



HAL
open science

L'activité du professeur dans la Formation em Santé:

Roberta Pereira Furtado Da Rosa, Claudia Osorio Da Silva

► **To cite this version:**

Roberta Pereira Furtado Da Rosa, Claudia Osorio Da Silva. L'activité du professeur dans la Formation em Santé: : une expérience de l'ergothérapie au Brésil. Biennale Internationale de l'Education, de la Formation et des Pratiques Professionnelles, Jun 2015, Paris, France. hal-01222466

HAL Id: hal-01222466

<https://hal.science/hal-01222466>

Submitted on 31 Oct 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'activité du professeur dans la Formation em Santé: une expérience de l'ergothérapie au Brésil

Communication n° 585

Atelier 4 - Université

Auteurs: 1- Roberta Pereira Furtado da Rosa; 2 - Claudia Osório da Silva

Affiliation:

1 – Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Psicologia UFF, Estudos da Subjetividade. Participante do **Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde – NUTRAS. Universidade Federal Fluminense - UFF.**

2 – Professora e Coordenadora do Programa de Pós Graduação em Psicologia UFF, Estudos da Subjetividade. Coordenadora do **Núcleo de Estudos e Intervenções em Trabalho, Subjetividade e Saúde - NUTRAS. Universidade Federal Fluminense - UFF.**

Résumé

Il s'agit d'une recherche de doctorat dans laquelle on discute la formation de l'ergothérapeute. Au Brésil l'ergothérapeute doit faire des études supérieures. On cherche à comprendre le développement du travail du professeur dans ce cursus à partir du concept de "Activité". L'activité comporte les réflexions nécessaires pour faire des choix et s'approche donc de ce qu'on nomme *soin*, en santé. Les résultats préliminaires de la recherche signalent que la formation en santé doit être ouverte à l'activité qui prend en compte les relations de coopération et responsabilisation mutuelle entre professeur, étudiant et institution. Cela permet que le soin soit éprouvé en acte dans la formation à l'université.

Mots-clés: Formation; travail en santé; soin; activité.

Introdução

Este trabalho é parte de uma pesquisa de doutorado em curso na qual discutimos a formação do terapeuta ocupacional como profissional da equipe de saúde. No Brasil este é um curso de nível superior. Nosso objetivo é expor e debater o que nesta pesquisa se está compreendendo como desenvolvimento da atividade de trabalho do professor neste curso de formação a partir do conceito 'Atividade'. Será discutida a noção de Atividade para a terapia ocupacional e como esta se inscreve na prática clínica. Para ampliar a discussão, também será apresentado este conceito a partir de um campo da psicologia do trabalho: a clínica da atividade. Traremos a discussão da relação entre atividade e saúde, à luz de Georges Canguilhem. Este autor define saúde como

capacidade de criar e recriar normas de vida sendo esse conceito importante para a formação dos profissionais em saúde.

Temos como pressuposto que a formação em saúde deve estar ligada à capacidade de ser afetado pelas experiências e desta forma, estar aberto à atividade que leva em conta tal experiência. Ao pensarmos uma formação aberta à experiência, a pensamos como uma formação cooperativa uma vez que a cooperação, segundo Sennett (2012) é a capacidade de estar aberto, receptivo ao outro, para agir em conjunto.

Será apresentado um pequeno histórico desta profissão no Brasil incluindo suas influências e suas diferentes direções teórico-metodológicas. Daremos foco no conceito de atividade no campo teórico prático da terapia ocupacional e nas contribuições da clínica da atividade. Dando continuidade, será abordada a atividade docente na terapia ocupacional e sua relação com a formação em saúde. Por fim buscaremos discutir tal formação enquanto aberta à atividade e marcada pela capacidade de ser afetada pela experiência. Esta formação pressupõe as relações de responsabilização e cooperação mútua entre professor, aluno e instituição.

Terapia Ocupacional no Brasil

Essa profissão se constitui formalmente no Brasil a partir de diversas influências, principalmente vindas dos Estados Unidos (EUA). Tem em sua gênese uma postura humanista, marcada pela medicina ao considerar o valor terapêutico das ocupações. Seu surgimento formal aconteceu no início do século XX marcada por dois contextos: a retomada do tratamento moral que era desenvolvido no século XIX por um lado; e o tratamento dos acidentados e neuróticos da primeira guerra mundial por outro (CAVALCANTE et al, 2008). Neste período a lógica do trabalho, mergulhada na economia capitalista, necessitava de força de trabalho e buscava reabilitar os incapacitados para o retorno ao trabalho (SOARES, 1991).

Há uma sustentação do projeto capitalista por meio também de práticas da medicina científica que levanta discussões sobre a dimensão social e sobre o que se entende por saúde/doença. O reflexo desse cientificismo atinge todas as profissões de saúde. Mas uma crise econômica mundial (1929 – 1932) instaura uma desconfiança em relação aos pressupostos do liberalismo econômico, gerando a “quase extinção dos programas de recuperação dos incapacitados”(CAVALCANTE et al, 2008, p.31). Nesse contexto a terapia ocupacional assim como outras profissões perde seu campo de atuação, o que gera a conseqüente reaproximação da medicina para poder legitimar suas práticas. Os programas de reabilitação são retomados somente após a segunda guerra, abrindo novamente o mercado para esta profissão.

A profissão é influenciada, nas décadas de 40 a 60 por uma concepção de saúde alienada das condições estruturais da sociedade e da produção social da doença, ou seja, as doenças são vistas como resultado de fatores autônomos entre si, mesmo os de ordem econômica”(SOARES, 1991, p.209). Observa-se uma redução do que se compreende por atividade humana, provocando uma redução concomitante na concepção de reabilitação e no uso de técnicas que garantam o funcionamento ótimo do organismo, ou seja, sua produtividade. A atividade do terapeuta ocupacional é reduzida à técnica, numa concepção que separa o homem de seu meio social.

Neste contexto, outras iniciativas e movimentos também influenciam a profissão no que se refere à compreensão de homem. As influências de Marx levam a

compreender que o homem torna-se homem no momento em que produz a si mesmo. O homem se determina ao se colocar como um ser em transformação, um ser da práxis.

Outra condição básica ao homem é que sua própria atividade só tem lugar na história (SOARES, 1991). Ao compreendê-lo como ser histórico e social, definido por seu trabalho humano, pela produção material de sua existência.

Seria então a atividade humana aquilo que distingue o homem dos demais animais, pelo trabalho. Porém o trabalho, na sociedade capitalista é dividido em concepção e execução, sendo este último marcado pelo trabalho operário, destacando-se aí a diferença de classes. Essa separação desconsidera que a concepção e a execução se produzem em concomitância, e que são interdependentes. Nesse sistema capitalista a alienação do trabalho aparece no momento em que o trabalhador é separado das condições objetivas de sua produção. “A alienação do homem em suas atividades irá repercutir fundamentalmente nas práticas sociais que se utilizam da atividade humana, tanto no espaço educacional quanto no espaço terapêutico, como ocorre com a terapia ocupacional” (SOARES, 1991, p.33).

Nesse contexto que são inseridas no Brasil as diretrizes de reabilitação física e mental que tem ligação com o Movimento Internacional de Reabilitação iniciado após a segunda guerra. Várias entidades brasileiras implementam programas de reabilitação, até então inexistentes no país. Dentre várias profissões, estava a terapia ocupacional.

Na primeira metade do século, os termos laborterapia, ergoterapia, praxiterapia e terapia ocupacional caracterizaram o uso terapêutico da ocupação. No entanto, após se constituírem a profissão e os cursos no Brasil, o termo *terapia ocupacional* tornou-se predominante (SOARES, 1991, p.117).

Os primeiros cursos no Brasil tem foco o tratamento nos hospitais psiquiátricos. Este tratamento com bases do tratamento moral, era marcado pela indicação de tarefas esvaziadas de significado, com proposta de adaptação do paciente asilado ao seu meio social. (CASTRO *et al*, 2001). Outra proposta terapêutica que focava mais na responsabilização dos pacientes tem bases nos estudos de Herman Simon e posteriormente de Francois Tosquelles os quais nos deteremos mais à frente. Esses referenciais eram utilizados até as primeiras décadas do século XX, quando a psiquiatria organicista entra em ascensão e torna-se hegemônica. Apesar da grande expansão da psiquiatria organicista, havia resistências a esse modelo a partir de importantes psiquiatras brasileiros como Nise da Silveira, Osório Cesar, Luiz Cerqueira. Eles buscaram sustentar um tratamento marcado por outro paradigma de cuidado em saúde mais humanizado e com grande potencial a partir do encontro da saúde com a arte. A Terapia ocupacional recebe influências destes profissionais em sua formação.

Os programas para os incapacitados físicos só emergem a partir dos anos 40 assim como a implantação dos cursos de formação (DE CARLO & BARTALOTTI, 2001). Em 1963 há a aprovação de um currículo mínimo do curso e em 1969 a profissão é reconhecida como de nível superior.

Na década de 70, a profissão adquire uma maior autonomia em relação à categoria médica, uma vez que ela e outras profissões da saúde começam a se fortalecer por meio do ressurgimento das entidades representativas que buscavam, cada uma em sua categoria profissional, o reconhecimento oficial face à política de saúde vigente (SOARES, 1991). Consideramos que é um período de ‘crise’ para a terapia ocupacional. Esta ‘crise’ tem relação com a carência de bases teóricas unificadoras da profissão. Busca-se um modelo que substitua a perspectiva reducionista que marcava a profissão.

Alguns estudiosos da área se baseiam na Teoria Geral dos Sistemas para estruturar o Modelo de Ocupação Humana (MOH) que tinha como base a compreensão de que “o homem é considerado um sistema aberto e seu comportamento ocupacional é resultado desse sistema” (MEDEIROS, 2003, p.127). Os conceitos de saúde e doença são relacionados diretamente a todas as ocupações humanas – ao trabalho, ao lazer, aos cuidados pessoais. Esse modelo funcionalista, no entanto, se pauta no equilíbrio, controle e na adaptação do sujeito à uma organização social harmônica (MEDEIROS, 2003). Marca uma compreensão do social como algo estático e o homem como aquele que deve se adaptar, e não como ser social que modifica e é modificado nesse meio. Medeiros (2003) critica essa tentativa de unificação da profissão marcada por um modelo único de compreender o homem, seu meio e suas ocupações. Sugere a superação de tal visão, entendendo que o conhecimento deve sempre ser revisitado, criticado e recriado a partir das necessidades apontadas na prática social. Junto com Medeiros (2003) então, consideramos que o saber da terapia ocupacional, assim como todo saber, é processual e está sempre em construção. Seus fundamentos são heterogêneos, sendo possível reconhecer a multiplicidade dos fundamentos teóricos da terapia ocupacional o que aponta para uma não cristalização de suas práticas. Seu instrumental condiz com as proposições de transformações assistenciais e sociais, uma vez que as mudanças de paradigma em relação à saúde, doença e em relação ao próprio usuário atendido também se modificam.

Importância da Atividade para a Terapia ocupacional

A terapia ocupacional enquanto uma profissão da área da saúde tem como objeto e instrumento de trabalho a atividade humana. Assim consideramos o termo atividade como o campo problemático sobre o qual a profissão se debruça. Como colocado acima, a profissão, a partir dos anos 70, se abre a outras práticas e concepções teóricas permitindo um movimento de reflexão e resgate de importantes nomes como Simon e de profissionais brasileiros já citados acima. Isso permite construir outros modos de operar e de compreender a atividade humana.

O que resgata a dimensão criadora da atividade humana é a compreensão de homem e sociedade como algo unitário, desmistificando a tecnologia e desalienando o trabalho parcializado e fragmentado (SOARES, 1991). Os movimentos sociais em prol da saúde que surgiram nessa década- questionavam as práticas de amortecimento de conflitos e de adaptação do sujeito a um meio. São eles: a luta pelas pessoas com deficiência em busca de direitos enquanto cidadãos; e a luta do movimento da reforma psiquiátrica brasileira que também reivindicava direitos na reconstrução da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico (CASTRO et al, 2001). Essas lutas se aliam a outra noção de reabilitação ligada à construção de direitos dos pacientes. Neste sentido, a atividade torna-se importante como...

[...]elemento articulador entre sujeito e sua comunidade representando, assim, oportunidades de encontro e diálogo entre os diferentes indivíduos da sociedade, permitindo a emergência de produções significativas e desalienadoras que envolvem um sujeito inserido em determinado tempo e espaço (CASTRO et al, 2001, p.45).

Segundo Medeiros (2003) a atividade humana é considerada pela terapia ocupacional como produto e meio de construção do próprio homem, desta forma essa

profissão “busca entender as relações que esse homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde” (2003, p.27). Sua proposta é compreender o homem-ativo em “suas possibilidades de ação e das interdeterminações de suas diferentes dimensões e contextualização histórico-social na construção de si mesmo e de um mundo humanizado” (MEDEIROS, 2003, p.28).

Percebe-se a ampliação da compreensão em relação à atividade humana, não marcada por tarefas apenas, mas compreendida em seu contexto sócio cultural e em sua historicidade, ou seja, atividade não se refere a uma ação unicamente exercida pelo sujeito, mas as “atividades humanas são constituídas por um conjunto de ações que apresentam qualidades, demandam capacidades, materialidade e estabelecem mecanismos internos para sua realização” (CASTRO et al, 2001, p. 47).

Enquanto método de intervenção pressupõe um saber teórico prático que busca recuperar a dimensão ativa do homem como indicador de saúde. Visa desenvolver possibilidades colocando a pessoa atendida como sujeito de sua própria história, capaz de mudar o rumo das coisas e de interferir na qualidade e sua vida, mediante o seu fazer. A ação é um dos muitos modos ou ferramentas da terapia ocupacional, que permitem ao homem conhecer a si mesmo, o outro, o mundo, a cultura, etc. entendendo como base a realidade do homem como ser social unido a seu ‘em torno’ material (CASTRO et al, 2001). O homem produz estando ligado a um meio, assim, seu fazer pode ser compartilhado, uma vez que entendemos que a partilha é capaz de compensar aquilo que nos falta individualmente (SENNETT, 2012). Nos aproximamos assim da importância que o conceito de cooperação tem para a produção e transformação do homem. A cooperação seria essa habilidade que requer “a capacidade de entender e mostrar-se receptivo ao outro para agir em conjunto” (SENNETT, 2012, p.10). Tal troca permite ao homem se colocar em atividade.

Entendemos, no entanto, que não há um conceito único de atividade humana que rege todas as práticas da profissão, talvez poderíamos dizer de um campo de coerência onde a atividade humana é compreendida como policêntrica e polissêmica (MEDEIROS, 2003).

A atividade para a terapia ocupacional se inscreve no corpo enquanto tudo aquilo que se liga à vida em movimento, em processo que faz essa mesma vida diferenciar-se. Essa diferenciação não tem valor prévio, podendo ser marcada por uma atividade que potencializa a vida ou uma atividade que a mortifica. Assim o olhar da terapia ocupacional está voltado para o homem em atividade, incluindo aí as paixões, afetos, sensações, dúvidas, desejos, etc. Compreendemos que, no que se refere à atividade, ela comporta as reflexões necessárias para se fazer escolhas e, desta forma, se aproxima do que compreendemos por cuidado em saúde.

Contribuições da clínica da atividade para pensar o conceito atividade

Buscando ampliar as discussões sobre o conceito de atividade na terapia ocupacional, apresentamos brevemente este conceito, trabalhado na ergonomia e por autores franceses que desenvolveram o campo teórico-prático da clínica da atividade. Essa contribuição torna-se importante também no que se refere ao conceito de saúde

que queremos apresentar aqui, para melhor nos embasarmos sobre a própria formação em saúde do profissional terapeuta ocupacional.

Os caminhos traçados pela clínica da atividade estão ligados mais amplamente à psicologia do trabalho. Yves Clot e Daniel Faïta são autores importantes nesta construção. Para Clot (2010), a atividade não seria apenas aquilo que é observável, ou seja, a atividade realizada, mas comportaria uma dimensão mais ampliada que na clínica da atividade se nomeia o real da atividade. Ela é processo, envolve sentimentos e valores.

A atividade humana está então para além do prescrito e do observável. O foco da clínica da atividade está na atividade de trabalho. Wisner compreende a atividade de trabalho marcando uma divisão entre “trabalho prescrito” e “trabalho real” onde este último compreende a vida. Para ele o trabalho é um lugar de criação, onde o sujeito não fica passivo. Junto com as idéias de Vygotsky, a clínica da atividade entende esse real da atividade como as diversas possibilidades de ação que não necessariamente serão realizadas, mas elas são a fonte de desenvolvimento da atividade.

A clínica da atividade assim como a terapia ocupacional, tem também em comum a proximidade com os estudos de François Tosquelles, um psiquiatra que cria a Psicoterapia Institucional com a proposição de transformar o hospital psiquiátrico onde trabalhava na França. Clot (2010), comentando a proposição de Tosquelles, diz que para ele atividade não é simplesmente se mover: estar ativo não tem nada a ver com se agitar, fazer muitas coisas. Há uma intensa atividade que nem sempre é observável e nem sempre se pode descrever.

Vemos que o entrecruzamento desses saberes relacionados à atividade, com Tosquelles, nos ajuda a compreender a atividade como dimensão criativa de transformação, de recriação da vida, que somente acontece em meio às experiências que cada um vivencia. Isso se aproxima da saúde. Também para Wisner ‘atividade’ e ‘saúde’ são sinônimos, pois atividade é se sentir ativo, que não é apenas fazer alguma coisa, mas se sentir sujeito de um meio, de uma organização, não apenas um objeto dela (CLOT, 2010, p.214). Quando o sujeito está aberto a possibilidades de recriação de sua vida, de seu meio podemos dizer que ele está em atividade, ou seja, ele não encontra-se passivo frente ao meio. Barros e Gomes (2011), citando Canguilhem reiteram esta idéia ao colocarem que a concepção deste autor em relação à saúde está ligada diretamente a uma concepção ativa da vida, “na atividade incessante dos seres para manterem-se vivos” (2011, p.643).

Notamos que a terapia ocupacional lida com a compreensão de atividade como qualquer modo de colocar-se ativo no mundo em relação à sua participação com o meio, o que não necessariamente pode produzir saúde. Por vezes pode haver mortificação dessa vida, sendo que a terapia ocupacional visa construir conjuntamente meios para potencializar a vida e a saúde. Na clínica da atividade vemos um posicionamento em relação à atividade que a reconhece como aquilo que promove e intensifica a vida, compreendendo como seu contrário a passividade. O que buscamos discutir aquié essa atividade que produz e intensifica a vida, que é a direção buscada na clínica da terapia ocupacional assim como na metodologia da clínica da atividade. A partir daí chegamos à compreensão de saúde e aproximamos o conceito de atividade à cooperação.

Atividade docente nos cursos da Terapia Ocupacional – formação em saúde voltada ao SUS

Compreendemos saúde como a capacidade do homem de se sentir normativo, ou seja, “ser capaz de seguir novas normas de vida” (CANGUILHEM, 2009 , p.79). Este autor entende saúde não como um estado de total equilíbrio a ser alcançado ou algo que se refere somente ao estado de equilíbrio orgânico, mas é algo que acompanha o movimento da vida. Para Canguilhem “qualquer ser vivo [...] não reconhece as categorias de saúde e doença a não ser no plano da experiência” (2009, p. 78).

Uma questão importante marcada em seu livro *O normal e o patológico*, que se aproxima de nossa discussão é a compreensão de que:

“O homem, mesmo sob o aspecto físico, não se limita a seu organismo. O homem, tendo prolongado seus órgãos por meio de instrumentos, considera seu corpo apenas como um meio de todos os meios de ação possíveis. É, portanto, para além do corpo que é preciso olhar, para julgar o que é normal ou patológico para esse mesmo corpo (CANGUILHEM, 2009, p.79).

É clara a posição de Canguilhem sobre a noção de saúde: não basta dar foco ao corpo orgânico, mas ver o corpo enquanto meio para as diversas ações possíveis. Tais ações são primeiramente aprendidas em conjunto, ou seja, aprendemos primeiro a viver juntos e depois vamos adquirindo autoconsciência de quem somos a partir desse contexto de experimentação com os outros em práticas cooperativas. (SENNET, 2012). É somente nessa experiência relacional que podemos perceber aquilo que traz saúde a esse corpo, não como um padrão universal, mas de modo singular. Cada um, a partir de suas atividades, pode criar normas frente ao meio e promover saúde, ou pelo contrário, ter dificuldades para renormatizar sua vida frente às mudanças que o meio lhe impõe.

Os conceitos de atividade e de saúde nos servem então para pensar sobre uma atividade de trabalho situada, que é a atividade docente. Nos interessa aproximar a atividade docente à idéia de cooperação. A docência tratada aqui se insere no rol dos cursos de formação em saúde no Brasil. Estes vêm buscando seguir diretrizes curriculares que compartilham um eixo comum – no caso a formação de profissionais para exercer cuidado em saúde a partir dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

A construção e real efetivação do SUS acontece por meio de práticas em saúde que unam saber técnico-científico às necessidades populacionais. Não basta a construção de serviços e programas inovadores na saúde se seus trabalhadores mantêm práticas marcadas pelo paradigma medicocentrado e hospitalocêntrico historicamente hegemônico no social. Falamos aqui da necessidade de uma transformação nas práticas em saúde. Estas estão diretamente ligadas ao modo de ensinar saúde.

Vem acontecendo nos últimos anos uma reformulação da política pública brasileira que pretende sustentar a formação em saúde baseada nos princípios e diretrizes do SUS que são: a integralidade do cuidado que comporta ações de promoção, proteção e recuperação da saúde onde o cidadão deve ser compreendido em sua complexidade; a universalidade do acesso à saúde enquanto direito de toda população e a equidade na oferta de serviços segundo as necessidades específicas de cada usuário. Essa reformulação é necessária visto que há problemas no modo como hoje estão sendo estruturados os processos de trabalho em saúde. Ceccin & Feuerwerker (2004) criticam tais processos afirmando que estes “tem se mostrado comprometidos com muitos tipos de interesses, exceto com a saúde dos cidadãos” (2004, p.42). Para estes autores

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e de necessidades de saúde das pessoas, dos coletivos e das populações (2004, p.43).

Afirma-se a integralidade da assistência como eixo principal para a superação dos limites da formação e das práticas tradicionais em saúde que se baseiam apenas na atenção individual curativa. Na integralidade estão incluídos: o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde sob seu cuidado, o desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção. A integralidade é um direcionamento ético em favor da vida...

[...] que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar. (GUIZARDI e PINHEIRO, 2013, p.24).

O conceito de dialogismo permite pensar a cooperação entre os saberes múltiplos sem descartar ou diminuir uns em relação a outros modos de conhecimento. Permite uma troca aberta sem pressupor uma síntese de idéias, mas destaca-se o processo de trocas onde é possível que cada parte reflita melhor sobre seus pontos de vista havendo uma compreensão recíproca. (SENNET, 2012). Para essa prática cooperativa é essencial poder saber ouvir. A atenção em saúde necessita unir variados conhecimentos e pontos de vista para que essa soma potencialize a produção do cuidado nos espaços de saúde.

A formação do terapeuta ocupacional, está enquadrada no rol das formações em saúde e vem buscando adequar seu currículo para fazer valer essas propostas acima apresentadas. Os Projetos Pedagógicos dos Cursos de graduação em terapia ocupacional seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) homologadas no ano de 2001.

Segundo as DCN, no que se refere às competências e habilidades do profissional terapeuta ocupacional, em relação à atenção à saúde é descrito que

[...]dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2001, s/p).

Os princípios filosóficos presentes no projeto pedagógico do curso de terapia ocupacional no Rio de Janeiro, por exemplo, apontam a integralidade como princípio norteador, e alertam para o tipo de profissional se pretende formar, propondo a modificação de uma formação convencional que ainda marca o privilégio do saber em detrimento do ser e a dicotomia mente/corpo. Busca-se desconstruir o foco tecnicista e pouco conectado às realidades sociais da população. No Brasil há um fortalecimento crescente de lutas pela humanização dos cuidados em saúde como mais uma bandeira do SUS, e esta para ser efetivada também está ligada à outras formas de compreender e olhar para a saúde e para a sua formação (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

Porém entendemos que a prática docente da terapia ocupacional ainda é muito influenciada por modelos de formação conservadores. Compreendemos que a atividade docente que realmente visa ultrapassar tais conservadorismos e a pensar uma formação aberta à atividade, incluindo a responsabilização mútua entre professor e aluno, é aquela que se propõe analisar constantemente a suas práticas em um trabalho de cooperação, intensificando as trocas e incitando à solidariedade entre diferentes grupos (BAUDRIT, 2007). Somente assim é possível atingir a dimensão da saúde como apresentamos e consequentemente refletir no cuidado exercido pelos profissionais que vivenciaram tal formação.

Formação cooperativa em saúde: aberta à atividade

Compreendemos que para que a formação em saúde esteja aberta à atividade com foco no cuidado em saúde como compreendemos acima, é necessário considerar dois importantes pontos: a experiência e a responsabilização no trabalho docente e na formação em saúde.

Jorge Larrosa Bondía em uma entrevista feita em 1995 já discorria sobre a experiência e sua relação com a formação. Para Bondía a experiência não seria apenas aquilo que passa, mas aquilo que **nos** passa. Muitas coisas acontecem diante de nós, mas ao mesmo tempo quase nada nos passa. Os acontecimentos da atualidade não nos afetam. Vemos o mundo passar diante de nós e permanecemos exteriores, alheios, impassíveis. Sabemos muitas coisas, mas nós mesmos não mudamos com o que sabemos. Essa seria, segundo este autor, uma relação com o conhecimento que não é experiência, posto que não se resolve na formação ou na transformação daquilo que somos (COSTA, 1996).

Bondía fala de formação diretamente ligada aos afetos, à capacidade de se afetar pelas experiências, e desta forma não é possível posicionar saberes enquanto hierarquias, pois estes estariam ainda nos registros do conhecimento reduzido à informação, mas não imbricado em nós e nos transformando. Propomos, junto com este autor, discutir essa formação em saúde que necessariamente precisa comportar a experiência permeada de sentidos, pois somente assim é possível que a dimensão do cuidado se faça presente nas intervenções em saúde ultrapassando as técnicas que melhoram ou curam doenças. Para isso, faz-se necessário uma formação onde o estudante possa vivenciar essa experiência de cuidado em saúde na sua atividade enquanto estudante e as ações de formação possam não apenas passar, mas o atravessar de modo a transformar esse corpo que se propõe cuidador. Esse é um ponto essencial para pensarmos o papel do docente na construção destes espaços e momentos de experimentação.

No que se refere à questão da responsabilização, nos apoiamos nas proposições de Herman Simon apresentadas por Tosquelles. Na experiência de Simone seus trabalhos ligados à ergoterapia no cuidado com pessoas internadas em hospitais psiquiátricos, Tosquelles (2012) relata que sua obra revela a necessidade de uma integração terapêutica onde é necessária a mudança de atitude dos médicos e cuidadores em relação aos seus doentes. Simon afirma a responsabilidade do paciente confiando em uma lei geral da vida de todo ser vivo em que este se estrutura a partir das leis e regras de seu entorno. Ele mostra em sua proposta de “terapia hiper-ativa” a intensidade da atividade em toda a instituição. Atividade essa surgida do próprio paciente, que faz com que Simon não tenha complacência com o paciente e o trate como ser humano, capaz de ter escolhas. E se este estava reduzido à ter poucas escolhas, isso mostra que o erro estava no modo de cuidar dessas pessoas. Assim ele compreende e detecta a doença

institucional da psiquiatria clássica que se sobrepunha à doença do próprio paciente. Simon denuncia o próprio modo de cuidado que individualiza e localiza o problema no dito doente mental. O que Simon implementa no meio hospitalar é precursor de algo que se evidencia fora do hospital: aponta para um mecanismo social que foca na individualidade dos problemas sem considerar o entorno que tem total relação com o determinado problema.

Junto com Simon, podemos pensar na responsabilização de todos no que se refere à formação em saúde. É necessário colocar em atividade a instituição de formação incluindo alunos, professores, gestores e manter em constante análise as práticas que se constroem nesses espaços de formação e nas próprias práticas em saúde.

Compreende-se que a formação em saúde deve estar aberta à atividade que leva em conta as relações de responsabilização mútua entre professor, aluno e instituição. Se ainda se formam estudantes marcados por uma lógica tecnicista descolada do entorno, faz-se necessário entender essa atividade formativa que ainda privilegia um conservadorismo em detrimento de metodologias mais ativas na participação e responsabilização de todos. Cabe buscar compreender como vem sendo exercidas essas práticas que pouco privilegiam a cooperação e ainda focam sua atenção no individualismo das práticas em saúde. A constante análise das práticas permite abrir o espaço institucional da formação em saúde, cuidado assim deste espaço. Assim, o cuidado pode ser experimentado em ato por todos nos espaços de formação na universidade.

Estamos compreendendo aqui que promover a atividade se liga à dimensão do cuidado em saúde. Cuidado este como algo a ser construído continuamente. Especialmente neste trabalho destacamos o cuidado como constitutivo das profissões em saúde (Junior et al, 2005). Entendemos, no entanto, que ele não se reduz a uma técnica, mas o cuidado ultrapassa qualquer tentativa de estabelecimento de regras ou rituais de procedimento. Ele se constitui a partir dos encontros e dos sentimentos, emoções, percepções, afetos que se produzem e que vão conduzir a uma prática a partir das demandas surgidas no encontro. Isso se aproxima com o que Barros e Gomes afirmam: “O cuidado se produz no próprio ato de cuidar, ele não é antecipável, ele é coemergente às relações que se estabelecem e avaliado por seus efeitos, pela potência que produz naqueles que o compartilham” (2011, p.643). Ampliar as possibilidades de ação, com foco em uma aprendizagem mais cooperativa, permitiria a ampliação desse cuidado na formação em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, M. E. B; GOMES, R. S. **Humanização do cuidado em saúde: de tecnicismos a uma ética do cuidado.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 23 – n. 3, p. 641-658, Set./Dez. 2011.

BAUDRIT, Alain. **Apprentissage coopératif/Apprentissage collaboratif : d'un comparatisme conventionnel à un comparatisme critique.** *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 2007/1 Vol. 40, p. 115-136. DOI : 10.3917/lse.401.0115

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

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

CASTRO, E. D.; LIMA, E. M. F. A.; BRUNELLO, M. I. B. **Atividades Humanas e Terapia Ocupacional**. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

CAVALCANTE, G.M.M.; TAVARES, M.M.F.; BEZERRA, W.C. Terapia Ocupacional e Capitalismo: Articulação histórica e conexões para a compreensão da profissão. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.19, n. 1, p. 29-33, jan./abr. 2008.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. **O Quadrilátero da Formação para a área de saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis: Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: 2004. www.scielo.br/pdf/physis/v14n1a04.pdf. Pdf.

CLOT, Y. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010b.

COSTA, M. V.(org) **Caminhos investigativos, novos olhares na pesquisa em educação**. Porto Alegre: Mediação, 1996.

DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001.

GUIZARDI, F.L., PINHEIRO, R. **Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs) **Cuidado, As Fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS:ABRASCO, 2013.

JUNIOR, A.G.S.; PONTES, A.L.M; HENRIQUES, R.L.M. **O cuidado como categoria analítica no ensino baseado na integralidade**. In: PINHEIRO, R.; CECCIN, R.B.; MATTOS, R.B. (orgs.) **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO, 2005.

MEDEIROS, M. H. R. **Terapia Ocupacional – Um enfoque Epistemológico e social**. São Carlos, EdUFSCAR, 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Instituto Federal de Educação, ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro-IFRJ Campus Realengo. **Projeto Pedagógico de Curso Graduação em Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: 2009.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. PARECER CNE/CES 1.210/2001 – HOMOLOGADO Despacho do Ministro em 7/12/2001, publicado no Diário Oficial da União de 10/12/2001, Seção 1, p. 22.

SENNETT, Richard. Juntos. Os rituais, os prazeres e a política da cooperação. Rio de Janeiro. Record. 2012.

SOARES, L. B. T. **Terapia ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980.** São Paulo: HUCITEC, 1991.

TOSQUELLES, F. **Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique.** Paris: Érès, 2012.