibilidades de viver se compõem.

Os preconceitos, ou as ideias imaginativas, podem ser ressignificados: o corpo incapaz e impotente passa a valer a pena ser vivido, para si e para os outros, se fortalece e fortalece os outros corpos. Os profissionais vão compreendendo a necessidade de agir considerando uma ação correta, uma ação desmistificadora. Nesse processo, a alegria torna-se presente.

Mas e o que aconteceu com Valentina depois dessas intervenções? A vida continuou, ela ainda tem muitas dificuldades de ir à escola, só vai em dias não chuvosos, pois sair de sua casa é muito custoso e difícil com o chão de barro molhado. Certamente ela e sua família mereciam uma moradia melhor. Essa possibilidade extrapola os serviços de saúde, dependendo de políticas públicas de inclusão social.

O trabalho da terapia ocupacional se estendeu à escola, como uma ação intersetorial. Foi necessário também trabalhar aspectos relacionados ao imaginário escolar de quem seria o *bom aluno* e o que seria a *boa família*. A criança que falta muito, que necessita de muitos aparatos tecnológicos, que tem dificuldade de movimentação e de comunicação é uma boa estudante? Ela aprende? Aprende o quê? Uma mãe que não vai às reuniões, que não acompanha sua filha à escola é uma boa mãe? Ela ama sua filha? Que não cuida da assiduidade da filha na escola é uma mãe cuidadosa?

A mãe de Valentina também foi julgada na escola: era tida como relapsa, desatenta e infantil, apesar do irmão de Valentina frequentar com regularidade a escola. Com a ação da terapia ocupacional e da diretora, que tinha outro julgamento a respeito de Márcia, ou seja, que compreendia sua história e suas possibilidades, a matrícula de Valentina não foi

desfeita. Não houve denuncia no Conselho Tutelar, proposta de alguns professores, e uma abordagem mais compreensiva e tolerante foi se instaurando no convívio com a escola. Algumas atividades escolares foram levadas para casa e ainda está em pauta a sua efetiva ida ao espaço escolar.

Na escola Valentina fica muito feliz, demonstra alegria nos encontros, sorri e tenta participar com gestos e expressões. O que ela vai aprender ainda não se sabe, talvez muita coisa. Demonstra potencial para alfabetização e é esperta no convívio com colegas e professores.

Muitas questões atravessam esse caso, uma boa casa, pais com renda familiar e maior acesso às tecnologias assistivas certamente mudariam a vida de Valentina. Mas, enquanto isso não ocorre, os profissionais de saúde e também os da educação têm que continuar contribuindo para a melhora do cotidiano de Valentina, acionando todos os recursos que forem possíveis para, junto com ela e sua família, constituírem um presente melhor e projetar um futuro com possibilidades.

5.2 O acesso e a integralidade em questão. Quando é preciso superar o medo: a família de Aldair

[...] não há esperança sem medo, nem medo sem esperança. Com efeito, supõe-se que quem está apegado à esperança, e tem dúvida sobre a realização de uma coisa, imagina algo que exclui a existência da coisa futura e, portanto, dessa maneira, entristece-se. (SPINOZA, *Ética III, Definições dos Afetos*, D13, p.243).

Aldair e sua família - pai, mãe, avó e irmã mais velha -, eram acompanhados na Unidade Básica de Saúde há dois anos quando chegaram à terapia ocupacional. Ele tinha dois anos de idade e os pais, que procuraram o atendimento na UBS, se queixavam que ele não falava. Também contaram que ele só respondia aos estímulos sonoros, sem apresentar contato visual com as pessoas, e que tinha maneirismos, colocava com frequência as mãos na orelha e repetia gestos.

O pai, Jorge, o principal interlocutor da família, na época estava desempregado e realizava a maioria dos cuidados em casa. A mãe de Aldair, Marilda, só saía de casa acompanhada do marido ou de sua mãe, Dona Simone. Com o tempo ela passou a se queixar do marido, dizendo que nem ele nem a sua mãe confiavam que ela pudesse circular no bairro, sozinha ou com os filhos, dizia que a tratavam como uma criança e que não permitiam que ela se medicasse sozinha.

Marilda tomava medicação psiquiátrica e vinha emagrecendo muito nos últimos dois anos. Maria, irmã de Aldair, também expunha sinais de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e sinais de desnutrição. Apesar da complexidade das condições de saúde da família, Aldair chegou à terapia ocupacional pela equipe de saúde da família porque foi diagnosticado como autista. Vale ressaltar que a irmã mais velha, mesmo apresentando sinais evidentes de atraso no desenvolvimento, não tinha nenhum problema para a família e para os profissionais da UBS.

As queixas da família foram discutidas pela equipe de saúde da família com a presença de profissionais do NASF-AB, da estagiária de graduação em Terapia Ocupacional da USP e de sua supervisora técnica. A médica da equipe entendeu que seria necessário ter maior clareza sobre o comportamento de Aldair e considerou que os sintomas elencados sugeriam que ele pudesse ter um quadro de Transtorno do Espectro Autista (TEA). Ela decidiu aplicar a Escala Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), confirmando assim o diagnóstico.

Definir que a criança tinha um quadro de autismo foi fundamental para a equipe, que organizou o Projeto Terapêutico Singular (PTS), considerando-o como premissa no planejamento das ações de intervenção. Nessa avaliação a família colaborou e, inicialmente, concordou com as sugestões clínicas prescritas. Mais tarde iria discordar de algumas ações.

O PTS previu um programa de estimulação de Aldair com atividades lúdicas no domicílio e no grupo de desenvolvimento infantil que ocorria semanalmente na UBS e era coordenado pelas estagiárias de TO da USP. Outra intervenção proposta foi de terapia individual com a fonoaudiologia do NASF-AB.

No primeiro ano Aldair frequentou com regularidade os atendimentos no grupo de estimulação do desenvolvimento infantil, compareceu às terapias de fonoaudiologia e recebeu a estagiária de terapia ocupacional em sua casa. Diferentemente do que pode ser esperado de uma criança com autismo, Aldair se interessou pelos brinquedos e brincadeiras que exigiam contato e parceria, brincou por várias vezes de faz de conta, cantou com balbucios, tocou instrumentos de som e ficava muito alegre quando era manipulado corporalmente, manifestando alegria e desejo de ir ao colo da estagiária.

Seu pai e avó, que o levavam à UBS, estavam bem vinculados ao trabalho que estava sendo desenvolvido. A mãe era muito ausente na UBS e a irmã não era conhecida. Esses detalhes não pareciam relevantes para as equipes de saúde da família e do NASF-AB.

No segundo ano de atendimento, a supervisora de terapia ocupacional e as novas estagiárias pautaram novamente a discussão do caso na equipe, levaram os dados do que havia ocorrido nos atendimentos de terapia ocupacional no ano anterior e afirmaram as melhoras alcançadas por Aldair, querendo discutir outros aspectos que foram observados no cotidiano domiciliar.

No entanto, não houve oportunidade para a publicização desses dados na reunião, pois o caminho da discussão ficou em torno do quadro clínico de Aldair e da proposta de encaminhamento para atendimento no nível secundário. A fonoaudióloga comunicou que havia dirigido Aldair para um atendimento externo à UBS, porém o pai resistia à proposta, alegando que não seria necessário pois a criança estava reagindo bem às ações que foram desenvolvidas no ano anterior. Aldair já estava se comunicando mais abertamente, emitia alguns sons e brincava mais. O pai dizia ainda que tinha medo de fazer o tratamento no ambulatório e seu filho ser desligado da UBS, receando perder o atendimento de terapia ocupacional realizado no domicílio.

As afirmações do pai sobre a melhora de Aldair foram corroboradas pela supervisora de estágio da terapia ocupacional. No entanto, a reação da fonoaudióloga foi de insistir com a proposta e alegava que a família tinha que “aceitar que o filho era autista”, “que tinham que sair da bolha em que viviam” e “trabalhar o luto do filho não perfeito”.

Foram afirmações fortes, com grande impacto na equipe. A tradição biomédica é confortável para a maioria dos profissionais de saúde, pois foram formados nela. Quando há

um diagnóstico e uma proposta de intervenção considerando essas premissas epistêmicas, muitos profissionais acedem, não questionam.

É importante lembrar que a aplicação de protocolos avaliativos nem sempre subsidia o entendimento da complexidade do caso. Esses protocolos podem constituir um recurso, porém limitado, pois não trazem informações sobre o cotidiano e sobre os relacionamentos afetivos, não captam aspectos da espontaneidade de ação que as pessoas têm e não consideram que as observações dos fatos envolvem uma complexidade de questões como valores, conhecimento e emoções, entre outros.

Muitos protocolos têm respostas simplistas e pré-determinadas como *sim* ou *não*. No caso do M-CHAT as perguntas também são muito diretas, como “Gosta de brincar ao colo fazendo de ‘cavalinho’, etc.?”; “Interessa-se pelas outras crianças?”; “Gosta de subir em objetos, como por exemplo, cadeiras, mesas?”; “Gosta de jogar às escondidas?”; “Brinca a faz-de-conta, por exemplo, falar ao telefone ou dar de comer a uma boneca, etc.?”; “Alguma vez se preocupou quanto à sua audição?”; “Por vezes fica a olhar para o vazio ou deambula ao acaso pelos espaços?”, entre outras.

Em qualquer avaliação que envolve a aplicação de protocolos ou mesmo a realização de uma entrevista aberta, é necessário respeitar as premissas de uma boa comunicação. Algumas palavras e conteúdos dos protocolos avaliativos nem sempre pertencem ao repertório de linguagem e de experiência cotidiana de muitas famílias. Além do conteúdo formal dos protocolos é preciso observar como eles são aplicados, pois também deve ser considerado o vínculo estabelecido com as pessoas nessa ação.

Cabe aqui ponderar que outro limite dos instrumentos avaliativos pré-estabelecidos é que eles são deterministas em suas respostas, o que, em situações de planeamento terapêutico, pode desviar a compreensão do verdadeiro problema em pauta. No caso do Aldair e de sua família, será que o atraso na comunicação oral constituiria o problema fundamental? Ou ainda, será que esse atraso não seria sintoma de outras questões presentes nos relacionamentos e no cotidiano familiar? Essas perguntas nem sempre são abordadas quando se utiliza um protocolo, porém, no caso de Aldair, a equipe o considerou fundamental para a determinação do seu diagnóstico e de qual seria a terapêutica.

Vale aqui também lembrar que os protocolos não necessariamente são bons ou ruins por si sós. Quando utilizados de forma a complementar dados, enriquecer o debate e esclarecer pontos nebulosos de alguma questão, eles devem ser sim utilizados, porém outros dados também devem ser considerados em um plano terapêutico.

No segundo ano de atendimento, a intervenção de terapia ocupacional se iniciou no domicílio e resgatou atividades já experimentadas por Aldair no ano anterior, com a intenção de restabelecer o vínculo.

Foi um momento importante para a estagiária conhecer a família. O pai manifestou, já no primeiro encontro, seu descontentamento com o diagnóstico dado ao filho e a insistência dos profissionais de encaminhá-lo para um atendimento em um ambulatório longe de casa. Ele disse que “escutou a opinião dos profissionais sobre o diagnóstico, mas que a família tem a sua própria opinião”.

Ele contou ainda que colocou o filho na creche, como havia sido orientado, e que ele tem aproveitado bastante esse convívio, pois está mais ativo. Narrou que Aldair ainda se comunica com gestos, mas que tem brincado muito com outras crianças e com a sua irmã e que gosta muito de pega-pega. Nesse encontro a mãe também estava presente e mencionou que ele pede aos pais para que joguem bola com ele, que ele gosta de ouvir músicas com temas da infância e tocar instrumentos de corda. Quando questionados em relação aos progressos do filho, disseram que ainda se preocupam com o atraso da fala, mas que creem que “cada criança tem o seu tempo”. Pareciam mais calmos em relação à queixa da ausência da comunicação oral.

Neste reinício do trabalho da terapia ocupacional, a estagiária refez os acordos de atendimento individual e grupal. Nesse período, o pai começa a trabalhar e as idas de Aldair à UBS começam a falhar.

Em visita domiciliar com a Agente Comunitária de Saúde, Marilda contou sobre o emprego do marido. Nesse encontro, Aldair se recusou a brincar com a estagiária, pois estava entretido com desenhos na televisão. Com a insistência da estagiária, ele aceitou brincar por um pequeno tempo e depois pediu que ela se sentasse ao sofá e, quando então ela o fez, ele se deitou em seu colo e ficou vendo televisão.

Esse comportamento e outros, que foram se evidenciando nos encontros de terapia ocupacional, demonstraram que possivelmente Aldair estivesse distante de um quadro de autismo clássico. Deseja e concretiza contatos corporais, é afetivo e amoroso com os adultos, fica alegre ao ser manipulado, aumentou seu contato visual, quando canta ou toca algum instrumento, reage com quem está por perto e pede brincadeiras em duplas ou com mais crianças, comportamentos próprios de sua faixa etária.

Aldair continuou faltando nos atendimentos grupais. A estagiária que realizava atendimento domiciliar começou a explorar com a mãe o motivo dessas ausências. É o momento em que a mãe se queixa do marido e de sua própria mãe, D. Simone. Diz que os seus pais e marido não permitiam que ela saísse sozinha de casa. A estagiária acolhe a queixa e se propõe a mediar essa situação. Ela sugere para a Dona Simone que Marilda comece a sair aos poucos, para ir para espaços próximos, como por exemplo, até a esquina, onde encontraria a estagiária para se dirigir a um Centro de Convivência do bairro, aonde o grupo de estimulação iria acontecer naquela semana. A família concordou. Pequenas saídas de Marilda com a estagiária e sem ela começaram a acontecer.

Desse encontro a estagiária observou que Marilda estava muito desorganizada, descobriu que fazia muito tempo que ninguém a atendia na equipe de saúde da família e que os cuidados com a medicação estavam confusos. Conforme o relato de Marilda, em muitos dias ela deixou de tomar os remédios. Ela afirmou que quem lhe medicava era o marido, mas como ele estava trabalhando, tinha dias que ela não tomava nada. A supervisora de Terapia Ocupacional, em conjunto com a Agente Comunitária de Saúde, decide levar a história para a reunião de equipe.

Quando a supervisora, a estagiária e a psicóloga do NASF apresentam na reunião a história da família, são questionadas por diversas vezes pela equipe:

- “Mas e o pai por que não traz a criança?”;
- “Se eles não vêm nos atendimentos como podemos atender?”;
- “Não estou entendendo porque compartilhar comigo (médico psiquiatra), sendo que o médico da equipe sempre quis cuidar de todos os casos de saúde mental?”;
- “Qual o problema de Marilda?”;
- “Quem é o responsável pelo caso para discutir?”;
- “Essa família é acompanhada por quem?”.

As perguntas têm um caráter de evitar a conversa sobre o que estava acontecendo com a família, desqualificando os fatos que estão ocorrendo e minimizando a complexidade do caso. Assim, a dinâmica da reunião expressa uma dificuldade da equipe em compreender o cotidiano da família e a complexidade da história.

Até então, no trabalho de equipe, a mãe com problemas de saúde mental e o filho com autismo foram considerados como se fossem dois casos diferentes, não se aventando a possibilidade de correlações entre os sintomas de ambos e suas manifestações na dinâmica familiar.

A família tem uma organização frágil. A mãe, adoecida e debilitada, é desvalorizada no contexto familiar e também pela equipe de saúde da família, sendo o seu sofrimento psíquico desconsiderado. O pai também é desvalidado, não sendo importante o que ele pensa sobre o filho, sobre o diagnóstico e os atendimentos. Ele é cobrado constantemente, mesmo quando precisa de apoio, pois está no trabalho. Aldair só existe pela patologia e pela possibilidade de encaminhamento. Enquanto Maria, sua irmã, ninguém vê, não existe.

A proposta de ação da terapia ocupacional parece desestabilizar a ordem biomédica engendrada no trabalho da equipe, e mais, desestabilizar uma prática clínica degradada, que parece carecer de alegria na sua efetivação.

O Projeto Terapêutico Singular é constituído como uma formalidade técnica, protocolar, sendo que os profissionais não se questionam, não se perguntam como o trabalho em equipe deve acontecer.

A família encontra-se adoecida e impotente. A figura paterna é organizadora desse núcleo, mas trata-se de um aglutinador que não tem um repertório suficiente para lidar com a complexidade dos adoecimentos em sua família. Ele recorre ao modelo tradicional de homem, centralizando as decisões e ações, sendo autoritário com a esposa, tirando a sua autonomia e não confiando nela. Deseja sim um filho perfeito, mas o faz também sem considerar as possíveis causas desse filho não falar. Jorge não percebe que a falta de autonomia de Marilda e sua fragilidade também afetam a condição do filho. E a irmã? Nem é citada. Ela apareceu em alguns atendimentos mas, à semelhança da mãe, tende a ser calada, a ser omitida. Está com o desenvolvimento neuro-psicomotor atrasado, mas não

constitui problema na família, pois é mulher! Os profissionais de saúde não a veem nem em suas demandas biomédicas.

A equipe, por sua vez, trabalha com as premissas de “adesão” do usuário ao tratamento. Usuário “bom” é aquele que aceita as orientações, cumpre-as sem questionar e de modo exemplar. Os profissionais desejam, com essa atitude, a submissão desse usuário ao poder institucional.

Os conceitos utilizados na intervenção terapêutica e nas discussões de casos são moralistas e biomédicos, pois reduzem vários aspectos da dinâmica familiar e os seus sintomas a patologias e comportamentos. Por consequência, as intervenções se tornam simplistas e insuficientes.

Em muitas equipes de saúde essa linha de raciocínio é bem-vinda: não se questiona o que se está oferecendo, pois manter a rotina é confortável, exige pouco dos profissionais, não demanda raciocínios complexos, singulares, tampouco ações criativas. Os profissionais podem ficar assustados com raciocínios mais complexos e muitas vezes desestabilizadores de rotinas institucionais.

Muitos profissionais que têm sua identidade profissional restrita a modelos organicistas desenvolvem um trabalho de equipe limitado. Eles reduzem suas participações às suas especialidades e o resultado dessa dinâmica é uma leitura fundada na ideia de corpo máquina, em que várias partes justapostas fazem o corpo-máquina funcionar. O corpo do usuário também é visto como um corpo-máquina. O trabalho em equipe prevê contribuições parciais, cada especialidade sendo uma peça do relógio. Se a peça quebrar, ou não realizar a sua função precípua, o relógio não funciona.

Esse raciocínio é transferido para a intervenção junto à família e se torna desse modo não apenas reducionista como também moralista: “O pai tem vir à UBS!” – ou seja, não importa que ele trabalha; “A mãe tem que tomar os remédio!” – não é relevante a natureza do seu comprometimento e sua falta de autonomia; “Aldair é autista, pois o teste confirmou!” – não é relevante que ele gosta de brincar e de se relacionar; e quanto a filha mais velha: “Ah! Essa não existe, não tem nem nome!”.

Esse modo de trabalhar em equipe prende-se ao medo de se entender que casos complexos exigem raciocínios complexos, soluções intrincadas, que considerem os vários

fatores que podem compor aquele quadro. Exigem ainda uma diversidade de ações, sendo que essas nem sempre estão protocoladas ou previstas em propostas hegemônicas de intervenção.

Nesse modelo reducionista, a equipe está presa às ideias imaginativas e supersticiosas, por meio das quais compreende que as soluções dos problemas estão e vêm de fora, não estão na teia que se forma no encontro entre os diferentes componentes da família e dessa com a equipe de saúde.

5.3 Reabilitar é uma ação de alta complexidade no campo da saúde? O caso do Senhor Jacinto

A segurança é uma alegria surgida da ideia de uma coisa futura ou passada da qual foi afastada toda causa de dúvida. (SPINOZA, *Ética III, Definições dos Afetos*, D14, p.245).

O senhor Jacinto é um homem de 70 anos, aposentado, que mora sozinho. Trabalhava como eletricitista e sofreu um atropelamento quando tinha 60 anos. Esse acidente lhe acarretou sequelas corporais, entre elas uma tetraparesia decorrente do traumatismo crânio encefálico (TCE) que teve. Recuperou-se do acidente e voltou às suas atividades.

Seu Jacinto teve vários casamentos, o ultimo ele desfez após o acidente. Deixou a esposa para tentar outros relacionamentos com mulheres mais jovens, segundo relato de sua última esposa e atual cuidadora.

Quando saiu da sua casa, após o final do último casamento, foi para casa de parentes e amigos, passou a beber sistematicamente, a se alimentar mal e ficou morando em um porão e dormindo no chão por muitos anos.

Sua ex-esposa, Dona Marta, o reencontrou, alugou um quarto para ele morar e passou a ser sua cuidadora. Ela vai todos os dias à sua casa para fazer comida e cuidar da higiene.

Segundo a equipe de saúde da família, o senhor Jacinto apresenta Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellito tipo 2, o traumatismo craniano que sofreu deixou sequelas raquimedulares e tem focos de gliose à tomografia do crânio. Em consequência,

tem um quadro de tetraparesia e hipoacuidade visual. Uma avaliação visual mais apurada estava por ocorrer, pois a UBS ainda não conseguira até então vaga no nível secundário com o oftalmologista.

Em avaliação de terapia ocupacional ele apresentou sintomas de agnosia visual; insegurança e dificuldades para sair de casa, ficando quase o tempo todo dos seus dias ali dentro. Seu Jacinto manifestou dificuldades relacionadas à memória de curto prazo, além de história de etilismo crônico e sinais de demenciação. Seu cotidiano é empobrecido: suas únicas atividades consistiam nos cuidados com a higiene, alimentação, ouvir rádio e dormir.

Sua casa é pequena, ela divide o quintal com casas de outras famílias e, para acessá-la, é preciso subir uma escada de muitos degraus. O corredor é estreito, os degraus têm diferentes tamanhos e a escada não tem corrimão, o que dificulta a locomoção dele. Além disso, a condição de moradia de seu Jacinto lhe oferece risco de quedas, como piso escorregadio e tapetes, além da ausência de barra de segurança no banheiro.

A equipe de saúde da família trouxe o caso para o estágio de terapia ocupacional preocupada com questões biomédicas, como a demência e a dificuldade de enxergar.

Para a estagiária de TO, a proposta de intervenção foi simples. Em um único semestre muitos aspectos foram trabalhados e alcançados.

Em um primeiro momento, a estagiária identificou aspectos do cotidiano do Senhor Jacinto, estabeleceu um contato maior com ele e o motivou a fazer algumas novas atividades. A princípio ele resistiu, mas com a regularidade da presença da estagiária e com algumas propostas de modificação do seu ambiente e rotina, passou a aderir.

Em uma das visitas da terapia ocupacional, Dona Marta, a ex-esposa do senhor Jacinto, estava presente. Ela estava colhendo a assinatura dele para resolver problemas de sua aposentadoria, quando ele teve dificuldades em assinar, evidenciando a sua agnosia visual.

A estagiária fez testes de figura-fundo, reconhecimento do todo pelas partes, nomeação e reconhecimento de figuras e nomes, confirmando a agnosia.

Para facilitar sua vida diária foram feitas faixas de sinalização na escada de entrada da casa e se conversou com os outros moradores para a colocação de um corrimão. Essas ações facilitaram o deslocamento do senhor Jacinto no espaço domiciliar e na sua saída

para a rua, pois as faixas na escada o ajudam a enxergar melhor e ter mais segurança ao se locomover por elas.

A estagiária trabalhou também a ampliação de sua rede de contatos, o levou para sair e andar no entorno de sua casa, estimulando a sua autonomia e aumento de sua segurança no deslocamento em espaços públicos. Essa atividade também proporcionou o encontro com velhos conhecidos, que há muito não via. Nesses encontros foi revelando o seu desejo de voltar a namorar, dizendo que essa era a sua atividade preferida.

No período de um semestre, visitou conhecidos, saiu para almoçar com eles em um bar restaurante no próprio bairro e se inseriu no grupo de “fazer” samba, coordenado por um agente comunitário da UBS. Tornou-se membro do grupo e no outro semestre, as visitas da terapia ocupacional foram mais espaçadas.

A estagiária entende que foram bons encontros, pois introduziu afetos alegres para combater as paixões tristes:

Os atendimentos com Jacinto tiveram como premissa básica a promoção de bons encontros, realizados de forma que sua essência fosse respeitada, possibilitando que ele fizesse escolhas, interagisse em seu espaço social, se relacionasse com outras pessoas e, principalmente, percebesse que é uma pessoa capaz de sair e ser mais autônomo e que é possível viver uma vida com mais alegria e menos restrições. [...] Também percebi que a questão de sua memória estava bastante ligada aos seus afetos. Quando retomei com ele o evento do samba, ele lembrava-se que tinha dançado com algumas pessoas, por exemplo, pois isso foi muito significativo para ele. [...] Pude concluir com essa experiência que a proposição de atividades significativas para o indivíduo pode ser transformadora e fundamental para o aumento de sua potência de ação.

Parecem pequenas mudanças, mas todas foram significativas. Trata-se de um caso simples, de rápida intervenção. Exige constância, ações objetivas e a presença de uma atividade grupal para sustentar a proposta. Mas há de se considerar que vale a pena a ação terapêutica ocupacional.

5.4 Quando ocorre a escuta: Dona Manuela

O reconhecimento é o amor por alguém que fez bem a um outro.
(SPINOZA, Ética III, Definições dos Afetos, D19, p.245)

Dona Manuela é uma senhora de 60 anos, doceira e que gosta de dançar. Ela é sambista. A estagiária de Terapia Ocupacional chegou até ela pela equipe de saúde da família, que narrou que ela teve um Acidente Vascular Cerebral há uns seis meses. O que estava preocupando a equipe é que ela só ficava deitada, olhando silenciosamente para o teto, levando-os a suspeitar de um duplo Acidente Vascular Cerebral e/ou de uma forte depressão associada. Ela não falava, parecia afásica, aparentava não compreender ninguém. Não manifestava nenhum gesto com nenhum dos lados do seu corpo. Não respondia nem sim, nem não. Seu olhar era vazio.

A primeira estagiária que a encontrou dessa forma introduziu algumas possibilidades de Comunicação Alternativa que discutiu com os familiares. Eles tinham a expectativa de que ao menos ela dissesse sim ou não para as perguntas. Familiares e estagiária desejavam alguma comunicação. No entanto, nem piscar os olhos se obteve como resposta à proposta de Comunicação Alternativa.

Para a estudante esses encontros semanais sempre foram muito angustiantes, mas a proposta era de se chegar ao menos em alguma comunicação.

Quando tocada em seu corpo ficava passiva, inerte. Já tinha passado a fase de hipotonia após acidente, já deveria estar com algum aumento de tônus, mas não tinha esses sinais. A equipe fez um agendamento de exames de tomografia e outros, era preciso encaminhá-la para o nível secundário e esclarecer o seu diagnóstico.

Enquanto se aguardava os exames chegou o segundo estagiário, Antônio.

Antônio teve as mesmas dificuldades que sua colega. No auge de sua angústia, devido à ausência de comunicação, levou um livro do Carlos Drummond de Andrade e começou a lê-lo para Dona Manuela. Era um presente, era uma forma dele estar lá. Ele tinha que se ocupar e ocupá-la no tempo da espera. A leitura diminuía o seu sentimento de impotência. Não sabia aonde essa atividade chegaria e qual o sentido que teria para Dona Manuela.

A primeira reação diante das leituras foi de seu olhar. De um olhar vazio, perdido, passou a olhar o estagiário. A olhá-lo fixamente. A cada dia ele lia um trecho do livro de

poesias. Ao final deixava o livro ao lado da cama e lhe dizia: “Eu trouxe para você, é seu esse livro!”. Ela continuava olhando.

Assim foi por um semestre e já havia dúvidas sobre os sentidos desses encontros. Persistíamos considerando o seu olhar, pois ele havia mudado. Enquanto isso, aguardávamos os exames, nós da terapia ocupacional e da equipe de saúde, na esperança de que eles poderiam nos dar pistas para a nossa ação.

Terminou o estágio, Antônio se despediu e nenhuma reação além do olhar. Depois das férias de final de ano chegou a nova estagiária. A mesma sensação de angústia, nenhuma mudança no quadro. Dona Manuela aguarda, ou melhor, sua família aguarda a chegada do dia dos exames e do esperado diagnóstico.

Na parede do quarto, ao lado de sua cama continuava a prancha de Comunicação Alternativa, sem nenhum uso.

A nova estagiária é tomada pela angústia já vivenciada anteriormente pelos colegas. Como supervisora, eu novamente fico na dúvida sobre o que estamos fazendo e oriento a estudante que, enquanto aguardávamos por mais dados sobre o que Dona Manuela tinha, nós iríamos continuar o que Antônio estava fazendo. Talvez avançássemos no contato visual, talvez outras pistas pudessem surgir.

A estudante chega então à casa de Dona Manuela e pega o livro de poesias para ler. Quando faz o gesto, Dona Manuela diz: “Esse não! É do Antônio!”.

Diz em voz alta, forte, sem vacilar. A estagiária se assusta e diz: “Claro!”. Fica sem ação, não sabe como prosseguir e, depois de alguns minutos, recuperada, diz à Dona Manuela: “Então, o que vamos fazer?”.

Nos próximos encontros o diálogo vai se ativando, Dona Manuela aceita a proposta de fazer um livro de receitas de seus doces. Dita para a estagiária os ingredientes e o modo de fazer, passa a narrar os doces que mais gostava de preparar. A estagiária experimenta uma de suas receitas e leva para ela.

Com o passar do tempo o livro de receitas foi se aprimorando e Dona Manuela também foi apresentando outras possibilidades corporais. Passou ficar sentada na cama, com o tempo foi para a cadeira e, mais tarde, chegou à cozinha.

Mas o que aconteceu nesses atendimentos? Por que esperamos? Por que insistimos um ano?

A leitura do livro foi uma delicadeza, uma forma de dizer: “estamos aqui, compartilhamos com você esse seu momento, a sua dor. Também temos dúvidas se você vai voltar a dançar e se vai voltar a fazer doces, mas estamos com você”.

As poesias, o presente, a leitura pacientemente e delicada. Chegar toda semana e dizer como Antônio: “Bom dia, estou aqui! Vamos nos deleitar com uma poesia. Que lindas!”.

A leitura irrompe como um momento de viajar, de dançar nos pensamentos, de pensar na vida, nas alegrias, nas tristezas, e de compartilhar emoções. Mas uma leitura acompanhada por alguém que não está te julgando, não está exigindo, não está cobrando. A vivência de um encontro entre corpos que não impõe regras.

Estava deprimida? Possivelmente sim, profundamente triste. O acidente vascular cerebral atingiu toda a sua essência, seu desejo, seu conatus. Como iria agora se movimentar? Brincar? Sambar? Fazer e vender doces? Não sabia.

Foram bons encontros? Foram encontros que despertaram paixões alegres? Talvez sim, foram encontros aparentemente despretensiosos, que afirmaram o reconhecimento que sua existência por si só é importante. Asseveraram a constância e a delicadeza do cuidado. Foram encontros que não exigiram uma forma de ser e de estar no mundo.

Como bons encontros que foram, despertaram a potência do corpo. Nós da terapia ocupacional tivemos que lidar com as incertezas desses encontros e legitimar o que percebíamos. O olhar constituiu um vínculo que desde o início já se estabeleceu.

O livro, a leitura, o presente, o reconhecimento de estar diante do outro. Certamente foi um convite para sair da inércia, para uma ação: falar é uma ação, reconhecer que foi reconhecida é uma ação. A presença e a atividade a afetou com paixões alegres. E também a nós estagiários e supervisora, saímos todos fortalecidos dessa experiência vivida. A escuta é primordial.

5.5 Por uma terapêutica ocupacional das paixões

A filosofia de Espinosa consiste em um enorme esforço para libertar a natureza da ilusão das causas finais constituída pela metafísica e física Aristotélica sem, no entanto, cair no dualismo corpo/alma sistematizado em Platão e continuado por Descartes. Espinosa, no Livro I da *Ética*, demonstra que existe apenas uma única substancia que é causa de si mesma:

Por substância compreendo aquilo que existe em si mesmo e que por si mesmo é concebido, isto é, aquilo cujo conceito não exige o conceito de outra coisa do qual deva ser formado. (SPINOZA, EI, D3, p. 13).

Por atributo compreendo aquilo que de uma substancia o intelecto percebe como constituindo a sua essência. (SPINOZA, EI, D4, p. 13).

Por modo compreendo as afecções de uma substancia, ou seja, aquilo que existe em uma outra coisa por meio da qual também é concebido. (SPINOZA, EI, D5, p. 13).

Essas três definições em Espinosa demonstram o que é a substância Deus, que coincide com a Natureza. Modos são os seres finitos que compõe a Natureza, e os modos em Espinosa são os corpos.

Espinosa desenvolve sua teoria sobre o corpo no livro II da *Ética* sob o princípio da Inércia, ou seja, o corpo operando como causa eficiente interna: o corpo é definido como singularidade complexa, composto de outros corpos e constituído por um equilíbrio interno na proporção de movimento e repouso.

O que pode um corpo? Pergunta Espinosa. Afetar e ser afetado. As afecções fundam os corpos, e são as afecções que também compõem a atividade presente na mente.

O trabalho nas supervisões de terapia ocupacional fundada na filosofia espinosana objetiva a formulação de uma *terapêutica das paixões*.

Espinosa compreende corpo e alma/mente como uma totalidade, indissociável e singular, um todo afetivo constituído pelo apetite/desejo, nos fazendo pensar a saúde e a reabilitação como um processo ininterrupto de busca pelo aumento da potência de ação do indivíduo.

Essa potência de ação pode ser diminuída quando o corpo é afetado por maus encontros, produzindo paixões tristes. No caso da deficiência e dos processos reabilitacionais e terapêuticos ocupacionais, isso acontece quando o corpo é compreendido de forma reducionista e depreciativa. O enfrentamento do enfraquecimento do conatus pode ser realizado por uma terapêutica estabelecida nos *afetos alegres*, na qual o corpo é considerado em sua singularidade e na potência de sua ação.

Na perspectiva espinosana o corpo está em constante transformação, como uma coisa singular, como um indivíduo complexo composto de outros corpos, que juntos convergem para uma mesma ação. Dessa forma, quando ocorre um bom encontro no processo terapêutico, a pessoa com deficiência, seus familiares, a comunidade e os terapeutas são afetados em uma boa composição. O mesmo pode-se dizer do trabalho em equipe, quando ocorrem bons encontros no trabalho o conatus de todos profissionais aumenta, tornam-se mais fortes, mais criativos em suas ações, tornam-se singulares:

Por coisas singulares compreendo aquelas coisas que são finitas e que têm uma existência determinada. E se vários indivíduos contribuem para uma única ação, de maneira tal que sejam todos, em conjunto, a causa de um único efeito, considero-os todos, sob este aspecto, como uma única coisa singular. (SPINOZA, EII, Def. 7, p. 81).

Com a noção de conatus, Espinosa identifica a essência e a potência de existir, agir e pensar, afirmando a potência de afetar e ser afetado. Assim, nenhum encontro deixa de modificar os corpos. No encontro terapêutico, a ação da terapia consiste em agir sobre a existência do outro e, se esse agir constituir em um bom encontro, aumenta o conatus corpóreo/pensante. Ao contrário, se for um modo inadequado, despotencializa o corpo. A essência do corpo permanece a mesma, corpo/mente um só, mas a potência pode variar negativa ou positivamente, pois está condicionada pelas afecções que o corpo sofre no encontro com outros corpos.

A ação terapêutica ocupacional afeta os corpos. Assim, o preparo adequado para a prática terapêutica é necessário: é preciso conhecer os recursos terapêuticos, manejar situações relacionais, possuir repertório de atividades, saber a potência dessas atividades em toda a sua gama de possibilidades, compreender que as ações precisam estar contextualizadas nas histórias de vida e nos desejos dos usuários e ainda entender que a

atividade tem que ser adequada, desprendida de ideias do senso comum, de ideias inadequadas.

Nas supervisões esse tema é analisado de forma que o estagiário precisa explicitar o seu modo de agir, como entende a sua ação, como ela se configura no contexto em que está inserida. O estagiário precisa conhecer a história de vida e a história clínica do usuário e o seu cotidiano, necessita saber como a equipe compreende esse caso, dialogar com os conteúdos oferecidos pelos outros profissionais e com os teores explicitados pela pessoa em atendimento. Nesse processo tem que estabelecer parcerias e vínculos, acolher e agir.

No processo de supervisão, o estudante é levado a pensar em sua potência de ação e como ela afeta a pessoa com quem está interagindo. Nesse processo ele precisa conhecer o outro e suas demandas, além de conhecer a sua própria potência como terapeuta, seu repertório, suas carências formativas, suas necessidades no campo do conhecimento, ou seja, precisa se fortalecer. Conhecer os recursos técnicos e saber aplicá-los é uma forma de fortalecer o seu conatus como terapeuta, poder imaginar, planejar e aplicar os recursos constitui sua ação. Esta ação está em diálogo com o outro, se dá no encontro e produz mudanças. Essas transformações afetam a todos e novas modificações surgem no processo terapêutico e na vida das pessoas atendidas e também dos profissionais e dos estagiários.

Essa dinamicidade é o conteúdo abordado no processo de supervisão. A supervisão é o espaço para fortalecer o estagiário, aumentar a sua potência como terapeuta, possibilitar o aumento do repertório, estimular novas possibilidades, incentivar a sua criatividade e a coragem na ação. No encontro realizado na supervisão é possível para ele colocar suas fragilidades, inseguranças, faltas, medos e, com um bom encontro com os colegas e supervisores, esses conteúdos podem ser transformados em repertórios e potências de ação.

Por afeto compreendo as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções. Explicação: Assim, quando podemos ser a causa adequada de alguma dessas afecções, por afeto compreendo, então uma ação; em caso contrário uma paixão. (SPINOZA, EIII, Def. 3, p. 163).

Os encontros terapêuticos, de trabalho em equipe e de supervisão podem ser afetados ou por alegria ou por tristeza. Quando essas afetações produzem alegria, nossa potência de agir é aumentada, caso contrário, se são causa de tristeza, ela diminui. Disso decorre que a *alegria* e a *tristeza* são afetos passivos ou *paixões*, pelas quais a potência de cada indivíduo, ou o esforço de perseverar seu ser, é aumentado ou diminuído. Para uma boa ação terapêutica é necessário o fortalecimento do estagiário como terapeuta assim como o enfrentamento das paixões tristes, que no processo de aprendizado expressa-se nos sentimentos de medo e impotência no agir terapêutico. O estudante chega muitas vezes ao estágio inseguro do que sabe, do que pode. O espaço e tempo da supervisão é o lócus para o enfrentamento dessas paixões tristes.

Como metodologia nesse espaço, o estudante é convidado a narrar, pensar, estudar, imaginar, planejar e executar ações terapêuticas. Essas ações fortalecem o estagiário, pois é o desejo do estudante tornar-se terapeuta. Dessa forma, quando fortalecido pela alegria ele torna-se capaz, potente, e quando afetado por sentimentos de tristeza, se retrai, considera-se incapaz. Assim, o desafio posto na atividade de ensino de estágio é a experimentação da ação terapêutica em sua alegria, um agir terapêutico considerando os afetos.

Para Espinosa todos os corpos possuem uma potência de agir e é na influência mútua que temos com o mundo, com outros corpos que ocorre a configuração dessa potência, pois os afetos acontecem. No processo terapêutico esse encontro precisa ter uma noção clara e distinta das paixões e, portanto, necessita formar um conceito claro sobre o processo de agir, que é o mesmo processo do aprendizado - ele tem que estar pautado por um pensamento que primeiramente compreende a natureza dos afetos, identifica aqueles que derivam das paixões tristes e quais paixões alegres podem enfrenta-los:

Proposição 1. A nossa mente, algumas vezes, age; outras, na verdade padece. Mais especificamente, à medida que tem ideias adequadas, ela necessariamente age; à medida que tem ideias inadequadas, ela necessariamente padece. (SPINOZA, E III, Prop. 1, p. 165).

Assim, a mente, que tem o poder de pensar e formar ideias adequadas, necessita desligar o afeto da causa externa e ligá-lo a outros pensamentos:

Um afeto que é uma paixão deixa de ser uma paixão assim que formamos dele uma ideia clara e distinta. Demonstração: Um afeto que é uma paixão é uma ideia confusa. [...] Se, pois, formamos uma ideia clara e distinta desse afeto não haverá entre essa ideia e o próprio afeto, enquanto referido exclusivamente à mente, senão uma distinção de razão. [...] O afeto deixará, portanto, de ser uma paixão. [...] Corolário: Portanto, um afeto está tanto mais sob nosso poder, e a mente padece tanto menos, por sua causa, quanto mais nós o conhecemos. (SPINOZA, EV, P3, p. 371).

Assim, a cura dos afetos, das paixões tristes, está no conhecimento que podemos ter deles, de suas causas, e constituímos formas de enfrentá-lo, com paixões alegres. Mas esse enfrentamento exige que se evite a flutuação do ânimo (*flutuatio animi*).

1: O corpo humano pode ser afetado de muitas maneiras, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída, enquanto outras tantas tornam sua potência de agir nem maior nem menor. (SPINOZA, EIII, P1, p. 164).

2: O corpo humano pode sofrer muitas mudanças, sem deixar, entretanto, de preservar as impressões ou os traços dos objetos e, conseqüentemente, as mesmas imagens das coisas. (SPINOZA, EIII, P 2, p. 165).

A terapia das paixões é uma ação racional, exige conhecimento do que se está fazendo, não se trata de um encontro de senso comum baseado em boas intenções ou apenas configurado em ações tecnicistas. Exige conhecimento e planejamento e isso só ocorre quando promovemos um exercício de conhecer pelas causas, pela gênese. Demanda uma mente ativa, com ideias adequadas ou claras e distintas sobre o corpo, uma ação terapêutica que prevê que a intervenção pode ser a causa adequada na constituição de um afeto alegre:

Chamo de causa adequada aquela cujo efeito pode ser percebido clara e distintamente por ela mesma. Chamo de inadequada ou parcial, por outro lado, aquela cujo efeito não pode ser compreendido por ela só. (SPINOZA, EV, P3, p. 371).

Desse modo, os afetos tristes não estão presentes se a mente se alegra quando concebe ideias adequadas. Essa é a proposta terapêutica e de aprendiz de terapeuta: conceber ideias adequadas que enfrentem as paixões tristes. Trata-se de uma passagem, de uma mente passiva para uma mente ativa, pois estudar e estar em um processo terapêutico das paixões é dialogar com os conteúdos, é questionar, criar, problematizar, inferir, agir no

presente, projetar o futuro, estar no controle da ação, no enfrentamento dos obstáculos e fortalecer o conatus. Esse é o conteúdo do ensino na supervisão, pois como coloca Espinosa: “Quem compreende clara e distintamente a si próprio e os seus afetos, alegra-se” (SPINOZA, EV, P15, p. 383). Pode-se assim afirmar, portanto, que para o filósofo a mutação (*mutatio*) dos afetos passivos acontece quando o *conhecer* torna-se potente e essa ação se constitui como terapêutica e didática. Para Espinosa, conhecer é o mais poderoso dos afetos, pois é um afeto alegre.

Desse modo, pensar e estudar uma terapêutica das paixões na reabilitação de pessoas com deficiências e de outras populações, têm que ser compreendidos como possibilidade de permitir o afloramento das potencialidades de todos: do usuário, dos terapeutas, dos familiares e da comunidade. E nesse processo, simultaneamente e como parte dele, estimular processos criativos, inovadores em suas formas ou modos de agir no cotidiano, na vida pessoal, social e política. Para tanto, é preciso ter clareza de que se trata de um processo *afetivo*, dotado de uma racionalidade que prevê o enfrentamento de paixões tristes e a consideração de que ele sempre se dá nos encontros com outros corpos.

Não se trata de uma terapêutica prescritiva, normatizadora e corretiva do corpo, ou moralista e de adequação comportamental, tampouco dotada de premissas higienistas. Trata-se de uma terapêutica que considera a busca do bem viver, considera o desejo, a potência do conatus e a singularidade dos corpos.

PARTE 6

**6 APRENDIZ DA FILOSOFIA DE
ESPINOSA: APRENDI A APRENDER**

O fato é que ninguém determinou, até agora, o que pode o corpo, isto é, a experiência a ninguém ensinou, até agora, o que o corpo – exclusivamente pelas leis da natureza enquanto considerada apenas corporalmente, sem que seja determinado pela mente - pode e o que não pode fazer. Pois, ninguém conseguiu, até agora, conhecer tão precisamente a estrutura do corpo que fosse capaz de explicar todas as suas funções, sem falar que se observam, nos animais, muitas coisas que superam em muito a sagacidade humana, e que os sonâmbulos fazem muitas coisas, nos sonhos, que não ousariam fazer acordados. Isso basta para mostrar que o corpo, por si só, em virtude exclusivamente das leis da natureza, é capaz de muitas coisas que surpreendem a sua própria mente. (SPINOZA, Ética III, P2, p. 167).

Na teoria espinosana o que ocorre na mente como ideia ocorre no corpo como paixão. A razão não comanda o corpo. Dessa forma, o conhecimento é expressão da potência que a mente tem para pensar e o corpo para agir. O conhecimento é uma paixão alegre, pois fortalece o Conatus.

Assim, em uma concepção espinosana, o corpo deficiente não é um *desvio da norma* como concebido na visão cartesiana, pois compreendê-lo como uma anormalidade constitui a expressão de uma visão imaginativa sobre o corpo, compreendê-lo como impotente ou imperfeito, ou por algum outro atributo depreciativo ou preconceituoso. Trata-se de um julgamento normativo que desconhece a natureza e a potência do corpo. O corpo deficiente está no imaginário coletivo da cultura e nele são expressos, por interesses diversos, juízos, valores e imagens que negam sua potência. É, portanto, objeto das instituições especializadas, assistencialistas, das mentes caridosas, piedosas.

Na teoria espinosana, o corpo deficiente, como todo corpo, é uma singularidade irreduzível e não uma extensão homogênea. Não é mais nem menos que outros corpos. Essa compreensão contextualiza o corpo com deficiência em uma nova perspectiva, não se tratando mais do corpo que está em falta, mas de uma singularidade em ato.

A reabilitação, que considera o corpo relacional, é o fortalecimento da expressão do Conatus dos corpos envolvidos, das singularidades expressas. Esse fortalecimento se dará por meio de bons encontros. Bons encontros com as tecnologias, com as relações terapêuticas, com as atividades significativas, com os familiares e amigos, com os serviços de saúde e com a participação cultural, social e política.

Assim, nos processos reabilitacionais que consideram o corpo relacional é preciso desvelar os sentidos imaginativos e supersticiosos que a deficiência têm para aqueles que a possuem e para aqueles com os quais eles se relacionam, inclusive para os profissionais de saúde.

Ações exclusivamente tecnicistas são maus encontros, pois submetem os corpos à disciplina e ao controle, legitimam a desqualificação do corpo e propõem modos de agir pré-estabelecidos, produzindo sentimentos de faltas, de incapacidades e de impotências.

Assim, as tecnologias quando direcionadas à expansão da vida, ao anunciarem e efetivarem possibilidades relacionais e potencializarem os corpos, tornam-se meios

terapêuticos capazes de transformar as ações cotidianas e elevá-las a nível ético e político. As boas técnicas, quando utilizadas como instrumentos e não como fins em si mesmas, contribuem para processos reabilitacionais que fortalecem a relação dos indivíduos com a vida:

Quanto ao bem e ao mal, também não designam nada de positivo a respeito das coisas, consideradas em si mesmas, e nada mais são do que modos do pensar ou de noções, que formamos por compararmos as coisas entre si. Com efeito, uma única e mesma coisa pode ser boa e má ao mesmo tempo e ainda indiferente. Por exemplo, a música é boa para o melancólico; má para o aflito; nem boa, nem má para o surdo (SPINOZA, *Ética IV*, Prefácio, p. 267).

A diminuição e o aumento da força da potência dos corpos indicam que o desejo pode realizar-se inadequadamente ou adequadamente. A inadequação ocorre quando a potência individual fica determinada pela potência de causas externas que impelem o indivíduo nessa ou naquela direção, dominando-o e diminuindo sua força. Já as ações de saúde, de reabilitação e de terapia ocupacional que estão inseridas nos modos do bem viver, em sintonia com o desejo, fortalecem os indivíduos, aumentam a força deles, por serem a causa total e completa das ações que realizam, relacionando-as com as forças exteriores, sem serem conduzidos ou dominados por elas.

Como já visto, para Espinosa, o homem das paixões tristes é o escravo; o que explora essas paixões, pois necessita delas para estabelecer o seu poder, é o tirano; o homem que se entristece com a condição humana é o sacerdote. A pessoa deficiente ao assumir sua condição de incapacidade, como posto pelos preconceitos e estigmas, fica no lugar do escravo, preso às paixões tristes. As ações de reabilitação e de terapia ocupacional, mesmo na Atenção Primária à Saúde, através de seus profissionais e de suas técnicas, ao considerar o corpo como objeto de correção, perpetua essa condição. Pois o profissional, ora se comporta como um tirano, ora como um sacerdote, que fica entristecido com a ineficiência de sua intervenção, culpando o fiel/paciente por sua pouca fé.

Intervenção vem de do latim *"interventione"*, que significa o ato de tomar parte voluntariamente, meter-se de permeio, vir ou colocar-se entre, interpor a sua autoridade ou seus bons ofícios.

A intervenção que considera o corpo relacional é aquela que promove bons encontros, paixões alegres que fortalecem a vida, é aquela que potencializa o cuidado considerando as necessidades reais da pessoa. As técnicas e especialidades, nessa proposta são aquelas que respondem às esses imperativos.

A terapêutica que propomos é de deslocamento de pensamentos imaginativos sobre o que é o corpo com deficiência, bem como de ruptura com os medos, superstições e com a dualidade cartesiana de corpo e mente. A intervenção não pode separar as ações técnicas em níveis diferenciados, umas dirigidas ao corpo, como *exercícios e técnicas corporais* e outras dirigidas à mente, como *socialização e cuidados com os aspectos emocionais*, pois o indivíduo é uma singularidade complexa.

A ação terapêutica nunca se desvincilhou de sua origem histórica no sacerdócio; todas as práticas no campo da cura, do cuidado e terapêutica podem referir-se aos homens que se entristecem com a condição humana. O profissional de saúde se oferece como mediador de uma salvação que implica na submissão à lei divina: no caso do terapeuta, às leis das técnicas, e no caso do paciente/usuário, às práticas terapêuticas. O medo é a força interna que move essas relações.

O tecnicismo submete aquele que deveria ser o agente da reabilitação, o técnico, e a pessoa deficiente, a algo que lhes é externo, a uma adequação ao modelo imaginário. O técnico tem fé nas ações que irá desenvolver, eximindo o deficiente dessa participação ativa como sujeito, exigindo dele só a determinação e a obediência no desempenho solicitado. A pessoa deficiente é produzida como paciente desprovido de imaginário e conhecimento sobre si e sobre seu corpo, submetendo-o a um processo predeterminado pela intervenção. Nesse sentido é somente um corpo despojado de desejos, se é que existe tal anomalia na natureza.

O usuário, impedido de apropriar-se de sua história e de seu corpo, entrega-se ao terapeuta, como agente de uma cura que lhe é transcendente, aquilo que está além de sua compreensão e domínio. Ambos, terapeutas e pessoas deficientes, são produzidos na cadeia das paixões tristes, modernamente expresso pela palavra alienação. Não há encontros entre corpos sem afetação mútua, como supõe o tecnicismo.

Assim, considerando que em Espinosa “finalidade” é substituída pela ideia de processo gerado por uma causa imanente, o que está em pauta são os acontecimentos dotados de sentido em cada história de vida, sua imanência no corpo, sua *causa eficiente imanente*, ou seja, aquela que produz o efeito sem separar-se dele, portanto, desvelar os sentidos do corpo é a tarefa reabilitacional e terapêutica ocupacional.

As queixas que cada usuário traz são sintomas, expressões da imaginação, não o verdadeiro problema. O processo terapêutico, nessa perspectiva, consiste em desvelar as causas das queixas e assim proceder até o desvelamento do sentido da deficiência em cada história de vida. Uma reabilitação que não aceita a servidão.

No entanto, é importante salientar que desvelar não é um ato de conscientização ou de empoderamento, palavras tão utilizadas atualmente no campo da saúde, mas uma ação de decomposição das paixões tristes e da composição de paixões alegres por meio de bons encontros, onde terapeuta, deficiente, família, comunidade e sociedade são objetos dessa nova produção, em direção à afirmação de um lugar existencial único.

Eu acho que na AACD eu consegui aprender 30% de reabilitação. Aqui fora, com a FCD, eu consegui 90% sem o treino do profissional. Uma vez eu estava atrás de uns carimbos do antigo Conselho Municipal da Pessoa Deficiente, do antigo e velho Jânio. E aí, a perua estava ocupada. Íamos de fusquinha, eu e a Irmã, Irmã coordenadora do projeto, íamos juntos. Chegando lá, a Irmã disse: “e agora para te pegar?”. Me deu a louca, falei: “não, põe a cadeira do lado da porta do carro que saio sozinho”. Nunca tinha saído. Aí, de lá pra cá nunca mais uma pessoa me pegou. Sei lá, a necessidade. Se você me perguntar o que me fez sair, entrar na cadeira. Eu vou saber? Não vou. Quando eu estava dentro do carro eu pensei: “nunca nenhum TO me ensinou entrar no carro”. Não me peça explicação... [...] Tudo na reabilitação física sem a reabilitação social é incompleta. Eu acho que tem que haver nos profissionais, TO, psico, essa abertura. Abertura até haver uma inclusão profissional entre a TO e a psico, a psico e a assistente social, a assistente social e a TO. Não é cada um na tua e acabou. (Sérgio) (ROCHA, 2019, p. 173-174).

No processo de vida acadêmica, como docente e pesquisadora, tornei-me aprendiz, aprendi a aprender. Tornei-me aprendiz e encontrei Espinosa. Em Espinosa uma Ética, uma teoria do conhecimento, um método, uma análise, uma estética que não são níveis

separados ou autônomos da racionalidade, mas que compõe a própria expressividade da *Racionalidade* como *Desejo*.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. de; CAMPOS, G. W. S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 118-26, 2002.

ALMEIDA, M. C. de; OLIVER, F. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências; fundamentos para a terapia ocupacional. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Org.) **Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Ed. Plexus, 2001, p. 81-98.

ALMEIDA, M. C.; TISSI, M. C.; OLIVER, F. C. Deficiências e atenção primária: do conhecimento à invenção. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 33-42, jan./abr. 2000.

ANTUNES, M. H.; ROCHA, E. F. Desbravando novos territórios: incorporação da terapia ocupacional na estratégia da Saúde da Família no município de São Paulo e a sua atuação na atenção à saúde da pessoa com deficiência – no período de 2000-2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 270-278, set./dez. 2011.

AOKI, M. **Reabilitação com ênfase no território - demandas de pessoas com deficiências e a promoção da participação comunitária**. 2009. 182 f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/32MbwEU> >. Acesso em: 18 ago 2018.

ARAÚJO, M. A L.; LEITÃO, G. C.M. Acesso à consulta a portadores de doenças sexualmente transmissíveis: experiências de homens em uma unidade de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p. 396-403, mar./abr. 2005.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

AZEREDO, Y.N. Violência institucional: reflexões a partir do desenvolvimento tecnológico no campo da saúde. In: MOTA, A.; MARQUES, M. C. C. (Org.). **História, saúde coletiva e medicina**. São Paulo: Hucitec, 2018, p. 178-197.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, G. M. I.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 95-103, dez. 2002.

BBC NEWS BRASIL. Série de TV britânica usa deficientes físicos para satirizar reality shows. BBC News Brasil, São Paulo, 18 Nov. 2009. Disponível em: < <https://bbc.in/2Kox5UT> >. Acesso em: 15 jun. 2018.

BERGEN, A.; PRESERIN J.; TALLMAN T. **Positining for Function: wheelchairs and others Assistive Technologies**. Valhalla: Valhalla rehabilitation Publications, 1990.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, fev. 2009.

BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral**. São Paulo: Ed. Manole, 1984.

BOURGET, Ir. M. M. M. (Org.). **Estratégia saúde da família: a experiência da equipe de reabilitação**. São Paulo: Martinari, 2008.

BRASIL, A. C. O. et al. O papel do fisioterapeuta no Programa da Saúde da Família do município de Sobral – Ceará. **Revista Brasileira de Promoção em Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 1, p. 3-6, 2005. Disponível em: < <http://bit.ly/2Ymjs06> >. Acesso em: 17 jun. 2018.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da pessoa Portadora de deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 de dez. 1999. Seção 1. Disponível em: < <http://bit.ly/2Y4lBby> >. Acesso em: 17 out 2017.

_____. Decreto nº 6949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** e seu Protocolo Facultativo assinados em Nova Iorque, em 2007. Disponível em: < <http://bit.ly/2Z6xlau> >. Acesso em: 16 out 2017.

_____. Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008. Aprova o texto da **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo**, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. 2008. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: < <http://bit.ly/2Pa1Bq3> >. Acesso em: 10 mai. 2018.

_____. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 jul. 1991.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com deficiência). Disponível em: < <http://bit.ly/30Te5mT> >. Acesso em: 16 out 2017.

_____. Ministério da Justiça. História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos; Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica nº27 - Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Departamento de Atenção Básica, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 25 jan. 2008, seção 1, n. 18.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de Atenção à saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde**: planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: < <http://bit.ly/31FGywR> >. Acesso em: 23 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de Atenção Básica, n. 27, série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **A inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. Brasília: MTE, SIT, DEFIT, 2007.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Características do Emprego Formal segundo a Relação Anual de Informações Sociais - 2010. Principais Resultados**. Brasília: TEM, 2010b. Disponível em: < <http://bit.ly/2YeguqA> >. Acesso em: 26 out 2018.

_____. Portaria nº 818, de 5 outubro de 2001. Dispõe sobre a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Disponível em: < <http://bit.ly/2Y87pPR> >. Acesso em 05 jun. 2019.

_____. Portaria nº 1060, de 5 de junho de 2002, que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: < <http://bit.ly/2Z5A2yv> >. Acesso em: 10 jun. de 2019.

_____. Portaria nº 2073, de 28 de setembro de 2004a, do Ministério da Saúde, que institui a Política Nacional de Saúde Auditiva. Disponível em: <http://bit.ly/2JUGoKJ> >. Acesso em 08 jun 2018.

_____. Portaria nº 587 de 7 de outubro de 2004b, que dispõe sobre a criação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: < <http://bit.ly/2YbjK5M> >. Acesso em 08 jun 2018.

_____. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que dispõe sobre a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: < <http://bit.ly/32GcSAR> >. Acesso em: 10 jun 2018.

BUENO, W.S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes. In: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96 (mimeo), 1997.

CALDEIRA, V. A. **Prática de terapia ocupacional em unidade básica de saúde na atenção às pessoas com deficiência**. 2009. 170 f. Dissertação (Mestrado em Movimento, Postura e Ação Humana) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2SBbvyP> >. Acesso em: 18 ago 2012.

_____. Equipes de referência e apoio especializado matricial: uma proposta de reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 393-404, 1999.

_____. SUS: o que e como fazer? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, jun. 2018. Disponível em: < <http://bit.ly/2K1RxJN> >. Acesso em: 19 jul. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CAPISTRANO FILHO, D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo. **Estud. av.**, São Paulo, v. 13, n. 33, p. 89-99, 1999.

CARDARELLI, F. G. **"Roda de saberes"**: reflexões sobre educação permanente em saúde e seus processos de apoio. 2016. 174 f. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde) – Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016.

CHAUÍ, M. **Repressão sexual**: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense, 1984.

_____. A universidade pública sob nova perspectiva. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 24, p. 5-15, dez. 2003.

_____. **Espinosa**: uma filosofia da liberdade. São Paulo: Editora Moderna, 2005.

_____. Espinosa: poder e liberdade. **En publicacion: Filosofia política moderna.** De Hobbes a Marx. Boron, Atilio A. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias sociales; DCP-FFLCH, Departamento de Ciências Políticas, Faculdade de Filosofia Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. 2006. Disponível em: < <http://bit.ly/2T9wjOe> >. Acesso em: 25 ago. 2019.

CONILL, E. M. Avaliação da Integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1417-1423, out. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Resolução COFFITO nº 407 de 18 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional terapia ocupacional em Saúde da Família e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 24 nov. 2011. Seção 1, p. 143.

COOK A. M.; HUSSEY S. M. **Assistive Technologies**: principles and practice. St. Louis: Mosby, 1995.

CORBIN, A. Dores, sofrimentos e misérias do corpo. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do corpo**: da Renascença às luzes. Volume 2. Petrópolis: Editora Vozes, 2012, p. 267-346.

COURTINE, J. J. História e antropologia culturais da deformidade. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do Corpo**: da Renascença às Luzes. Volume 3. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 253-340.

_____. O corpo inumano. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do Corpo**: da Renascença às Luzes. Volume 1. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 487-502.

_____. **Decifrar o corpo**: pensar com Foucault. Petrópolis: Vozes, 2013, p. 11-46.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Nova Iorque, v. 94, n. 11, p.1864-1874, nov. 2004. Disponível em: < <http://bit.ly/3aHgZeV> >. Acesso em: 27 ago. 2018.

CUNHA, E. M. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária: avaliando os modelos assistenciais do SUS**. 2009. 149 f. Tese de doutorado (Ciências na área de Saúde Pública) - ENSP/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2Ymjs06> >. Acesso em: 22 set. 2018.

DAMÁSIO, A. **O erro de Descartes**: emoção, razão e o cérebro humano. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

_____. **O mistério da consciência**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. **Em busca de Espinosa**: prazer e dor na ciência dos sentimentos. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do Trabalho. São Paulo: Cortez/Oboré, 1988.

DESCARTES, R. **Descartes**. Vol. I. (Os Pensadores). São Paulo: Nova Cultural, 1987.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **SUR – Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 65-77, dez. 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2YcNDmx> >. Acesso em: 23 nov. 2016.

ESPINOSA, B. **Tratado da correção do intelecto**. (Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural. 1973.

FAURE, O. O olhar dos médicos. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo**: da Renascença às Luzes. Volume 2. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 13-56.

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar como estratégia para ampliação das relações de convivência de pessoas com deficiências físicas. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 189-197, dez. 2010.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FRANÇA, T. H. P. M. **Deficiência e pobreza no Brasil a relevância do trabalho das pessoas com deficiência**. 2014. 311 f. Tese (Doutorado em Sociologia - Relações de Trabalho, Desigualdades Sociais e Sindicalismo) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2014. Disponível em: < <http://bit.ly/3oRQp1U> >. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. **O direito de aprender**: potencializar avanços e reduzir desigualdades. Situação da Infância e da Adolescência Brasileira 2009. Brasília: UNICEF, 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2XXMFz4> >. Acesso em: 09 out. 2018.

_____. **Situação Mundial da Infância 2013**: crianças com deficiência. Nova Iorque: UNICEF, 2013. Disponível em: < <http://bit.ly/3oRIQbl> >. Acesso em: 15 jun 2018.

_____. **Redes de Inclusão**: garantindo direitos das famílias e das crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus e outras deficiências. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Fundação Altino Ventura (FAV). Brasília: UNICEF, 2018.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF; CAMPANHA NACIONAL PELO DIREITO À EDUCAÇÃO. **Acesso, permanência, aprendizagem e conclusão da Educação Básica na idade certa**: Direito de todas e de cada uma das crianças e dos adolescentes /Fundo das Nações Unidas para a Infância. Brasília: UNICEF, 2012. Disponível em: < <http://bit.ly/2Yg3DFW> >. Acesso em: 23 nov. 2016.

GALHEIGO, S. M. Repensando o lugar do social: a constituição de um campo de conhecimento em terapia ocupacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6, 1999, Águas de Lindóia. **Programas e resumos...** Águas de Lindóia: ABRATO, 1999 p. 24.

GALLO, D. L. L. **A fisioterapia no Programa Saúde da Família: percepções em relação à atuação profissional e formação universitária.** 2005. 180 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2005. Disponível em: < <http://bit.ly/2Z3ALPZ> >. Acesso em: 23 jun. 2018.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: < <http://bit.ly/3oNrf4D> >. Acesso em: 19 jul 2019.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008, cap. 16, p. 575-625.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOMES, L.; JÚNIOR, N. Experimentação Política da Amizade a partir da Teoria dos Afetos de Espinosa. **Cadernos Espinosanos**, São Paulo, v. 1, n. 28, p. 39-58, 16 jun. 2013. Disponível: < <http://bit.ly/2JOIPl> >. Acesso em: 04 abr. 2019.

GUGEL, M. A.; MACIEIRA, W.; RIBEIRO, L. (org.). **Deficiência no Brasil: uma abordagem dos direitos das pessoas com deficiência.** Florianópolis: Obra Jurídica, 2007, p. 297 -312.

HO, D. C.; OLIVER, F. C. terapia ocupacional no Contexto das Ações de Saúde, no Município de São Paulo: uma Atualização. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9, 2005, Pernambuco. **Anais...** Pernambuco: Up to Date Eventos, 2005. CD-ROM.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.231-239, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010: características gerais da população brasileira, religião e pessoas com deficiências.** Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, dez. 2008.

JERUSALINSKY A. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

KANT, I. **Resposta a pergunta:** Que é esclarecimento? Textos Seletos. Petrópolis: Editora Vozes, 2005, p. 63-71.

LE BRETON, D. Adeus ao corpo. In: NOVAES, A. (Org.). **O Homem-Máquina:** a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 123-138.

LIMA, N. M. **Legislação federal básica na área da pessoa portadora de deficiência.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2007.

LOPES, M. E. **Metodologia de análise e implantação de acessibilidade para pessoa com mobilidade reduzida e dificuldade de comunicação.** 2005. 428 f. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

_____. Ser acessível é legal. In: GURGEL, M. A.; COSTA FILHO, W. M.; RIBEIRO, L. L. G. R. (Org.). **Deficiência no Brasil:** uma abordagem integral dos direitos das pessoas com deficiência. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007, p. 312- 323.

LOPES, R. E. **Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo.** 1999. 536 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999. Disponível em: < <http://bit.ly/2M52igT> >. Acesso em: 15 jan. 2018.

LOPES, R. E.; LEÃO, A. Terapeutas Ocupacionais e Centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 56-63, ago. 2002.

LUZ, M. T. **Natural racional social:** razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MALFITANO, A. P. S.; LOPES, R. E. Programa de saúde da família e agentes comunitários: demandas para além da saúde básica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 110-7, dez. 2003.

MASUCHI, M. H. **Desvelando os sentidos do cuidado oferecido às pessoas com deficiência:** um estudo junto aos moradores do PSF/Vila Prudente e Sapopemba. 2007. Trabalho de Iniciação Científica do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Mimeo.

MASUSHI, M. H.; ROCHA, E. F. Cuidar de pessoas com deficiência: um estudo junto a cuidadores assistidos pela Estratégia da Saúde da Família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 89-97, 2012.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1411-1416, 2004.

MELO, R. J. **Atenção primária à saúde e atenção básica à saúde**: os discursos ideológicos do Ministério da Saúde. 2009. 209f. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009. Disponível em: < <http://bit.ly/2YjCuEo> >. Acesso em: 10 mai. 2018.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional: História Crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Revista Vita et Sanitas**, Trindade, v. 2, n. 2, p. 80-91, 2008.

MOTA, A. **Quem é bom já nasce feito**: sanitarismo e eugenia no Brasil. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

MOTA, A.; MARQUES, M. C. C. A História do Tempo Presente, a Democracia Oligárquica e a Crise da Saúde no Brasil. In: MOTA, A.; MARQUES, M. C. C. (org.) **História, saúde coletiva e medicina**. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 15-47.

MOULIN, A. M. O corpo diante da Medicina. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo**: da Renascença às Luzes. Volume 3. Petrópolis: Vozes, 2011, p. 15-82.

NALLIN, A. **Reabilitação em instituição**: suas razões e procedimentos; análise de representação do discurso. Brasília: CORDE, 1992.

NERI, M. **Retratos da deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV-IBRE, CPS, 2003.

NOVAES, A. A ciência no corpo. In: _____. (Org.). **O Homem-Máquina**. A ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 7-14.

OLIVER, F.C. **A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência no sistema saúde no município de São Paulo**: uma questão de cidadania. 1990. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1990. Disponível em: < <http://bit.ly/2JLIUUP> >. Acesso em: 05 abr. 2018.

_____. O problema da incapacidade e da deficiência. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 2, n. 2-3, p. 66-77, jun./set. 1991.

_____. **Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência**: estudo do processo de incorporação de assistência pelos serviços municipais de saúde numa região do Município de São Paulo (1989-1995). São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

OLIVER, F. C. et al. Reabilitação Baseada na Comunidade: discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 1-10, jan./abr. 1999.

_____. Reabilitação no Território: construindo a participação na vida social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 12, n. jan./dez., p. 15-22, 2001.

_____. Reabilitação com ênfase no território – Jardim D’Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 141-146, dez. 2003.

OLIVER, F. C.; BARROS, D. D.; LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 31-39, jan./abr. 2005.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa de ação mundial para pessoas com deficiência**. São Paulo: CEDIPOD, 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Prevención de Incapacidades y rehabilitación**. Ginebra: OMS, 1981. (Série Informes Técnicos, 668).

_____. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.

_____. **Community based rehabilitation: CBR guidelines**. Ginebra: World Health Organization Press, 2010. Disponível em: < <http://bit.ly/2YcRIHn> >. Acesso em: 10 jun 2016.

_____. **Atenção Primária em Saúde: agora mais do que nunca**. Relatório mundial de saúde, 2008. Ginebra: OMS, 2008. Disponível em: < <http://bit.ly/2YKeEBW> >. Acesso em:

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS. **Ayuda en el hogar a las personas con impedimentos: un nuevo enfoque de la rehabilitación**. México, 1981.

_____. **Grupo de estudio sobre capacitación del médico en ‘Medicina Física y Rehabilitación’**: informe final. Caracas, 1988.

_____. **Programa Promoción de Salud**. Subprograma de Rehabilitación. Discapacidad. Washington, 1991 [a]. [Mimeografado]

_____. **Programa Salud del Adulto**. Efectividad de las acciones de um servicio de rehabilitación y utilidad de la clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía. Washington, 1991 [b].

_____. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los servicios de rehabilitación**. Washington, DC, 1993.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - OPAS ; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Renovação da atenção primária nas Américas**. Washington: PAHO; WHO, 2005. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde.

ORTEGA, F. Modificações corporais na cultura contemporânea. In: _____. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008, p. 55-66.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em: < <http://bit.ly/2OgktVj> >. Acesso em: 19 jul 2019.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998. Disponível em: < <http://bit.ly/2ObZqBK> >. Acesso em: 19 jul 2019.

PEDUZZI, M.; OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, J. A. M. da; AGRELI, H. L. F.; MIRANDA NETO, M. V. de. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**. Barueri: Manole; 2016.

PIMENTEL, A. M.; COSTA, M. T. B.; SOUZA, F. R. Terapia Ocupacional na Atenção Básica: a construção de uma prática. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 110-116, ago. 2011.

PINHEIRO, R.; SILVA, J. P. V.; MACHADO, F. R. Necessidades, demandas e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde Debate**, Londrina, v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003.

PORTER, R.; VIGARELLO, G. Corpo, saúde, doenças. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. **História do Corpo: da Renascença às Luzes**. Volume 1. Petrópolis: Vozes, 2012, p. 441-486.

RAFACHO, M.; OLIVER, F. C. A atenção aos cuidadores informais/familiares e a Estratégia de Saúde da Família: Contribuições de uma revisão bibliográfica. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 41-50, abr. 2010.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 27-34, jan./fev. 2003.

REATA – LABORATÓRIO DE ESTUDOS EM REABILITAÇÃO E TECNOLOGIA ASSISTIVA. **Relatórios técnicos dos estudantes** da Disciplina: "MFT0308 – Estágios Supervisionados I – Terapia Ocupacional em Deficiência Física" - UBS Jardim São Jorge (São Paulo) da SMS/SP. Período de 2000-2018. Arquivo interno. Mimeo. 2018.

_____. **Relatórios técnicos das atividades de ensino e extensão** do laboratório nos campos da Educação, Reabilitação e Atenção Primária à Saúde. Período de 1991-2018. Arquivo interno. Mimeo. 2019.

REIS, F.; GOMES, M. L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

RIBEIRO, R. J. Novas fronteiras entre natureza e cultura. In: NOVAES, A. (Org.). **O Homem-Máquina**: a ciência manipula o corpo. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 15-36.

ROCHA, E. F. **Corpo deficiente em busca de reabilitação?** Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiência física. São Paulo, 1991. 310 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1991. Disponível em: < <http://bit.ly/2Ys79zC> >. Acesso em: 05 out. 2019.

_____. **Avaliação das atividades de assessoria ao Projeto de Reestruturação da Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente na rede pública do Município de São José dos Campos**: junho a dezembro de 1996. Relatório Técnico. São Paulo: FMUSP, 1997. [mimeografado]

_____. **Acompanhamento da implantação das ações reabilitacionais no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e Reabilitação no Programa da Saúde da Família**. Relatório Técnico. São Paulo: FMUSP, 2001. [mimeografado]

_____. **Reabilitação de pessoas com deficiência**: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006.

_____. **Corpo deficiente em busca de reabilitação**: uma reflexão com base na ótica das pessoas com deficiência física. 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2019.

ROCHA, E.F.; BRUNELLO, M. I. B.; SOUZA, C. C. B. X. **Escola para todos e as pessoas com deficiência**: contribuições da Terapia Ocupacional. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 2018.

ROCHA, E. F. et al. **Avaliação da Implantação do "Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação no PSF/QUALIS nas Regiões Leste e Sudeste do Município de São Paulo - Outubro de 2000 a Dezembro de 2001"**. São Paulo: [s.n.], 2001. Relatório de pesquisa. [Mimeografado].

_____. Acesso e Acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde do SUS. In: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C. M.; PEREIRA, S. O. (Org.). **Políticas públicas e pessoas com deficiência**: Direitos humanos, família e saúde. Salvador: Edufba, 2011, p. 215-241.

ROCHA, E. F.; KRETZER, M. R. **Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e incapacidades no PSF/QUALIS-SP – Zona Leste e Sudeste do município de São Paulo. Projeto técnico aprovado e implantado pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, agosto 2000**. São Paulo: FMUSP, 2000. [mimeografado]

_____. **Avaliação da Implantação das ações de reabilitação no Programa Saúde da Família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo- Região**

Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período de 2000 a 2006. Relatório de Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2008.

_____. Ações de reabilitação de pessoas com deficiência na estratégia da saúde da família da Fundação Zerbini e Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo - Região Sudeste - Sapopemba/Vila Prudente - período 2000/2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 59-67, 2009.

ROCHA, E. F.; MELLO, M. A. F. de. Os sentidos do corpo e da intervenção hospitalar. In: CARLO, M. M. R. P. de; LUZI, M. C. de M. (Org.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004, p. 29-46.

ROCHA, E. F.; OLIVER, F. C. **Terapia Ocupacional e a formação para as práticas profissionais na atenção primária em saúde e na atenção comunitária e territorial**. Texto apresentado na subcomissão de ensino de Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo: FMUSP, 2013. [mimeografado]

ROCHA, E. F.; OLIVER, F. C.; CASTIGLIONI, M. do C.; LOPES, M. E.; SARTORELLI, M. d. E. **Construindo a universalização da atenção em saúde: estudo sobre acesso e acessibilidade dos serviços de saúde para as pessoas com deficiências na Direção Regional De Saúde XXI – São José dos Campos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo**. Relatório e Pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, 2009.

ROCHA, E. F.; PAIVA, L. F. A.; OLIVEIRA, R. H. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos**, v. 20, n. 3, p. 351-361, 2012.

ROCHA, E. F.; PAULA, A. R. de. **Avaliação da Implantação da Política de Reabilitação no município de São José dos Campos – período de janeiro/97 a dezembro/99**. Relatório técnico. São Paulo: FMUSP, 1999. [mimeografado]

ROCHA, E. F.; PAULA, A. R. de; KRETZER, M. R. O estudo de prevalência de deficiências e incapacidades como instrumento de planejamento das atividades de atenção à saúde e reabilitação no Programa Saúde da Família. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 1-10, 2004.

ROCHA, E. F.; PAULA, A. R. de; KRETZER, M. R.; SILVA, L. B. da. **Avaliação da Implantação do “Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência e Reabilitação no PSF/QUALIS nas Regiões Leste e Sudeste do Município de São Paulo” - Outubro de 2000 a Dezembro de 2001**. Relatório Técnico. São Paulo: FMUSP, 2001. [mimeografado]

ROCHA, E. F.; SHIMIZU, P. N.; BARRALES, L. M. Estágio de terapia ocupacional no programa da saúde da família: reflexões sobre uma parceria didático-assistencial entre o REATA/USP e o PSF/QUALIS-SP. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 104-110, dez. 2002.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em Reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

_____. Atenção Primária e o atendimento a pessoas com deficiência: o que aprendemos em 15 anos de trabalho nesse nível assistencial. **Anais do XIV Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional/2015**. Rev. Interinst. Bras.Ter. Ocup. Rio de Janeiro: ATOERJ, 2016.

_____. Deficiência, saúde/reabilitação, inclusão escolar: a experiência do REATA - Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva/USP. In: Shirley Silva; Luciano Digiampietri. (Org.). **(Re) Conhecendo a USP contribuições do ensino, da pesquisa e da extensão no campo das deficiências**. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2017, p. 109-120.

ROUANET, S. P. O homem máquina hoje. In: NOVAES, A. (Org.). **O Homem-Máquina: a ciência manipula o corpo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003, p. 37-64.

ROUSSEAU, J. J. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SACKS, O. **Um antropólogo em Marte**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

_____. **A ilha dos daltônicos**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997a.

_____. **O homem que confundiu sua mulher com um chapéu**. São Paulo: Companhia das Letras, 1997b.

_____. **Com uma perna só**. São Paulo: Companhia das Letras, 2003.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

SANTOS, B. S; ALMEIDA FILHO, N. **Universidade no Século XXI: Para uma universidade nova**. Coimbra: Edições Almedina, 2008.

SÃO JOSÉ DOS CAMPOS. Secretaria Municipal da Saúde. **Política de reabilitação para o município de São José dos Campos: diretrizes gerais**. São José dos Campos: Secretaria Municipal da Saúde, 1996. [mimeografado]

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Especialidades de Saúde. Núcleo de Apoio Técnico. **Projeto de implantação de ações intersetoriais de atenção a pessoas com deficiência no Município de São José dos Campos**. São José dos Campos: Secretaria Municipal da Saúde, 1998. [mimeografado]

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Organização da Atenção à Saúde. Grupo de Trabalho de Atenção à Saúde da Pessoa Deficiente. **Proposta de atenção à saúde da pessoa deficiente**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1992. [mimeografado]

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Centro de Organização da Atenção à Saúde. **Programa de atenção à pessoa portadora de deficiência**. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde, 1993. [mimeografado]

SÃO PAULO (Estado). **Relatório da Comissão Estadual de Apoio e Estímulo ao Desenvolvimento do Ano Internacional das Pessoas Deficientes**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1981.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Documento básico sobre o Sistema de Atendimento à Saúde e Reabilitação da Pessoa com Deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1985. [mimeografado]

_____. Secretaria de Estado da Saúde. **Uma revolução na área de saúde: a experiência do sistema unificado e descentralizado de saúde do Estado de São Paulo**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1987. [mimeografado]

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Grupo Especial de Programas de Saúde do Deficiente. **Sistema de atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 1988. [mimeografado]

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Ministério da Saúde. Fundação Zerbrini e Casa de Saúde Santa Marcelina no Programa de Saúde da Família/QUALIS. **Projeto de Implantação o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Programa da Família - QUALIS**. 2000. Mimeo.

_____. **Projeto Implantação do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Programa Saúde da Família – QUALIS**. São Paulo: USP; Fundação Zerbrini; Secretaria de Estado da Saúde, 2000.

_____. Núcleo de Estudos referente ao Perfil de Profissionais do Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo. **Uma década de Programa de Saúde da Família (1996-2005)**. Relatório Técnico. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde- SP; CEALAG/FCMSCSP; Fundação Getúlio Vargas, 2006. Disponível em: < <http://bit.ly/2LZQ3TT> >. Acesso em: 04 set. 2018.

_____. Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo. **Relatório Mundial sobre Deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo; Organização Mundial da Saúde; Banco Mundial, 2012.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. da S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p. 1487-1494, nov./dez. 2004.

SENNA, M. C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento), p. 103-211, 2002.

SIQUEIRA, F. C. V.; FACCHINI, L. A.; SILVEIRA, D. S.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

SILVA, L. T. da. **Contribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a discussão dos modelos assistenciais na Atenção Primária à Saúde**. 2018. 142 f. Dissertação (Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde) – Faculdade de Odontologia – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?** São Paulo: Hucitec, 1991. 217 p.

SOUZA, C. C. B. X. **O PSF vivido e o pensado: leitura dos usuários com deficiência e familiares sobre o acesso ao serviço de reabilitação no PSF/QUALIS - Fundação Zerbini**. Monografia apresentada ao curso de Terapia ocupacional do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP para obtenção do título de Terapeuta Ocupacional, USP. São Paulo, 2006. Mimeo.

SOUZA, C. C. B. X.; ROCHA, E. F. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 230-239, set./dez. 2010.

SPINOZA, B. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STIKER, H. J. Nova percepção do corpo enfermo. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo: da Renascença às Luzes**. Volume 2. Editora Vozes, Petrópolis. 2012, p. 347-375.

TESSER C. D. Family Health Support Teams, potentialities and barriers: the primary care health outlook. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 62, p. 565-578, set. 2017.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 941-951, mar. 2017. Disponível: < <http://bit.ly/2YJVHzq> >. Acesso em: 03 mai. 2018.

TING, N. C. **As atribuições dos profissionais da equipe de reabilitação no contexto do Programa da Saúde da Família no município de São Paulo**. 2009. Trabalho de Iniciação Científica do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

TKACH, C. E. Reflexões sobre nossa prática terapêutica. In: JERUSALINSKY A. (Org.). **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988, p. 193-195.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004.

VAN SCHAIK E. E.; SOUZA C. C. B. X.; ROCHA E. F. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-241, 19 dez. 2014.

VÉRAS, M. M. S. et al. A fisioterapia no programa de saúde da família de Sobral CE. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 6, n. 5, p. 345-348, set/out. 2005.

_____. Sistema de informação dos núcleos de atenção integral na saúde da família – SINAI. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 165-171, abr. 2007. Disponível em: < <http://bit.ly/2YoiQac> >. Acesso em: 19 jul 2019.

VERZOLLA, B. L. P. Eugenia e educação: o olhar médico sobre o contexto educacional a partir das teses doutorais da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1920-1934). In: MOTA, A.; MARINHO, M. G. S. M. C. (Org.) **Medicina e contextos de exceção: histórias, tensões e continuidades**. Santo André: UFABC, 2017, p. 281-312.

VIGARELLO, G. Treinar. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo: da Renascença às Luzes**. Volume 3. Petrópolis: Vozes, Petrópolis, 2011a, p. 197-252.

_____. Extermínios: O corpo e os campos de concentração. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo: da Renascença às Luzes**. Volume 3. Editora Vozes, Petrópolis. 2011b, p. 417-444.

_____. O espetáculo esportivo das arquibancadas às telas. In: CORBIN, A.; COURTINE, J. J.; VIGARELLO, G. (Org.). **História do Corpo: da Renascença às Luzes**. Volume 3. Editora Vozes, Petrópolis. 2011c, p. 445-480.