



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

RAQUEL DA SILVA ALVES DE MOURA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA CONSTRUÇÃO E
LEGITIMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

João Pessoa

Abril de 2024

RAQUEL DA SILVA ALVES DE MOURA

**CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA CONSTRUÇÃO E
LEGITIMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Trabalho apresentado ao curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, como requisito para a Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, orientado pela Profa. Dra. Marília Meyer Bregalda.

João Pessoa

Abril de 2024

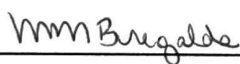
RAQUEL DA SILVA ALVES DE MOURA

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA CONSTRUÇÃO E
LEGITIMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

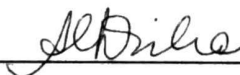
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a Conclusão do Curso de Bacharelado em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, apreciado pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovado em: 25/04/24

COMISSÃO EXAMINADORA



Marília Meyer Bregalda
Universidade Federal da Paraíba



Ângela Cristina Dornelas da Silva
Universidade Federal da Paraíba



Carolina Couto da Mata
Universidade Federal da Paraíba

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

M929c Moura, Raquel da Silva Alves de.

Contribuições da Terapia Ocupacional na construção e
legitimação do Sistema Único de Saúde (SUS) / Raquel da
Silva Alves de Moura. - João Pessoa, 2024.
57 f.

Orientadora : Marília Meyer Bregalda.
TCC (Graduação) - UFPB/CCS.

1. Terapia ocupacional. 2. Políticas públicas de
saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Bregalda, Marília
Meyer. II. Título.

UFPB/CCS

CDU 615.851.3

RESUMO

O processo de redemocratização é um marco da história política e social do Brasil, em que através do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira e das lutas sociais, foram alcançadas grandes conquistas, a exemplo da constituinte de 1988 e da consolidação e legitimação do Sistema Único de Saúde. Este processo sócio-histórico possibilitou que muitas temáticas fossem discutidas pela população, seguindo-se de proposições coletivas transformadoras da realidade social brasileira. Juntamente a isso, a Terapia Ocupacional começa a refletir de forma crítica sobre a sua atuação profissional em espaços de exclusão social como os manicômios e os centros de reabilitação. Deste modo, este trabalho parte da expectativa de elucidar a seguinte questão: no cenário sócio-histórico em que se oficializou a saúde como direito de todos, como a Terapia Ocupacional/os terapeutas ocupacionais contribuiu/contribuíram para o processo de construção do SUS? Teve como objetivo geral identificar se houve participação ativa da Terapia Ocupacional na constituição do SUS e em caso afirmativo, de que formas ela ocorreu, e como objetivos específicos: conectar a história da Terapia Ocupacional brasileira à história da saúde no país; compreender as repercussões da constituição do SUS nas mudanças paradigmáticas da profissão e ampliar debates acerca da participação de terapeutas ocupacionais em lutas sociais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, na qual a coleta dos dados ocorreu através de entrevistas semiestruturadas, realizadas virtualmente com quatro terapeutas ocupacionais que participaram ativamente da construção do SUS e/ou da sistematização desse processo. A análise dos resultados foi realizada por meio da análise de conteúdo, baseando-se nas formulações de Bardin. Após a análise, foram criadas seis categorias, acompanhadas de seus principais resultados: Contribuições da Terapia Ocupacional na construção do SUS, onde foi possível identificar entre as contribuições da profissão estão a participação nas plenárias municipais e estaduais de saúde, na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na Reforma Psiquiátrica Brasileira. Princípios orientadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS, que evidenciou temáticas essenciais para se discutir e construir um sistema de saúde universal e gratuito, que dialogasse com a seguridade social, a desinstitucionalização, a cidadania e a efetivação de direitos através da criação de políticas públicas; Motivadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS, que destacou as condições de saúde antes da criação do SUS, a integração dos movimentos sociais e do movimento estudantil e as influências da Psiquiatria Democrática Italiana; Repercussões da conjuntura político-social da ditadura militar na formação e na atuação da Terapia Ocupacional, que abordou as consequências da opressão política, a restrição dos direitos civis e as vivências estudantis nesse período de intenso conflito; Repercussões da conjuntura político-social da redemocratização na formação e na atuação da Terapia Ocupacional, em que foram descritas as mudanças no cuidado ofertado e a ampliação das áreas de atuação da profissão; Mudanças paradigmáticas ocorridas na profissão no período de construção do SUS, que tratou da influência do SUS nessas mudanças e da ampliação das propostas de atenção à saúde na atuação profissional. Os relatos dos entrevistados construíram uma composição de fatos que nos mostra o contexto em que a proposta do SUS foi desenvolvida e fundamentada. Ao analisar, nos relatos, as condições de saúde vivenciadas

pela população antes da criação do SUS e a insatisfação com este cenário, compreendeu-se o movimento dos profissionais - dentre eles os terapeutas ocupacionais - na luta pelo acesso à saúde, junto aos movimentos sociais. A discussão do que se considerava saúde, bem como a ampliação deste conceito, partiram da construção coletiva do próprio povo e consideraram, além dos aspectos sociais e ambientais, a perspectiva da autonomia dos indivíduos. Cabe destacar a importância atribuída pelos terapeutas ocupacionais à integração que ocorreu nesses movimentos, os quais se transformaram em um único coletivo, para realizar os debates e defender o que foi sendo criado e proposto no processo de politização das questões sociais. O movimento estudantil também foi identificado como um dos principais motivadores da participação da categoria profissional na construção do SUS, tendo as primeiras discussões e ações que a integrou no processo de politização das questões sociais partindo das vivências estudantis. Além disso, em paralelo ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira e aos diálogos sobre a construção da saúde como um direito social, emerge no Brasil, em meados dos anos 1970, o movimento da Reforma Psiquiátrica que buscava transformações no campo da assistência à saúde mental. Para os profissionais engajados nessa luta, esse processo de transformação só seria possível através da cidadania, do reconhecimento de direitos e da realização de práticas de desinstitucionalização. As perspectivas de atuação e de formação profissional foram influenciadas pelas discussões sobre a ampliação do conceito de saúde, tendo os terapeutas ocupacionais que trabalhavam em instituições como hospitais psiquiátricos e centros de reabilitação passado a refletir criticamente sobre o seu fazer profissional, percebendo a oportunidade de se reconstruir como profissão. Ela passou a se posicionar contra a negligência do Estado perante a sociedade e a desenvolver um compromisso ético-político com os interlocutores que lutavam pelo restabelecimento da democracia no país. Os fatos elucidados por esta pesquisa podem contribuir para a historicidade da profissão, possibilitando reflexões acerca da formação e da atuação da Terapia Ocupacional, no que diz respeito às mudanças nelas ocorridas durante o período sócio-histórico da redemocratização. Também possibilitam reflexões acerca do protagonismo social da população na proposição e efetivação da atenção à saúde, que deve continuamente ser conquistado, bem como sobre a participação da profissão em lutas sociais. Assim, algumas lacunas puderam ser preenchidas e as cenas que compõem a narrativa apresentada devem ser observadas, reavaliadas e discutidas.

Palavras-chave: terapia ocupacional; políticas públicas de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The redemocratization process is a milestone in Brazil's political and social history, in which, through the Brazilian Health Reform Movement and social struggles, great achievements were achieved, such as the 1988 constitution and the consolidation and legitimization of the Unified Health System. This socio-historical process allowed many themes to be discussed by the population, followed by collective propositions that transformed Brazilian social reality. Along with this, Occupational Therapy begins to reflect critically on its professional performance in spaces of social exclusion such as mental hospitals and rehabilitation centers. Therefore, this work is based on the expectation of elucidating the following question: in the socio-historical scenario in which health was made official as a right for all, how did Occupational Therapy/occupational therapists contribute/contribute to the process of building the SUS? Its general objective was to identify whether there was an active participation of Occupational Therapy in the constitution of the SUS and if so, in what ways it occurred, and as specific objectives: to connect the history of Brazilian Occupational Therapy to the history of health in the country; understand the repercussions of the constitution of the SUS on paradigmatic changes in the profession and expand debates about the participation of occupational therapists in social struggles. This is a qualitative, descriptive and exploratory research, in which data collection occurred through semi-structured interviews, carried out virtually with four occupational therapists who actively participated in the construction of the SUS and/or the systematization of this process. The results were analyzed using content analysis, based on Bardin's formulations. After the analysis, six categories were created, accompanied by their main results: Contributions of Occupational Therapy in the construction of the SUS, where it was possible to identify among the profession's contributions are participation in municipal and state health plenary meetings, at the 8th National Health Conference and in the Brazilian Psychiatric Reform. Guiding principles for the participation of Occupational Therapy in the construction of the SUS, which highlighted essential themes to discuss and build a universal and free health system, which would dialogue with social security, deinstitutionalization, citizenship and the realization of rights through the creation of public policy; Motivators for the participation of Occupational Therapy in the construction of the SUS, which highlighted health conditions before the creation of the SUS, the integration of social movements and the student movement and the influences of Italian Democratic Psychiatry; Repercussions of the political-social situation of the military dictatorship on the formation and performance of Occupational Therapy, which addressed the consequences of political oppression, the restriction of civil rights and student experiences in this period of intense conflict; Repercussions of the political-social situation of redemocratization on the formation and performance of Occupational Therapy, in which changes in the care offered and the expansion of the areas of activity of the profession were described; Paradigmatic changes that occurred in the profession during the construction period of the SUS, which dealt with the influence of the SUS on these changes and the expansion of health care proposals in professional practice. The interviewees' reports constructed a composition of facts that shows us the context in which the SUS proposal was developed and based. By analyzing, in the reports, the health conditions experienced by the population before the creation of the SUS and the dissatisfaction with this scenario, the movement of professionals - including occupational therapists - in the fight for access to health, together with social movements, was understood. . The discussion of what was considered health, as well as the expansion of this concept, started from the collective construction of the people themselves and considered, in addition to social and environmental aspects, the perspective of individual autonomy. It is worth highlighting the importance attributed by occupational therapists to the

integration that occurred in these movements, which became a single collective, to carry out debates and defend what was being created and proposed in the process of politicization of social issues. The student movement was also identified as one of the main motivators for the participation of the professional category in the construction of the SUS, having the first discussions and actions that integrated it into the process of politicization of social issues based on student experiences. Furthermore, in parallel to the Brazilian Health Reform movement and the dialogues about the construction of health as a social right, the Psychiatric Reform movement emerged in Brazil in the mid-1970s, which sought transformations in the field of mental health care. For professionals engaged in this struggle, this transformation process would only be possible through citizenship, the recognition of rights and the implementation of deinstitutionalization practices. The perspectives of action and professional training were influenced by discussions about the expansion of the concept of health, with occupational therapists who worked in institutions such as psychiatric hospitals and rehabilitation centers beginning to critically reflect on their professional practice, realizing the opportunity to rebuild as a profession. She began to take a stand against the State's negligence towards society and to develop an ethical-political commitment with the interlocutors who were fighting for the reestablishment of democracy in the country. The facts elucidated by this research can contribute to the historicity of the profession, enabling reflections on the formation and performance of Occupational Therapy, with regard to the changes that occurred during the socio-historical period of redemocratization. They also enable reflections on the population's social protagonism in proposing and implementing health care, which must continually be achieved, as well as on the profession's participation in social struggles. Thus, some gaps could be filled and the scenes that make up the presented narrative must be observed, reevaluated and discussed.

Keywords: occupational therapy; public health policies; Unified Health System.

DEDICATÓRIA

Este trabalho é dedicado a Painho, por me ensinar que na vida cotidiana, as lutas sociais importam; a Mainha, por ser meu maior exemplo de que posso realizar tudo que eu quiser, se tiver determinação e dedicação; aos meus sobrinhos, Miguel, Gabriel e Ramon, por serem a minha alegria cotidiana; e aos terapeutas ocupacionais que participaram desta pesquisa, terá sempre um pouco de vocês em tudo que irei realizar na minha vida profissional.

AGRADECIMENTOS

A Deus pelo seu imenso amor e graça.

Aos meus pais, Eliene Maria da Silva e José Alves do Nascimento. Por terem feito tudo que podiam por mim, vocês não me proporcionaram tudo que gostariam, mas tive tudo que precisei. Eu amo vocês.

A ‘Minha Irmã’ (Rayane) que sempre esteve do meu lado vibrando com as minhas conquistas, principalmente, quando o cansaço não me deixava ver a beleza do meu processo.

A meu irmão (Hércules), meu melhor amigo da infância, pelo seu amor silencioso. Com você, aprendi sobre vínculo, afeto e respeito.

Aos meus sobrinhos pelos sorrisos, brincadeiras na terra e por me mostrarem a beleza da vida nas sutilezas do brincar e do ser.

A Matheus, pelo nosso amor cotidiano e rotineiro, por me ensinar que cozinhar é um ato político, mas também um ato afetuoso. Pelos gestos simples, pelos beijos na testa e por dividir a vida comigo. Eu te amo.

Aos meus cachorros, Chico e Saddam por serem a bagunça mais bonita da minha rotina.

A Bianca, minha amiga e meu aconchego. Obrigado por acolher as minhas dores, vibrar minhas conquistas e não me deixar desistir. Por me ensinar tanto sobre a vida e por ser meu maior exemplo de representatividade. Continuaremos ocupando os espaços que são nossos e sonhando com o dia em que permanecer nesses lugares, não será tão doloroso e desgastante.

As minhas mulherzinhas, Amanda, Elô, Melissa, Suzan, Gabi, Naira, Sara, Roberta, Bianca e Mariane. Por serem vocês e por respeitarem o meu jeito de ser.

A Elô, Suzan, Gabi e Thay. Por serem meu maior apoio na pandemia. Não importa para onde a vida nos leve, eu sempre vou amar vocês.

A Naira e a Sara, por me acompanharem nessa jornada da minha pesquisa, sem vocês não teria sido possível.

A turma de 2019, por me permitirem ser vulnerável. Em especial a Lourena, que sempre me acolheu e Ana Beatriz e Dayse que foram as primeiras terapeutas de Gabriel, obrigada por cuidarem da minha família.

A Carolina Couto da Mata, por me apresentar a Terapia Ocupacional e por me ensinar tanto sobre a vida e por confiar tanto em mim. Obrigado pelas oportunidades e as trocas de afeto. Amo você.

As meninas que compõem o Projeto Criativa, em especial a Ketlyn, obrigada pelas trocas e aprendizados.

Aos docentes do departamento de Terapia Ocupacional, tem um pouco de cada um de vocês na minha construção e essa é a beleza da aprendizagem.

Aos funcionários do Bloco de Terapia Ocupacional, obrigada por cuidarem da minha segunda casa com tanta dedicação.

A Carol Couto da Mata, Marília Meyer Bregalda, Cláudia Fell Amado, Ângela Cristina Dornelas da Silva e André Luis Bonifácio de Carvalho por me inspirarem a seguir carreira na docência.

Aos meus pacientes, por me permitirem conhecê-los de forma tão íntima. Vocês me ensinaram muito sobre as sutilezas do cuidado. Muito obrigada.

A Elisabete Ferreira Mângia, Ivo de Andrade Lima Filho, Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão e Roseli Esquerdo Lopes. Obrigada por terem aceitado participar da pesquisa e por me ensinarem tanto sobre a importância da participação social.

A Marília Meyer Bregalda, minha orientadora, por seu olhar poético para as sutilezas da vida - se o afeto fosse uma pessoa, ele seria você -. E por me guiar nesse processo de construção da minha pesquisa, obrigada pela coragem e por confiar que eu seria capaz.

Aos membros da Banca, Ângela Cristina Dornelas da Silva e Carolina Couto da Mata, obrigada pelas contribuições.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 METODOLOGIA	18
3 RESULTADOS	20
3.1 Contribuições da Terapia Ocupacional na construção do SUS	22
3.1.1 Construção da proposta do SUS	22
3.1.2 Defesa da proposta do SUS	24
3.1.3 Ações de fortalecimento do SUS	25
3.2 Princípios orientadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS	27
3.3 Motivadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS	29
3.4 Repercussões da conjuntura político - social da ditadura militar na formação e a atuação profissional	32
3.5 Repercussões da conjuntura político - social da ditadura militar na formação e a atuação profissional	35
3.6 Mudanças paradigmáticas da profissão	36
4 DISCUSSÃO	37
4.1 A construção da proposta do SUS: o conceito de saúde e o controle social como passaportes para a cidadania	37
4.2 A defesa da proposta do SUS: a mobilização social organizada como protagonista desse processo	41
4.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira: fortalecimento do SUS na proposição do cuidado em liberdade	44
4.4 Mudanças paradigmáticas na Terapia ocupacional: entrelaçamentos da história da profissão com a história do SUS	48
5 CONCLUSÃO	50

REFERÊNCIAS	55
--------------------	----

1 INTRODUÇÃO

A história a ser contada no presente trabalho, sobre a participação da Terapia Ocupacional na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), inicia-se com a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) na década de 1970, durante o período sócio-histórico da ditadura militar. A RSB pode ser definida como um movimento constituído por práticas, ideias e processos desenvolvidos a partir de atos políticos, culturais e simbólicos que, em linhas gerais, tinham como propósito a defesa da cidadania, da democracia e da saúde como direito de todos. Defesa da cidadania e da democracia, porque lutava contra as imposições de um regime antidemocrático e discutia acerca da relação do Estado capitalista com as constantes ameaças às políticas sociais. E da saúde como direito, porque defendia a criação de um sistema de saúde descentralizado, universal e gratuito que executasse o fazer da saúde a partir de um conjunto de ações políticas articuladas de forma ampla e coletiva, envolvendo melhores condições de trabalho e garantias de acesso ao lazer, à moradia, à previdência social, à alimentação e à educação (Paim, 2008).

Nesse momento histórico e considerando a influência do sistema capitalista no que diz respeito às condições de trabalho presentes na época, o tratamento nos serviços de saúde oferecido à população brasileira era precária, excludente e curativista. Os trabalhadores formais eram assistidos pelas empresas médicas conveniadas e pelo Instituto Nacional de Previdência Médica da Previdência Social (INAMPS), ou seja, os cuidados prestados eram restritos aos contribuintes e tinham como objetivo principal a recuperação da classe operária para o trabalho e, em certa medida, como consequência, o aumento da sua exploração. Enquanto isso, o restante da população - em sua grande maioria constituída por pessoas pobres e impossibilitada de contribuir - não tinha nenhuma garantia de acesso ao cuidado, dependendo de instituições filantrópicas que nem sempre desenvolviam práticas relacionadas à promoção de saúde e prevenção de doenças. Tais ambientes eram destinados ao tratamento e à cura de enfermidades, ou seja, o cuidado oferecido era limitado, devido a falta de recursos financeiros, profissionais qualificados e a visão biomédica que compreendia a saúde a partir de uma perspectiva restrita, considerando apenas os aspectos biológicos e a ausência de doença como determinantes para se ter saúde (Soares, 1991; Oliveira, 2022).

De forma alinhada à RSB, em razão da defesa da cidadania e dos direitos sociais - entre estes a melhora das condições de saúde -, a população brasileira também se mobilizou por meio dos movimentos sociais, que nesse período da década de 1970, podem ser

compreendidos como protagonistas de um processo de rompimento do sistema político da época. Dessa maneira, fundamentados na concepção de ‘direito a ter direito’ e partindo de uma observação crítica realizada pelos próprios sujeitos sobre as condições em que viviam os atores sociais conquistaram um espaço para falarem por si mesmo, evidenciando a realidade e as fragilidades que atravessavam os seus modos de vida (Mutzenberg, 2011; Paiva, 2015).

O ‘direito de ter direito’ também se refere, nesse sentido, à cidadania e à inclusão democrática de grupos que por vezes se tornam invisíveis em processos de mudança histórica, como os trabalhadores, as mulheres e a população negra. Assim, ao lutar por demandas que envolviam coletivos, o povo brasileiro se coloca como figura principal do processo de redemocratização, fortalecendo-se por meio de lideranças sindicais, associações, conselhos e pela educação popular em saúde (Paiva, 2015; Osmo; Schraiber, 2015).

Nessa perspectiva, o movimento que se iniciou na década de 1970 diz respeito à luta pela existência da vida para além da sobrevivência, uma vez que as ações em defesa da democracia também objetivavam a visibilidade de populações excluídas e invisibilizadas pelo Estado. Deste modo, objetivando a visibilidade de uma população excluída pelas políticas governamentais, a educação popular em saúde, definida como práxis social, é realizada próxima aos grupos a partir de um viés democrático e cidadão. É vista, assim, como ferramenta de mobilização e de desenvolvimento de uma visão crítica da comunidade, sobre os seus próprios saberes e potencialidades (Stotz, 2005).

Entre os movimentos que ocorreram na época e que tiveram como participantes os representantes dos movimentos sociais, destaca-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 e posteriormente reconhecida como um dos grandes marcos da história da saúde no Brasil. Durante o encontro, questões de grande relevância social e política foram debatidas e definidas entre os milhares de participantes; o conceito de saúde foi ampliado e passou a ser visto como uma consequência das condições sociais e trabalhistas a que a população estava exposta. Além disso, foi estabelecido que a saúde é um direito de todos e um dever do estado. Esta Conferência, somada a outros eventos organizados pelo movimento sanitário, tornaram-se os grandes precursores da Constituição Federal de 1988, estabelecendo a saúde como um direito social a ser garantido pelo Estado e que a assistência prestada à população deve ser realizada por uma rede regionalizada, hierarquizada e descentralizada (Falleiros; Lima, 2010).

A base legal do Sistema Único de Saúde foi fundamentada a partir de três documentos: a Constituição Federal de 1988, a Lei Orgânica de Saúde (8.080, de 19 de setembro de 1990) que, em termos gerais, dispõe sobre o funcionamento dos serviços e as condições e estratégias a serem desenvolvidas em relação à promoção, prevenção e reabilitação da saúde, e a lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que estabelece os critérios e princípios da participação popular dentro do SUS. Deste modo, observa-se o quanto os eventos que antecederam à Constituição, bem como a força do movimento popular pela democracia e pelo direito a uma vida digna, repercutem na realidade que temos atualmente como sistema público de saúde (Matta, 2010).

Assim é criado o SUS, baseado em diretrizes e princípios que objetivam a garantia do acesso à saúde, considerando as condições sociais como determinantes para a qualidade de vida da população e a cidadania como um dos alicerces do processo de cuidado. É a partir desta criação do SUS e da redemocratização, que diversas profissões passaram a refletir sobre a própria atuação. Entre essas profissões estava presente a Terapia Ocupacional que, ao longo do tempo, foi influenciada por muitos contextos históricos, a exemplo da Segunda Guerra Mundial que possibilitou a expansão da profissão na perspectiva da reabilitação. Em nível mundial, tal perspectiva foi possível a partir do Movimento Internacional de Reabilitação, e em nível nacional, sob influência deste mesmo movimento, através da implementação de grandes centros de reabilitação no sudeste brasileiro. Tal influência levava as práticas da profissão a serem desenvolvidas a partir de uma perspectiva biomédica e capitalista, em que o foco das intervenções era direcionado a reabilitar para o trabalho (Moreira, 2008; Falleiros; Lima, 2010; Galheigo, 2018).

No Brasil, tal perspectiva biomédica começa a ser questionada a partir do movimento sanitário e da luta pela redemocratização que, somadas às proposições do paradigma biopsicossocial, acabam gerando uma reflexão autocrítica sobre os objetivos das ações realizadas pelos terapeutas ocupacionais e os impactos que tais ações causavam no cotidiano dos sujeitos, principalmente no que se refere à cidadania e aos processos de exclusão social (Moreira, 2008; Galheigo, 2018;).

"Em última análise, o que colocava para os terapeutas ocupacionais era: se o campo profissional se constitui em espaços institucionais com essa lógica de funcionamento o papel do terapeuta não ultrapassa o de manutenção do 'controle social'. Por enquanto que o 'alvo' das práticas em terapia ocupacional for 'o deficiente', 'o incapacitado', 'o louco', 'o delinquente', a lógica institucional de exclusão social não será desconstruída. Ou seja,

questionava-se como é possível reabilitar em uma sociedade que mantém a exclusão da diferença e o mascaramento institucional das problemáticas sociais" (Moreira, 2008 p. 84).

Nesse processo de questionar os objetivos de suas intervenções e consequentemente, o lugar onde as práticas aconteciam, os/as terapeutas ocupacionais, baseados/as no modelo biopsicossocial, observaram na Reabilitação Psicossocial e nas abordagens comunitárias/territoriais a oportunidade de expandir o seu olhar para o indivíduo, refletindo sobre as dimensões biológica, psicológica e social que o compõem, mas também sobre o território/comunidade em que ele vive e onde constrói as suas relações sociais e a sua visão de mundo (Moreira, 2008; Pereira et al., 2011).

Deste modo, percebe-se o quanto o processo de redemocratização influenciou diretamente as intervenções da profissão, principalmente no que se refere à proposta de transformação social e de exercício da cidadania. Essa influência possibilitou que a profissão desenvolvesse as suas práticas de forma crítica e emancipatória, a partir do que é vivenciado no território, considerando a experiência subjetiva e coletiva, reconhecendo a existência das relações de poder e como essas influenciam a vida cotidiana e, consequentemente, a saúde da população (Galheigo, 2018).

As histórias da vida cotidiana são cheias de significado, de conteúdo e são influenciadas pelo tempo e por contextos históricos. As memórias vivas, construídas pela história de vida, tendem a contribuir de forma significativa para a revisitação de questões históricas, agregando novos pontos de vista a uma mesma cena. Nesta perspectiva, ao realizar este trabalho, pretende-se contribuir para a história heterogênea da saúde no Brasil, uma vez que agregando novos personagens ao enredo, podem ser descobertos fatos históricos capazes de tornar a cena mais completa e vívida, adicionando novos capítulos à história da Terapia Ocupacional e à história da saúde do país (Galheigo, 2003).

Dada a importância do SUS e do período de redemocratização para a sociedade brasileira, e com base na influência dos eventos ocorridos nesse período na prática da Terapia Ocupacional, este trabalho foi proposto para elucidar a seguinte questão: no cenário sócio-histórico em que se oficializou a saúde como ‘direito de todos’, como a Terapia Ocupacional e os/as terapeutas ocupacionais contribuiu/contribuíram para o processo de construção do SUS? Assim, o objetivo geral deste trabalho foi o de entender quais foram as contribuições da Terapia Ocupacional no processo de construção do SUS, a partir da visão de terapeutas ocupacionais que dele participaram. Além disso, busca-se lembrar as memórias

vivas a fim de contemplar os seguintes objetivos específicos: identificar se houve participação ativa da Terapia Ocupacional na constituição do SUS e em caso afirmativo, de que formas ela ocorreu; conectar a história da Terapia Ocupacional brasileira à história da saúde no país; compreender as repercussões da constituição do SUS nas mudanças paradigmáticas da profissão e ampliar debates acerca da participação de terapeutas ocupacionais em lutas sociais.

2 METODOLOGIA

Este trabalho é uma pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, uma vez que planeja compreender a participação da profissão na legitimação e construção do SUS, a partir da visão de terapeutas ocupacionais que experienciaram esse período como profissionais e/ou estudantes. Além disso, esse tipo de pesquisa apresenta as seguintes características:

“1º) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; 2º) A pesquisa qualitativa é descritiva; 3º) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; 4º) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente; 5º) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.” (Triviños, 1987, p. 128- 129)

Levando em consideração tais características, principalmente as que estão relacionadas com a fonte direta dos dados e o significado da pesquisa, participaram deste estudo quatro terapeutas ocupacionais que vivenciaram esse período sócio-histórico como profissional e/ou como estudante. A seleção dos participantes ocorreu de modo intencional, por conveniência, e direcionou-se a quatro docentes e pesquisadores que reconhecidamente atuaram no processo de proposição e constituição inicial do SUS e que aceitaram contribuir com a pesquisa por meio das suas experiências nesse processo.

Considerando que as memórias não se constituem de forma ordenada e cronológica, mas a partir de associações livres entre as experiências e as cenas do passado, a coleta dos dados foi realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, com base em um roteiro que possibilitou investigar sobre os eventos e as ações desenvolvidas pelos participantes durante o período sócio-histórico da redemocratização (Simson, 2003). A entrevista semiestruturada foi escolhida pela sua flexibilidade em relação à composição das questões propostas, pois possibilita que as perguntas elaboradas previamente sejam abertas e fechadas e que as possíveis novas perguntas que possam surgir durante a entrevista sejam realizadas sem gerar

prejuízos para a coleta dos dados, o que permite um aprofundamento nas experiências dos participantes e a valorização de suas experiências (Santos et al., 2021). O roteiro da entrevista abordou temáticas acerca da definição da Reforma Sanitária Brasileira, compreensão do contexto político-social da época, repercussões da redemocratização na atuação da profissão, paradigmas utilizados pela Terapia Ocupacional e suas possíveis mudanças, relação da Terapia Ocupacional com os movimentos sociais e contribuições da Terapia Ocupacional na construção do SUS.

As entrevistas foram realizadas pela proponente da pesquisa, no período de 01 de dezembro de 2023 a 01 de março de 2024, via plataforma *Google meet*, nas datas e horários convenientes para os participantes. O contato inicial com os terapeutas entrevistados foi realizado pela orientadora da pesquisa, ocasião em que era informado a temática abordada e realizado o convite para a participação. As entrevistas tiveram em média a duração de duas horas e durante a realização das entrevistas, a proponente da pesquisa foi acompanhada por duas auxiliares, que contribuíram tanto na anotação de pontos centrais trazidos pelos entrevistados quanto na transcrição dos relatos. Além disso, os encontros foram gravados e transcritos em sua íntegra para posterior sistematização dos dados.

A análise dos resultados provenientes dos relatos dos participantes entrevistados foi realizada por meio da análise de conteúdo, baseando-se nas formulações de Bardin (2011) que a define em três etapas: I) pré-análise, relacionada à organização e definição das categorias de análise; II) exploração do material, que envolve a análise das informações de forma sistemática a partir das categorias de análise decididas na etapa anterior; e III) tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados, em que é possível analisar os dados e descrever inferências que contribuam para os objetivos desta pesquisa.

Na primeira etapa desta análise foram realizadas as leituras flutuantes de cada entrevista, seguida de uma leitura imersiva, onde foi possível realizar a codificação e a categorização do material, apresentado em formato de quadro, utilizando o recurso *Documentos Google*. Após a realização desta etapa, deu-se a segunda parte da análise, onde os trechos das entrevistas foram sistematizados e acrescentados ao quadro, conforme a definição das categorias e da codificação organizadas na etapa anterior. Nessa segunda fase da análise, foi possível separar os trechos e explorá-los de forma que o conteúdo pudesse ser interpretado. Na terceira e última etapa, os resultados foram interpretados e junto a literatura deu-se a discussão, com base nos relatos dos terapeutas ocupacionais e utilizando como

referencial teórico de base os preceitos da Saúde Coletiva, em especial os desenvolvidos a partir do ideário proposto pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira.

3 RESULTADOS

Somos atravessados por fatos históricos, a vida acontece em meio aos movimentos das guerras, das ditaduras, das revoluções e das conquistas, e somos impactados e influenciados por esse cotidiano coletivo que invade a nossa rotina e que, por vezes, determina o modo como nos relacionamos e vivemos. Como afirmam Maximino e Tedesco (2016):

“A vida cotidiana está no centro do acontecer histórico, e é pela heterogeneidade das ações humanas, na esfera cotidiana, que se pode compreender os aspectos históricos e econômicos de uma sociedade, ou seja, a possibilidade de qualquer pessoa realizar ações baseia-se no senso comum, na unidade pensamento-ação. Estabelece-se nesta teoria a consciência ética e política do ser social” (Maximino; Tedesco, 2016, p.129).

No *acontecer histórico*, as ações humanas são nomeadas e significadas pelos personagens que participam da cena; assim, valorizar *o saber da experiência*, as memórias vivas e a heterogeneidade apresentadas nas falas dos terapeutas ocupacionais possibilita a (re)construção de uma memória coletiva, que emerge a partir da *palavra*. Através das *palavras* (pensadas, verbalizadas e expressadas), o ser humano constitui suas *experiências*: sentimentos, movimentos, ações, trocas afetivas e relatos. Valorizar os relatos dos profissionais que participaram dessa pesquisa é um modo de retornar ao cenário, paralisar o *acontecer* e desacelerar a cena, para que se possa observar as ações e construções históricas de vários ângulos e sob uma ótica transformadora que gere novas *memórias e experiências* (Simson, 2003; Larrosa, 2021).

“Ah, eu agradeço também, de ter sido lembrado, e poder estar aqui, contribuindo, né? É sempre bom a gente falar também... lembrar... quando a gente lembra das coisas a gente, como dizia meu avô, vive de novo, lembrando a gente vive de novo [...]” (T4)

Em relação ao perfil dos entrevistados, participaram dessa pesquisa três mulheres cis e um homem cis; todos os entrevistados se autodeclararam como pessoas brancas e a faixa etária variou entre 50 e 65 anos. Eles se formaram entre os anos de 1979 e 1986, dois no nordeste e dois no sudeste do país. Todos possuem o título de doutorado e, atualmente, são professores em universidades federais. No que diz respeito às falas dos entrevistados

destacadas ao longo do trabalho, considerando a importância de valorizar as memórias vivas que constroem a narrativa contada nesta pesquisa, foi realizado o pedido de identificação com o objetivo de fazer deste trabalho uma homenagem em vida para os terapeutas ocupacionais que participaram junto ao coletivo na defesa da saúde e da (re)construção da cidadania da população brasileira. Deste modo, participaram dessa pesquisa: Elisabete Ferreira Mângia, Ivo de Andrade Lima Filho, Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão e Roseli Esquerdo Lopes.

Seguindo as etapas da análise de conteúdo de Bardin (2011), a partir dos relatos dos entrevistados e dos objetivos desta pesquisa, foram definidas seis categorias de análise: Contribuições da Terapia Ocupacional na construção do SUS, dividida em três subcategorias: Construção da proposta do SUS, Defesa da proposta do SUS e Ações de fortalecimento do SUS (Quadro 1); Princípios orientadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS; Motivadores da Participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS; Repercussões da conjuntura político-social da ditadura militar na formação e na atuação da Terapia Ocupacional; Repercussões da conjuntura da redemocratização na formação e na atuação da Terapia Ocupacional e Mudanças paradigmáticas da profissão (Quadro 2):

Quadro 1: Categorias de análise, subcategorias e os seus respectivos códigos quanto às Contribuições Terapia Ocupacional para a construção do SUS

Contribuições da Terapia Ocupacional para a construção do SUS	
Construção da proposta do SUS	Participação nas plenárias municipais de saúde Participação nas plenárias estaduais de saúde
	Participação na construção da proposta do SUS na 8º Conferência Nacional de saúde
Defesa da proposta do SUS	Articulações para a abertura de espaços públicos de saúde
	Participação na criação de vagas de trabalho para a profissão nos serviços públicos
	Participação no movimento de Diretas Já
	Participação em manifestações em defesa da consolidação do SUS e anulação do SUDS
Ações de fortalecimento do SUS	Participação na Reforma Psiquiátrica Brasileira Participação na criação da política de saúde mental Participação na criação de serviços públicos sob o viés da desinstitucionalização
	Participação na consolidação do SUS através do controle social

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

Quadro 2: Categorias de análise e os seus respectivos códigos quanto aos Princípios orientadores e os Motivadores da participação da Terapia ocupacional na construção do SUS; Repercussões da conjuntura político-social da ditadura militar na formação e na atuação da Terapia Ocupacional; Repercussões da conjuntura da redemocratização na formação e na atuação da Terapia Ocupacional e as Mudanças paradigmáticas da profissão

Princípios orientadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS
Construção da cidadania através do acesso à saúde
Reforma Sanitária na defesa da saúde como um direito social
Criação de políticas públicas sociais
Motivadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS
Condições de saúde no Brasil antes da criação do SUS
Importância do movimento estudantil na participação dos estudantes
Influência de Basaglia e dos ideais da desinstitucionalização
Influência da reestruturação da saúde de outros países
Repercussões da conjuntura político-social da ditadura militar na formação e na atuação da Terapia Ocupacional
Consequências da opressão política
Restrições dos direitos civis
Vivência estudantil no período de ditadura militar
Repercussões da conjuntura da redemocratização na formação e na atuação da Terapia Ocupacional
Mudanças na formação profissional
Ampliação das áreas de trabalho da profissão
Influências do processo de trabalho realizado no SUS na atuação profissional
Mudanças paradigmáticas da profissão
Influência do SUS na mudança de paradigma da profissão
Adoção do paradigma biopsicossocial nos processos formativos
Ampliação do processo de cuidado na atuação profissional

Fonte: Elaborado pela autora (2024)

3. 1 Contribuições da Terapia Ocupacional na construção do SUS

3.1.1 Construção da proposta do SUS

Nesta categoria estão descritas as contribuições da Terapia Ocupacional na legitimação, proposição e implementação do SUS, subdivididas em: construção da proposta,

defesa da proposta e ações de fortalecimento do SUS. Dentro da construção da proposta, foram identificados relatos referentes à participação nas plenárias municipais e estaduais de saúde, onde se iniciaram as discussões acerca da ampliação do conceito de saúde e que possibilitaram a participação da profissão na construção da proposta do SUS na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

“Em vários momentos, a gente fazia essa integração para discutir a questão do que se queria nessa Reforma Sanitária. A gente queria a criação de um sistema que fosse único, universal, equânime. Então, a gente começou já, nas plenárias, a fazer essa discussão do SUS.” (Luziana)

“E aí, veio essa questão da discussão do estilo único de saúde, nas plenárias de saúde que a gente tinha. Já havia elaborado há muito tempo e ele veio com força maior, porque a gente estava vivendo aquela história, naquele momento.” (Luziana)

“Eu me lembrava de cada cenário daquele, é uma sensação de que você colaborou com a construção de um sistema desse, você botou um grãozinho de areia ali dentro, é algo de felicidade, de satisfação, de orgulho para a vida toda. E saber, principalmente, que eu estava lá representando a minha profissão, da qual eu tenho uma paixão imensa.” (Luziana)

É possível, ainda, identificar a criação do SUS como uma construção coletiva, desenvolvida pela força de diversas categorias profissionais, inclusive da Terapia Ocupacional, de vários movimentos sociais e com a participação popular. Evidencia-se, também, a importância e magnitude da 8ª Conferência Nacional de Saúde como agregadora e organizadora dessas lutas e das conquistas delas resultantes.

“Mas o momento em que estava todo mundo em pé, gritando, se abraçando, batendo palmas, dizendo tarefa cumprida, missão cumprida, a gente conseguiu apresentar uma proposta do SUS, isso aí foi lindo, inesquecível, eu me emociono muito quando penso na 8ª Conferência” (Luziana)

“E a gente sabia que tudo isso ia ser rompido na hora que o SUS chegasse. Então, foi um momento muito bom, com todo o sacrifício que a gente passou lá na 8ª Conferência, tudo que a gente viveu, mas eu acho que nada foi tão emocionante

como a plenária final. Acho que a plenária final, todo mundo dando as mãos, todo mundo batendo palmas, Sérgio Arouca lá, falando que a gente conseguiu concluir a proposta do SUS.” (Luziana)

3.1.2 Defesa da proposta do SUS

Em relação à defesa da proposta, foi possível identificar que essa ocorreu por duas vias: através da criação e ampliação de serviços públicos de saúde destinados à população e aos campos de trabalho da Terapia Ocupacional e por meio das manifestações sociais. A primeira via se aproxima das discussões propostas pelo movimento sanitário, que abordavam a importância da criação de espaços públicos de saúde, financiados pelo Estado, atribuindo ao governo a responsabilidade pela saúde da população.

“O ano de 1979, então eu ainda estava me formando, o pessoal já estava nisso, a gente estava fazendo cartas lá no centro acadêmico e tal, para que, no começo meados de 1980, fossem abertas seis vagas, as primeiras vagas, em um serviço público de saúde no Estado de São Paulo” (Roseli)

“A gente fez, foi o primeiro maior concurso pra serviço público no estado de São Paulo, eu não lembro se foi 85, 84. Eu fiz parte de todas essas bancas, T.O. deviam ser mais de 10, era muita gente. T.O., psicólogo, médico, assistente social, enfermeiros... Então, quando a gente sai do Juqueri [hospital psiquiátrico] a gente deixa essa equipe já treinada e com o projeto de desinstitucionalização na mão.” (Elisabete)

No que concerne à segunda via de defesa da proposta do SUS- participação em manifestações sociais -, a presença de terapeutas ocupacionais ocorreu em manifestações das “Diretas já”, que lutavam pelo estabelecimento da redemocratização, e nas manifestações em defesa da consolidação do SUS e anulação do SUDS, um projeto implantado após a 8ª Conferência de Saúde. Na ocasião, a implantação inesperada do SUDS fez com que os sanitaristas, os movimentos sociais e a população fossem às ruas se manifestar contra a implantação desse sistema, uma vez que este não dialogava com os ideais estabelecidos para o SUS.

“O movimento de Diretas Já, onde a gente sabia que era um movimento que iria modificar toda a questão do futuro do país e a gente ia conseguir ter tudo o que a gente sonhava, uma saúde universal, descentralizada, uma saúde mais resolutiva. A

gente sabia que, no movimento de Diretas Já, a gente teria um canal, uma possibilidade de colocar isso de forma efetiva. Então, a gente participou nas ruas do movimento pelas Diretas Já.” (Luziana)

“Ninguém pensou em uma proposta alternativa, transitória, e nem Sarney tocou nesse assunto, quando ele compareceu na Assembleia Final da 8ª Conferência, recebeu as propostas em mão, e ele se comprometeu a cumprir o que o Movimento Sanitário estava ali preconizando. Só que, para a nossa surpresa, quando chegou em 1987 [...] a gente é surpreendido com a publicação do SUDS [Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde], que era o Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde, criado por Sarney, pelo governo Sarney, com uma proposta transitória. Só que, em nenhum momento, ele menciona isso, na 8ª Conferência. E assim houve muita mobilização, e o povo foi para a rua, passeatas, e uma série de coisas” (Luziana)

3.1.3 Ações de fortalecimento do SUS

No que diz respeito às ações de fortalecimento do SUS, foi mencionada a participação de terapeutas ocupacionais na Reforma Psiquiátrica Brasileira, o que repercutiu positivamente para o fortalecimento desse sistema. Essa atuação influenciou o envolvimento de terapeutas ocupacionais na criação da política pública de saúde mental de modo que, junto ao movimento sanitário e às outras categorias profissionais, puderam ampliar o cuidado ofertado e criar serviços dentro da rede do SUS que dialogassem com a desinstitucionalização.

“Eu acho que não tem uma característica ligada à profissão, mas a esse coletivo que se juntou interprofissionalmente pra batalhar a Reforma Sanitária e, mais especificamente, no nosso caso, a Reforma Psiquiátrica, e organizar serviços e montar redes e supervisionar. Eu sempre fiz um trabalho bem complexo nesse sentido de implantar rede e depois acompanhar a implantação, não só no município de São Paulo, mas no município de Santos, de Santo André e algumas interfaces nacionais, porque a gente começou a dar cursos pela Fiocruz, Paulo Amarante coordenando.” (Elisabete)

“Então, foi bem interessante com equipe já composta por atenção básica [a entrevistada está se referindo à equipe básica do serviço], assistente social,

psicólogo, enfermeiro psiquiatra e os ambulatorios com terapeutas ocupacionais já. Então a ideia era transformar aqueles ambulatorios em serviços de saúde mental comunitária e depois todos esses ambulatorios, na época eram 27 em São Paulo, foram remodelados como CAPS [Centro de Atenção Psicossocial] ,foi a origem dos CAPS” (Elisabete)

“A gente, então, começou a desenvolver um grupo de umas seis pessoas, dentro do Hospital Ulisses Pernambucano [Hospital Psiquiátrico], a ideia de criar um serviço que pudesse nascer do próprio hospital público, que, naquela época, não tinha ainda a denominação CAPS. Essa denominação, CAPS, não existia. Isso é antes da reforma, era no início da reforma. E aí, a gente criou um pavilhão dentro do Hospital Ulysses Pernambucano, que a gente ajeitou com a participação ativa da diretoria na época [...], era como um Hospital Dia, dentro do Hospital Ulysses Pernambucano, onde alguns pacientes passavam o dia com a gente neste pavilhão, que dava pra rua, pra fora, com a porta criada pra rua. E aí, começou, então, foi aí que nasceu o embrião de uma experiência que existe até hoje, há mais de 30 anos, chamado CAPS Espaço Azul, que nasceu por esse gesto de um grupo de profissionais, eu estava participando na época desse grupo, pra criar uma novidade dentro do hospital psiquiátrico.” (Ivo)

“Fomos recebendo os pacientes que ficavam com a gente durante o dia, e, no final da tarde, iam embora pra casa. Depois, a gente conseguiu uma casa na Avenida Norte, próximo ao hospital, e, nessa casa, a gente começou a trabalhar lá, mas tudo muito informal, não havia portaria, não havia nada ainda, que definisse o que era aquilo.” (Ivo)

“A minha tarefa na época, foi viajar pelo Estado de Pernambuco e estabelecer parcerias com as diferentes prefeituras, para que os prefeitos pudessem se comprometer na expansão, também, de serviços CAPS. Então, foi um momento em que eu viajei muito e trabalhei com muitas reuniões e também enfrentei fechamento de hospitais psiquiátricos no Estado. Foram tensões importantes, muitas tensões... Mas tinha uma equipe, era um grupo importante, a gente tinha que estabelecer muitas estratégias e muitas viagens a Brasília, também. Então, foi um período que eu diria que foi muito rico, mas muito desafiante. (Ivo)

Ainda nas ações de fortalecimento do SUS, foram identificadas participações da Terapia Ocupacional junto ao controle social: o SUS foi proposto para estar próximo à população, não apenas no nível da assistência, mas também da valorização da cidadania e do conhecimento popular. As Marias e as Severinas, como explica uma das entrevistadas, são integradas às ações de controle social como ‘sujeitos de direito e deveres’ e suas vozes devem sempre ser compreendidas, uma vez que saúde no SUS se faz coletiva e democraticamente:

“Porque quando o SUS foi construído, ele traz no seu bolso o Controle Social e eu fui da primeira gestão do Conselho Municipal de Saúde da cidade do Recife. Então, foi um momento em que a gente fez muita sensibilização, a gente participou muito, sensibilizando os trabalhadores da saúde, de que o SUS chegou, que agora o SUS existe.” (Luziana)

“E, assim, estar perto de pessoas do movimento popular abre muitos horizontes, porque a gente que é da academia, muitas vezes, vem com essa questão de que o conhecimento mais importante é o conhecimento intelectualizado. E quando você entra no controle social, você senta para discutir orçamento com a dona Maria, lá do Alto Eucalipto, com a dona Severina, lá do Ibura. Então, você encontra mulheres sábias, homens extremamente sábios.” (Luziana)

3.2 Princípios orientadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS

Nesta categoria foram reunidos os princípios orientadores identificados nos relatos como essenciais para se discutir e construir um sistema de saúde universal e gratuito, que dialogasse com a seguridade social, a desinstitucionalização, a cidadania e a efetivação de direitos através da criação de políticas públicas. O acesso à saúde seria o passaporte para muitos brasileiros construírem e exercerem a cidadania e se tornarem ‘sujeitos de direitos’; o debate que surge é sobre o ‘fazer parte’, no sentido de ser incluído na assistência e ter os seus direitos reconhecidos pelo Estado.

“Então a gente deixou de ter aquela figura depreciativa que era criada, que era o indigente. A população ser chamada indigente porque eram pessoas que não tinham

acesso, então o Estado tirava a responsabilidade dele e colocava em cima da pessoa.” (Roseli)

“Reconstruir vínculos, reconstruir acesso. Então, cidadania como reconhecimento de direito como acesso á direito e como usufruto de direito.” (Elisabete)

Dialogando com essa perspectiva, a Reforma Sanitária é colocada como crucial para o movimento pela saúde, sendo descrita como a grande impulsionadora da ideia da saúde como um direito social e a responsável por unir as diferentes frentes, dialogando com todos aqueles que defendiam o acesso a este direito e que uniram forças para lutar por uma saúde de qualidade, ofertada de forma gratuita e destinada a toda a população.

“Eu acho que foi uma das coisas mais marcantes na Reforma Sanitária, foi a união de várias forças em prol de um sistema justo e solidário, porque o SUS é um sistema justo e solidário.” (Luziana)

“A Reforma Sanitária na verdade, nos chamou pra defesa de um sistema único de saúde, nos chamou, terapeutas ocupacionais, como chamou uma série de categorias, uma série de pessoas na sociedade brasileira, e ela esteve bastante bem representada, naquilo que foi a bancada da saúde na Assembleia Constituinte, que vai dar na Constituição de 88.” (Roseli)

“O Movimento Sanitário, ele é um movimento bem complexo. Bem polimórfico, bem plural. Que dentro desse campo da redemocratização, fez o seu papel específico de defender no Brasil uma coisa que na Europa, já era um consenso: o estado de bem-estar social. Não que a gente tenha chegado nisso, mas essa é a ‘ideia mãe’, vamos dizer assim, onde política de acesso à saúde é considerado direito, direito básico do cidadão, e onde o Estado, constitucionalmente falando, ele se obriga a assumir esse direito e constituir uma política pública social.” (Elisabete)

Neste pensamento sobre a saúde como um direito social, a luta pela saúde ganha novos contornos e passa a ser debatida considerando a importância da criação de políticas públicas sociais:

“Então a luta pelo Sistema Único de Saúde nos agregava em torno daquilo que muito provavelmente eram as políticas sociais mais necessárias. Onde o terapeuta ocupacional poderia contribuir.” (Elisabete)

“Então, são movimentos de reforma, de mudança e de perspectiva, sobre o sujeito e comunidade. É pensar em saneamento, é pensar em sujeitos e em como incluir essa comunidade de sujeitos.” (Ivo)

“Mas na hora que eu falo, olha, a vida é que precisa acontecer, a terapia ocupacional, o terapeuta ocupacional vai estar se preocupando, olha, a vida, o corpo está com dificuldade, a vida está dura, as condições sociais são precárias, mas a vida quer e precisa acontecer para aquele sujeito, é o único corpo que ela tem. E como é que a gente então vai colaborar, contribuir com esse processo? Então, essa ideia da inclusão, no sentido geral, para que a participação possa acontecer, é o que me moveu” (Roseli)

3.3 Motivadores da participação da Terapia Ocupacional na construção do SUS

Um dos aspectos identificados como um motivador dessa participação diz respeito às condições de saúde no Brasil antes da criação do SUS. A maneira como a saúde acontecia era precária, excludente e realizada, em sua grande maioria, por empresas privadas que prestavam assistência aos trabalhadores formais, que contribuíam para o regime geral de previdência social. O restante da população ficava refém das instituições filantrópicas e dos poucos serviços de saúde ofertados à população pelos governos estaduais.

“Não existia acesso universal, não existia direito à saúde, existia uma previdência separada por área profissional. Só tinha acesso a seguro-saúde quem tinha carteira de trabalho assinada, quem pagava INSS [na verdade, o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS - só foi criado na década de 1990; na época em questão, o sistema implantado era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS], os demais eram considerados indigentes, era isso, os hospitais públicos estaduais eram considerados hospitais de indigentes. O que significava isso? Pessoas que não tinham trabalho remunerado e, vamos dizer assim, formalizado em carteira de trabalho assinado com recolhimento de benefício social.” (Elisabete)

“Eu acho que foi um momento inaugural. Quem dava assistência aos mendigos? Eu me lembro do INPS [Instituto Nacional da Previdência Nacional] e depois do INAMPS. Quem tinha INPS, quem não tinha. Havia, de fato, uma exclusão dos sujeitos, aqueles que não tinham nenhuma condição para nada. Não tinha lugar para esse sujeito ser atendido.” (Ivo)

Essa concepção de acesso à saúde como mérito, como uma recompensa a uma contribuição, colaborou para distinguir quem era visto na época como cidadão brasileiro. O não registro do trabalho formal colocava uma grande parcela da população - em sua maioria constituída por pessoas pobres - como sendo *indigentes* e, conseqüentemente, pessoas sem direito ao cuidado. Tal perspectiva incomodou os terapeutas ocupacionais que realizavam os estágios e trabalhavam nas instituições filantrópicas e nos poucos serviços públicos que eram destinados à população:

“Eu tinha muita dificuldade quando eu chegava no hospital Pedro II [hospital do Recife], onde eu estudava, que era chamado ‘Hospital dos Indigentes’. Eu entrava ali com esse nome. Diziam: ‘você vai estudar no Hospital dos Indigentes’, e eu achava aquilo a coisa mais revoltante do mundo, o ser humano ser chamado de indigente.” (Luziana)

“O projeto Zona Norte incluía ambulatorios de saúde mental que na época da ditadura só serviam pra triar pessoas pra internação psiquiátrica e não tinham nenhum papel de cuidado.” (Elisabete)

Nesta categoria, os relatos também abordam o contexto motivador da participação da época e a união de forças de vários segmentos, que buscavam algo que integrava, coletivamente, as lutas dos movimentos: o exercício da cidadania, a garantia de direitos e a reestruturação da democracia. Nesta perspectiva, destaca-se o movimento estudantil que garantiu a participação de estudantes:

“E, enfim, esse caminho me proporcionou, e junto com o trabalho do movimento estudantil, que na época, no Brasil, tinha uma presença bastante importante. Inclusive na luta pela anistia, pela democracia, contra a ditadura, então, tudo isso foi me formando, acho que foi importante para mim” (Roseli)

“Eu fiz parte de uma geração que, ainda enquanto estudante, foi chamada pra defesa da Reforma Sanitária” (Roseli)

“A luta pela democracia e pelas liberdades, ela envolvia tudo isso. As liberdades no plural, porque eram as liberdades civis, as liberdades políticas de poder.” (Roseli)

“E assim, quando eu ingressei na universidade, a gente estava na ditadura. A gente tinha alguns ideais fechados. O TSE [Tribunal Superior Eleitoral] estava aberto. E a gente não tinha um movimento estudantil, organizado ainda. [...] Então, a gente começou a fazer um movimento estudantil, meio que pega uma pessoa que quer representar essa turma ou outra. E dessa forma, a gente começou a se organizar. Então, assim, eu comecei a me empolgar com essa questão de organização, de participar do movimento associativista, ainda na época de estudante.” (Luziana)

“Eu participei da reorganização das entidades estudantis. Eu era bem engajada no movimento estudantil, a Faculdade de Medicina da USP, como um todo, era bem engajada. Inclusive, ela foi invadida em 79, eu acho, ou 78, porque ela sediou o encontro de reorganização da União Nacional dos Estudantes. Então durante a vida estudantil, eu já participava do início desses movimentos.” (Elisabete)

Na luta pelas liberdades civis, outros movimentos sociais participaram dessa (re)estruturação dos direitos e do nascimento do SUS; um exemplo dessa união foi o encontro ocorrido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, momento em que estiveram reunidos esses movimentos que integraram a luta por acesso aos direitos básicos:

“Na hora que eu cheguei na 8ª conferência, que foi no ginásio de esporte lá de Brasília, na hora que eu entro no ginásio, você vê pessoas de vários segmentos, pessoas com deficiência, com várias limitações lá presentes, as pessoas de movimento sindical, as pessoas do movimento do Morrão, que eu tinha muita amizade, que era o pessoal do movimento do Sanceriano, estavam lá. Aí, você vê pessoas com representação geral, o movimento da mulher estava lá. Então, assim, eram muitos movimentos sociais.” (Luziana)

“O movimento popular, os movimentos sociais. Eu acho que essa articulação desses movimentos foi fundamental para a gente fazer com que todas as ações da Reforma Sanitária pudessem caminhar para frente.” (Luziana)

Ainda como contextos motivadores, foram mencionados a influência do psiquiatra Basaglia e seus pensamentos sobre a desinstitucionalização das pessoas em sofrimento

mental, bem como os movimentos de reestruturação da assistência à saúde mental que estavam acontecendo em outros países. A vinda do Basaglia ao Brasil e a sua visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena colocou ainda mais em evidência os debates acerca da desinstitucionalização, que preconizava o ‘cuidado em liberdade’ e se articulava aos ideais da Reforma Psiquiátrica Brasileira e aos da Reforma Sanitária.

“A gente começa o trabalho nessa época muito ligado aos Direitos Humanos já com aquelas ideias que eu tinha aprendido com o Basaglia, que veio a São Paulo, deu conferências na PUC [Pontifícia Universidade Católica] e visitou Barbacena [hospital psiquiátrico]. Isso influenciou muito essa geração ligada à saúde mental e a gente começou a ler esses textos sempre por xerox porque a gente não tinha acesso a quase nada, em grupos de estudo, enfim, e a gente começou a se apropriar dessa literatura.” (Elisabete)

“Quando o Basaglia veio... A gente já fazia isso antes, estudando Pichon, mas quando o Basaglia veio, a gente começou a estudar Basaglia e no meu último ano de faculdade a gente conseguiu acesso a alguns textos da Reforma Psiquiátrica Italiana alguns textos que o Basaglia já organizava na época” (Elisabete)

“Então o Brasil, pode também conhecer e se alimentar dessas experiências. Nada que foi feito no Brasil é criação local, obviamente tem a criação local, mas assim, o fato de as pessoas conhecerem o que estava acontecendo no mundo e poder trazer experiências mais consolidadas pra nós, isso foi bem importante. Então todo o nosso processo tem esse contexto nacional, mas também tem um contexto internacional que nutriu e deu suporte. Então, isso é sempre importante lembrar, o Brasil não estava isolado, estava isolado na ditadura, mas vai rompendo com o isolamento e foi legal, porque os intercâmbios com a Inglaterra, com a Itália, com a França e com o Canadá, alimentaram muito o campo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica” (Elisabete)

3.4 Repercussões da conjuntura político-social da ditadura militar na formação e na atuação da Terapia Ocupacional

Sobre as repercussões da conjuntura político-social da ditadura na formação e atuação dos terapeutas ocupacionais entrevistados, os relatos se referem às consequências da opressão política, à restrição dos direitos civis e à vivência estudantil nesse período. Em

relação às consequências da opressão e à restrição dos direitos, os relatos abordam como era estudar e trabalhar no contexto da ditadura, descrevem o medo, a vigilância, as ameaças, as perseguições e as proibições, e como isso impactou as vivências de formação e atuação profissional na época.

“Porque eles expurgaram as pessoas que tinham pensamento crítico, antes do AI-5. Então, eram mundos paralelos à formação da Terapia Ocupacional. O corpo docente não estava constituído ainda, tinha uma professora contratada, que era uma pessoa até legal, ligada à ideia de política pública, mas não podia falar nada na época porque a gente era perseguida mesmo! Não era fácil. Por exemplo, para você ter uma ideia, eu participei da organização do movimento estudantil, no centro acadêmico, a gente tinha que conviver com os olheiros do DOPS [Departamento da Ordem Política e Social], do DOI-CODI [Centro de Operações de Defesa Interna], eles frequentavam todas as nossas reuniões, eles frequentavam a nossa sala de aula, e não era assim disfarçado, só faltava ter crachá DOI-CODI.” (Elisabete)

“Então a gente começou no manicômio, esse grupo do manicômio em 80, final de 82 era a véspera de eleição, começou a sofrer muitas ameaças, muitas, existiam alguns atentados contra a gente, e a gente teve que sair do manicômio.” (Elisabete)

“Houve a posse do novo governo estadual para o Juqueri, porque eles julgavam que a gente estava correndo muito risco no manicômio, as pessoas já sabiam que iam perder espaço ali, existia uma máfia como na maioria desses hospitais psiquiátricos estatais, uma máfia que desviava alimentação, desviava roupa, desviava tudo que você pode imaginar e os pacientes viviam na miséria absoluta e a gente começou a denunciar tudo isso. Aí, o Ministério Público entrou junto e foi um processo complexo.” (Elisabete)

“Olha, assim... não tinha diálogo entre a formação e a militância. Porque eu estava numa faculdade, antes do AI-5 [Ato Institucional nº 5], já caçou e perseguiu professores considerados de esquerda. Eu estava numa faculdade que tinha um comando de caça aos comunistas. E onde os professores, de um modo geral, eram de direita, ou de extrema direita.” (Elisabete)

“Então, a gente via que naquela época ainda ficou um ranço do medo muito presente para que as pessoas participassem desses movimentos. Apesar de que a gente tinha em todos os estados brasileiros, a gente tinha terapeutas ocupacionais que eram muito presentes, que eram muito participativos, a gente sempre teve. Mas a gente também tinha uma parte da terapia ocupacional ainda com muito medo da participação. Então, a gente tinha essa dificuldade.” (Luziana)

“Quando eu comecei a participar do movimento sindical e comecei a participar de passeatas, algumas colegas diziam assim: Luziana, você está se tornando comunista. [Risos] Então, com aquela velha concepção do que é comunismo. Então, assim, no início, quando eu comecei a fazer parte, teve passeata que eu fui que eu não tinha nenhum terapeuta ocupacional do outro lado para segurar uma faixa da terapia ocupacional. Eu tive que pedir a outros colegas.” (Luziana)

“Tudo isso que aconteceu na ditadura em torno de liberdades políticas. ‘Vai poder ter partido assim ou assado, mas não vai poder ter aquele, esse a gente cassa a liberdade em torno da manifestação política, a liberdade de se sindicalizar, a lutar, lá no âmbito dos direitos civis, e se organizar como trabalhador’. Em torno do sindicato, não podia. Então, é uma coisa que nos juntava de uma forma mais ampla ainda era a luta pelos direitos sociais [...]” (Roseli)

As experiências estudantis vivenciadas nesse período de ditadura referem-se a como era ser estudante em uma época de grande repressão política e restrição da liberdade de expressão e comunicação. Há, também, relatos sobre como os estudantes lidavam com a situação e como tentavam encontrar formas de continuar discutindo e defendendo pautas que consideravam importantes de serem debatidas e dialogadas.

“Os grupos de teatro de esquerda eram muito fortes em São Paulo. Existiam festivais anuais de teatro estudantil e uma parte da minha militância ia pra esse lado. A gente tinha um grupo de teatro muito forte na faculdade de medicina que fazia peças engajadas com mensagens engajadas de transformação social e etc.” (Elisabete)

“A gente sentava nas escadarias da faculdade pra estudar essas coisas que a gente não podia estudar dentro da biblioteca porque se pegassem a gente com um texto que seja de esquerda ou diferente, eles confiscavam [...]” (Elisabete)

3.5 Repercussões da conjuntura da redemocratização na formação e na atuação da Terapia ocupacional

Sobre as mudanças ocorridas na formação profissional, nesse período, aprofundaram-se discussões sobre alguns dos conceitos que hoje permeiam a prática da Terapia Ocupacional (autonomia, independência e cidadania). Além disso, discutia-se o desenvolvimento de um trabalho que estivesse próximo às pessoas, ao território, à comunidade, e que fosse interprofissional:

“Eu acho que a redemocratização do país, todo esse processo nos fez discutir alguns conceitos que a gente trabalhava, que é a questão da autonomia, a questão da participação social. A gente passou a discutir muito a terapia ocupacional como responsabilidade social, como cidadania. Isso ficou mais presente na forma como as pessoas passaram a atuar na terapia ocupacional.” (Luziana)

“A cultura, a experiência do sujeito na comunidade, a própria noção de comunidade. Projetos voltados para a comunidade. E aí a clínica da terapia ocupacional vai se revendo, saímos de práticas reducionistas para uma prática muito mais politicamente problematizada e discutida entre os atores sociais.” (Ivo)

“Houve impacto da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica nos currículos sim, houve imenso. Porque o Brasil assume um novo paradigma. O ministério da educação e o ministério da saúde passam a ser parceiros na orientação curricular e o Brasil tira uma linha que tá na constituição, da nova constituição que é o SUS, ele coordena a formação em saúde. Então por esse dispositivo constitucional os ministérios se associam.” (Elisabete)

“Também uma linha que a OMS [Organização mundial da Saúde] passa a organizar nos anos 80, que chega meio tardiamente no Brasil, que é a ideia do trabalho em equipe interprofissional, o conceito não de multiprofissionalidade, mas de interprofissionalidade. E era isso que a gente, então, desenvolvia nesse fórum, com seminários nacionais, com oficinas de trabalho, pra estimular as mudanças curriculares nesta perspectiva.” (Elisabete)

Outra mudança gerada a partir do processo de redemocratização diz respeito à ampliação das áreas de prática profissional da Terapia Ocupacional; o trabalho que antes era

realizado junto à filantropia e às instituições privadas, passa por uma ampliação em relação às áreas de atuação. Esse processo de expansão foi influenciado pelo trabalho e pelas políticas públicas do SUS que estabeleceram serviços como a atenção básica, inseridos próximo ao território e com a ideia de um cuidado que acontecesse junto à população.

“Primeiro acho que tem isso, assim, para vocês terem uma ideia, era muito raro você falar de um terapeuta ocupacional atuando, que pudesse pensar uma atuação na atenção básica em saúde, e hoje são uma realidade nas cidades, mais, menos, a depender das situações, o terapeuta ocupacional tem um lugar na atenção básica em saúde.” (Roseli)

“A luta pela reforma sanitária, os postos de trabalho no serviço público, fizeram com que essa perspectiva mudasse. Que o terapeuta ocupacional passasse a pensar formas com outras metodologias para fazer, tentar fazer aquilo que de fato ele achava importante na atuação.” (Roseli)

3.6 Mudanças paradigmáticas da profissão

Quanto às mudanças paradigmáticas ocorridas na profissão no período de construção do SUS, os entrevistados mencionam a influência do SUS nessas mudanças e a ampliação das propostas de cuidado na atuação profissional. Foi possível compreender como o SUS foi importante no desenvolvimento de novas formas de pensar a saúde e o cuidado. A Terapia Ocupacional passou a desenvolver ações que ultrapassavam a perspectiva biomédica desenvolvida na clínica, a promoção de saúde se transformou em um área de atuação. Ou seja, se antes as ações da profissão se direcionaram, majoritariamente, a reabilitar para o trabalho - desde a sua formação -, a partir do SUS, tais ações se destinam não apenas para a reabilitação, mas para prevenir doenças e agravos e promover e produzir saúde.

“Então, a gente era muito olhar clínico, aquele olhar cartesiano, aquele olhar biomédico, e eu acho que, com toda essa questão da vinda do SUS para cá, pra a realidade brasileira, a gente começou a discutir política pública, a gente começou a discutir os vários níveis de ação que a terapia ocupacional podia atuar, porque, no passado, era só na atenção terciária, a gente nem passava pela cabeça trabalhar com promoção de saúde.” (Luziana)

“Então, eu acho que o SUS trouxe essa contribuição muito grande para mudar o nosso paradigma. Ele parou de tratar da doença para tratar do sujeito, de toda a sua história ao redor dele, de todo o ambiente em que ele está inserido, de toda a política em que ele está inserido. Acho que essa contribuição do SUS para nos colocar num outro local, isso é marcante. Isso é inegável. Até o currículo mudou. A gente passou a ter terapia ocupacional preventiva para poder discutir essa lógica diferente.” (Luziana)

“Quando comecei na universidade, por exemplo, eu via as coisas de forma muito cartesiana, a gente estudava a questão de tratar as disfunções das pessoas, tratar os problemas causados pelos transtornos psíquicos, então, era um conteúdo de formação muito voltado para a questão da doença. A gente era muito preparado para a questão da doença, e hoje, por exemplo, a gente nunca tinha, na época que eu estudei em 77, a gente quando entrou, a gente nunca tinha uma discussão política sobre a saúde e sobre a doença. Não existia essa ideia de processo da doença, de construção social da doença, desse processo, não existia.” (Luziana)

“Então, alguns achavam que a melhor forma de você oferecer o serviço da terapia ocupacional, era no modelo da clínica liberal, do consultório. Então era importante montar a sua clínica, uma boa clínica, para trabalhar com desenvolvimento infantil, e não necessariamente dizer que o desenvolvimento infantil deve ser trabalhado desde a educação, da creche. No âmbito da educação básica, passando pela unidade básica de saúde, passando pelo campo.” (Roseli)

“Bom, lá fui eu, para a Universidade de São Paulo em 1977. A gente tinha um curso muito precário. Ele tinha a estrutura da Universidade de São Paulo, que era e continua sendo bastante boa, para as disciplinas básicas, para as disciplinas clínicas, era um curso muito clínico. Então a gente ficava até o segundo ano tendo intensivamente, o dia todo, as disciplinas clínicas dadas pelos profissionais médicos, lá da Faculdade de Medicina. Tinha muito pouco da Terapia Ocupacional.” (Roseli)

4 DISCUSSÃO

4.1 A construção da proposta do SUS: o conceito de saúde e o controle social como passaportes para a cidadania

Os relatos dos entrevistados construíram uma composição de fatos que nos mostra o contexto em que a proposta do SUS foi desenvolvida e fundamentada. Ao analisar as *palavras* que emergem da *experiência*, foi possível identificar relatos que abordavam as condições de saúde vivenciadas pela população antes da criação do SUS e compreender como a insatisfação com este cenário moveu os profissionais - dentre eles os terapeutas ocupacionais - e os movimentos sociais na luta pelo acesso à saúde. No final da década de 1970, a saúde era precária, excludente e utilizada como ferramenta de exploração do sistema capitalista, e apenas os trabalhadores tinham acesso à assistência em saúde (Soares, 1991; Larrosa, 2021; Oliveira, 2022).

Segundo Soares (1991), a atenção à saúde concedida à classe trabalhadora, apesar de ser garantida pelo Estado, pouco se diferenciava das condições de saúde oferecidas ao restante da população, podendo ser compreendida a partir da ideia de manutenção do instrumento de trabalho: o sujeito é visto como uma máquina, que ao ser quebrada precisa de conserto para retornar à produção e continuar a gerar lucro. Em ambos os casos, os sujeitos não tinham a sua cidadania efetivada pelo Estado.

Tal situação impulsionou a luta pela saúde, que começou a ganhar força em espaços como as plenárias municipais e estaduais, eventos que reuniam as coletividades para discutir sobre as condições do cuidado em saúde oferecidas pelo Estado à população. As plenárias estabeleceram a base dos debates que ocorreram na 8ª Conferência, principalmente no que diz respeito à compreensão da saúde a partir de uma perspectiva mais ampla, envolvendo a visão de vários segmentos e grupos representantes (Falleiros; Lima, 2010).

A discussão do que se considerava saúde, bem como a ampliação deste conceito, partiram da construção coletiva do próprio povo e consideraram, além dos aspectos sociais e ambientais, a perspectiva da autonomia dos indivíduos. Quando é aberto um espaço de debate no qual a população fala por si mesma, também é dada a oportunidade dos envolvidos participarem da construção das decisões que podem ser utilizadas para resolver essas demandas (Silveira, 2000; Falleiros; Lima, 2010).

Dessa maneira, a definição de saúde envolve a concepção de autonomia, porque permite que a própria população se perceba mediante o poder e a negligência exercidos pelo Estado; conhecendo as suas necessidades, esses indivíduos podem participar da luta pelos seus direitos. A autonomia, nesse sentido, envolve a construção da cidadania e da equidade, uma vez que é nesses espaços de controle social que a voz da população é ouvida. É sobre

dar voz para aqueles que, ao longo do tempo, tiveram negado esse direito de falar por si mesmos (Silveira, 2000).

É dentro dessa perspectiva de dialogar sobre saúde dentro de uma concepção que envolve a autonomia e os aspectos sociais, que a saúde passa a ser vista como um passaporte para a (re)construção da cidadania do povo brasileiro. Para Marshall (2002), a cidadania pode ser compreendida como um conjunto de direitos e deveres que um sujeito possui quando vive em sociedade, e ocorre com a efetivação dos direitos civis, sociais e políticos. Quando se analisa o cenário da saúde antes da criação do SUS, torna-se perceptível o quanto a garantia desse direito não era uma prioridade do Estado. Ao se iniciar o debate sobre acesso à saúde, também é aberto um espaço para discutir outros conceitos e áreas que impactam a realização da vida. Ou seja, o debate acerca das condições de saúde pode ser compreendido como o estopim para uma discussão que envolve os direitos sociais e a dimensão da cidadania em outros campos (Marshall, 2002)

Além disso, a Reforma Sanitária é colocada pelos terapeutas ocupacionais entrevistados como a impulsionadora da ideia de saúde como direito social, principalmente por defender a saúde como direito de todos e a criação de um sistema de saúde universal e gratuito. Ao reconhecer que saúde não é só a ausência de doença, o coletivo que se une, estabelece concepções sobre a saúde que dialogam com as necessidades e fragilidades do povo brasileiro. A população mobilizada e organizada, junto aos profissionais de saúde, constroem a proposta de um sistema que esteja presente onde essas problemáticas interferem e são evidenciadas, ou seja, no território e na vida cotidiana. É a partir dessa perspectiva que a proposta do SUS é elaborada e, posteriormente, efetivada na Constituição Federal de 1988 como um direito social a ser garantido pelo Estado (Paim, 2008; Falleiros; Lima, 2010).

As discussões e mobilizações realizadas em torno do conceito de saúde, a partir do envolvimento de vários grupos e segmentos e da participação popular, levaram à construção de um dos maiores sistemas públicos de saúde existentes no mundo, o SUS. Fundamentado nos princípios da universalidade, que garante o acesso de toda a população aos serviços públicos de saúde; da integralidade, a qual estabelece que o cuidado das especificidades de pessoas ou grupos populacionais será realizado pelo SUS e da equidade, que considera as desigualdades regionais e sociais presentes no país, no planejamento de políticas públicas (Brasil, 2000)

Baseando-se nesses princípios, a assistência prestada à população passou a ser realizada através de três níveis de atenção à saúde, que ofertam desde cuidados considerados básicos como a realização de diagnósticos e aplicação de vacinas, a serviços de maior densidade tecnológica como cirurgias de alto risco e transplantes de órgãos. Além disso, o SUS foi dividido em subsistemas, como a Vigilância Sanitária e a Vigilância Epidemiológica, que já existiam antes da criação do SUS e passaram a integrar esse sistema a partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080/1990, que define como devem ocorrer as ações de proteção, promoção e prevenção em saúde (Brasil, 1990a; Matta, 2010).

As ações desenvolvidas pela Vigilância em Saúde, que abrange as Vigilâncias Ambiental, em Saúde do Trabalhador, Sanitária e Epidemiológica, podem ser compreendidas como um reflexo da ampliação do conceito de saúde e da luta que reuniu diversos coletivos, uma vez que dialoga com a cidadania e considera as situações da vida cotidiana na definição dos riscos e dos agravos à saúde. Após a criação do SUS, esses subsistemas passam a observar e a desenvolver as suas ações a partir de uma perspectiva ampliada, em que não apenas o controle e a erradicação de doenças são considerados, sendo a proteção da saúde incluída como um dos seus objetivos (Silva, et al, 2018).

Ao observar o cenário da saúde antes da criação do SUS, é possível perceber que questões como integralidade, universalidade, equidade e proteção, não eram conceitos utilizados diante das situações de saúde vivenciadas pela população. No entanto, atualmente, o SUS tem como porta de entrada a Atenção Básica em Saúde, que objetiva através das suas ações, ser um serviço que desenvolve as suas práticas, próximas da comunidade e do território. O que faz desse serviço a porta de entrada do SUS, é a proximidade com a população, o cuidado realizado junto a comunidade é co-participativo, integrado e considera as especificidades e as dinamicidades sociais, políticas e territoriais da comunidade em que este serviço está inserido. Nesse sentido, a UBS não é apenas a porta de entrada para o acesso a uma saúde cidadã através do SUS, mas é também a materialização da democratização do cuidado e da assistência à saúde que era defendida pelos movimentos sociais e pela RSB no processo de redemocratização. Ao observar este serviço e a sua organização, é possível identificar a essência do que era idealizado enquanto sistema público de saúde e ver esta ideia sendo concretizada no cotidiano da população (Brasil, 2012).

A luta social que envolveu o processo de construção desse sistema, também passa a ser um direito garantido através das leis que fundamentam o SUS, sobretudo a Lei nº 8.142/1990, que estabelece os critérios e princípios da participação social dentro do SUS, a partir das diferentes modalidades dos Conselhos de Saúde (municipal, estadual, nacional). Foi através destes Conselhos e das leis que fundamentam o SUS, que o controle social passou a ser compreendido como um elo essencial no aperfeiçoamento do SUS e dos seus princípios ao longo dos anos (Brasil, 1990b).

Além disso, ele pode ser considerado uma ferramenta de fortalecimento da participação coletiva, uma vez que contribui para a valorização dos saberes e para democratização do conhecimento. Ao longo de vários anos, esse controle estava restrito a uma classe dominante, sem espaços para diálogos, onde a saúde era colocada dentro de uma perspectiva de privilégio e beneficiamento. Após o processo de construção do SUS e a visão cidadã que a saúde adquiriu, a participação da população foi efetivada enquanto direito, o que repercute na formulação de políticas públicas e no desenvolvimento das práticas de saúde na atualidade (Correa, 2006).

É nesse processo de diálogo entre a população e o Estado, que o controle social possibilita que as classes menos favorecidas possam vivenciar um processo de equidade na vida cotidiana, com o favorecimento de espaços onde os indivíduos possam ser protagonistas da sua própria história. Os relatos acerca da participação da Terapia Ocupacional no controle social, apontam para a importância da participação da população ser estabelecida como lei dentro do SUS, pois evidencia a luta social que envolveu a construção desse sistema, valoriza o saber popular e garante o desenvolvimento da saúde dentro de uma perspectiva autônoma e cidadã.

4.2 A defesa da proposta do SUS: a mobilização social organizada como protagonista desse processo

A defesa da proposta do SUS e da garantia dos demais direitos sociais também foi identificada nas experiências dos terapeutas ocupacionais. Entre as discussões acerca da saúde como direito, considerando o contexto político da época, os movimentos sociais podem ser definidos com grupos organizados que realizaram ações que objetivaram mudanças políticas e sociais, as quais no processo de redemocratização foram a base de sustentação para que os direitos sociais pudessem ser defendidos, dentro de uma perspectiva democrática e participativa (Silveira, 2000).

A presença desses movimentos na conjuntura política e social das décadas de 1970 e 1980, integrada ao movimento sanitário, demonstraram a importância da participação popular nos processos de construção de políticas públicas e da democracia. A resistência dos movimentos sociais ao autoritarismo imposto ao povo brasileiro, segundo Silveira (2000), não pode ser esquecida, uma vez que o processo vivido pode ser visto como uma afirmação de uma nova cultura política que impulsiona a cidadania, a co-responsabilidade e que envolve a participação dos sujeitos, transformando-os em atores sociais.

Cabe destacar a importância atribuída pelos terapeutas ocupacionais à integração que ocorreu nesses movimentos, os quais se transformaram em um único coletivo, para realizar os debates e defender o que foi sendo criado e proposto no processo de politização das questões sociais. Os participantes da pesquisa associaram essa integração à participação popular e à valorização dos saberes advindos da comunidade. Os movimentos sociais que se constituíram na década de 1970 surgiram a partir dos espaços de convívio da própria população, como o território em que moravam e os locais de trabalho. O movimento de trabalhadores, o movimento rural e o movimento social urbano, entre outros, começaram a construir um movimento de visibilidade, de participação e de construção de propostas coletivas (Silveira, 2000).

A impossibilidade de grande parte da população de acessar determinados espaços começava a ser questionada e os saberes não valorizados pelo Estado passavam a ter as suas potencialidades reconhecidas. Quando os profissionais da saúde observaram na educação popular a oportunidade de construir práticas que de fato dialogassem com a realidade da população, começou a ser construído algo que ultrapassava o fazer *pela* comunidade - ideia estruturada na filantropia - e que se transformava no fazer *junto* com a comunidade. Dessa forma, os saberes populares foram sendo colocados como protagonistas nessas novas formas de pensar saúde que começavam a emergir (Silveira, 2000; Vasconcelos et al. 2015).

“Muitos profissionais de saúde, insatisfeitos com as práticas mercantilizadas e rotinizadas dos serviços de saúde, se engajam neste processo. Nos subterrâneos da vida política e institucional vão se tecendo novas formas de organização da vida social. Estas experiências possibilitam que intelectuais tenham acesso e comecem a conhecer a dinâmica de luta e resistência das classes populares. No vazio do descaso do Estado com os problemas populares, vão se configurando iniciativas de busca de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico” (Vasconcelos et al. 2015, p. 93)

Assim, a educação popular é vista como um projeto que visa a autonomia da população, a construção de um olhar crítico e a democratização do conhecimento. A partir disso, considerando que atores sociais desempenham um papel ativo na organização e no

significado de um movimento, profissionais da saúde, estudantes, professores e demais trabalhadores enxergaram na educação popular e na extensão universitária fortes aliados na luta pela redemocratização do país. É a partir do elo criado entre a universidade e a população que se inicia um processo de fortalecimento de bases dos movimentos sociais dentro de bairros, cidades e regiões. Com o apoio de professores e do movimento estudantil, a população se organiza, criando comissões, conselhos e associações que lutam por melhores condições de vida a partir do senso coletivo e das especificidades do local onde residem (Stotz, 2005).

Ademais, o movimento estudantil também foi identificado como sendo um dos motivadores da participação da categoria profissional na construção do SUS. Nos relatos, foi possível identificar que as primeiras discussões e ações que integraram os terapeutas ocupacionais no processo de politização das questões sociais partiram das vivências estudantis. Para os profissionais, graduar-se durante a conjuntura política da época envolveu um processo de resistência, de coletividade e de elaboração de estratégias para continuar se mantendo em contraposição ao regime ditatorial.

O movimento estudantil contribuiu com as ações relacionadas a mobilização social e a defesa da democracia, através de debates, apresentações de teatro, diálogos com a comunidade e manifestações sociais que junto a organizações políticas, mesmo vivenciando uma forte repreensão política e partidária, não desanimaram. O coletivo de estudantes, que se estabelece no período da ditadura, sobreviveu às invasões nas universidades, à perseguição do Ato Institucional nº 5 (AI-5) e aos prejuízos vivenciados na formação profissional. Em meio às irregularidades e às injustiças do sistema sócio-político da época, esses estudantes conseguiam encontrar formas de lutar por suas categorias profissionais e defender o acesso à saúde. Estavam próximos da comunidade e da educação popular. Tinham a esperança da reconstrução da democracia, das liberdades e da visibilidade que seriam atribuídas nas políticas sociais (Marshall, 2002; Santos, 2009; Vasconcelos et al., 2015).

Ademais, foi possível compreender o cenário em que os estudantes de Terapia Ocupacional se formaram. Entre as vivências estudantis relatadas, cabe destacar: a restrição dos conteúdos que poderiam ser estudados e lidos; a presença dos militares nas salas de aula; a falta de autonomia dos docentes e a ausência de liberdade de expressão. Segundo Barros (2023), essa vigilância dentro das universidades acontecia devido à visão que o governo ditatorial tinha dos estudantes. Para os militares, o movimento estudantil era uma ameaça,

principalmente devido à força das articulações políticas realizadas pela União Nacional dos Estudantes (UNE), uma das maiores influências na mobilização dos protestos sociais e políticos da época. Entre os objetivos defendidos pela UNE, destacam-se os de denunciar a falta de liberdade, protestar contra a reforma universitária, defender a democratização do conhecimento e expor as situações de violência física e psicológica enfrentadas pelos estudantes e a população de uma maneira geral (Barros, 2023).

Além de vivenciar tais situações, o movimento estudantil da Terapia ocupacional também foi um importante articulador na inserção de terapeutas ocupacionais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo. Esse tipo de articulação é vista por Oliveira (2019) como parte do ‘ser-estar no mundo’, pois ultrapassa a barreira de defesa da profissão enquanto categoria profissional e se entrelaça com o observar as necessidades sociais da população e agir sobre elas.

Dessa maneira, o que foi desenvolvido pelos estudantes é um ato político e cidadão, que envolveu coragem e perseverança, pois mesmo diante do cenário político da época, continuou resistindo e realizando discussões sobre como permanecer de pé, mediante as dificuldades que estavam sendo enfrentadas. Assim, observa-se a importância das questões políticas serem debatidas desde a graduação, uma vez que elas podem impulsionar a participação dos estudantes e de futuros profissionais na politização de questões sociais, ampliar a participação da profissão em lutas sociais e na luta contínua para que a democracia continue restabelecida, mesmo diante das constantes ameaças como as ocorridas nos últimos anos.

4.3 Reforma Psiquiátrica Brasileira: fortalecimento do SUS na proposição do cuidado em liberdade

Em paralelo ao movimento da Reforma Sanitária Brasileira e aos diálogos sobre a construção de saúde como um direito social, emerge no Brasil, em meados dos anos 1970, sob influência de países como França e Itália, o Movimento da Reforma Psiquiátrica que pode ser definido como um movimento complexo, que buscava transformações no campo da saúde mental, sobretudo na forma como acontecia o cuidado e relacionadas ao estigma e a desumanização dos corpos das pessoas com transtornos mentais. Para os profissionais engajados nessa luta, esse processo de transformação só seria possível através da cidadania, do reconhecimento de direitos e com a realização de práticas desinstitucionalização (Batista, 2014). Além disso, segundo Amarante (2007), a Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser

caracterizada a partir de quatro dimensões: *teórico-conceitual*, *técnico assistencial*, *jurídico-política* e *sócio-cultural*.

Nos relatos dos participantes, foi possível identificar a atuação da Terapia Ocupacional em todas essas dimensões. A primeira dimensão, *teórico-conceitual*, está relacionada à compreensão da forma como o cuidado acontecia dentro dos hospitais psiquiátricos, que de maneira geral não realizavam um cuidado humanizado e nem consideravam as especificidades de cada sujeito no processo de tratamento. Sendo utilizado como a principal via de cuidado, o isolamento e o tratamento medicamentoso. Além disso, as condições desses hospitais eram precárias e os pacientes sofriam com a falta de higiene, alimentação adequada e água potável. A crítica a essas condições que eram encontradas nessas institucionalizações, dialogava com o que estava sendo discutido na época em relação à ampliação do conceito de saúde, que começa a ser percebido como uma definição mais ampla, em que não só os aspectos fisiológicos são considerados, mas como o ambiente, a comunidade e as questões sociais contribuem para esse processo de saúde-doença (Amarante, 2007).

As constantes denúncias relacionadas aos maus tratos, violência e óbitos ocorridos nos hospitais psiquiátricos podem ser consideradas, as impulsionadoras das discussões sobre a necessidade de direcionar um novo olhar para o sofrimento psíquico e de construir novas práticas e formas de cuidado em saúde mental. Isso envolvia romper com o modelo biomédico e com a psiquiatria tradicional que desenvolvia práticas violentas como a lobotomia e a eletroconvulsoterapia dentro dos hospitais psiquiátricos (Amarante, 2007; Batista, 2014).

Os relatos dos participantes, além de trazerem aspectos da realidade desses espaços, como o desvio de recursos e o favorecimento das violências causadas pelos militares, apontaram uma forte perseguição aos profissionais que denunciavam essas práticas. A não normalização das cenas de violação de direitos humanos presenciadas pelos profissionais da saúde mental é colocada ainda mais em evidência quando o psiquiatra Franco Basaglia vem ao Brasil, visita o Hospital Psiquiátrico de Barbacena e realiza palestras sobre a criação de uma Psiquiatria Democrática que abordava práticas mais ampliadas no cuidado em saúde mental, que ocorreriam fora dos muros dos hospitais (Batista, 2014).

Nesse sentido, Basaglia é colocado pelos terapeutas ocupacionais como uma das maiores influências na construção de uma nova forma de cuidado e de não normalização das

violentas situações vivenciadas nos manicômios. Constrói-se, nessa perspectiva, o conceito de desinstitucionalização, idealizado por Basaglia e podendo ser definido como um conjunto de práticas direcionadas a cuidar, acolher e tratar o sujeito em comunidade. Ademais, através da desinstitucionalização, busca-se inserir o sujeito na sociedade, restabelecer o vínculo com a família e fazer desse sujeito um participante ativo do seu processo de cuidado (Amarante, 2007; Melo, 2012).

A segunda dimensão, *técnico-assistencial*, relaciona-se diretamente com esse conceito de desinstitucionalização, uma vez que defende a criação de serviços que sejam substitutivos aos manicômios e que se tornem o oposto do cuidado ofertado pela psiquiatria tradicional, a qual envolve o isolamento, a repressão e a vigilância. Nesses novos serviços, os sujeitos não teriam os seus direitos negligenciados, sua autonomia e individualidade não seriam desrespeitadas e não existiriam aprisionamentos. O que estava sendo preconizado era o ‘cuidado em liberdade’ fora dos domínios do manicômio e próximo à comunidade (Amarante, 2007; Melo, 2012).

Na década de 1980, começam a surgir os primeiros serviços baseados no ‘cuidado em liberdade’ e, mesmo antes da criação de políticas públicas e legislações que definissem o funcionamento desse tipo de serviço, profissionais da saúde mental começaram a se articular e a realizar práticas em ambientes em que o cuidado acontecia de forma desinstitucionalizada. Um exemplo, é o Espaço Casa Azul - citado por um dos entrevistados e que hoje é um serviço da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na modalidade de CAPS III - , criado há mais de 40 anos na cidade do Recife que, com as contribuições de uma equipe multiprofissional - dentre estes um terapeuta ocupacional - realizava práticas como artesanato, pintura, bordado, teatro e música, propondo algo diferente do que era realizado dentro dos manicômios. Apesar de os pacientes terem um histórico de trabalhar com essas atividades dentro dos hospitais psiquiátricos, nesse novo espaço eles não ficavam aprisionados, pois as práticas eram realizadas durante o dia, com as portas abertas, sem cadeados e grades. Isso possibilitava a convivência desses usuários com a sua comunidade e o território, preconizando a inserção desses sujeitos em sociedade a partir do ‘cuidado em liberdade’ (Amarante, 2007; Melo, 2012).

Após alguns anos, serviços com esse tipo de abordagem foram assegurados pela Portaria nº 336 de 2002 e passaram a ser nomeados de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que emergiram com a perspectiva de oferecer cuidado integral à comunidade a

partir de práticas que levassem a uma reabilitação psicossocial. Dessa maneira, cabe destacar a participação da Terapia Ocupacional na implementação dos primeiros CAPS, que mesmo antes de serem serviços legitimados, realizavam um cuidado diferenciado do que era proposto na época. Mesmo com as ameaças e as dificuldades enfrentadas, ressalta-se a importância dessa iniciativa na luta pela garantia da cidadania das pessoas com transtornos mentais, uma vez que contribuíram para as transformações que ocorreram na maneira como acontecia o cuidado para esta população (Brasil, 2002; Melo, 2012).

A terceira dimensão na qual foi possível identificar a participação da Terapia Ocupacional foi a *jurídico-política*, relacionada aos aspectos legislativos referentes às mudanças nas práticas de cuidado. No Brasil, essa dimensão passou e ainda passa por processos de conquistas e retrocessos. Um dos principais marcos legais foi a Lei 10.216/2001, conhecida como a lei da Reforma Psiquiátrica, que se refere à proteção e aos direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a forma com que o modelo de assistência em Saúde Mental deve acontecer (Brasil, 2001).

A participação da Terapia Ocupacional na criação desta lei se deu através de ações diretas e indiretas que incluem: a não aceitação das práticas ocorridas dentro dos hospitais psiquiátricos, a participação na criação dos primeiros serviços que objetivavam a desinstitucionalização e a participação nas formulações desta lei através de articulações com setores e equipes que discutiam a importância da intersetorialidade. As conquistas da Reforma psiquiátrica foram gradativas, aconteceram mediante muita luta e sob a influência do que estava acontecendo no cenário político do país e das discussões realizadas pela RSB. Tais conquistas repercutem hoje na vida de toda a população brasileira e fortalecem o Sistema Único de Saúde, pois possibilitam que o acesso à saúde seja realizado mediante procedimentos próprios, que dialoguem com a humanização, a desinstitucionalização e com a reabilitação psicossocial (Melo, 2012; Batista, 2014).

Além de fortalecer o SUS e seus princípios ao direcionar que o cuidado deve acontecer em liberdade, de forma humanizada e protagonizada pelos usuários dos serviços, a efetivação dessas políticas públicas dialoga com a última dimensão, *sócio-cultural*, que aborda a necessidade da desconstrução do estigma sofrido por pessoas com transtornos mentais, através de ações socioculturais (culturais, esportivas, acadêmicas e políticas). A partir dessa dimensão, busca-se efetivar que essa população seja reconhecida como sujeitos sociais e que as ações a ela voltadas desenvolvam um cuidado que se distancie das práticas

manicomiais. A luta por uma saúde cidadã, da qual a Terapia Ocupacional participou junto às Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, levou à materialização de um cuidado que dialoga diretamente com o que preconiza essa dimensão, pois, desde o início desses movimentos, buscou-se romper com a visão que se constituiu da loucura ao longo dos anos, na qual o louco é visto como perigoso, incapaz e descontrolado (Amarante, 2007; Batista, 2014).

4.4 Mudanças paradigmáticas na Terapia Ocupacional: entrelaçamentos da história da profissão com a história do SUS

A expansão da Terapia Ocupacional no Brasil foi influenciada pelo Movimento Internacional de Reabilitação e pela implantação dos programas direcionados para o tratamento de pessoas com deficiência física em 1940, nos quais a profissão realizava um cuidado direcionado pela compreensão do corpo, a partir da perspectiva biomecânica. Essa compreensão do corpo, a partir dos aspectos cinesiológicos, restringiu o campo de estudo dos primeiros cursos de formação em Terapia Ocupacional, na década de 1950, que tinham como foco a reabilitação dos membros superiores, o treino das atividades de vida diária e o reabilitar para o trabalho (De Carlo; Bartalotti, 2001; Reis; Lopes, 2018).

No entanto, antes da expansão do campo da reabilitação, a Terapia Ocupacional - na época denominada de terapêutica ocupacional - realizava dentro dos hospitais psiquiátricos práticas relacionadas ao uso de atividades manuais e artísticas. Essas atividades eram consideradas 'recreativas' e envolviam o uso de técnicas como bordado, pintura, desenho e modelação de materiais como argila e madeira. No uso dessa abordagem, destacaram-se os psiquiatras Nise da Silveira e Ulisses Pernambucano, que não concordavam com a forma de cuidado ofertada dentro dos hospitais psiquiátricos e observavam, nas atividades, uma forma de os pacientes se aproximarem das ocupações realizadas no cotidiano, aproximando-os da vida em sociedade através de um cuidado humanizado (Ribeiro; Machado, 2008; Soares; Cruz, 2016; Shimoguri; Costa-Rosa, 2017; Magaldi, 2019).

Com a ampliação dos cursos de Terapia Ocupacional pelo país, começaram a se realizar estágios em outras áreas, dentre estas, a psiquiatria, na qual a profissão passou a estudar sobre os benefícios das atividades manuais para os pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos, tendo como base os trabalhos realizados por Nise e Ulisses. Desse modo, a atuação da Terapia Ocupacional se baseava nas atividades que envolviam as concepções da *ação humana*, ou seja, independentemente da instituição ou da área em que a

profissão estivesse inserida, as principais atuações aconteciam por meio das ocupações (De Carlo; Bartalotti, 2001; Moreira, 2008; Ribeiro; Machado, 2008; Soares; Cruz, 2016; Shimoguiri; Costa-Rosa, 2017; Magaldi, 2019).

Apesar de as ocupações serem o principal objeto de atuação da profissão, as disciplinas desses primeiros cursos eram restritas, sendo que a maioria dos conteúdos estudados não abarcavam as especificidades da Terapia Ocupacional, mas sim as disciplinas comuns a todos os cursos da saúde, como fisiologia e anatomia. Esse cenário demonstra o quanto a saúde era colocada dentro de uma perspectiva limitadora, sobretudo devido à compreensão do processo saúde-doença, a qual era influenciada pelo modelo biomédico. Em linhas gerais, este modelo pode ser caracterizado a partir da ideia de que a doença é unicausal e que, por isso, as práticas desenvolvidas a partir dele devem ser curativistas, centradas na figura do médico e vinculadas às instituições hospitalocêntricas (Moreira, 2008; Reis; Lopes, 2018).

Nos relatos, o direcionamento da formação pelo paradigma biomédico também foi descrito. Nos anos de formação dos terapeutas ocupacionais entrevistados - entre as décadas de 1970 e 1980 - na Universidade de São Paulo (USP) e na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), os cursos ainda seguiam o modelo biomédico para basear a formação e a atuação profissional. Havia poucas disciplinas direcionadas à especificidade da profissão e as possibilidades de atuação ficavam reduzidas diante das necessidades do sujeito.

A influência desse modelo, a concepção de saúde como sendo apenas a ausência de doença e a maneira como a saúde era ofertada no Brasil - por meio do INAMPS para os trabalhadores e através das instituições filantrópicas para a população em geral -, levou os profissionais da Terapia Ocupacional, nas décadas de 1960 a 1980, a atuarem majoritariamente em hospitais psiquiátricos, centros de reabilitação e instituições filantrópicas. Ao realizar as suas ações, a profissão tinha pouca autonomia, pois dentro das premissas trazidas por este modelo - principalmente a centralidade do médico - os terapeutas ocupacionais não participavam das decisões sobre os outros métodos utilizados nos tratamentos dos pacientes e nem tinham o controle da duração do tratamento terapêutico ocupacional, uma vez que essa definição era de responsabilidade do médico (Cutolo, 2006; Moreira, 2008).

No entanto, essas perspectivas começaram a mudar quando as discussões sobre a ampliação do conceito de saúde emergiram durante o período da redemocratização, com o

Movimento de Reforma Sanitária Brasileira, gerando reflexões sobre a maneira como o cuidado era ofertado à população. Ao se colocar nas cenas desses debates, terapeutas ocupacionais que trabalhavam nessas instituições - entre estes, os profissionais que participaram desta pesquisa - começaram a refletir criticamente sobre o seu fazer profissional; a Terapia Ocupacional percebe, nesse momento autocrítico, a oportunidade de se reconstruir como profissão. Ela passa a se posicionar contra a negligência do Estado perante a sociedade e a desenvolver um compromisso ético-político com os interlocutores que lutavam pelo restabelecimento da democracia no país (Moreira, 2008; Galheigo, 2018).

Esse momento autocrítico foi relatado pelos profissionais que participaram dessa pesquisa, através de falas que dialogam com a perspectiva de construção da cidadania. Mais do que refletir sobre sua atuação, esses terapeutas ocupacionais começavam a considerar as singularidades e subjetividades que envolvem o cuidar. A produção de um cuidado contextualizado e baseado numa concepção ampliada de saúde tem como elementos centrais a utilização de abordagens territoriais e comunitárias, a criação de vínculos e a valorização das histórias de vida e dos aspectos cotidianos (Moreira, 2008). As ocupações, antes utilizadas dentro de um viés biomédico, passaram a ser idealizadas dentro de uma perspectiva de significado e pertencimento. O conceito de saúde passou a abarcar os aspectos sociais, e a profissão também passou a considerá-los na realização das suas práticas, de modo que parâmetros como raça/etnia, gênero e classe social tornaram-se cada vez mais presentes em sua atuação.

Após a 8ª Conferência - evento em que foi consolidada a ampliação do conceito de saúde - e sob a influência do modelo biopsicossocial, a saúde no contexto brasileiro passa a ser compreendida como o resultado de uma produção social que expressa a qualidade de vida dos sujeitos, a partir de uma vida cotidiana livre e prazerosa, nas esferas individual e coletiva. Ou seja, as questões sociais são consideradas como um fator determinante para o bem estar, para as condições de saúde e para o movimento da vida. Em contraposição ao modelo biomédico, o modelo biopsicossocial considera que o sujeito é composto de três dimensões: biológica, psicológica e social, e pressupõe que as intervenções em saúde devem ocorrer a partir da integralidade e da interdisciplinaridade, tendo como objetivo acolher o sujeito nessas três dimensões (Falleiros; Lima, 2010; Pereira et al. , 2011).

A proposta de cuidado que é ofertada pelo Sistema Único de Saúde está relacionada com a perspectiva da cidadania e da participação - que antes deste sistema, não eram

valorizados pelo Estado -, a exemplo do saber popular, do território como um potencializador de ações em saúde, do olhar do sujeito sobre a sociedade e da valorização da cultura. Assim, o SUS possibilita que o profissional de saúde desenvolva, em sua prática, uma reflexão crítica sobre as suas ações, sobre a sociedade e sobre o paciente (Moreira, 2008; Pereira et al., 2011).

Após a criação do SUS, o cuidado passou a ser realizado próximo aos cidadãos, não só porque os serviços passaram a estar próximos da população - como os da atenção básica -, mas porque o sujeito passou a ser considerado protagonista do seu cuidado, algo que no modelo biomédico não era valorizado. Além da ampliação do conceito de saúde e do modelo biopsicossocial, a lei nº 8.080/1990, que estabelece como devem ser realizadas as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, influenciou a formação e a atuação da Terapia Ocupacional, que ampliou as suas áreas de exercício profissional e passou a desenvolver práticas no eixo da promoção da saúde, algo que antes do SUS não era possível (Brasil, 1990a; Malfitano; Ferreira, 2011).

A partir dessa nova construção de cuidado em saúde, os terapeutas ocupacionais se inseriram em espaços que possibilitaram o desenvolvimento de intervenções que dialogassem com as proposições das políticas do SUS. Alguns dos profissionais entrevistados participaram da criação de serviços que realizavam um ‘cuidado em liberdade’, da criação da política nacional de saúde mental e da organização e treinamento de equipes para trabalharem no SUS. Essas mudanças paradigmáticas ocorridas na profissão não foram direcionadas ao desenvolvimento de práticas isoladas, como acontecia no início da profissão - a exemplo da reabilitação restrita aos membros superiores - , mas a partir da compreensão das demandas do sujeito, do alinhamento com as políticas que regulamentavam esses serviços e do trabalho realizado de forma intersetorial e multiprofissional. Deste modo, cabe ressaltar a importância da Terapia ocupacional nessas produções coletivas, contribuindo com elas ou sendo influenciada pelo seu contexto (De Carlo; Bartalotti, 2001; Malfitano; Ferreira, 2011).

A realização desse novo processo de trabalho levou a Terapia Ocupacional a se distanciar dos fundamentos do modelo biomédico, ocasionando mudanças na formação profissional, a qual passou a incorporar a compreensão das dimensões dos sujeitos em sua integralidade, envolvendo os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

“Vislumbrar os sujeitos em sua integralidade significa compreendê-los em seu contexto sócio-histórico-cultural e econômico, admitindo-o como um ser

biopsicossocial, buscando, por meio do acolhimento e da escuta qualificada (condutas preconizadas pelo SUS), identificar as reais necessidades do indivíduo de forma a propiciar a ele a possibilidade de exercício de seus direitos e, com isso, a qualidade de vida de forma continuada.” (MALFITANO; FERREIRA, 2011, P. 107).

A Terapia Ocupacional que emerge e se reconstrói com a redemocratização e a construção do SUS, desenvolve suas práticas cuidado não *para* o sujeito, mas *com* o sujeito. Ela passa a considerar o biopsicossocial, a integralidade, a responsabilidade política e uma visão crítica sobre as questões sociais e relacionais que permeiam a saúde, contribuindo para o fortalecimento das ações do SUS e para a contínua construção de uma saúde cidadã (Malfitano; Ferreira, 2011).

5 CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento desta pesquisa, é possível afirmar que houve participação da Terapia Ocupacional na construção e na legitimação do Sistema Único de Saúde e que esta aconteceu pela coletividade entre profissionais da saúde, movimentos sociais e universidades, por meio do Movimento de Reforma Sanitária Brasileira. Foi possível, também, identificar que essa participação ocorreu na construção e na defesa da proposta do SUS, bem como nas ações voltadas a seu fortalecimento.

Recordando memórias e recriando cenas, foi possível iniciar um processo de preencher as lacunas existentes na sistematização e publicização da relação histórica da constituição da Terapia Ocupacional com a construção do SUS, principalmente no que diz respeito à participação da profissão durante o processo de redemocratização. Fez-se possível observar o quanto a atuação e a formação em Terapia Ocupacional vêm se alinhando com o que se propõe ser o SUS, em especial no que se refere à garantia de acesso e de inclusão de grupos populacionais historicamente excluídos de processos de cuidado em saúde.

Elucidar a forma como ocorreu a participação de terapeutas ocupacionais na consolidação e legitimação do SUS, contribuirá para a ampliação de debates acerca da participação da categoria profissional em lutas sociais e de como estas impactam o cotidiano, a formação e a atuação da profissão. Nesse sentido, as memórias dos terapeutas ocupacionais que participaram desta pesquisa contribuíram para que temáticas que relacionam a história da Terapia Ocupacional com a do SUS pudessem ser discutidas e vistas sob uma perspectiva histórica.

Em relação à construção da proposta do SUS, os terapeutas ocupacionais fizeram-se presentes nas Plenárias Municipais e Estaduais de Saúde, onde ocorreram discussões acerca da ampliação do conceito de saúde, bem como na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual essa ampliação foi consolidada e a saúde foi definida como direito de todos e dever do Estado. No que diz respeito à defesa da proposta, os terapeutas ocupacionais atuaram na articulação para a abertura de serviços públicos de saúde, na criação de vagas para a profissão nesses espaços, no Movimento de Diretas Já e em manifestações em defesa da consolidação do SUS e da anulação do SUDS. Com relação ao fortalecimento do SUS, foram identificadas ações relacionadas à participação da profissão na Reforma Psiquiátrica Brasileira, na criação da política nacional de saúde mental, na criação de serviços públicos sob o viés da desinstitucionalização e na consolidação do SUS através do controle social.

A atenção à saúde antes do SUS não era universalizada e nem abarcava as necessidades da população, o que motivou a luta coletiva por uma saúde cidadã, em que a população fosse protagonista do seu processo de cuidado através da autonomia e da participação. Também cabe ressaltar a importância dos movimentos sociais e da participação do movimento estudantil no processo de construção do SUS e na defesa da democracia, pois esses atores sociais resistiram com coragem e perseverança aos anos da ditadura e acreditaram na democracia, mesmo quando sua conquista parecia tão distante. A Reforma Psiquiátrica também compôs a narrativa dos terapeutas ocupacionais entrevistados, colocando em evidência uma população historicamente negligenciada dos processos de cuidado e da vida em sociedade e preconizando o cuidado em liberdade, a humanização e a cidadania como parte do cotidiano dessa população.

Ademais, entraram em cena as mudanças paradigmáticas da profissão e como estas foram influenciadas pelo paradigma biopsicossocial e pelo processo sócio-histórico da luta pela redemocratização, responsável por conquistas significativas no que se refere à garantia de direitos relacionados à seguridade social, tendo como grandes marcos a constituinte de 1988 e a criação do SUS. Baseado nos princípios da integralidade, da equidade e da universalidade, as práticas de atenção à saúde desenvolvidas no SUS passaram a ocorrer, em grande parte, a partir de abordagens territoriais e comunitárias, tendo as pessoas atendidas como protagonistas desse processo. A formação e a atuação da Terapia Ocupacional foram influenciadas por essa maneira de ofertar o cuidado, uma vez que a criação, os princípios e as proposições do SUS contribuíram significativamente para que a profissão pautasse suas

intervenções em objetivos como a transformação social e o desenvolvimento de práticas emancipatórias que dialogassem com a autonomia e a cidadania.

Os fatos elucidados por esta pesquisa podem contribuir para a historicidade da profissão, possibilitando reflexões acerca da formação e da atuação da Terapia Ocupacional, no que diz respeito às mudanças nelas ocorridas durante o período sócio-histórico da redemocratização. Também possibilita reflexões acerca do protagonismo social da população na proposição e efetivação da atenção à saúde, que deve continuamente ser conquistado, bem como sobre a participação da profissão em lutas sociais. Assim, algumas lacunas puderam ser preenchidas e as cenas que compõem a narrativa apresentada devem ser observadas, reavaliadas e discutidas.

O que se inicia com a construção desta pesquisa são fatos históricos que devem continuar sendo investigados e apreciados. Que possamos olhar para as cenas históricas e não esquecer os personagens que construíram a narrativa e prosseguir com a defesa e o fortalecimento do que precisa ser continuamente conquistado: cidadania, democracia, acesso a direitos sociais e cuidado humanizado.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde Mental e atenção psicossocial**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007, p. 120.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2011. p. 281.
- BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de construção e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Política e Trabalho** (online), v. 1, 2014, p. 391 - 404.
- BARROS, C. M. X. Movimento estudantil nos idos de 1964 - 1968: História de resistência à ditadura militar. Ed. **Aluz Científica**, Mongaguá, 1 ed, 2023, p. 105.
- BRASIL, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990a.
- BRASIL, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília, 1990b.
- BRASIL, Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Diário Oficial da União, Brasília, 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2022**. Diário Oficial da União, Brasília, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, Brasília, 2012, p. 110.
- CARLO, M. M. R. P. ; BARTALOTTI, C. C. Caminhos da Terapia Ocupacional. In: CARLO, M. M. R. P. BARTALOTTI, C. C. (Org). **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus, 1 ed. 2001, p. 19-40.
- CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. et al (Org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. Cortez, São Paulo, 1 ed. v. 01, 2006, p. 1-29.
- CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, Reforma Sanitária e Educação Pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Florianópolis, vol. 35, n. 4, 2006, p. 16 - 24.
- FALLEIROS, I; LIMA. J. C. F. Saúde como direito de todos e dever do estado. in: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro. Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. p. 239-246.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico social. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, São Paulo**, v. 14, n. 3, 2003. p. 104-109.

GALHEIGO, S. M, et al. Produção de conhecimento, perspectivas e referências teórico-práticas na terapia ocupacional brasileira: marcos e tendências em uma linha do tempo. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 4, 2018. p. 723-738.

LARROSA, J. B. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. In: LARROSA, J. B. **Tremores: escritos sobre experiência**. Autêntica, Belo Horizonte, 1.ed, 2021, p. 15-34.

MARSHALL, T. H. **Cidadania e classe social**. Editora Unesp, São Paulo, 1 ed. 2021, p. 128.

MALFITANO, A. P. S; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011.

MAGALDI, F. **Das memórias de Nise da Silveira no Hospital Psiquiátrico do Engenho de Dentro**. Mana, Rio de Janeiro, v.25, 2019, p. 635-665.

MATTA, G. C. Principios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: PONTE, C. F; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/COC; FIOCRUZ/EPSJV, 2010. p. 247-255.

MAXIMINO, V. S. ; TEDESCO, S. Rotina, hábitos, cotidiano: no banal e no sutil, a trama da vida. In: Matsukura, T.S; Salles, M.(Org.). **Cotidiano, atividade humana e ocupação: perspectivas da Terapia Ocupacional no campo da saúde mental**. EDUFSCAR, São Carlos, 1 ed, 2016, p. 123-146.

MELO, A . M. C. Apontamentos sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, 2012, p. 84-95.

MOREIRA, A. B. Terapia Ocupacional história crítica e abordagens territoriais/comunitárias. **Vita et Sanitas**. Trindade. v.2, n. 2, 2008. p. 79-91

MUTZENBERG, R. Movimentos sociais: entre aderências, conflitos e antagonismos. **Revista Eletrônica - Ciências Sociais**. Vitória: CCHN, UFES, v. 1, n. 9. 2011. p. 127-143.

OSMO, A. SCHRAIBER, L. B. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 24, 2015. p. 205-218.

OLIVEIRA, L. A saúde antes do SUS. **Radis Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro. 2022. Disponível em: < <https://radis.ensp.fiocruz.br/reportagem/a-saude-antes-do-sus/> >. Acesso em 03 de set. de 2023.

OLIVEIRA, P. V. B. Caminhar e Lutar. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO**, Rio de Janeiro, v.3, 2019, p. 1-8.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira**: contribuição para a compreensão e crítica. Salvador: Edufba; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 358.

PAIVA, A. R. Cidadania, reconhecimento e ação afirmativa no ensino superior. **Civatas**, Porto Alegre, v. 15, n.4, p. 127 - 154, 2015.

PEREIRA, T. T. S. BARROS, M. N .S; AUGUSTO, M. C. N. A. O Cuidado em Saúde: o Paradigma Biopsicossocial e a Subjetividade em Foco. **Mental** - ano IX - Barbacena, n. 17, 2011, p. 523-536.

REIS, S. C. C. A. G.; LOPES, R.E. O início da trajetória de institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: o que contam os(as) docentes pioneiros(as) sobre a criação dos primeiros cursos. **Revista Brasileira de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 2, 2018, p. 255-270.

RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, 2008, p. 72-75.

SANTOS, A. F; JESUS, G. G; BATTISTI, I. K. Entrevista semi-estruturada: considerações sobre esse instrumento na produção de dados em pesquisas com abordagem qualitativa. **Salão do Conhecimento**, v. 7, n. 7, 2021. P. 1-5.

SANTOS, J. S. A repreensão ao Movimento Estudantil na Ditadura Militar. **Aurora**, Marília, v.1, n. 5, 2009, p 101-108.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T; COSTA-ROSA, A. Do tratamento moral à atenção psicossocial: a terapia ocupacional a partir da reforma psiquiátrica brasileira. **Interface**, Botucatu, V. 21, N. 63, 2017, p. 845-56.

SILVA, J. A. A. ; COSTA, E. A. ; LUCCHESI, G. SUS 30 anos: Vigilância Sanitária. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 23, 2018, p. 1953- 1962.

SILVEIRA, R. J. O legado dos movimentos sociais nos anos 70 e 80. **Revista Mediações**, Londrina, v.5, n.1, 2000,p. 79-94.

SIMSON, O. R. M. V. Memória, cultura e poder na sociedade do esquecimento. **Revista Acadêmica**, v. 1, n.6, 2003, p. 14-18.

SOARES, A.; CRUZ, D. P. **Ulisses Pernambucano, o pioneiro**. Marco Zero Conteúdo, 2016. Disponível em: <
<https://marcozero.org/ulysses-pernambucano-o-pioneiro/#:~:text=Em%201930%2C%20assumiu%20a%20dire%C3%A7%C3%A3o,instituiu%20t%C3%A9cnicas%20de%20terapia%20ocupacional> > Acesso em: 14 de abril de 24.

SOARES, L. B. T. **Terapia Ocupacional**. Lógica do capital ou do trabalho?. São Paulo, HUCITEC, 1. ed, 1991, p. 217.

STOTZ, E. N. A. Educação popular nos movimentos sociais pela saúde: uma análise de experiências nas décadas de 1970 e 1980. **Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v.3 n.1, 2005. p. 9-30.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. **Atlas**, São Paulo. 1987. p. 175.

VASCONCELOS, E. M. VASCONCELOS, M. O. D. ; SILVA, M. O. A. A contribuição da educação popular para a reorientação das práticas e da política de saúde no Brasil. **Revista da FAEBA**, Salvador, v. 24, n. 43, 2015, p. 89-106.