

Operadores de saúde na área social

Há dois aspectos na discussão da *área* ou *campo* social. O primeiro diz respeito às práticas médicas que historicamente têm resultado em instrumento de denominação e controle. O segundo aborda o papel do técnico de saúde enquanto função (social e política) implícita de produção e hegemonização de valores e normas sociais que revelam o caráter de classe e a intencionalidade do próprio conhecimento técnico.

No primeiro caso, parte-se de uma conceituação positiva da doença enquanto fenômeno evidente em si mesmo e de uma posição onde *campo social* ou *área social* se apresenta como lugar estrutural de inserção de um determinado profissional de saúde e onde conflitos sociais são traduzidos em termos de doença. Aqui se evidencia a importância e complexidade que vai adquirindo a divisão social do trabalho e uma certa concepção corporativista da organização da sociedade brasileira (MARSIGLIA, 1987, p. 13).

Surgiram nas últimas décadas instituições voltadas para a organização ou promoção do bem-estar social. O velho, o menor, o presidiário passam a ser assistidos total ou parcialmente por instituições ou técnicos de saúde. Para uma sociedade moderna, não basta responder ao velho com o asilo, impõe-se a necessidade de tratá-lo. Existem, sem dúvida, problemas inerentes à fase da velhice, mas *por que*

hoje os técnicos de saúde (entre os quais o terapeuta ocupacional) estão sendo chamados a responder por eles?

Toda noção de doença traz implícita uma contraposição à norma de um bom funcionamento biopsicológico e, atualmente, incorporam-se aspectos do convívio social considerados padrão de normalidade. Restaurar, normatizar consistem no significado da *cura*, processo segundo o qual se deve combater a doença, a degradação de uma norma. Assim, a definição de saúde/doença é construída a partir de uma dimensão sociopolítica, resultado de um processo de escolha de uma norma de saúde. Essa construção normativa é arbitrária¹. Estabelece uma divisão que considera positivo o que está contido nela, enquanto o que está fora tem valor negativo e muitas vezes é identificado com a desordem. Opõem-se, dessa forma, dentro da mesma lógica, normal/anormal, ordem/desordem, saúde/doença (BASAGLIA, 1978). Contudo, essa relação aparece como dado natural, não se mostra como resultado de uma escolha entre outras e não é transparente o processo de sua produção social.

Esta é, pois, a nossa dificuldade: compreender em sua complexidade a manifestação da doença e o processo que levou à sua configuração. Junto com o indivíduo *paciente* e o terapeuta (que o assiste

Denise Dias Barros é auxiliar de ensino do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

1 Arbitrário no sentido de ser uma escolha entre outras possíveis.

ou trata) coexiste um terceiro elemento essencial nessa relação: o consenso social. O movimento entre estes três componentes instituem a norma: o paciente (ou usuário), o terapeuta (o técnico) e o espaço social onde se dá o consenso. Fecha-se um círculo onde a ordem social aparece como algo natural e, portanto, sem possibilidade de questionamentos. Polariza-se um dos elementos de forma a tornar secundário um deles e fazer *desaparecer* o outro.

Percebemos que as questões da saúde conduzem diretamente à discussão sobre o significado do técnico burguês nas estratégias de controle; as definições da fronteira entre saúde e doença acomodam-se segundo os interesses dominantes e as contradições dos momentos que os geram. Assistimos a um desenvolvimento do conceito de doença que tende a tornar-se sempre mais abrangente; é cada vez maior o número de problemas que passam a ser *respondidos* em nossa estrutura social por instituições de saúde. Amplia-se o campo de intervenção de técnicos. É necessário compreender esse processo para além das defesas corporativistas dos interesses de cada grupo profissional. Em nome de uma sociedade do bem-estar, de sua construção ou preservação, percebe-se a ação coercitiva do Estado através do controle sutil que se pode exercer por meio dos serviços de saúde. Esses serviços possuem autoridade (ou lutam por possuir um poder de penetração crescente na sociedade) e poder suficiente para promover necessidades ideológicas e um estilo de vida que combine com os valores e normas estruturalmente necessários. Uma forma sutil de *colonização do imaginário*: de criar necessidades e negar a eficácia e a validade das soluções e explicações originadas no interior dos próprios grupos sociais. É cada vez maior a necessidade de técnicos de saúde, os quais, mais que *saúde*, parecem colaborar para que se promova a necessidade de mais técnicos, ou seja, de ampliar o campo de intervenção, ampliando a própria noção de doença.

Dentro desse quadro, saúde coincide com capacidade para o trabalho e ao Estado cabe garantir a reprodução da força de trabalho e manter, ao mesmo tempo, as condições de exploração fundamental na forma de acumulação capitalista. É preciso que a elevação das condições e do padrão de vida não implique uma transformação

social-estrutural real. As políticas de saúde são instrumentos que contêm essa contradição: a defesa explícita da melhoria das condições de vida, biopsicossociais, como na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), e a função de manutenção da ordem social vigente.

O monopólio da assistência médica científica ou oficial constitui-se através de um processo onde ocorre uma desqualificação de todo conhecimento não-oficial, isto é, das formas populares de resolução dos problemas. Inicialmente, a intervenção médica limitava-se às questões sanitárias, mas ampliou-se juntamente com a ampliação da noção do que é doença/anormalidade e de quem são os doentes/os anormais.

Já no final do século XIX encontravam-se as condições para que a medicina oficial viesse a assegurar sua hegemonia, que se consolidaria por volta dos anos 40. Além do apoio material, proibiu-se o exercício da medicina àqueles que não possuísem diploma (1890) e estabeleceram-se medidas que visavam socializar a assistência, levando esse tipo de cuidado a uma camada maior da população. É importante socializar para, também, expandir a assistência através da medicina oficial e consolidar sua legitimidade.

Nesse processo a medicina institucionaliza-se e cristaliza-se como instrumento de controle: passa a definir questões morais e redefine padrões de normalidade (CARVALHO, 1964), torna-se presença forte na educação, reorganizando a vida coletiva, principalmente a vida urbana. A assistência médica desenvolve-se e estabelece métodos que possuem uma trama cada vez mais sutil de controle; responde às necessidades transformando-se real e simbolicamente; cria novas necessidades e valores mais adequados ao novo tipo de vida social; legitima-se através da comprovação (tautológica) da eficácia terapêutica e das razões atribuídas a essa eficácia. Poderíamos dizer, cria-se um *problema* para uma *solução* já existente. Essa é a lógica que nos leva a perceber como natural a organização que propõe ao velho o asilo (que se torna instituição médica ao legitimar-se através da contratação de técnicos de saúde); que propõe ao menor carente a instituição que o tutela (legitimada por psicólogos, terapeutas ocupacionais...); que propõe aos deficientes men-

tais a educação em classes especiais, e assim por diante.

A medicina popular possuía um campo amplo, em cujo contexto era possível para o conjunto da população organizar seu conhecimento sobre a problemática ligada à doença, podendo muitas vezes integrar esse conhecimento ao conjunto das representações e de suas formas de vida.

A ação sanitária do Estado, que ocorreu nos pólos urbano-industriais e de escoamento de produção, caracterizava-se como coibidora de abusos, porém vai tornar-se hegemônica e legítima ao realizar o controle das epidemias. Segundo Paul Singer (1978, p. 126), a partir de 1920, os serviços de saúde passam a compreender uma parcela cada vez maior da população, aumentando concomitantemente o caráter autoritário das intervenções médicas com seu controle progressivamente centralizado nas mãos do Estado. Os serviços prestados pela assistência médica deverão cumprir a função de manter as tensões sociais sem agudização das suas contradições. “Enquanto a estrutura social permanece como tal, os serviços de saúde são obrigados a se institucionalizar para dispensar cuidados aos vitimados por ela, o que permite entender o aparente paradoxo de uma expansão de serviços de saúde e uma expansão social da morbidade ao mesmo tempo” (SINGER, 1978, p. 51). Essa expansão e processo de centralização liga-se à criação da medicina social, que assume sempre mais fortemente o papel de controle e o poder de estabelecer as próprias definições do que sejam comportamentos desviantes; conflitos gerados nas contradições da própria estrutura social, mas que assumem gradativamente uma face que nos faz crer tratar-se de uma dinâmica cuja origem (e, portanto, tratamento) recai sobre os indivíduos. Transforma e impõe concepções de vida, de saúde e de doenças em concepções e práticas sempre estranhas àquelas concebidas pela população. “Os conflitos que estão na raiz dos comportamentos desviantes não são produzidos pelos serviços de saúde, mas o fato de darem lugar a ‘problemas de saúde’ em vez de, digamos, problemas religiosos ou políticos, só se explica pela peculiar importância que os serviços de saúde adquirem nos últimos cem anos como serviços de controle” (SINGER, 1978, p. 79). Cada vez mais os

serviços de saúde são chamados a controlar as contradições que a sociedade define como problema social. Esse processo de medicalização da sociedade torna, portanto, a medicina oficial (e particularmente a medicina social) um poderoso e ardiloso instrumento de dominação de classe, ao redefinir como problema médico uma quantidade cada vez maior de contradições no plano individual, familiar ou de outros grupos sociais justificando, assim, suas intervenções normativas.

Trazendo essa discussão para o âmbito da Terapia Ocupacional, penso que, ao delimitarmos um campo de intervenção como social, procedemos dentro da mesma lógica à qual nos referimos anteriormente e, ainda, adentramos um território antes inexistente, isto é, agrupamos uma *nova* parcela da população segundo novos grupos de patologias, as *patologias sociais*. Assistimos a um alargamento da noção de anormalidade, de doença, etc. Quem são esses indivíduos, novos objetos de estudo e de intervenção por parte dos terapeutas ocupacionais e de outros técnicos de saúde? Como se constituem? Quem os define?

A criação de um objeto de estudo autônomo e retificado – o *social* – traz implícita a intenção prática de tratamento de parcela da sociedade que, então, não era considerada *doente, desviante, anormal* e esta ação fica legitimada nos espaços de consenso social criados a partir da ação dos técnicos de saúde que geram respostas-problemas (ou seja, não vêm responder às necessidades reais, mas, antes, criá-las, justificando seu lugar estrutural) (BARROS, 1987, p. 4). Todas essas questões possibilitam contextualizar nosso problema, ou seja, *que papel exercemos, os técnicos de saúde, na organização social em que vivemos?*

“Em nosso país a utilização da Terapia Ocupacional no campo social (*junto aos carentes*) é bastante recente e é ainda pouco reconhecida. Do que temos notícias (não há nada por escrito), iniciou-se no atendimento a gerontinos asilados. Porém já houve terapeutas ocupacionais na Febem-SP e CE-Presídio e OAF (Organização de Auxílio Fraternal). Com o surgimento de novos cursos de Terapia Ocupacional, somados a uma *nova política de atendimento social* (utilização de técnicos), houve a ampliação desse campo

através de um trabalho mais contínuo e consistente, além de maior divulgação. Hoje, a atuação dos profissionais terapeutas ocupacionais abrange diferentes instituições, creches, manicômios judiciários, instituições para gerontinos, além das áreas tradicionais” (Universidade Federal de São Carlos, 1983).

O campo da atuação da Terapia Ocupacional na *área social* parece resultado da extensão do conceito de patologia. A utilização de técnicos de saúde passa a ser requisitada na atenção a gerontinos, presidiários, menores abandonados, etc., através de codificação destes grupos em termos de doença e respondendo a eles como tal. No entanto, o elo comum (a *patologia*), que parece interligar grupos sociais tão diversos, é, ao nosso ver, o *desvio* de uma certa norma presente na estrutura dessa organização social.

A conversão de necessidades reais em *doença* pressupõe uma concepção de saúde que é norma, onde não há lugar para a diversidade, para a multiplicidade e leva-nos a justificar a utilização de técnicos de saúde como *resposta-solução* à problemática da desviança, resultando na confirmação das codificações dos desvios da norma em doença. Nesse contexto, onde se confundem ou se fundem desvio de normas e patologia, promoção de saúde e manutenção de valores e da ordem social, atenção ao indivíduo e conflitos sociais, a Terapia Ocupacional vem sendo chamada a intervir. Não há o reconhecimento de que a ação técnica contém sua função político-ideológica.

O segundo momento de nossa abordagem aponta para a necessidade de trabalharmos sob aspectos múltiplos para a compreensão desses novos campos de atuação dos técnicos de saúde, mantendo a análise dentro da complexidade que a questão exige. Em outras palavras, identificar uma área de atuação específica – a área social – é incorrer num procedimento que, além de redutor, mutila a realidade, repete a cisão entre *ação técnica e ação política* e opõe uma à outra. Desse mecanismo, patologiza-se o social e neutralizam-se os conflitos e as contradições, criminalizando e penalizando, muitas vezes, as necessidades que os geraram. Por outro lado, a dimensão sóciopolítica do adoecer é negada, ficando reduzida a alguns aspectos de sua realidade. O questionamento que necessitamos fazer refere-

se às práticas que se realizam sempre identificadas com uma visão tecnicista, fracionadora. Trata-se de *re-incorporar* ou incorporar a necessidade de uma abordagem complexa do social, do político, do técnico, momentos inter-relacionados em toda intervenção médica. Neste universo das intervenções *terapêuticas* está presente um elemento intrínseco ao organismo vivo (MORIN, 1979), que é constantemente combatido, negado e excluído: a incerteza, a indeterminação. A complexidade do real não nos permite trabalhar sobre o princípio da certeza e com base na eliminação dos riscos e das desordens – pois constituem o vivo – e nos indica a necessidade de análises e de um conhecimento que se realize em termos de *possibilidades e probabilidades* (ROTELLI, 1987, p. 15).

O profissional que intencione dialetizar seu mandato social necessita buscar um novo modo de conceber o conhecimento e o seu saber técnico, cuja constituição tem uma *subordinação* às necessidades do grupo ou da população à qual se destina. Para alcançar a compreensão do que são essas necessidades, precisa reconhecer na população um verdadeiro interlocutor, portador de uma história e de um saber próprio. Em outras palavras, nosso trabalho destina-se a indivíduos que são ao mesmo tempo elementos de um coletivo; existem conflitos e contradições que muitas vezes o sistema de saúde vem encobrir, ou até transformar a natureza das necessidades que os geraram. E é essa *mágica* que faz com que a própria população reconheça como suas, necessidades que inicialmente lhes eram estranhas. Nem sempre percebemos o conjunto de valores e normas que estão implícitos nos procedimentos técnico-assistenciais, quando isolados do contexto histórico e de luta de classes que os produziram e para os quais os técnicos devem obter um consenso *espontâneo*.

“Os intelectuais são os ‘empregados’ do grupo dominante para o exercício das funções subalternas da hegemonia social e do governo político, isto é: 1) do consenso ‘espontâneo’ dado pelas grandes massas da população à direção imprimida à vida social pelo grupo fundamental dominante, consenso que nasce ‘historicamente’ do prestígio (e, portanto, da confiança) de que goza o grupo dominante por sua posição e por sua função no mundo da produção; 2) do aparato de coerção estatal

que assegura 'legalmente a disciplina daqueles grupos que não consentem' nem ativa nem passivamente, mas que está constituído por toda a sociedade como previsão dos momentos de crise no mando e na direção, nos quais o consenso espontâneo diminui. Gramsci, 1930" (BASAGLIA e BASAGLIA, 1977, p. 13).

As condições de existência determinam configurações sociais de vida. O problema da relação entre técnico e população usuária significa a concretização, no plano institucional, da natureza das relações inter-humanas presentes na sociedade. Através de uma tomada de consciência coletiva, do alargamento dos espaços de liberdade, será possível construirmos um tipo diferente de relação, onde a pessoa assistida possa exprimir-se.

"Aquilo que se deve transformar é a relação entre saúde e doença, isto é, reconhecer como primeiro passo que a estratégia, a finalidade principal de cada ação é o homem (não o homem abstrato, mas todos os homens) e suas necessidades, sua vida no interior de uma coletividade que se transforma para alcançar a satisfação dessas necessidades e a realização desta vida para todos. Isto significa entender que o valor do homem, são ou enfermo, está mais além do valor de saúde ou da enfermidade; que a enfermidade, como toda a contradição humana, pode ser usada como instrumento de apropriação ou alienação de si, portanto, como instrumento de libertação ou de domínio; o que determina o significado e a evolução de cada ação é o valor que se reconhece ao homem e ao uso que se queira dar a ele, de onde se deduz o uso que se fará de sua saúde e de sua doença; dependendo do valor e do uso do homem, saúde e doença podem adquirir um valor absoluto ou um valor relativo. Absoluto onde a saúde é valor positivo e a doença é valor negativo, como expressão da inclusão do são e exclusão do enfermo; relativo quando se consideram acontecimentos, experiências, contradições da vida que se desenrola entre saúde e doença. Quando o valor é o homem, a saúde não pode representar a norma, uma vez que a condição humana é estar constantemente entre saúde e doença" (BASAGLIA e BASAGLIA, 1977, p. 30).

Na organização de nossa sociedade, aos terapeutas ocupacionais cabe uma responsabilidade frente a uma determinada

parcela da sociedade que é considerada anormal e não tem acesso ao trabalho. Numa sociedade que organiza sua vida econômica e social através de corporações, esta parcela considerada anormal está ou à margem, excluídos da produção, ou inseridos na produção como mercadoria (através das instituições médicas das quais dependem). Eles estão, portanto, excluídos da vida em sociedade.

A questão do trabalho adquire uma peculiaridade quando analisamos a Terapia Ocupacional dentro de seu processo histórico. Em outras palavras, será no interior dessa sociedade e de suas instituições curativas, onde a divisão do trabalho e a participação no processo produtivo se torna fundamental para a configuração da cidadania e da vida social, que a Terapia Ocupacional irá desenvolver-se e constituir-se como profissão autônoma. Algumas contradições (que não caberia desenvolver aqui) ponteiavam nossa preocupação:

- a) a exigência à Terapia Ocupacional (às vezes assumida pelos próprios profissionais) de escamotear o vazio institucional – a sua face última de exclusão – através da ocupação individual ou em grupo;
- b) a distância entre os abstratos objetivos e os esforços para alcançar uma *inserção ou reinserção social* e sua possibilidade concreta;
- c) a distância entre os objetivos explícitos das instituições assistenciais e o resultado da ação institucional no contexto da organização social que mencionamos.

"O nosso problema, em sua maior abrangência, é o papel econômico, político e ideológico que os terapeutas ocupacionais são chamados a desempenhar na sociedade brasileira através de sua atuação profissional nas instituições assistenciais. E aí cabe analisar como, em cada uma dessas dimensões sociais, a terapia ocupacional, com seu instrumento de trabalho – a atividade – pode contribuir, na ausência de uma consciência crítica de sua prática, na conservação e consolidação dessa organização social que produz, discrimina, segrega e pune todo um contingente de pessoas que escapam a sua racionalidade" (NASCIMENTO, 1987, p. 8).

A utilização, pelos técnicos, das taxonomias redutivas propostas até o momento pelo modelo médico-psicológico vem mos-

trando-se insuficiente e inadequada ao extenso leque de situações que se apresentam nos serviços de saúde (PINO, 1987). Tais modelos são construídos sobre uma relação codificada entre uma definição do problema e uma resposta, ten-

dencialmente ideal. Trata-se de promovermos a desmontagem dos aparatos que sustentam o paradigma racionalista *problema-solução* e perdermos a *inocência* dos técnicos que se crêem neutros como seu conhecimento.

RESUMO

O autor discute a prática mais corrente de atendimento a deficientes mentais e enfatiza o papel dos profissionais responsáveis por esse tratamento enquanto agentes de mudança tanto a nível da relação interpessoal quanto com relação à questão social.

ABSTRACT

The author discusses the most usual practices of treatment for the mentally retarded and emphasizes the role of professionals that work with this population as agents for change both in personal and social levels.

Bibliografia

ILLICH, I. s.d. *A expropriação da saúde. Nemesis da medicina*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira.

Referências Bibliográficas

- BARROS, D.D. 1987. *Terapia Ocupacional: caminhos ou descaminhos ao delimitar uma "área social"?* (trabalho mimeografado).
- BASAGLIA, F. e BASAGLIA, F.O. 1977. *Los crimines de la Paz, investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno. Tradução livre.
- BASAGLIA, F. 1978. *O homem no Pelourinho* (trabalho mimeografado).
- CARVALHO, B. 1964. *Medicina social*. São Paulo, Edusp.
- MARSIGLIA, R. G. 1987. O cidadão e os loucos no Brasil. A cidadania como processo. In: _____ . *Cidadania e saúde mental*. São Paulo, Mandacaru – Plenário dos Trabalhadores em Saúde Mental.
- MORIN, E. 1979. *O enigma do homem. Para uma nova antropologia*. 2ª ed., Rio de Janeiro, Zahar.
- NASCIMENTO, B. A. 1987. *Terapia Ocupacional: suas raízes históricas e seu significado nas instituições psiquiátricas brasileiras hoje* (trabalho mimeografado).
- PINO, S. 1987. Al di là delle psicoterapie del XXº secolo. In: CONVEGNO NAZIONALE: la pratica "terapeutica" nelle culture disciplinari e generali innovative. Trieste, 22-24 de setembro.
- ROTELLI, F. 1987. *A experiência de desinstitucionalização italiana: o processo de Trieste*. São Paulo, Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental de São Paulo. Cadernos Polêmicos nº 2 (trabalho mimeografado).
- SINGER, P. et alii. 1978. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. 1983. Departamento de Ciências da Saúde. *Terapia Ocupacional aplicada às condições sociais*. São Paulo. Apostila de aula trabalho mimeografado.