

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS PRÁTICAS SOCIAIS

Regina Marsiglia*

Ricardo Bruno Gonçalves**

Edgard de Assis Carvalho***

A partir desse número trazemos a publicação de comunicações e debates apresentados durante o 2º. ENCONTRO de DOCENTES de TERAPIA OCUPACIONAL em Agosto de 1988. Esse evento, promovido conjuntamente pela Universidade de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Universidade Federal de São Carlos, possibilitou uma série de reflexões cuja atualidade dos temas e as importantes contribuições de diferentes profissionais motivou-nos a viabilizar sua divulgação através da REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP. Agradecemos aos colegas que forneceram todo esse material, gravado e posteriormente trabalhado por Marta Carvalho de Almeida, Maria Auxiliadora C. Ferrari, Berenice Rosa Francisco, Roberto Ciasca, Léa Beatriz T. Soares, Maria Heloisa da Rocha Medeiros e Lilian Vieira Magalhães.

As comunicações que vieram enriquecer o Debate desse número, mantendo os contornos da forma da comunicação oral, são contribuições de intelectuais reconhecidos no meio acadêmico, reunidas através do Painel "A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS PRÁTICAS SOCIAIS". Os debates foram iniciados através da apresentação das comunicações de Regina Marsiglia, Ricardo Bruno Gonçalves e Edgard de Assis Carvalho.

Prof^a. Regina Marsiglia

Primeiramente queria agradecer o convite para participar desta mesa e fazer votos para que vocês consigam discutir um pouco mais tranquilamente os dilemas que a profissão e a área têm enfrentado, já que não é possível resolvê-los no espaço deste Encontro.

Alinhavei seis pontos para a exposição inicial que dizem respeito ao trabalho de um

conjunto de profissões, entre as quais está a terapia ocupacional. Começaríamos discutindo a concepção de "trabalho", posteriormente de "trabalho profissional", em seguida o trabalho em nossa sociedade, e finalmente o trabalho no campo da saúde, e aí, o trabalho do terapeuta ocupacional.

Uma das características fundamentais do ser humano é a capacidade de transformar, modificar, e atuar sobre o meio em que vive, e, nessa ação, desenvolver uma série de

* Do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 - CEP 01221 - São Paulo, SP

** Do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º. Andar - CEP 01246 - São Paulo, SP

*** Do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Ministro Godoi, 969 - 4º. Andar - CEP 05015 - São Paulo, SP

explicações a respeito da própria prática: assim na sua gênese tivemos uma união entre a teoria e a prática. No entanto, no decorrer do processo histórico essa união foi desfeita e, mais do que isto, a diferenciação social acabou por permitir que determinados segmentos sociais passassem a monopolizar a produção do conhecimento. Seja o conhecimento filosófico, seja o conhecimento metódico que impulsionou a ciência moderna.

Historicamente também se processou uma divisão no interior da própria prática, levando de um lado à especialização técnica e de outro, à perda de controle do trabalhador sobre seu trabalho.

A sociedade capitalista com o extenso processo de industrialização representou o mais alto grau de divisão técnica e social do trabalho; mas a divisão não se deu somente na produção material da vida. Um processo de parcelamento vai aparecer também no setor terciário de produção, e particularmente no ramo de prestação de serviços. Isto vem acontecendo com a área de saúde, onde a Terapia Ocupacional encontrou sua inserção privilegiada.

A primeira característica da área da saúde é que ela pertence ao ramo da prestação de serviços, e como tal não se envolve imediatamente com a produção material da sociedade. Durante muito tempo os serviços foram destinados aos segmentos marginalizados da população, isto é, aos grupos de indivíduos que não estavam inseridos no processo de produção. A estes se dirigiam as atividades caritativas e filantrópicas de organizações leigas e religiosas.

Após a proclamação da República no Brasil essas atividades vão ter grande impulso e a área passa por transformações importantes: vão dirigir-se também aos grupos de trabalhadores efetivos e constituir-se em atividades sob a orientação do poder público, quando não um conjunto de ações

executadas pelo próprio Estado. Constituir-se uma Previdência Social nos moldes de um Seguro Social, do qual algumas categorias profissionais terão acesso mediante contribuição financeira prévia a esta experiência Wanderley Guilherme dos Santos^{*} denomina de constituição de uma “cidadania regulada” no país.

Este processo permitiu uma ampliação das atividades na área da saúde e transformações importantes na prática institucional: se antes, a prática privilegiada havia sido a asilar, no sentido de “localizar” e “circunscrever” os grupos carentes da população, a partir de então seria preciso buscar uma série de ações de caráter mais técnico que pudessem obter a cura ou deter o processo patológico em desenvolvimento. Além destas, outras ações também se faziam necessárias: ações de prevenção e de reabilitação.

Ao mesmo tempo que o campo se amplia há exigências de incorporação de novas profissões: o campo vai passando por uma divisão técnica do trabalho e um rearranjo das práticas institucionais que implicam em novas acomodações de poder e da hierarquia institucional.

Outro ponto importante a discutir refere-se à concepção do que seja “uma profissão”: podemos analisar uma profissão pelo seu “lado interno”, isto é, pelos elementos que a constituem; mas existe um outro enfoque que privilegia as implicações sociais e as condições em que se dá o exercício profissional. Parece-nos que se estabelecessemos uma ligação entre esses dois enfoques, teríamos realmente uma abordagem mais rica e mais proveitosa para o entendimento das determinações mais amplas de uma profissão. Quando uma profissão se desenvolve, tenta apropriar-se de uma área do conhecimento e obter o domínio de um conjunto de técnicas. Historicamente, algumas áreas do conhecimento foram apropriadas por algumas profissões mais antigas e quando novas

* SANTOS, Wanderley Guilherme, Cidadania e Justiça, Ed. Campus.

profissões surgem para compartilhar o mesmo objeto de atuação, acabam por serem vistas como um conjunto de técnicas apenas. Técnicas com as quais os profissionais podem trabalhar e até ter um certo “monopólio” na sua execução; no entanto esse monopólio não chega a conferir grande autonomia ou maior poder aos que a exercem - o exercício dessas profissões apresenta-se como subordinado ao exercício das profissões dominantes.

Essa tendência tem sido observada no desenvolvimento da área da saúde e entre as “novas” profissões encontramos a Terapia Ocupacional: há uma discussão muito grande a respeito do caráter da profissão e da maneira como deva ser exercida nas instituições.

Outro ponto importante a se considerar é o que denominamos de “exercício liberal” de uma profissão: um trabalho que se realiza com autonomia e independência em que o próprio profissional determina as condições materiais e técnicas de seu trabalho, controla a jornada de trabalho, a clientela a que se destina e o nível de intervenção. Esta forma de exercício profissional tem sido cada vez menos frequente na sociedade capitalista e particularmente na área da saúde. Para a maioria das profissões esta possibilidade já nem existe, mas algumas ainda parecem conservar alguns traços de caráter liberal que podem ser observados pela:

1 — presença de um Código de Ética Profissional;

2 — por uma forma concreta de execução da prática sem caráter rotineiro muito extenso; há sempre uma certa “margem de manobra” em que o profissional pode executar sua prática.

3 — por uma relação algo “singular” com a clientela que se efetiva através de um contato direto com o consumidor de seu trabalho.

A permanência destes traços permite ao profissional, dependendo da maneira como

interpreta o papel profissional, encaminhar algumas propostas de trabalho que ultrapassam a demanda institucional imediata ou a definição do que “seria” para a instituição a atividade daquela profissão, o que de algum modo amplia um pouco o denominado “campo de autonomia profissional”.

Outra característica importante quando se trata de analisar a Terapia Ocupacional é que, como acontece com várias outras profissões, como é o caso da Nutrição, do Serviço Social..., suas atividades se encaixam na prática institucional como auxiliares e subsidiárias às atividades que são essenciais para o atendimento dos objetivos institucionais. O caráter de ação complementar faz com que tenham poucas possibilidades de expandir seu trabalho. Assim, se de um lado, como profissões novas, sem monopólio de uma área de conhecimento, estas profissões parecem meio “fluidas”, o que lhes permite fazer algumas propostas “inesperadas”, ampliar um pouco seu espaço de atuação, de outro lado, o caráter subsidiário fecha-lhes outras “portas.

No caso da saúde, o peso e a hegemonia da prática médica é constantemente apontada: isto pode ser explicado pela antiguidade e tradição da medicina e pela predominância das explicações de caráter biológico no processo saúde-doença.

Sendo esta a explicação dominante, as profissões que detêm o monopólio do conhecimento na área do biológico podem influir mais no poder institucional e estabelecer com as outras profissões, relações de dominação dificultando-lhes ainda mais o exercício profissional.

A introdução e a presença das outras profissões na área da saúde tem ocorrido em meio a uma série de conflitos e algumas tentativas de rearranjo institucional. No meio dos conflitos uma proposta aparece com muita insistência como passível de resolver grande parte da problemática. Por isso devemos nos deter um pouco na sua análise: trata-se de algo que tem se transformado quase que em um “mito” no interior

das instituições, que é a proposta do “trabalho em equipe”.

Sabemos que esta proposta é constantemente apresentada como uma solução para os problemas que afligem as profissões subsidiárias. No entanto, quando se fala do “trabalho em equipe” deixa-se antever uma concepção interessante: não se nega a divisão anterior que se faz em relação ao objeto do trabalho institucional e até se chega a confirmá-la. O que se pretende quando se propõe o “trabalho em equipe” é que haja uma reunião desse objeto, isto é, uma recomposição da totalidade, pela articulação do conjunto das atividades que no interior da prática institucional responderiam por “aspectos” diferentes e parciais do objeto. E se vai além neste raciocínio: considera-se que a maneira mais adequada de recuperar a totalidade do objeto e evitar os conflitos no cotidiano da prática institucional dependeria de uma clara definição prévia das atribuições de cada profissão.

Definindo-se os espaços, os poderes e os monopólios dos profissionais evitar-se-ia conflitos desnecessários e o processo de recomposição do objeto se daria em uma experiência bastante positiva para todos os participantes.

Por trás desta proposta há uma visão muito peculiar: a idéia de que o “todo” pode ser apropriado e dividido de início em suas partes constitutivas, e depois recomposto na sua totalidade pela simples justaposição das partes.

Por outro lado, a idealização do que seja o “trabalho em equipe” é muito diferente entre os vários profissionais e agentes institucionais. Há alguns anos atrás fizemos uma série de entrevistas dentro do hospital a respeito do que os funcionários pensavam sobre o trabalho em equipe. Acabamos por perceber que para os médicos, profissão hegemônica na área, a “equipe” era constituída apenas pelos profissionais médicos, equipe era sinônimo de equipe médica. Quando se passava para os demais profissionais de nível universitário, o discurso se

fazia em torno da necessidade de constituir uma equipe “multiprofissional” o das grandes dificuldades ou, praticamente da impossibilidade de constituí-la, pela falta de espaço e de poder que os profissionais “não médicos” encontravam no exercício de suas atividades. Quando se indagava ao pessoal de nível médio sobre a questão da “equipe” percebia-se que esta questão não os preocupava muito porque tinham mais claramente definidas suas funções; o que mais se constituía como objeto de suas queixas eram as relações de subordinação que mantinham com sua chefia imediata. E, quando se abordava o pessoal de nível elementar eles consideravam que o trabalho em equipe era muito “perigoso” porque poderia permitir que um “colega” jogasse todo o peso e responsabilidade do trabalho sobre ele; preferiam uma divisão de trabalho muito clara e com linhas muito rígidas que isolassem umas funções das outras.

Estamos querendo mostrar com isto que a idéia de que o “trabalho em equipe” pudesse recompor a totalidade e definir melhor os espaços institucionais não era tão consensual e que mesmo a concepção do que fosse uma “equipe” de trabalho era bastante diferenciada entre os funcionários de uma mesma instituição.

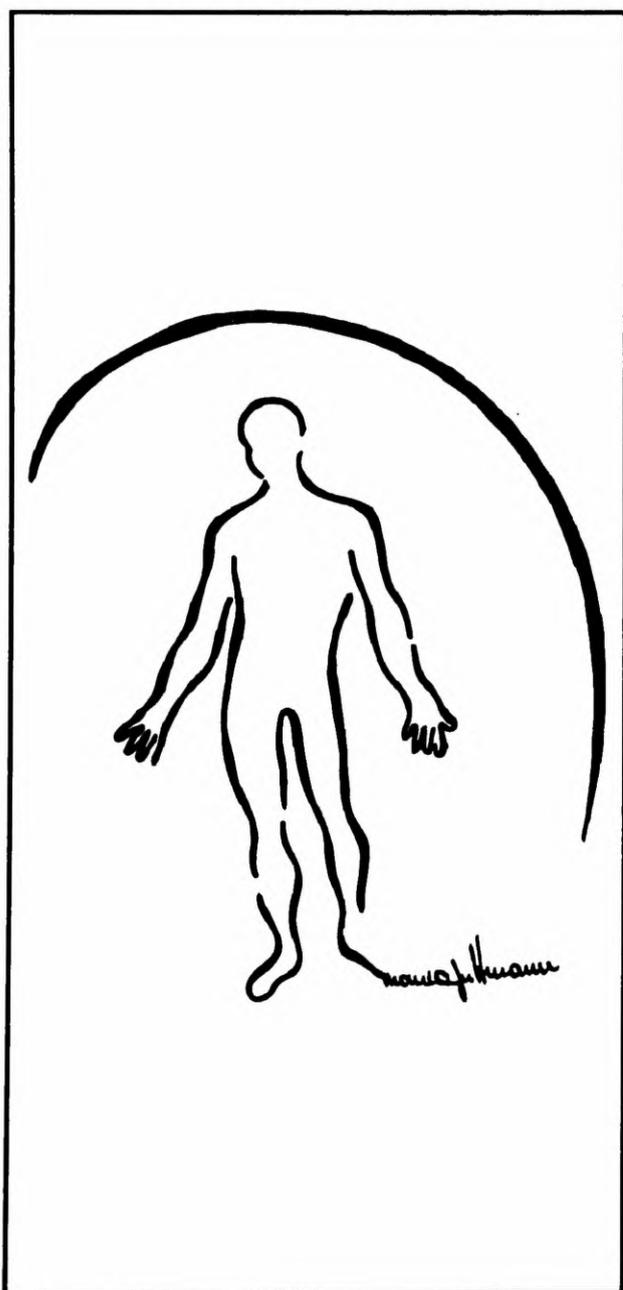
Outra questão em que devemos pensar sobre a possibilidade de recompor o objeto a partir de suas partes: será que não se perde sua unidade? Não seria mais adequado apresentar a questão de uma outra maneira? Isto é, o objeto deveria ser discutido na sua totalidade de início, mesmo que cada profissional pudesse abordá-lo de um determinado ângulo de modo mais profundo, trazendo seu aporte para o conhecimento geral, e a “divisão” só se faria “a posteriori” até para facilitar o momento de execução das ações. A fragmentação do objeto já de início traz problemas muito grandes na sua abordagem, e a recomposição de sua unidade a posteriori parece-nos quase impossível.

Para terminar, gostaria de reafirmar que trouxe estas questões para que pudéssemos pensar um pouco sobre o caráter das profis-

sões subsidiárias nas instituições, como é o caso da Terapia Ocupacional, e até pensarmos um pouco sobre alguns dos “mitos” que se difundem no trabalho institucional, e que merecem ser revistos.

Prof. Dr. Ricardo Bruno Gonçalves

Bem, eu até preferi falar na frente do Edgar, porque uma grande parte das coisas que eu tenho a dizer, de certa forma, ficam embasadas pelo que a Regina colocou antes. Já era mais a minha intenção a de fazer uma provocação, na minha participação preliminar para enriquecer o debate, do que propriamente de fazer uma exposição acabada, amarrada, de qualquer tipo de consideração.



E quando eu vinha vindo, estava pensando se iria conseguir fazer umas tantas provocações sem colocar um quadro de referência. Como a Regina já expos brilhantemente o que eu precisava como referência, posso assumir um tom um pouco mais sistemático em minhas considerações, e talvez assim complementá-la, e possamos conseguir trazer juntos boas sugestões para o debate. Vou tentar. Alguém protestou contra a não apresentação da Regina e eu devo protestar contra a apresentação que a Maria Heloisa fez de mim mesmo. Eu tenho muito orgulho de ter feito curso de graduação em Medicina, como teria muito orgulho de ter feito curso de graduação em qualquer coisa, mas isso é um passado que não tem a ver com minha atividade profissional de 15 anos, que é de pesquisador e professor universitário, não de médico. Até gostaria de ser médico, ganharia bem, mas não sou. Sou professor universitário, desta área de Medicina Social que nem vou tentar dizer o que é, mas que enfim cruza muito com as preocupações que eu percebo que vocês querem discutir. Por isso acho que eu e a Regina estamos aqui: nós somos da mesma área, já há todo esse tempo, pois começamos juntos. E, enfim, uma área na qual as perspectivas mais corporativas das profissões ficam um tanto descombinadas das trajetórias, das tradições pelas quais a gente vem passando. De tal forma que se eu não tivesse alguma coisa a contribuir para que uma profissão, uma qualquer, organizasse melhor as suas lutas e achasse os seus espaços, eu iria esconder essa coisa. Não quero ajudar. Não quero ajudar porque não penso a mim mesmo fazendo parte de um esforço de preservação de espaços profissionais. Tudo que a Regina descreveu, e que enfim sintetiza um esforço de compreensão numa área como a sociologia das profissões, mostra uma maneira de organizar parte da superestrutura de trabalho, em suas relações com a estrutura do trabalho, que corresponde a uma forma histórica de reprodução social na qual vivo, mas que pretendo ajudar, com migalhazinhas, a superar, no sentido de ir mais para a frente, melhorar as coisas.

Nesse sentido de superar, uma das coisas que servem de obstáculo é tomar a profissão como algo desejável ou como algo anistórico, como algo dado, como uma espécie de modelo invariante, a partir do qual a gente tem que deduzir as coisas. O que não quer dizer, tampouco, que se devesse ir para o outro extremo e dizer: abandone-se essa história toda de “profissões”, porque não se deve preocupar com profissões, esqueçamo-nos que existem. Não dá para fazer assim, na história. A gente tem que trabalhar com ela e ao mesmo tempo contra ela, simultaneamente. Mas eu acho importante que vocês pensem o tema da profissão dessa maneira, se é que eu tenho alguma coisa a dizer para vocês: que o meu trabalho de 15 anos repetindo, foi o de percorrer de alguns ângulos, não muitos, junto com muitas outras pessoas, no Brasil e no Mundo, o estudo do trabalho em saúde, tentando reconhecer suas características, e sempre tomando a existência das profissões como um dado estrutural dele, mas como um dado histórico. Bom, uma das provocações que eu queria fazer era justamente a da relação entre a constituição da profissão ou da “subprofissão” e a produção de conhecimento na área. Regina tocou neste ponto e eu vou retomá-lo, particularizando um pouco algumas coisas. É interessante que, embora eu possa estar enganado, mas talvez até pela minha tradição de estudo, eu tenho participado de reflexões desse tipo com vários “tipos”, digamos assim, de profissões na área da saúde, sendo esta a quarta de que eu me lembro. E não com médicos, porque não parece que haja um problema para eles, colocado da mesma forma que para os demais. Entretanto, em dezembro de 1987 participei de um congresso de ética médica no Brasil, no Rio de Janeiro, que refazia o código de ética, um congresso até histórico do ponto de vista de ter adotado uma sistemática de trabalho extremamente bonita que foi a da indicação de delegados por eleição desde as bases até a constituição do colégio que votou o novo código, um código que tem inúmeras atualizações importantes, e no entanto ignora essa temática solene e olímpicamente e não por má fé, mas simplesmente por nem pas-

sar pela cabeça de ninguém que existam outros tipos de trabalhadores e trabalhos na área de saúde que não sejam o dos médicos. E foi isso que eu coloquei em minha participação naquele congresso. Os médicos não realizam o trabalho de saúde inteiro. Dependem eles de um grande número de outros profissionais e trabalhadores, funções do trabalho: por um lado, profissões estabelecidas ou por estabelecer, ou se desestabelecendo, por outro, tanto faz, mas, enfim, não é possível imaginar um código de ética apropriado ao trabalho de assistência à doença apenas a partir dos valores dos médicos. As pessoas presentes só olharam espantadas, porque evidentemente o que acabei de dizer é razoável, mas elas nem tinham pensado nisso, o que não é casual. Há razões que explicam não pensar nisso, assim automaticamente, espontaneamente, como parte da estrutura do trabalho em saúde. É bastante lógico e fácil de intuir.

Depois disso participei de 2 encontros na área de enfermagem, com o mesmo tipo de preocupação. Um deles com ênfase na pesquisa, o outro com ênfase nas rearticulações no trabalho, e um encontro, também, de uma categoria médica “maldita”, que é a dos médicos sanitaristas. “Maldita”, eu digo, porque de certa forma diverge no seu objeto de trabalho do objeto tradicional da medicina e encontra, a partir daí, imensas dificuldades de se profissionalizar, inclusive. Daí que até, às vezes, eles se colocam na posição de perguntar se não será melhor abandonar essa “perspectiva” médica e provocar recompor de outra forma o trabalho, as relações com o resto dos trabalhadores, ao invés de partir de perspectiva tão corporativa. Quer dizer, para eles médicos sanitaristas, a questão da “profissão” aparece como um dado relativo e histórico, de maneira que também é automática. Em todas essas coisas que referi creio que, primeiro, há um fato que se deve registrar e tentar ver se faz algum sentido: a ocorrência, na sociedade brasileira, ultimamente, digamos nessa conjuntura que se atravessa, dessa mesma preocupação simultaneamente em diversos lugares, o que pode ser absolutamente ca-

sual ou estar representando alguma coisa, em termos de crítico, nas relações entre os diversos postos do trabalho, sobretudo quando se repensa a questão saúde e quando se definem alguns de seus parâmetros, como ocorreu na Constituição. O ponto que eu tenho explorado nessas reflexões, junto com os colegas da área de saúde, é sobretudo o da relação da prática com a construção de objetos de conhecimento, que com algumas mediações se transformam em objetos de prática. Uma dessas características de todos os estudos de profissão pelo mundo afora é tomarem a profissão médica como uma espécie de estereótipo. Pode-se supor que seja uma questão de escolher um bom exemplo, mas não se trata exatamente disso: é que como profissão, foram os médicos que fizeram essa coisa, mais do que qualquer outro grupo profissional, e é deles que se infere o que caracteriza a profissão. Uma das características da constituição do médico como profissional, uma das características da organização desse conjunto de trabalhadores na sua relação entre si, com o trabalho e com a sociedade para obter certas prerrogativas através da negociação de certos deveres, mais prerrogativas que deveres, uma das características disso foi ao mesmo tempo subprofissionalizar os outros trabalhadores que participam do mesmo campo. Isso não é uma invenção recente, é parte do resultado de estudos feitos por Freidson nos Estados Unidos. Quer dizer, ele não se profissionalizou apenas a ele, mas profissionalizou-se subprofissionalizando a enfermeira, acima de tudo, e todas as coisas que circulam ao redor do trabalho de enfermagem enquanto função; não dá para desvincular uma coisa da outra.

Qualquer reflexão, qualquer proposta a médio e longo prazo, de repensar um pedaço qualquer do trabalho de saúde e que faça a mesma coisa que os médicos fizeram, ignore os médicos, partindo do suposto de que é possível atuar sem eles, encontrará o mesmo tipo de problema. Quer dizer, em termos de estratégia é preciso pensar em relação ao conjunto do trabalho. E no conjunto do trabalho, tomando por referência o estereótipo

médico de profissionalização, ocorre uma coisa muito original, que é fazer coincidir o objeto de estudo de cientistas que se diziam médicos, com o objeto de prática de médicos que se diziam cientistas. Sendo que todo mundo acreditou nisso tudo, porque até certo ponto isso era verdade. Quer dizer, eles eram práticos e cientistas ao mesmo tempo. No princípio do século passado, até que fazer ciência na área da patologia, da fisiologia e de clínica se tornasse tão complexo, que não fosse mais possível fazer essa coisa junto com a prática médica, pelo menos para a imensa maioria das pessoas que trabalham nesse campo. Mas o médico fez isto que nenhum outro profissional fez com tanta proficiência: juntar investigação e a prática. Evidentemente que esse “juntar” lhe traz uma vantagem muito grande nessa coisa que a Regina definiu como monopólio: a construção - e foi árdua - do monopólio de definir o que é o objeto de trabalho, que também é uma coisa histórica em qualquer área de praxis humana. Não foi por revelação divina que se soube quais são os objetos de trabalho, o homem os recortou sempre, de diversos modos. Numa certa altura da história da humanidade aparece, há muito pouco tempo - um século e meio, dois - aparece um conjunto de agentes sociais que propõe um recorte clínico-biológico, luta por ele, luta com extremo brilhantismo e ganha um monopólio que não encontra paralelo. Uma autoridade que é indisputada de maneira paradigmática. O médico é invejado, eu suponho, não apenas por todos os outros pretendentes a profissionais na área da saúde, mas pelos pretendentes a profissionais em qualquer área. Em termos de acabamento de uma corporação, ele é um exemplo, porque ele é a própria invenção disso. Quem fez a receita de corporação antes? Deduziu-se do médico, como deve ser uma profissão. Enfermeiros, TO's (eu não sei, conheço TO's através de amizades e do trabalho como um trabalho belíssimo, feito pela Léa em São Carlos, uma reflexão a respeito da origem e do desenvolvimento da prática de Terapia Ocupacional) até onde eu conheço, não enxergo muitas diferenças entre terapeutas ocupacionais, fisioterapeu-

tas, fonoaudiólogos, enfermeiros, todos os conjuntos de trabalhos relativamente menos qualificados de enfermagem, administradores, técnicos em informática, etc., etc., e o que mais vá se juntando à constituição desse trabalhador coletivo consciente ou não da sua coletividade, que faz o trabalho de saúde. E todos esses outros trabalhadores têm uma dificuldade seríssima que o médico não tem. Nenhum deles têm, enquanto profissão, um objeto de pesquisa. Todos eles derivam a sua técnica de trabalho de objetos de pesquisa rigorosamente são de outras áreas de conhecimento e/ou outras profissões.

Caso exclusivo de exceção é o do médico. Enfermeiras, por exemplo. Nada proíbe uma enfermeira, como qualquer outra pessoa que um belo dia cometeu a imprudência de fazer qualquer curso de graduação, seja cientista. Só que ela vai construir esse objeto de investigação dentro de uma certa área. A “enfermerologia” é impensável. Assim como a terapia ocupacional, enquanto área de conhecimento, para mim, permanece sendo impensável. Enquanto área de prática, sim. Assim como a enfermagem. A enfermagem faz a sua investigação rigorosamente, predominantemente, na área de administração, na área de psicologia e na área de educação. A Terapia Ocupacional, em áreas conexas do mesmo tipo. A medicina finge que faz a sua investigação na medicina, mas ela faz a sua investigação em fisiologia e patologia, que são ciências conexas. Mas você jamais vai convencer ou questionar que isso não seja um trabalho da corporação como um todo. No caso dos trabalhos subprofissionalizados a coisa aparece ao contrário. E ficam esses trabalhadores como que obcecados à busca de um objeto próprio de conhecimento que talvez não seja achável de maneira nenhuma, porque a questão está mal posta. Pode ser resposta se a gente se distancia, olha o conjunto do trabalhador, e vê objetos situados de outras formas. É mais ou menos evidente, para mim, de longe, e eu creio que é importante que vocês notem isso, mesmo que não seja verdade, que vocês aparecem como

circulando ao redor de um objeto, de conhecimento, não de prática, que se inspirado na mecânica da anatomia humana, é perfeitamente compreensível, mas que certamente escapa a qualquer pretensão de vocês de recortá-lo de novo, ele já está recortado; já está recortado e conhecido, e aí de quem tentar se aproximar dele querendo conhecer outra vez. Se eu penso a terapia ocupacional fora dessa área de reabilitação física, eu vou cair, necessariamente na área de psicologia, que é, até por tradição, uma área onde circulam ao mesmo tempo diversas interpretações da realidade, colidindo, mas no fim, permitindo-se umas às outras, os seus espaços; nessa área a Terapia Ocupacional encontra, para mim, que olho de longe, muito mais inspiração para o reconhecimento de objetos para o trabalho de natureza relativamente autônoma, mas nem por isso encontra um objeto de conhecimento autônomo. Algum crime nisso? Nenhum. Não vejo nada de mais. Você quer fazer pesquisa? Faça. Em psicologia. Quer dizer, o nome dado tradicionalmente àquilo que você está pesquisando é psicologia. Você querer chamar aquilo de outra coisa pode ter um interesse político tático ou coisa que o valha, mas não muda a realidade. Não há uma “terapia-ocupacionalogia” possível, nem “enfermerologia”, nem “medicinologia”, até que se demonstre o contrário, que não está ainda demonstrado. Na aproximação de terapia ocupacional com a psicologia, assim como da enfermagem com a psicologia, assim como a medicina social com a psicologia em certos lugares no passado, abre-se a possibilidade de ainda um novo recorte, uma nova recomposição do objeto para estudo e para fazer suas mediações para a prática, que é social. E tenho dois cientistas sociais aqui do meu lado, para confirmar que certamente isso nem se coloca como questão na área das ciências sociais, do mesmo modo que para nós. Quer dizer, quais são os limites precisos que separam o sociólogo do antropólogo, do economista, do cientista político... Quer dizer, a idéia de profissionalizar o sociólogo, o antropólogo, o cientista político, a não ser o economista, enquanto tais, quer dizer, com sua seara

exclusiva na qual ninguém mexe - porque essa é minha, essa sou eu que sei - é uma idéia estranha, até meio sem sentido, hoje e aqui. Em alguns lugares continua com algum sentido, se comparado com o que acontece na área da saúde. O problema é que eles são realmente cientistas sociais. Nós não somos cientistas coisa nenhuma. Nós somos trabalhadores de saúde que ganharam muito e que pretendem continuar ganhando muito através de revestir o seu trabalho, tecnicamente muito competente, como um trabalho de investigação, quando não é. Há que separar essas coisas, necessariamente. Nesses encontros então, a que fiz referência, de subprofissionais em todos os casos, personagens a procura de um objeto de investigação, muito embora reine ainda uma certa indefinição, creio que é necessário modificar o trajeto para definir essas coisas.

Por isso, para os sanitaristas, os terapeutas ocupacionais, ou enfim, para os médicos também, porque não tenho nenhum preconceito especial contra eles nesse caso, na medida em que "queiram ser profissões", eu não tenho nada a dizer, por que eu não estudei nada que tenha a ver com receitas para construir profissões. À medida em que queiram refletir a respeito da organização do trabalho deles, pensando essa coisa, não como uma caixa vazia que tem que ser preenchida tecnicamente, mas como algo aberto para o futuro, eu acho que o primeiro passo necessário é o de buscar novas aproximações; para substituir aquela mitologia do trabalho coletivo que a Regina descreveu tão bem, por uma reflexão e recomposição de um trabalho que, não obstante as mitologias, é coletivo, como qualquer trabalho sobre a face do planeta é coletivo há muitos séculos. Há muito poucos exemplos de trabalhos que podem e devem continuar sendo exclusivamente individuais. A coletivização resultou em aumento de produtividade. Pior seria voltar para trás, para a miséria. Pensar essa característica coletiva do trabalho como agregação de partes leva a um certo tipo de ideologia, e um certo tipo de compromisso, a certas bandeiras e não outras na recomposição do trabalho em termos

de relações políticas e entre corporações, e relações entre essas corporações e o Estado e a Sociedade que afinal viabilizam a existência delas. Pode-se pensar de outro modo, não obstante. Pode-se, embora a sensibilidade a esse pensar não seja igual por todos os lados, mas eu gostaria que algumas pessoas ao menos, tentassem ir por aí, partir de outros supostos, separar as funções técnicas do trabalho, tais como elas ocorrem em instituições historicamente produzidas e comprometidas com um certo tipo de reprodução social, com a possibilidade de superá-las.

Ir caminhando e pressionando na direção da superação. Não vejo outra forma de fazê-lo senão através de uma reaproximação de todos os tipos de profissionais em saúde, para pensar a base, pensar de onde nós partimos. Está certo que reduzir o problema ao biológico foi uma forma extremamente produtiva de trabalhar a questão, só que foi uma forma que já deu o que tinha que dar, e que pode ser encarada como apenas uma redução operacional para todos os casos. É preciso reencontrar um objeto na prática, o que não quer dizer que o recorte biológico seja uma imbecilidade; ele é bom para certas coisas; é que ele se tornou um mito bom para todas as coisas. Dentro desse mito vocês e nós nunca vamos ter espaço maior do que o trabalhador alienado que cumpre funções parcelares e fica com dramas de consciência. Com sorte, porque a gente até pode fazer congressos e dividir a angústia, e outros não podem, têm que curtir em casa ou no copo. Mas enfim, é o que eu gostaria de discutir, essa forma de redividir, reaproximar o campo entre outros trabalhadores e os cientistas da área de saúde e partindo do pressuposto evidente, até pelas pessoas que estão do meu lado, de que a área de saúde não se fecha em torno de nós, por definição. É um problema aberto. Aonde é que a gente vai fechar? Nós, que pensamos nisso, se é que é para fechar em algum lugar, que tipos de contribuição têm a ver para o que se tem a fazer. É evidente, nem precisa mais demonstração, que as ciências sociais tiveram e continuam tendo um papel muito impor-

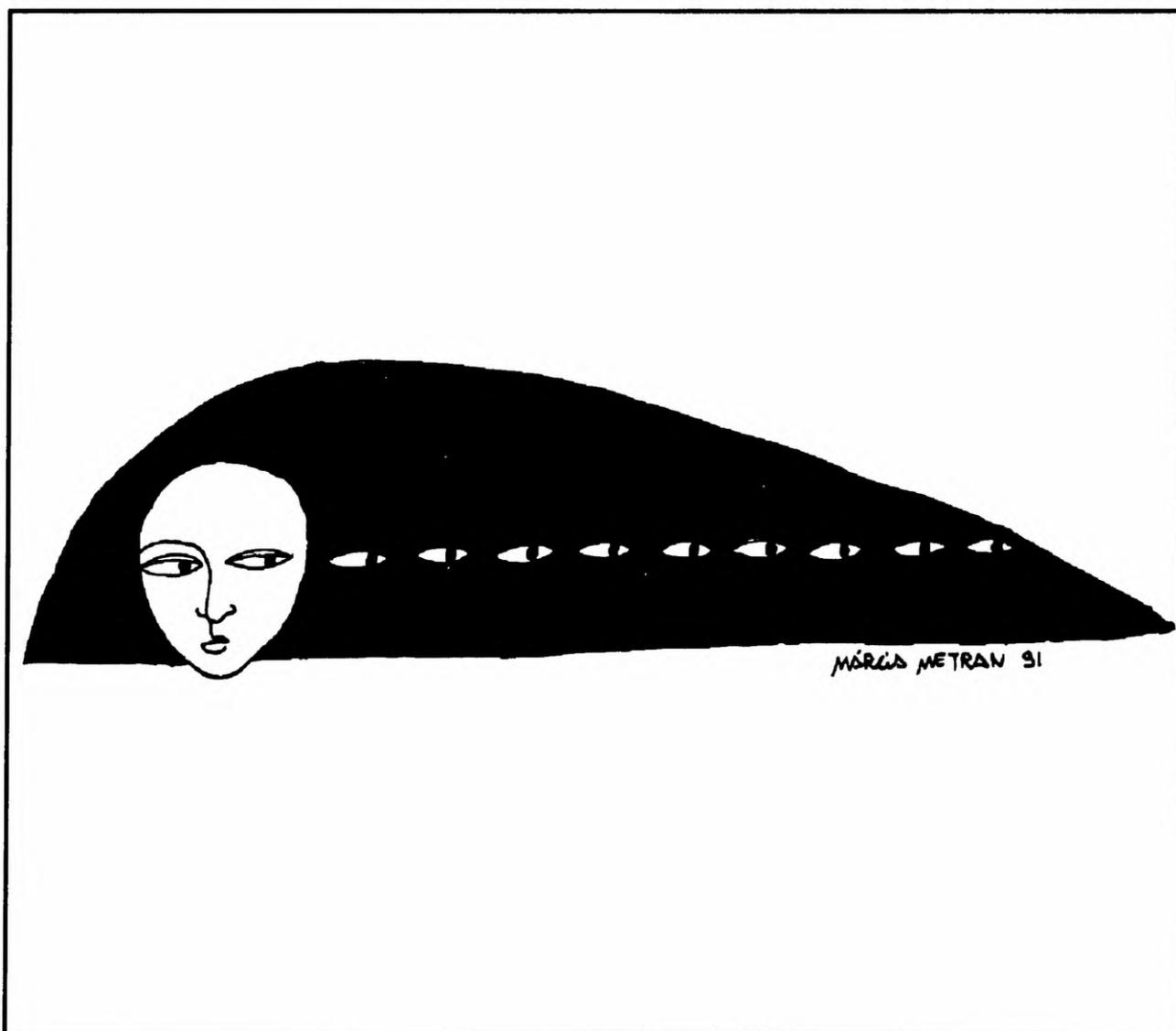
tante, em termos potenciais, de fornecer modos de refletir, temas e objetos sobre os quais refletir, mas isso abre-se para muito mais coisas do que aquelas que a gente já trilhou timidamente. Já buscamos a economia, a sociedade, a antropologia; mas e a geografia, e a lingüística, e a comunicação, e por aí afora? Quero dizer, é necessário cumprir essa tarefa; eu só queria colocar isso para eventualmente, no debate, poder discutir alguns caminhos, algumas experiências. Obrigado.

Dr. Edgard de Assis Carvalho

Nesse pequeno tempo, vou tentar sintetizar algumas direções que a Antropologia vem desenvolvendo na tentativa de construir uma concepção mais unitária da condição humana.

Se vislumbrarmos o fim do século XX constataremos que tanto no plano das ciências sociais, como nas ciências da natureza,

uma super especialização crescente e uma disjunção cada vez maior entre essas duas faces do conhecimento, incapazes de elaborar um diagnóstico mais totalizador da condição humana. Talvez por essa razão, em alguns círculos acadêmicos delineia-se a idéia de que a Antropologia não pode prescindir, dentre outros, dos princípios da relatividade, da indeterminação, da anti-matéria, da cibernética. Isso pode parecer estranho, porque para a Antropologia, o homem foi sempre definido como um ser vivo, animal, vertebrado, primata, mamífero, homicida e racional. A definição do homo sapiens que hoje agrega um segundo sapiens, dada a complexidade que cerca o gênero homo, em seu aspecto evolutivo, terá de incluir a faceta demens, que implica no reconhecimento do lado demente, incerto, inconstante, noturno, imaginal, descomedido pelas ciências sociais mais preocupadas com a especialização e a definição de campos que, ao invés de contribuir para a construção de uma totalização

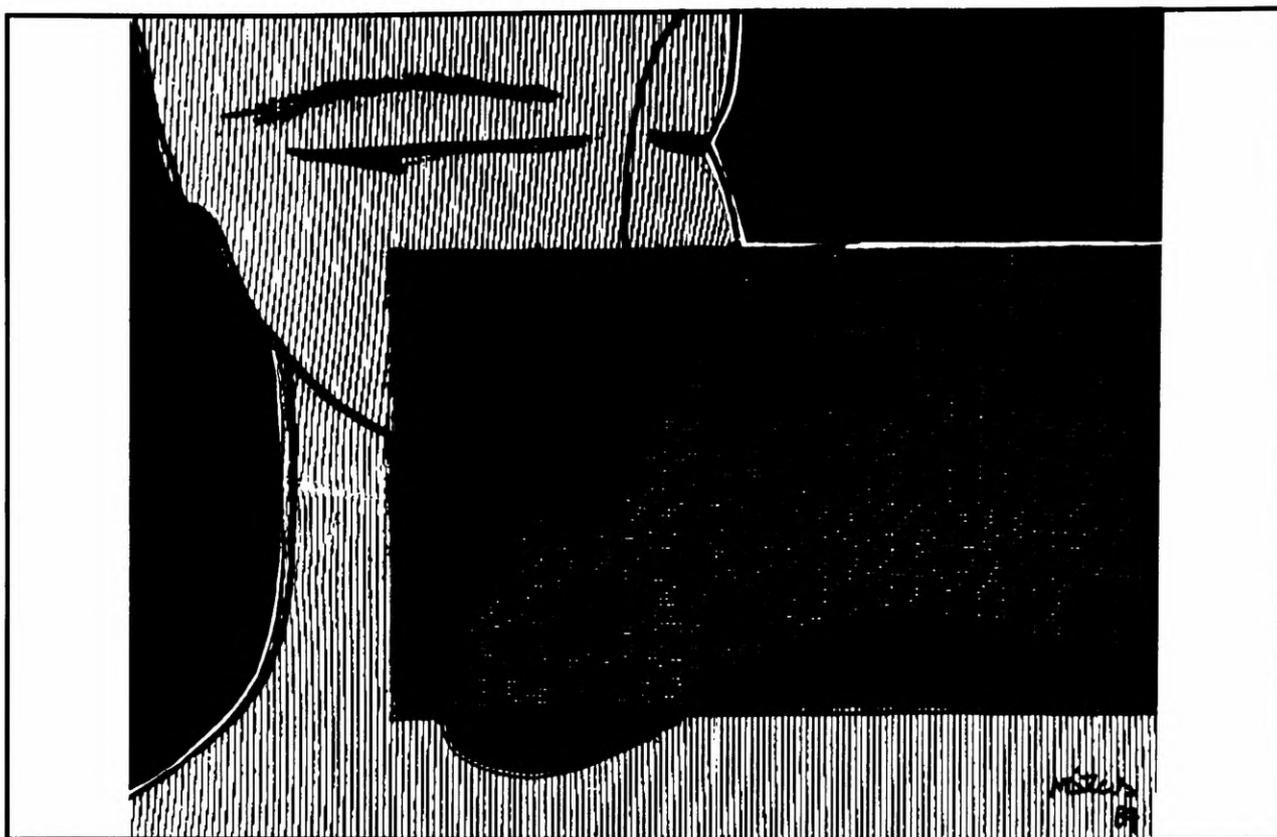


mais ampla, fragmentaram o sapiens sapiens demens, em seus aspectos sociológico, antropológico, político, psicológico, pelo exercício discutível de um monopólio de saber ante o seu objeto de conhecimento. Portanto, todas essas implicam no resgate do papel da ciência. Hoje, no fim do século XX, reconhece-se que é saturado pela superespecialização e pela fragmentação. Se nos voltarmos para o século XVII, veremos que os investigadores propriamente ditos eram amadores, no sentido positivo da palavra, ou seja, ao mesmo tempo filósofos e cientistas, talvez sociologicamente marginais. Hoje, a ciência ocupa um papel institucional central na sociedade, só que ela é subvencionada, alimentada, controlada pelos poderes do Estado, através de um processo que encadeia um quadrilátero, onde ciência, técnica, sociedade e Estado estão unidos e articulados dentro de uma programação, por vezes, perversa. Aqui cabe perguntar quem são esses cientistas novos que estão aí, no fim do século XX? Fala-se muito que os cientistas são servidores de dois tipos de causas. A primeira, a da ética do conhecimento, exige que tudo seja sacrificado à sede para conhecer, e a segunda, que é o da ética cívica e da ética humana e que tem a ver com o problema da responsabilidade do pesquisador. Mas que significa ser responsável? A responsabilidade é um conceito, ou uma noção da ética humanista, que só tem sentido para um sujeito consciente. A ciência, entretanto, pode vislumbrar a responsabilidade de outra forma, entendendo-a como o não sentido, a não ciência, fatos que diante de olhos desavisados podem gerar a imagem de um investigador irresponsável, por princípio e por profissão. Mas, em sentido inverso, propiciar o próprio progresso e avanço do conhecimento científico. Certamente, esse avanço implicará na superação da dicotomia entre ciências humanas, sociologia, antropologia, filosofia e ciências da natureza, para reclassificá-las como ciências da vida. Nessa direção é que a Antropologia passa a ser entendida como uma ciência bio-antroposociológica como quer Edgar Morin, preocupado com a construção de um paradigma novo para a expli-

cação do homem, homem esse que é ao mesmo tempo biológico, cultural, antropológico e político. Mas o que é paradigma? Se pudéssemos dar uma definição concisa diríamos: o paradigma é um sistema de idéias, que comanda a construção de um determinado momento da evolução de uma ciência. No plano das ciências em geral, seriam identificados dois tipos de paradigmas. Um disjuntivo que separa definitivamente o sujeito do objeto, o ego cogitans das nes extensa. Se a culpa da introdução desse paradigma fosse exclusivamente de Descartes, é questão demasiado complexa para os limites desse debate, mas parece certo poder afirmar que a disjunção contaminou a atividade científica por mais de dois séculos e o faz até hoje.

Mais recentemente, alguns filósofos das ciências vem chamando essa paradigma de paradigma da simplicidade, termo bastante pejorativo, mas que tem seu fundo de verdade. Em contrapartida, uma outra tendência pretende investir no inverso, ou seja, no paradigma da complexidade que, por estranho que possa parecer, não foi imaginado pelos cientistas sociais, mas pelos cientistas "exatos" com grande destaque para os físicos. Embora não seja consensual, alguns deles tentam aproximar a física moderna das doutrinas do taoísmo, como se encontra demonstrado nos trabalhos de Fritjof Capra, autor de *O Tao da Física e Ponto de Mutação*, ambos já traduzidos no Brasil. Agora, qual é a intenção desses pensadores? Certamente não é apenas construir uma nova física, mas também pensar num novo caminho para a sociedade do século XXI. São intelectuais que saem de sua especialização e arriscam fazer prognóstico ou talvez prospectivas para o século vindouro, criadores talvez de um novo humanismo.

Os cientistas da sociedade ainda são muito reticentes a esse tipo de abordagem, muito mais apegados às suas especializações e esquemas mecanicistas de interpretação do que às investidas para o futuro. Nesse plano é que a Antropologia ocupa lugar exemplar. De índios a camponeses, de pros-



titutas a homossexuais, de grafiteiros de banheiros a punks, nas últimas décadas a Antropologia no Brasil vem contribuindo para a construção de um mosaico inarticulado das diferenças, para um exotismo, contrário, interno à própria sociedade, num esforço etnográfico, por vezes até bem sucedido, que tenta demonstrar que os setores despossuídos também são portadoras da capacidade simbólica em seu sentido mais amplo. Poucas são as tentativas que tentam demarcar as potencialidades do imaginário radical, das constantes sócio-históricas e das identidades e propor frentes de colaboração em outras áreas do saber sem se preocupar com a falsa questão das fronteiras disciplinares.

Penso que a única saída talvez seja a construção de uma ciência transdisciplinar capaz de unir ou reunir partes antes não comunicantes como os físicos com o Tao, os antropólogos com o biológico e tantos outros.

Para encerrar gostaria de alinhar alguns princípios do paradigma da complexidade, cujo objetivo maior talvez seja a criação de situações de inteligibilidade que forneçam ou possibilitem a transdisciplinaridade. O primeiro se fundamenta na questão da validade, e ao mesmo tempo na

insuficiência do princípio da universalidade. A universalidade seria algo a ser complementado pelos princípios locais e pelos princípios singulares, ou seja, a ser desabsolutizado. Um segundo princípio diz respeito ao reconhecimento e integração da irreversibilidade do tempo, princípio complexo que tem a ver com os conhecimentos da física, da biologia moderna, e mesmo das ciências humanas. Esse princípio deve ser relativizado e pensarmos na possibilidade de um tempo reversível. Não um tempo que volta ao passado, não um tempo de retorno ou de eterno retorno, mas um tempo que se utiliza do passado e se utiliza da tradição, se utiliza da classicidade para construir o futuro. Um terceiro princípio diz respeito à causalidade complexa, introduzida pelos grandes sistemas interpretativos como o Marxismo e o Freudismo. Sem dúvida nenhuma, Freud e Marx foram os grandes introdutores do princípio da complexidade e não devem ser reduzidos a um sistema de causalidade simples e mecânica. Afirmam os filósofos da ciência, com toda razão, que nos dias atuais observa-se uma degradação dos grandes sistemas explicativos e principalmente aqueles construídos por Marx e Freud. Torna-se necessário retomar esses pensadores e entendê-los como teóricos das casualidades complexas e multifocais, pen-

sadores da cultura, das expressões simbólicas em sentido amplo. O quarto princípio diz respeito à relação entre observador que concebe e o objeto concebido. Introduce problemas complexos na questão da teoria do conhecimento. Afinal de contas o que é conhecer, o que é esse trajeto que, dos sujeitos, aos “objetos do conhecimento”. Em alguns domínios os Antropológicos, hoje, põem-se em dúvida a própria construção do objeto. Faz-se uma pesquisa sobre um tema específico e constrói-se o texto. As dúvidas postuladas não dizem respeito mais a saber se o texto é a expressão da verdade daquilo que acontece no espaço/tempo cotidiano, mas se o texto está revelando ansiedades, problemas, vivências subjetivas que podem empanar o “critério de verdade” a ser atingido pela e na pesquisa.

Não mais a subjetividade do texto, mas a subjetividade do autor. Qualquer construção feita sempre coloca em dúvida a subjetividade do autor, que está no texto, que às vezes modifica o texto, que às vezes não diz o que o outro pensa, às vezes não revela o que o outro diz, que o outro quando diz também diz mediado por uma série de questões. No limite chega-se a questionar se é possível o conhecimento científico, portador de uma racionalidade própria. Um quinto princípio refere-se à forma de pensamento criativo que visa a construção de macro conceitos para as ciências da vida e do homem através de um princípio discursivo complexo que exige três condições. A primeira que o cérebro seja entendido como um conceito biológico. O espírito, no sentido amplo da palavra como um conceito psíquico e o aparelho neuro-cerebral como

um conceito organizacional. Nessa tríade é que Edgar Morin pensa fundar a antropologia da complexidade, um novo paradigma para a interpretação do mundo. Se isso vai ser construído até o século XX terminar, também não se pode afiançar. Sem dúvida nenhuma esse horizonte implicará numa nova forma de organização do saber, de atividade intelectual e uma nova forma de conceber o que é pesquisa, uma visão transdisciplinar capaz de demolir definitivamente as fragmentações onde as especializações instituídas se convertam em modalidades convergenciais do pensar.

Termino com uma citação integral de Michael Foucault, um dos maiores intelectuais do século que se finda, em “O Nascimento da Clínica” e que expressa todas essas inquietações aqui delineadas sobre o progresso e o futuro da ciência. Diz Foucault: “É, sem dúvida, decisivo para a nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar pelo momento da morte. É que o homem ocidental só pode se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior da sua linguagem científica, e só se deu nela e por ela, numa existência discursiva, por referência à sua própria destruição, ou seja, da destruição da morte. Da experiência da desrazão nasceram todas as psicologias. E a possibilidade mesma da Psicologia. Da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se constituiu uma ciência do indivíduo. E de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está, talvez, ligada à experiência da morte”. □

DESCRITORES

CONGRESSOS. TERAPIA OCUPACIONAL. OCUPAÇÕES EM SAÚDE, história

KEY WORDS

CONGRESSES, OCCUPATIONAL THERAPY. HEALTH OCCUPATIONS, history.
HEALTH OCCUPATIONS, tendencies