

Histórias da terapia ocupacional na América Latina: a primeira década de criação dos programas de formação profissional

Gustavo Artur Monzeli^a , Rodolfo Morrison^b , Roseli Esquerdo Lopes^c 

^aDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Espírito Santo – UFES, Vitória, ES, Brasil.

^bDepartamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

^cDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, São Carlos, SP, Brasil.

Resumo: Este artigo tem o objetivo de analisar os processos históricos que permitiram e impulsionaram a criação da terapia ocupacional na América Latina. Para a identificação dos colaboradores, foram elencados os países que são membros da Confederação Latino-americana de Terapia Ocupacional (Clato), tendo sido contatados seus representantes nessa organização, os quais foram convidados à colaboração, de maneira a ser possível um levantamento inicial de documentos e sujeitos envolvidos com tais processos nos diferentes países. Em relação à reunião e organização de dados, foi realizado um recorte histórico dos primeiros dez anos desde que se identificou o início do primeiro programa de formação em terapia ocupacional na América Latina, a saber, entre os anos de 1956 a 1966. Os países cujos programas foram criados nessas décadas foram: Brasil, México, Argentina, Venezuela, Chile e Colômbia. Como parte dos resultados, foi possível identificar que as histórias da terapia ocupacional e a criação de programas de formação na América Latina passam, dentre outros fatores, pelos antecedentes relacionados às epidemias de poliomielite e à história do cuidado no âmbito do adoecimento psíquico, além da presença dos movimentos de cooperação internacional, da hierarquização das carreiras profissionais e dos processos de subordinação do gênero feminino, no que se refere à inserção das mulheres no mercado de trabalho.

Palavras-chave: *Terapia Ocupacional, Terapia Ocupacional/História, Terapia Ocupacional/América Latina.*

Histories of occupational therapy in Latin America: the first decade of creation of the education programs

Abstract: This article aims to analyze the historical processes that allowed and promoted the creation of occupational therapy in Latin America. For the identification of the collaborators, the countries that are members of the Latin American Confederation of Occupational Therapy (Clato) were listed, the representatives in that organization were contacted and invited to collaborate, in order to be possible an initial survey of documents and subjects involved with such processes in different countries. In relation to the collection and organization of data, was made a historical delimitation of the first ten years in which was identified the beginning of the first programs in occupational therapy in Latin America, namely between 1956 and 1966. The countries whose programs were created in those decades were: Brazil, Mexico, Argentina, Venezuela, Chile and Colombia. As part of the results, it was possible to identify that the histories of occupational therapy and the creation of programs in Latin America include, among other things, the antecedents related to poliomyelitis epidemics and to the history of psychiatric care, as well as the presence of international cooperation movements, the hierarchy of professional careers and the processes of subordination of the female gender, as regards the insertion of women in work activities.

Keywords: *Occupational Therapy, Occupational Therapy/History, Occupational Therapy/Latin America.*

Autor para correspondência: Gustavo Artur Monzeli, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal do Espírito Santo, Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe, CEP 29040-090, Vitória, ES, Brasil, e-mail: gustavo.monzeli@gmail.com

Recebido em Jan. 23, 2018; 1ª Revisão em Abr. 24, 2018; Aceito em Maio 10, 2018.



1 Introdução

A proposta do estudo do qual decorre este artigo surge da compreensão de que é necessário buscar as distintas interconexões históricas que levaram à chegada da terapia ocupacional na América Latina, bem como os movimentos que proporcionaram a criação dos primeiros programas de formação profissional nos países latino-americanos. Trata-se de uma tarefa relevante para o entendimento da configuração do campo da terapia ocupacional entre nós, também na medida em que há, ainda, pouco domínio coletivo sobre as histórias da terapia ocupacional nesses países.

O objetivo desta proposta, então, é compreender os processos históricos de criação da terapia ocupacional, mais especificamente da formação profissional, nos diferentes países da América Latina. Para isso, o foco está na identificação dos primeiros programas de formação profissional, com o intuito de compreender o contexto sócio-político dos países no momento de criação destes programas. Além disso, é necessário discutir os processos de criação destes primeiros programas, as articulações necessárias que proporcionaram o início da formação profissional e as principais justificativas para a criação destes programas específicos nos países da América Latina.

É importante compreender que, quando evocamos a ideia de terapia ocupacional, temos diferentes âmbitos que se referem desde às práticas de atenção e cuidado a populações específicas, passando pelas propostas de formação técnica, profissional e acadêmica de uma área específica de conhecimento, até os processos de regulamentação e institucionalização da profissão.

Este trabalho tem como foco a dimensão dos programas de formação profissional. O que interessa discutir aqui é a análise dos processos históricos e das justificativas utilizadas para a criação de propostas de formação profissional oferecidas por instituições de ensino ou por instituições de assistência nos países da América Latina.

Desta maneira, inicialmente, discute-se brevemente a “ideia” de América Latina e apresenta-se um percurso histórico da criação da profissão nos Estados Unidos para, posteriormente, se contextualizar e analisar os dados produzidos nesta pesquisa.

1.1 América Latina

Começar com uma definição de América Latina, para além de importante, é bastante complicado e, em alguns momentos, paradoxal. É importante porque se coloca a tarefa de localizar histórica e

geograficamente uma região, alguns idiomas e muitos povos distintos e diversos. Complicado, exatamente por essa enorme diversidade, não só de povos e culturas, mas também de discursos sobre essas diversidades. Paradoxal, pois, para falar dessa complexidade, muitas vezes, se tomam perspectivas postas pelas nações invasoras e colonizadoras, criando uma identidade “América Latina” em oposição e assimetria a essas nações.

O conceito de América Latina é de origem francesa, da expressão “*Amérique latine*”, utilizada por intelectuais franceses para designar o imperialismo no México, sob domínio de Napoleão III, na década de 1860 (BETHELL, 2009). Contudo, antes disso, de acordo com Bethell (2009), existem três autores que, em ocasiões diferentes, fizeram uso do termo “América Latina” pela primeira vez, em 1856: José María Torres Caicedo, jornalista, poeta e crítico colombiano; Francisco Bilbao, intelectual socialista chileno, e Justo Arosemena, jurista, político, sociólogo e diplomata colombo-panamenho.

Alguns autores, como Furtado (2007), identificam 20 países nessa região: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, República Dominicana, Uruguai e Venezuela. Além disso, classificam esses países entre Andinos, Atlânticos e Caribenhos. Outros autores, como Araújo (2006) e Souza (2011), compreendem a região latino-americana como todos os países abaixo do Rio Bravo, entre Estados Unidos e México, ou seja, 32 países que não são considerados da América Anglo-saxã, sendo eles os 20 supracitados e também Guiana, Suriname, Belize, Antígua e Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Dominica, Granada, Jamaica, Santa Lucía e Trinidad y Tobago.

Nessa região, se fala, predominantemente, espanhol, português e francês, resultado da invasão e colonização, além de centenas de outras línguas indígenas já extintas ou em extinção devido aos contínuos processos de violência enfrentados por esses povos, tais como guarani, tupi, aimara, quechua, náhuatl, maya e mapuche, e, ainda, de outras tantas línguas de origem africana, trazidas pelo tráfico de pessoas escravizadas.

A América Latina, enquanto região, configura-se a partir de diversas abordagens. Há abordagens que vão compreender e conceituá-la como “região natural”, ou seja,

[...] entendida como uma parte da superfície da Terra, dimensionada segundo escalas territoriais diversificadas, e caracterizada pela

uniformidade resultante da combinação ou integração em áreas dos elementos da natureza (CORREA, 2003, p. 23).

Outras vão dizer que a região é determinada por técnicas estatísticas e de mensuração (DIAS, 2009), como define Correa (2003, p. 32),

[...] um conjunto de lugares onde as diferenças internas entre esses lugares são menores que as existentes entre eles e qualquer elemento de outro conjunto de lugares [...] definir região passa a ser um problema de aplicação eficiente e estatística.

Em meados do século XX, alguns autores começam a produzir o conceito de região reforçando sua existência sob o capitalismo (DIAS, 2009). Correa (2003, p. 44) explica que

[...] é no modo de produção capitalista que o processo de regionalização se acentua, marcado pela simultaneidade dos processos de diferenciação e integração, verificada dentro da progressiva mundialização da economia a partir do século XV.

Nessa interpretação de América Latina,

[...] ao resgatar a história colonial, o papel dos países latino-americanos inseridos na Divisão Internacional do Trabalho, e relacionar exploradores e explorados, estamos acentuando o caráter ideológico acerca da América Latina como região (DIAS, 2009, p. 25).

Ainda sobre as definições de região, Gomes (1995) coloca que as principais características seriam a consciência regional, sentimento de pertencimento e mentalidades regionais, como elementos que revalorizam a dimensão regional como um espaço vivido.

Portanto, falar de uma região latino-americana implica compreender que esse discurso está inserido em uma trama complexa de significados e perspectivas, por vezes próximos e coerentes, mas, por outras, opostos e contraditórios.

1.2 Surgimento da terapia ocupacional nos Estados Unidos da América

Um ponto comum nas diferentes narrativas em torno da história do surgimento da terapia ocupacional nos Estados Unidos da América, são as intervenções levadas a cabo por mulheres com diferentes formações profissionais sob tutela de homens que, de modo geral, são os autores dessas narrativas.

Morrison (2016) propõe que se busque visões “alternativas” à história “oficial” da terapia ocupacional, enfatizando a centralidade das mulheres para seu desenvolvimento.

Reorganizar a história das origens da terapia ocupacional poderia ser uma forma de se colocar a ênfase no protagonismo de mulheres nesse processo, protagonismo que estaria subsumido por situações de subordinação do gênero feminino em seus diversos contextos históricos.

É importante compreender como as origens da profissão estão intimamente ligadas à possibilidade de inserção de parte das mulheres (principalmente brancas e de elites urbanas) em outras esferas da vida social, que não apenas as ligadas ao espaço doméstico, destacando a participação nas instituições de ensino, nas instituições de caridade e benemerência (especialmente as de caráter religioso), nas Universidades e, também, como parte da resposta a demandas do mercado de trabalho (LOPES, 1991; MORRISON, 2016), mesmo que tais inserções nunca tenham sido de forma igualitária àquelas dos homens nesses mesmos espaços.

Algumas dessas mudanças foram possíveis devido ao contexto social estadunidense do final do século XIX e início do século XX, em uma sociedade marcada pelo processo de transformação do capital monopolista (BRAVERMAN, 1987).

Neste contexto de transformações, mulheres rechaçaram o casamento e dedicaram suas vidas ao ensino, à enfermagem ou ao trabalho social. Outras, ainda que casadas, pertenciam a legiões e grupos de caridade e/ou de outros tipos de ajuda social. Essa ampliação de circulação e de inserção em diferentes espaços sociais, pôde criar referências femininas em outras esferas públicas (MORRISON, 2016).

A criação da *Hull House*, no contexto da Escola de Cívica e Filantropia de Chicago, faz parte desse processo, no qual muitas jovens mulheres foram impulsionadas, principalmente, pelos movimentos feministas da época (ADDAMS, 1912), que mudaram as noções de ajuda e compromisso social voluntário (baseado em perspectivas morais e religiosas) para valorar suas atividades laborais, reconfigurando o mercado de trabalho emergente e demandante, proporcionando suas inserções em empregos formais (MORRISON, 2016).

A *Hull House* era um abrigo de extrema importância para o movimento de mulheres em Chicago (QUIROGA, 1995), tendo contribuído para a formação política, profissional e laboral de muitas mulheres, além de ter oferecido apoio a muitas famílias, principalmente imigrantes (ADDAMS, 2002).

Se, desde o androcentrismo a história da terapia ocupacional se iniciaria com o tratamento moral¹, desde uma perspectiva feminista se poderia dizer que foi o movimento desses abrigos sociais que permitiu que muitas mulheres (brancas e de elites urbanas) se inspirassem e comesçassem a desenvolver atividades laborais (MORRISON, 2014), uma vez que mulheres pobres, mulheres negras ou ambas, mulheres pobres imigrantes, sempre trabalharam, de um modo ou de outro, fora de seus espaços domésticos. Para Morrison (2014), pela primeira vez, aquelas mulheres começaram a observar maneiras alternativas de participação social, podendo optar por se distanciar de formas tradicionais, como o casamento e a família.

As mulheres fundadoras da *Hull House* buscavam compreender as condições e circunstâncias em que viviam outras mulheres e as famílias de imigrantes, o que se traduzia, por um lado, em ajuda imediata e, por outro, em elaboração teórica sobre esses temas, tarefa compartilhada com a Universidade de Chicago (QUIROGA, 2000; MIRANDA, 2007).

Jane Addams e Ellen Gates Starr, como principais fundadoras da *Hull House* no final dos anos de 1880, Julia Lathrop, uma das primeiras a se incorporar a essa instituição, e Eleanor Clarke Slagle foram as primeiras mulheres responsáveis pelas ações da *Hull House*. Esse trabalho, no âmbito da ação social, do lidar com demandas da questão social da sociedade capitalista que se levantava sob os alicerces estadunidenses, sob um enfoque político, começa também, para parte dessas mulheres, a oferecer parâmetros para ações que, mais tarde, viriam compor propostas em torno da terapia ocupacional (MORRISON, 2016).

Adolf Meyer se junta a essas mulheres e começam a trabalhar com as reformas no tratamento de pessoas tidas como doentes mentais, sendo que um de seus pressupostos era que as deploráveis condições da vida dos pobres e trabalhadores nas cidades que se agigantaram, poderiam ser parte das causas que favoreciam ou mantinham situações de enfermidades. Além disso, tentavam responder, também, às críticas da época sobre a ausência de “ciência” nesses “novos métodos” empregados em psiquiatria, publicando alguns artigos originados destas práticas (ADDAMS, 1935; POLLARD; SAKELLARIOU; KRONENBERG, 2009; MORRISON, 2016).

Em 1910, Adolf Meyer solicita à Julia Lathrop a indicação de uma trabalhadora social que pudesse se incorporar ao Hospital Johns Hopkins (na cidade de Baltimore), dirigido por ele, para trabalhar com pessoas tidas como doentes mentais. Lathrop sugere Slagle, que aceita a incumbência. Depois de dois anos

de trabalho, Meyer destacava Slagle como a principal referência para o serviço de terapia ocupacional. Ao fim dessa experiência, Slagle regressa a Chicago em 1913 para fundar a primeira escola de terapia ocupacional (MORRISON, 2016).

Segundo Morrison (2016), apoiado em Quiroga (1995), as principais dificuldades no desenvolvimento da profissão, para as primeiras terapeutas ocupacionais, se centraram em dois principais aspectos: 1) o posicionamento dentro do campo da medicina; 2) a terapia ocupacional ser considerada como uma profissão de mulheres.

Desde seus inícios, a terapia ocupacional foi considerada uma nova profissão para mulheres (LOPES, 1991; QUIROGA, 2000; LOPES; HAHN, 2004), e, para legitimar-se como uma disciplina profissional a ser reconhecida, foram buscadas articulações com a medicina, até então um campo masculino e, como hoje, com elevado reconhecimento e poder social. O papel dos homens dentro do mundo visível da medicina, e o das mulheres dentro da invisibilidade das redes de caridade (QUIROGA, 1995) e de boas moças e senhoras de bem (LOPES, 1991), conformaram os mecanismos empregados pela primeira geração de terapeutas ocupacionais (LOPES, 1991; MORRISON, 2016).

As primeiras mulheres consideradas terapeutas ocupacionais foram Eleanor Clarke Slagle, assistente social que se juntou à *Hull House*, Susan Cox Jonhson, enfermeira que pretendia provar que as ocupações poderiam melhorar a saúde física e mental dos pacientes internados em contextos hospitalares, e Susan Elizabeth Tracy, enfermeira, uma das pioneiras no uso das ocupações como tratamento e uma das primeiras a sistematizar suas reflexões (MORRISON, 2016; REIS, 2017).

A Primeira Guerra Mundial teve início em 1914, contudo, os Estados Unidos apenas se inseriram de forma oficial em 1917, sendo assim, a profissão reconhecida nesse mesmo ano nesse país não surge como resultado imediato da Guerra e sim nesse contexto. Tal momento histórico possibilitou um grande desenvolvimento e expansão da profissão, uma vez que a terapia ocupacional se configurou como uma das profissões que compunham as “auxiliares da reconstrução”, lidando com lesões e deficiências geradas pela Guerra, participando ativamente nos processos de reabilitação (SANZ VALER; RUBIO; PASTOR, 2013; MORRISON, 2016).

A terapia ocupacional teve sua expansão nos Estados Unidos nas primeiras décadas do século XX, experimentando uma importante retomada dessa expansão nos anos da Segunda Guerra Mundial e

chegando na América Latina, enquanto programa de formação profissional, a partir da década de 1950, como parte dessa segunda onda de crescimento.

2 Método

Os dados aqui apresentados e discutidos foram obtidos em dois principais momentos: 1) Identificação dos colaboradores da pesquisa; 2) Busca de materiais didáticos, registros históricos e produções científicas sobre a história da terapia ocupacional em cada país na América Latina.

Para a identificação dos colaboradores foram elencados os países que são membros da Confederação Latino-americana de Terapia Ocupacional (Clato), tendo sido contatados seus representantes nessa organização, os quais foram convidados à colaboração, de maneira a ser possível um levantamento inicial de documentos e sujeitos envolvidos com tais processos nos diferentes países.

A Clato, fundada em 1997 (GÓMEZ LILLO, 2012), conta atualmente com os seguintes países: Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, El Salvador, Equador, México, Panamá, Paraguai, Peru, Uruguai, Venezuela e Porto Rico (considerado território dos Estados Unidos da América e não um país independente).

Por partir deste recorte, foram convidados a participar da pesquisa todos os delegados da Clato (gestão 2015-2017). O convite foi realizado por e-mail e os delegados que aceitaram participar responderam a um questionário que abordava a identificação pessoal e profissional e que solicitava a sugestão de documentos, textos, artigos, materiais didáticos sobre a história da terapia ocupacional em seu país. Os delegados que se tornaram colaboradores da pesquisa nesse primeiro momento foram dos seguintes países: Argentina, Brasil, Chile e Colômbia.

Como o número de respostas foi baixo, depois de tentativas recorrentes de se obter algum retorno, teve início a busca de contatos sugeridos por pessoas que são ou foram representantes brasileiros na Clato, a saber: Ricardo Lopes (delegado na Clato, gestão 2013-2015), Rosibeth Palm (ex-delegada que participou das gestões da Clato no período de 2000 a 2011) e Luciana Wertheimer (presidenta da Clato, gestão 2013-2015).

Com isso, foram acessados os representantes de Costa Rica, México, Panamá, Peru, Uruguai e Venezuela.

Também se conseguiu chegar aos representantes de países recém ingressados na Clato: Bolívia, El

Salvador e Paraguai, contatados durante o XII Congresso da Clato, em outubro de 2017, no México.

Foram buscadas nesses 14 países as datas de início dos primeiros cursos de formação em terapia ocupacional, além da identificação dos motivos de criação e as articulações nacionais e internacionais realizadas para o início da formação em terapia ocupacional na América Latina.

Livros, artigos, entrevistas, teses e dissertações que abordavam, direta ou indiretamente, a história da terapia ocupacional em cada um dos países, foram recomendados. Alguns países como Argentina, Brasil e Colômbia possuem grupos de pesquisa específicos sobre a história da terapia ocupacional, o que facilitou a identificação dos materiais. Outros países como Chile, México e Venezuela têm produções importantes, como livros e dissertações, contudo de uma maneira mais dispersa.

Para a análise e apresentação dos dados aqui trazidos, foi realizado um recorte histórico dos primeiros dez anos desde a criação do primeiro programa de formação em terapia ocupacional na América Latina, ou seja, entre os anos de 1956 e 1966. Tal escolha se justifica pelo interesse de identificação dos programas pioneiros de formação, criados na primeira década de desenvolvimento institucional da terapia ocupacional nos países latino-americanos. Os países com a criação de cursos nesse período foram: Brasil, México, Argentina, Venezuela, Chile e Colômbia.

Os textos reunidos e analisados foram: Brunetto (1975), Magalhães (1989), Lopes (1991, 1997), Nascimento (1991), Soares (1991), Trujillo (2002), Lopes e Hahn (2004), Testa e Spampinato (2010), Gómez Lillo (2012), Testa (2012), Escobar e Sepúlveda (2013), Nabergoi et al. (2013), Rivas et al. (2013), Melo (2015), Bottinelli et al. (2016), Duarte et al. (2016), Morrison et al. (2016), Rodríguez, Camargo e Escobar (2016), Cascajares e Ramíres (2017) e Reis (2017).

3 Resultados e Discussão

Não é possível dizer sobre uma única história da terapia ocupacional na América Latina. Isso seria um equívoco, *a priori*, pois quando se decide contar uma história, ainda que se colocasse claro sob qual ponto de vista ou sob consideração de quais fatos, se deixa ao largo os outros pontos de vista e fatos relevantes na memória dos que não contam ou não são chamados a contar (GIGANTE, 2008).

A história sempre é contada partindo de outro momento histórico e pontos de vista diversos, e,

apenas por esta observação, já podemos compreender que as realidades são diferentes, as épocas distintas e as palavras e seus significados também não são necessariamente os mesmos. Por isso, quando elegemos palavras para contar uma história, não apenas descrevemos uma dada realidade, mas criamos e recriamos esta realidade.

Para Certeau (1982), ao se procurar um sentido histórico de um acontecimento, são encontrados métodos, ideias ou mesmo maneiras de compreendê-lo, ou seja, existe uma confrontação entre passado e presente, entre aquilo que organizou uma determinada realidade e aquilo que hoje permite pensá-la. Nesta mesma linha, Le Goff (2005, p. 41) destaca que “[...] não há realidade histórica acabada, que se entregue por si própria ao historiador”.

Sendo assim, os dados aqui apresentados são interpretações, releituras, rearticulações e recriações de determinadas histórias que dizem respeito aos movimentos de criação da profissão terapia ocupacional em diferentes países da América Latina.

3.1 Antecedentes e enquadres da implantação da terapia ocupacional na América Latina

As epidemias de poliomielite e a história da loucura (principalmente pelas ideias do tratamento moral) são alguns dos marcos importantes para abordar as histórias da terapia ocupacional nos países latino-americanos.

3.1.1 A poliomielite e os centros de reabilitação

A poliomielite foi, durante séculos, uma importante causa de invalidez e de morte infantil, até a criação da vacina contra esta doença, em meados da década de 1950 (TESTA, 2012).

Na América Latina, os primeiros casos de poliomielite foram identificados e registrados no final do século XIX no México, em 1906 na Argentina, em 1909 no Chile, em 1911 no Brasil, em 1915 na Colômbia e em 1928 na Venezuela. Entretanto, seu reconhecimento epidêmico nesses países foi declarado entre os anos de 1930, 1940 e 1950 (ECHEZURÍA, 1974; MALAGÓN; ÁVILA, 1982; CAMPOS; NASCIMENTO; MARANHÃO, 2003; LAVAL, 2007; NASCIMENTO et al., 2010; TESTA, 2012; BOTTINELLI et al., 2016; CASCAJARES; RAMÍRES, 2017).

A poliomielite epidêmica e suas consequências foram um dos argumentos principais para a criação

e/ou ampliação dos centros de reabilitação física e hospitais infantis, dentre outras instituições de assistência, no contexto latino-americano. Isso pode ser observado pela criação do Hospital Infantil do México, em 1943 (CASCAJARES; RAMÍRES, 2017), o Centro de Reabilitação Infantil no Chile, em 1947 (ESCOBAR; SEPÚLVEDA, 2013), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação, em 1954 (REIS, 2017; REIS; LOPES, 2018), dentre outros centros de reabilitação e associações que tiveram um crescimento importante decorrente de investimentos nacionais e articulações internacionais, fruto de preocupações com a circulação de pessoas e mercadorias diante do avanço da epidemia (MENDES, 1996), além de serem algumas das principais instituições que começaram, nos anos de 1950, os programas de formação em terapia ocupacional.

Este contexto regional, caracterizado por países latino-americanos sendo obrigados a lidar com as causas dessas epidemias de poliomielite ao mesmo tempo em que se produziam técnicas de prevenção às infecções e tecnologias de atenção às pessoas acometidas por essa enfermidade, desencadeou o desenvolvimento de disciplinas relacionadas com a reabilitação, além da importação de conhecimentos e práticas de países do Norte que, dado o interesse econômico agroexportador que criava laços importante entre os países dessas regiões, já tinham passado por esse quadro e detinham maiores informações, principalmente na área da saúde, durante o período posterior à Segunda Guerra Mundial (BOTTINELLI et al., 2016; SOARES, 1991; SBRILLER, 1997).

Tal processo desencadeou a criação e expansão de carreiras compreendidas, até então, como tecnologias médias, dentre elas a terapia ocupacional (SOARES, 1991; GÓMEZ LILLO, 2012; TESTA, 2012; RIVAS et al., 2013; CASCAJARES; RAMÍRES, 2017).

3.1.2 As ocupações e o trabalho no processo de reabilitação

Para as histórias da terapia ocupacional nos países da América Latina, tão importantes quanto os centros de reabilitação física criados ou impulsionados pelos interesses postos em torno das epidemias de poliomielite, foram os hospitais psiquiátricos e as instituições que lidavam com pessoas tidas como loucas, ou com problemáticas decorrentes da questão social (LOPES, 2016), como detentos, pessoas em situação de rua ou prostitutas.

No Brasil, no Hospital Dom Pedro II, fundado em 1852 no Rio de Janeiro, as ocupações eram objeto das oficinas de alfaiataria, marcenaria,

sapataria, flores, e desfiação de estopa, baseadas numa perspectiva importante de tratamento moral (NASCIMENTO, 1991; SOARES, 1991). Em São Paulo, no Hospital do Juqueri, inaugurado em 1898, as principais utilizações da ocupação eram sob a forma de praxiterapia, ou tratamento pelo trabalho, também bastante influenciado pelo ideário do tratamento moral (NASCIMENTO, 1991; SOARES, 1991).

Isto traz à cena o uso de atividades e/ou ocupação e/ou trabalho, independentemente do que veio a ser denominado como terapia ocupacional e antes da criação dos seus programas de formação profissional, como uma forma de “cuidado” e/ou “tratamento” ao sofrimento psíquico institucionalizado, ao mesmo tempo em que interessava à instituição, ajudando na tarefa do controle dos corpos, da manutenção da ordem e naquelas tarefas básicas para o funcionamento dessas instituições, como trabalho não remunerado e, muitas vezes, obrigatório (NASCIMENTO, 1991).

Em 1946, Nise da Silveira funda o Serviço de Terapêutica Ocupacional do Centro Psiquiátrico Nacional, no Engenho de Dentro – Rio de Janeiro, colocando no centro de suas atenções o potencial expressivo das atividades escolhidas de forma livre no processo de entendimento da “loucura” e de ajuda aos pacientes, sem que necessariamente fossem úteis ao hospital, embora também pudessem sê-lo (BRUNETTO, 1975; NASCIMENTO, 1991; MAGALHÃES, 1989).

Na Colômbia, em meados do século XIX, a ocupação/trabalho começa a ser utilizada como um meio para impedir/sair da “vagabundagem” e ascender à moral católica; o que também se vinculava a uma perspectiva econômica e de “progresso”, necessárias para a consolidação da República Colombiana (DUARTE et al., 2016). A alusão ao trabalho com a população pobre, com os reclusos em presídios e com as prostitutas, fazia parte dessa concepção de que era possível reabilitar “problemáticas sociais” através da ocupação e do trabalho (DUARTE et al., 2016). O ensino e a prática de ofícios seguiam funcionando como estratégias para combater os maus costumes e a pobreza, sob os preceitos da moral cristã e majoritariamente católica (DUARTE et al., 2016).

Na Argentina, no final do século XIX, o tratamento moral era utilizado no *Hospicio de las Mercedes*, em que eram propostas diferentes oficinas a depender das possibilidades físicas e psíquicas dos internos, a saúde, ou ausência da doença, era pensada em termos de produtividade e, portanto, a inserção laboral social era de suma importância (GÓMEZ, 2007).

No Chile, por volta da década de 1930, existiam publicações de psiquiatras que defendiam o tratamento moral e a denominada “laborterapia”, em que se utilizavam as oficinas e as ocupações para promover benefícios no que se via como tratamento e gerar maior independência aos pacientes (GÓMEZ LILLO, 2012).

Pode-se perceber, assim, uma articulação histórica em torno dos discursos prévios às origens da terapia ocupacional nos países latino-americanos, transitando entre a criação de uma tecnologia de atenção para fins de reabilitação física, pensada como resposta para as epidemias na região, e a justificativa técnica e científica de um trabalho que já acontecia em hospitais psiquiátricos, a fim de dar forma profissional a técnicas cujo uso articulava, em maior ou menor grau, pressupostos do tratamento moral.

3.2 Cooperação internacional

Devido ao histórico das epidemias de poliomielite, diferentes projetos de cooperação internacional tiveram papel importante na criação e desenvolvimento de alguns dos primeiros programas de formação profissional em terapia ocupacional no contexto latino-americano.

Destacam-se dentre as agências e organizações internacionais citadas como importantes para a referida criação a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Tendo parte de suas origens em organismos criados com o fim da Primeira Guerra e compartilhando o contexto histórico decorrente da Segunda Guerra Mundial, que criou muros entre o mundo capitalista e o socialista, enredados pela Guerra Fria, essas organizações se voltam para uma Cooperação Internacional para o Desenvolvimento que começa a ser institucionalizada por meio da emergência de normas, discursos, práticas, agendas e comportamentos de atores definidos de maneira mais organizada, regular e previsível (MILANI, 2014).

Os principais projetos de Cooperação Internacional, surgidos e disseminados no século XX, têm uma ligação importante com o fim da Primeira Guerra Mundial e com a efervescência da Revolução Socialista originada na Rússia. Nesse período, acreditava-se que os regimes eleitos democraticamente não tomariam a decisão de serem favoráveis às guerras para além de situações de defesa própria e que somente os regimes não eleitos democraticamente teriam a tendência de geração de conflitos bélicos. Assim,

uma das estratégias pensadas para evitar novos conflitos constituiu em disseminar pelo mundo as democracias liberais (LLISTAR, 2009).

Ao mesmo tempo em que alguns acordos internacionais começam a ganhar centralidade nas discussões globais, e com o início da Segunda Guerra Mundial, esta perspectiva liberal foi colocada em questionamento, uma vez que a Alemanha nazista e a Itália fascista haviam sido criadas por líderes eleitos popularmente, ou seja, a ideia de que a disseminação de democracias colocaria fim às guerras logo foi rechaçada.

Na década de 1960, no contexto da Guerra Fria, com a Crise dos Mísseis em Cuba, a corrida espacial e as intervenções militares dos Estados Unidos da América e da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, a importância militar e diplomática começou a ser relativizada, em detrimento da emergência de outros atores, como empresas multinacionais e organismos internacionais como a ONU, a Comunidade Europeia (LLISTAR, 2009).

As razões iniciais para a institucionalização de estratégias de cooperação e desenvolvimento não podem ser dissociadas da Guerra Fria, dado que as rivalidades Leste-Oeste, a partir de 1945, foram um fator determinante para que, no campo liberal ocidental, fossem tomadas decisões no sentido de promover a cooperação entre as nações do “mundo livre” (MILANI, 2014).

Constrói-se uma percepção de que as relações internacionais e de cooperação (e regulamentação) são realizadas por atores que não se restringem aos estados nações, numa rede de interdependência complexa (KEOHANE; NYE, 1977).

Alguns autores, como Llistar, fazem a análise desse sistema mundial a partir da constatação de que tais interferências internacionais começam a se configurar como semipermeáveis, quer dizer, permeáveis a alguns fenômenos como a relação com o capital, com as ofensivas militares, etc., mas, ao mesmo tempo, impermeáveis a outros fenômenos, como a circulação de pessoas de países “pobres” e periféricos para países “ricos” e centrais na economia mundial.

Os poros seletivos das fronteiras dos estados fazem com que sejamos mais interdependentes, ainda que interdependência não signifique necessariamente simetria² (LLISTAR, 2009, p. 20, tradução nossa).

Nessa lógica, nas discussões sobre centros globais e periferias econômicas é importante compreender que o “subdesenvolvimento” é resultado de relações

históricas, ou seja, nenhuma ex-colônia africana, asiática ou latino-americana pode explicar seu presente sem reiterar que sua história tem sido atravessada por longos anos de invasões, extermínios, espólios, tráfico de pessoas escravizadas, racismos, etc., ao mesmo tempo em que a industrialização e prosperidade econômica não se devem apenas às habilidades e circunstâncias dos países considerados “desenvolvidos”, mas igualmente à superexploração humana e física de África, Ásia e América Latina (LLISTAR, 2009).

Essas “relações internacionais” também podem ser conceituadas como “[...] as interferências transnacionais que ocorrem entre grupos sociais locais ou transnacionais que habitam diferentes países ou entre seus estados”³ (LLISTAR, 2009, p. 28, tradução nossa), onde o termo “relações” não condiz com a realidade, posto que não demonstra direcionalidade, se apresentando de forma neutra. Em contrapartida, “interferência”, por ser vetorial, consegue refletir melhor esses processos internacionais, indicando as assimetrias (LLISTAR, 2009). É interessante perceber que tais interferências não são necessariamente negativas, sendo que existem, por exemplo, interferências positivas como as tecnologias de baixo custo, além de fármacos, sistemas de telefonia e internet, etc.

O conceito de “desenvolvimento” começa a ser utilizado depois da Segunda Guerra Mundial. A descolonização e independência dos países considerados do Terceiro Mundo (os que não eram considerados países capitalistas desenvolvidos nem países socialistas) conduziu a um questionamento sobre a origem das desigualdades entre os países, e a noção de desenvolvimento se equiparou à de crescimento econômico e a ela foi atribuída um duplo objetivo: o de modernizar e o de reproduzir paulatinamente o modelo estabelecido pelo Primeiro Mundo. Desde este ponto de vista, o problema do subdesenvolvimento recaía exclusivamente no Sul, e de cuja responsabilidade dependia o crescimento, a modernização e a industrialização. E a única coisa que o Norte poderia fazer seria oferecer ajuda. Uma ajuda que fosse concebida como intrinsecamente boa, necessária e humanitária (LLISTAR, 2009).

Na prática, o “desejo de desenvolvimento” contribuiu para as relações de cooperação internacional entre esses países, tendo como um dos aportes a assessoria técnica de especialistas e agências de cooperação de países do Norte em países do Sul global (LLISTAR, 2009). Por esta lógica, pactos militares, apoio a ditaduras e programas de desenvolvimento foram intimamente ligados na América Latina (ESCOBAR, 1998).

Com estes processos de cooperação internacional, a América Latina começa a receber assessoria de consultores da ONU, via articulação com a OIT e OMS, para a realização de cursos de capacitação,

auxílio no processo de implementação de programas de reabilitação, seja por acidentes de trabalho ou pela questão da poliomielite, dentre outros auxílios técnicos.

No fim dos anos de 1940, a ONU passa a assumir a coordenação, o planejamento e o suprimento de reforços em áreas voltadas à reabilitação, partindo de diversas organizações, como a OMS, que se responsabilizou pela formação de profissionais de reabilitação, como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, dentre outros. A OIT tinha uma responsabilidade com a reabilitação profissional, via previdência social, e a UNESCO tinha como foco a educação especial (SOARES, 1991).

Em 1951, a ONU começa a enviar emissários para a América Latina a fim de identificar possíveis locais para instalação de um centro de reabilitação. Um desses locais escolhidos é o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-USP), que já tinha um reconhecimento internacional (SOARES, 1991).

No Brasil, tanto a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação quanto o HC-USP começam a ser assessorados por essas agências internacionais para introduzir práticas especializadas em reabilitação até então inexistentes no Brasil (SOARES, 1991). Além disso, a criação de programas de formação profissional também foi um dos seus resultados, como no caso da própria terapia ocupacional, no Brasil, dentre outras profissões que foram criadas e/ou impulsionadas nesse contexto.

Ainda sobre formação profissional, alguns técnicos e profissionais que atuavam na área de reabilitação no HC-USP, foram enviados aos Estados Unidos para se especializarem. Soares (1991) aponta que esse foi o caso de Neyde Tosetti Hauck, assistente social e enfermeira, que foi estudar terapia ocupacional na New York University, com financiamento da OMS, além dos terapeutas ocupacionais trazidos ao Brasil para contribuir com programas de formação profissional (SOARES, 1991).

Na Argentina, a criação da Escola Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), em 1959, fez parte de um acordo entre os governos argentino e britânico, por meio de um convênio de cooperação técnica com a OMS (NABERGOI et al., 2013).

Mesmo antes da criação da ENTO, assim como no Brasil, estudantes e profissionais argentinos começaram a receber bolsas de estudos para realizar a formação profissional em outros países, bem como financiamento para visitas a serviços especializados, acrescidos igualmente da recepção de especialistas

de outros países pelas instituições argentinas (NABERGOI et al., 2013).

Tais acordos entre governos da Argentina e Inglaterra e a OMS garantiam os custos da formação profissional de estudantes e profissionais argentinas na *Dorset House*, em Oxford. Em 1959, se efetiva a viagem de uma equipe docente desta instituição para Buenos Aires a fim de organizar e criar o primeiro programa de formação de terapeutas ocupacionais na Argentina (NABERGOI et al., 2013).

Na Venezuela, essa criação pioneira foi no Instituto Venezuelano de Seguros Sociais, teve apoio importante da ONU e resultou da articulação com três fisioterapeutas e uma terapeuta ocupacional do Canadá, para a criação da Escola Nacional de Reabilitação, em 1959 (RIVAS et al., 2013).

Já o segundo programa de formação em terapia ocupacional na Venezuela, no ano de 1967, decorreu da articulação entre o governo venezuelano, pelo Programa Nacional de Reabilitação, e a Organização Pan-americana de Saúde e a OMS, que levaram como consultora técnica Carmen Forn, argentina, chefe do Departamento de Terapia Ocupacional do Instituto Nacional de Reabilitação em Buenos Aires (RIVAS et al., 2013).

No Chile, em 1962, se intensificam os programas de formação profissional para a reabilitação física. Em uma articulação entre a Oficina Pan-americana de Saúde (OPS) e o Serviço Nacional de Saúde, foram destinados fundos importantes para equipar os serviços de reabilitação em Santiago e outras cidades do Chile, ao mesmo tempo em que receberam especialistas em reabilitação para elaborar a proposta de criação de um centro nacional de reabilitação (GÓMEZ LILLO, 2012; ESCOBAR; SEPÚLVEDA, 2013).

Ainda em 1962, a Clínica Psiquiátrica Universitária, em Santiago, recebeu por três meses a terapeuta ocupacional estadunidense Beatrice Wade, através do Programa de Cooperação Interamericano. Esta terapeuta ocupacional organizou alguns cursos e também um departamento de terapia ocupacional nessa clínica (GÓMEZ LILLO, 2012; ESCOBAR; SEPÚLVEDA, 2013).

Também no início da década de 1960, no Chile, são criados através no Ministério de Saúde os convênios “Chile 21” e “Chile 5.000” entre a OPS e o governo chileno, os quais permitiram, dentre outras coisas, a criação de centros de medicina física e reabilitação e a vinda de especialistas para contribuir com programas de formação de terapeutas ocupacionais (GÓMEZ LILLO, 2012).

Um dos resultados destas articulações internacionais foi a possibilidade de criação do programa de

formação em terapia ocupacional da Universidade do Chile, ao mesmo tempo em que foram oferecidas bolsas para profissionais e estudantes chilenos para realizar a formação em terapia ocupacional na Escola Nacional de Terapia Ocupacional na Argentina (GÓMEZ LILLO, 2012). Reis (2017) traz o relato de uma brasileira que também recebeu essa bolsa para sua formação na Argentina.

Para além das articulações internacionais com Estados Unidos, Canadá, Inglaterra e outros países da Europa, é interessante perceber que na década de 1960 o trânsito em torno dos programas de formação teve alguma configuração entre os países latino-americanos. Outros exemplos nesse âmbito são a ida de estudantes de Honduras e El Salvador para o programa de formação no México em 1961, além de uma estudante do Peru e outra do Uruguai, no ano de 1962 e, em 1964, de uma estudante do Panamá e outra de Costa Rica (CASCAJARES; RAMÍRES, 2017). Além de uma estudante do Panamá realizando a formação no programa venezuelano, em 1964 (RIVAS et al., 2013).

3.3 Implantação dos programas de formação

A década de 1950 marca o início da criação dos programas de formação profissional em terapia ocupacional nos países da América Latina. O processo de criação desses programas esteve ligado a fatores internos e contextuais de cada país e também a fatores internacionais, como já exposto.

É importante destacar que em países como Argentina, Brasil e México, antes dos programas

de formação serem criados, existiram cursos de capacitação técnica esporádicos e em diferentes formatos⁴. Portanto a chegada da profissão, em alguns países, é anterior à criação dos programas de formação, seja por convênios internacionais que trouxeram terapeutas ocupacionais de outros países ou financiaram a formação de terapeutas ocupacionais latino-americanas nos Estados Unidos ou países da Europa, ou, ainda, pela formação técnica de trabalhadores já vinculados a hospitais ou centros de reabilitação para atuação em áreas específicas.

De acordo com os dados obtidos nos documentos reunidos, foi possível identificar os primeiros programas de formação em terapia ocupacional realizados nos países latino-americanos, tendo sido nove no período em análise, como demonstrado na Tabela 1.

O primeiro programa de formação em terapia ocupacional na América Latina foi criado em 1956, na cidade do Rio de Janeiro (Brasil), vinculado à Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR); oferecia uma formação de nível técnico, com duração de dois anos, tendo capacitado sete mulheres na primeira turma (REIS, 2017).

O segundo programa de formação, criado em 1957, na Cidade do México (México), foi vinculado ao Hospital Infantil do México, sendo também de nível técnico, com a duração de seis meses e habilitou, em terapia ocupacional, seis enfermeiras que atuavam no mesmo hospital. Ainda em 1957, houve uma nova oferta do curso com a duração de um ano, tendo formado outras seis terapeutas ocupacionais (CASCAJARES; RAMÍRES, 2017).

O terceiro programa na América Latina, criado em 1958, em São Paulo (Brasil), foi vinculado ao

Tabela 1. Ano de criação de programas de formação profissional em terapia ocupacional, em cada país, instituição e cidade, nos dez primeiros anos.

País	Instituição	Cidade	Ano de Início
Brasil	Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro - Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação	Rio de Janeiro	1956
México	Hospital Infantil de México	Cidade do México	1957
Brasil	Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo	São Paulo	1958
Argentina	Escuela Nacional de Terapia Ocupacional – Universidad Nacional de San Martín	Buenos Aires	1959
Venezuela	Instituto Venezolano de los Seguros Sociales - Escuela Nacional de Rehabilitación	Caracas	1959
Brasil	Instituto Universitário de Reabilitação da Faculdade de Medicina do Recife	Recife	1962
Brasil	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais	Belo Horizonte	1962
Chile	Facultad de Medicina - Universidad de Chile	Santiago	1963
Colômbia	Facultad de Medicina - Universidad Nacional de Colombia	Bogotá	1966

Fonte: Documentos reunidos pela pesquisa.

Instituto de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Este curso foi resultado de uma colaboração e articulação de diversas organizações, como a ONU, a OMS e a OIT. Tinha duração de dois anos e a primeira turma se formou em 1959, com quatro terapeutas ocupacionais (MELO, 2015).

Buenos Aires (Argentina) recebeu o quarto programa, criado em 1959, já na Escola Nacional de Terapia Ocupacional, na Universidade Nacional de San Martin. Este curso tinha duração de três anos e foi criado seguindo os padrões preconizados pela Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT)⁵ (BOTTINELLI et al., 2016).

Em 1959, o quinto programa de formação foi criado em Caracas (Venezuela), vinculado ao Instituto Venezuelano de Seguros Sociais, na Escola Nacional de Reabilitação. Este primeiro programa era de nível técnico com a duração de três anos e graduou oito terapeutas ocupacionais (RIVAS et al., 2013).

O sexto programa latino-americano criado em 1962, no Recife (Brasil), foi vinculado ao Instituto Universitário de Reabilitação da Faculdade de Medicina do Recife. Era um curso de capacitação técnica em “Reabilitação”, tinha a duração de dois anos e os estudantes optaram, durante o curso, pela fisioterapia ou terapia ocupacional (REIS, 2017). Na sua primeira oferta, foram graduados 34 profissionais, entre fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Novamente no Brasil, o sétimo programa de formação criado em 1962, em Belo Horizonte, foi vinculado à Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. Foram criados cursos técnicos em reabilitação, para fisioterapia e terapia ocupacional (REIS, 2017).

O programa de formação criado em 1963, em Santiago (Chile), vinculado à Escola de Tecnologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Chile foi o oitavo na América Latina. A primeira oferta teve a duração de três anos e três estudantes participaram da primeira turma. Assim como na Argentina, essa oferta já seguia as diretrizes da WFOT (GÓMEZ LILLO, 2012).

Em 1966, foi criado o nono programa de formação na América Latina, em Bogotá (Colômbia), vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade Nacional da Colômbia. Era categorizado como de nível técnico e teve duração de três anos, tendo graduado nove terapeutas ocupacionais (RODRÍGUEZ; CAMARGO; ESCOBAR, 2016).

3.4 Hierarquização de carreiras profissionais e a subalternização de gênero

Neste ponto, é possível identificar como a história da criação da terapia ocupacional, de forma geral e em especial na América Latina, se relaciona, para além dos contextos políticos, econômicos, sociais e dos processos de cooperação internacional para atenção às epidemias, com a organização e criação de técnicas e profissões na área de reabilitação em saúde, ao mesmo tempo em que dialoga com a inserção das mulheres no ensino técnico superior e no mercado de trabalho.

No histórico das instituições de ensino superior, estas não eram um espaço para mulheres até muito recentemente⁶, constituindo-se como um âmbito privilegiado de reprodução das desigualdades de gênero e fortalecimento da divisão sexual do trabalho. Os homens tinham o reconhecimento social por sua integração exitosa na esfera pública, inclusive com a educação superior, e as mulheres eram invisibilizadas também educacionalmente e delimitadas à esfera privada (PAPADÓPOLUS; RADAKOVICH, 2006).

Até 1950, com exceção de Costa Rica, Cuba, Panamá e Uruguai, a porcentagem de mulheres inseridas em instituições de ensino superior da maioria dos países latino-americanos estava claramente abaixo da relação demográfica na população total de cada país (BONDER, 1994). Apenas no final dos anos de 1980, praticamente em todos os países latino-americanos, exceto Colômbia e Guatemala, as mulheres eram um pouco mais de 40% da população estudantil nas universidades (BRASLAVSKY, 1994).

Neste processo de aumento da inserção das mulheres no ensino superior dos países latino-americanos, a terapia ocupacional, assim como outras profissões criadas e/ou impulsionadas a partir da década de 1950, tem uma grande importância, uma vez que ajudaram a reconfigurar o papel das mulheres no ensino superior, no mundo do trabalho e, em geral, no contexto social.

Assim como nos Estados Unidos, por exemplo, a terapia ocupacional, em seu início na América Latina, articula duas características principais: 1) ser uma profissão considerada subalterna à medicina, no contexto geral na área de saúde e, mais especificamente, na reabilitação; 2) ser considerada uma profissão para mulheres e, exatamente por isso, de menor valor na hierarquia das profissões.

Testa e Spampinato (2010) apontam que, no contexto argentino, se criam carreiras complementares

à medicina como forma de contribuir com respostas às demandas sociais e de saúde para as quais os saberes e profissões hegemônicas da época não se voltavam. Inserida nesse recorte, a terapia ocupacional fazia parte de uma proposta de equipe variada de profissionais e técnicos coordenados por médicos (MACDONALD, 1959; GONZALEZ, 1959; TESTA; SPAMPINATO, 2010).

Ainda nesta perspectiva, a criação da terapia ocupacional na Argentina, segundo Testa e Spampinato (2010, p. 178, tradução nossa):

[...] esteve atravessada por um sistema de gênero que estabeleceu hierarquias, privilégios e desigualdades, delimitando um campo profissional ligado a um modelo considerado como naturalmente feminino, constituído por atividades da vida diária, atividades artesanais e manuais, o cuidado de crianças, e uma parcela de amor e abnegação para levar adiante o desafio da reabilitação⁷.

Com o acesso de mulheres à educação superior, de modo bastante comum e com raras exceções, essa inserção se dá como uma reedição dentro do enquadre dos papéis sociais tradicionais atribuídos às mulheres, como o cuidado no âmbito dos processos de reabilitação em saúde e na educação especial, com sua subordinação à figura masculina do médico⁸, e com trabalhos que se aproximam dos valores do voluntariado (LOPES; HAHN, 2004; NABERGOI et al., 2013; BOTTINELLI et al., 2016; MORRISON et al., 2016).

Nessa lógica, no contexto da terapia ocupacional, ao mesmo tempo em que o acesso ao ensino superior e universitário proporcionou a inserção e participação no mercado de trabalho e a diferentes espaços sociais de uma parte das mulheres até então alijadas desse universo, essa inserção foi possível através do acesso a carreiras com menor prestígio acadêmico e, por isso, tendo suas perspectivas teóricas e práticas, diretamente subordinadas à visão masculina hegemônica de algumas profissões.

Se compreendermos os primeiros programas de formação em cada um dos países aqui analisados, identificaremos que a maioria deles, ou seja, Brasil, México, Argentina, Venezuela e Colômbia, com exceção do Chile, tiveram seus primeiros programas de formação em terapia ocupacional avaliados como de nível técnico. Isso quer dizer que, nesses países, a terapia ocupacional inicia sua trajetória por meio de programas de formação técnica (em oposição a uma formação de fato universitária), compreendida e vinculada a outras tecnologias médicas e que, por isto, deveria justificar suas práticas com base no

discurso médico hegemônico, estando submetidas a esses conhecimentos.

Isto também pode ser observado de outras maneiras, por exemplo, identificando-se que a direção dos primeiros programas de formação estava sob responsabilidade de médicos e não de terapeutas ocupacionais ou outras profissionais, como se coloca a seguir.

No Brasil, no primeiro programa de formação (na ABBR) o Conselho Técnico (formado por médicos) era quem orientava a formação (LEMOS, 1985; REIS, 2017).

No México, os primeiros programas de formação se iniciaram no serviço de reabilitação infantil, sob a responsabilidade de médico Alfonso Thoen (CASCAJARES; RAMÍRES, 2017).

Na Venezuela, a direção do programa estava ligada à direção do Serviço de Reabilitação, com o médico Alejandro J. Rhode, contando, todavia, com o apoio de duas terapeutas ocupacionais da Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, May Hamilton e Katherine de Brecht (RIVAS et al., 2013).

No Chile, o médico Livio Paolinelli esteve à frente da coordenação do primeiro programa de formação, enquanto terapeutas ocupacionais ocupavam o cargo de subcoordenação; a primeira terapeuta ocupacional a ocupar a coordenação do programa foi Margarita León de Pérez-Guerri, em 1963 (GÓMEZ LILLO, 2012; MORRISON et al., 2016).

Na Colômbia, a direção do primeiro programa esteve a cargo do diretor do Departamento de Reabilitação, o médico Jorge Pardo Ruiz, conjuntamente com as terapeutas ocupacionais Patricia Ann Lang de Pardo, estadunidense graduada na Western Michigan University, e Alicia Trujillo Rojas, colombiana graduada na New York University (TRUJILLO, 2002; RODRÍGUEZ; CAMARGO; ESCOBAR, 2016).

Desse modo, o processo histórico de criação da terapia ocupacional na América Latina tem, dentre outros fatores e discursos importantes, esta articulação fundamental entre a criação de uma carreira técnica auxiliar à medicina ao mesmo tempo em que se possibilita a inserção de mulheres no ensino superior de caráter técnico, ou seja, de uma forma subordinada.

4 Considerações Finais

Trabalhar com a história, ou melhor, com as diferentes possibilidades e perspectivas de organizar e analisar os processos históricos é desafiador ao mesmo tempo em que é extremamente necessário.

Na tentativa de organizar os discursos e as práticas de um determinado momento histórico, podemos refletir sobre seus significados, suas necessidades e também suas possibilidades.

Com o que se reuniu até aqui e com as organizações produzidas, foi possível identificar que as histórias da terapia ocupacional e a criação de programas de formação profissional na América Latina têm antecedentes relacionados ao processo de expansão das equipes profissionais de reabilitação, devido às epidemias de poliomielite e à própria história do “cuidado” à loucura.

Além disso, esses programas de formação foram impulsionados pelos movimentos de cooperação internacional, configurando a criação de técnicas e profissões com menor prestígio nas hierarquias das carreiras médicas, as paramédicas, como eram denominadas, bem como articulando processos de subordinação do gênero feminino, no que se refere à inserção das mulheres no ensino superior universitário e, para parte delas, no mercado de trabalho.

O desenho aqui trazido, que reúne fragmentos das histórias da terapia ocupacional na América Latina, tem essas características importantes que a localizam em um tempo e em um contexto, mas que permitem questionamentos e projeções, sobretudo, com relação ao que terapeutas ocupacionais latino-americanas (e suas formadoras) querem e podem produzir em seu tempo histórico.

Referências

ADDAMS, J. *Twenty years at hull house with autobiographical notes*. New York: MacMillan, 1912.

ADDAMS, J. *My friend Julia Lathrop*. New York: MacMillan, 1935.

ADDAMS, J. *The long road of woman's memory*. Urbana: University of Illinois Press, 2002.

ARAUJO, M. C. *Prospectos da democracia na América Latina em 2006*. Rio de Janeiro: CPDOC/FGV, 2006.

BETHELL, L. O Brasil e a ideia de “América Latina” em perspectiva histórica. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 44, p. 289-321, 2009.

BONDER, G. Mujer y educación en América Latina: hacia la igualdad de oportunidades. *Revista Iberoamericana de Educación*, Madrid, v. 3, n. 6, p. 9-48, 1994.

BOTTINELLI, M. et al. Reflexiones sobre los orígenes de la formación en terapia ocupacional en Argentina. *Revista Ocupación Humana*, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 11-25, 2016.

BRASLAVSKY, C. *Desigualdades educativas de jóvenes y mujeres en América Latina y el Caribe*. Santiago: UNESCO, 1994.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRUNETTO, L. Terapia ocupacional: correlação teórico-prática. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 5, n. 19, p. 213-226, 1975.

CAMPOS, A. L. V.; NASCIMENTO, D. R.; MARANHÃO, E. A história da poliomielite no Brasil e seu controle por imunização. *História das Ciências da Saúde*, Manguinhos, v. 10, p. 573-600, 2003. Suplemento 2.

CASCAJARES, H. C. D.; RAMÍRES, G. P. *Terapia ocupacional em México: 60 años transformando vidas*. Ciudad de México: Imagia, 2017.

CERTEAU, M. *A escrita da história*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1982.

CORREA, R. L. *Região e organização espacial*. São Paulo: Ática, 2003.

DIAS, W. S. *A ideia de América Latina nos livros didáticos de Geografia*. 2009. 129 f. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

DUARTE, C. et al. Precursores de la terapia ocupacional en Colombia: sujetos, instituciones, oficios. *Revista Ocupación Humana*, Bogotá, v. 16, n. 2, p. 93-109, 2016.

ECHEZURÍA, E. Estado de la poliomielitis en Venezuela. *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Washington, v. 8, n. 1, p. 66-71, 1974.

ESCOBAR, A. *La invención del Tercer Mundo: construcción y deconstrucción del Desarrollo*. Barcelona: Norma, 1998.

ESCOBAR, P.; SEPÚLVEDA, R. *Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile: aportes para una historia posible*. Santiago: ETOUCH, 2013.

FURTADO, C. *A economia latino-americana*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

GIGANTE, M. A. *História oral de idosos asilados em São Carlos – SP: velhice, asilo e memória da cidade (1950-2008)*. 2008. 225 f. Tese (Doutorado em História) – Universidade Estadual Paulista, Franca, 2008.

GOMES, P. C. C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, I. E. (Org.). *Geografia: conceitos e temas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995. p. 49-73.

GOMEZ, E. M. Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica. In: PAGANIZZI, L. (Org.). *Terapia ocupacional psicossocial*. Buenos Aires: Polemos, 2007. p. 23-30.

GÓMEZ LILLO, S. *Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile: 50 años de historia*. Santiago de Chile: Abarca Girard Ediciones, 2012.

GONZALEZ, L. Reunión inaugural. In: CONGRESO ARGENTINO DE REHABILITACIÓN DEL LISIADO, 3., 1959, Mar del Plata. *Anales...* Buenos Aires: Archivo Tesone, 1959. p. 19-26.

- KEOHANE, R.; NYE, J. *Power and interdependence: world politics in transition*. Boston: Little, Brown and Company, 1977.
- LAVAL, E. R. Anotaciones para la historia de la poliomielitis en Chile. *Revista Chilena de Infectología*, Santiago, v. 24, n. 3, p. 247-250, 2007.
- LE GOFF, J. Uma ciência em marcha, uma ciência na infância. In: LE GOFF, J. *A história nova*. São Paulo: Martins Fontes, 2005. [s.p.].
- LEMOES, F. I. *Comunicação oral*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1985.
- LLISTAR, D. B. *Anticooperación: interferencia norte-sur: los problemas del sur global no se resuelven con más ayuda internacional*. Barcelona: Icaria Antrazyt, 2009.
- LOPES, R. E. *A formação do terapeuta ocupacional: o currículo: histórico e propostas alternativas*. 1991. 215 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1991.
- LOPES, R. E. A direção que construímos: algumas reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, São Paulo, v. 4-7, p. 27-35, 1997.
- LOPES, R. E. Cidadania, direitos e terapia ocupacional social. In: LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (Org.). *Terapia ocupacional social: desenhos teóricos e contornos práticos*. São Carlos: EdUFSCar, 2016. p. 29-48.
- LOPES, R. E.; HAHN, M. S. The education of occupational therapists in Brazil: history and perspectives. *WFOT Bulletin*, Hong Kong, v. 49, n. 1, p. 24-32, 2004.
- MACDONALD, M. Conferencia la terapia ocupacional en la rehabilitación del Lisiado. In: CONGRESO ARGENTINO DE REHABILITACIÓN DEL LISIADO, 3., 1959, Mar del Plata. *Anales...* Mar del Plata: Archivo Tesone, 1959.
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PESQUISAS EM RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, 2010, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2010.
- MAGALHÃES, L. V. *Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição*. 1989. 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Campinas, Campinas, 1989.
- MALAGÓN, V.; ÁVILA, G. *Estado actual de la poliomielitis en Colombia*. Bogotá: Academia Nacional de Medicina, 1982.
- MELO, D. O. C. V. *Em busca de um ethos: narrativas da fundação da terapia ocupacional na cidade de São Paulo (1956-1969)*. 2015. 133 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.
- MENDES, E. V. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MILANI, C. R. S. Evolução histórica da cooperação norte-sul. In: SOUZA, A. M. (Org.). *Repensando a cooperação internacional para o desenvolvimento*. Brasília: Ipea, 2014. p. 33-56.
- MILLANI, H. F. B.; VALENTE, M. L. L. C. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 1-19, 2008.
- MIRANDA, M. El compromiso con la ciencia: conocimiento y técnica en el trabajo social. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, México, n. 2, p. 9-28, 2007.
- MORRISON, R. et al. Silvia Gómez Lillo y cincuenta años de terapia ocupacional en Chile: una biografía. *TOG (A Coruña)*, Galicia, v. 24, n. 13, p. 1-27, 2016.
- MORRISON, R. J. *La filosofía pragmatista en la terapia ocupacional de Eleanor Clarke Slagle: antecedentes epistemológicos e históricos desde los estudios feministas sobre la ciencia*. 2014. 378 f. Tesis (Doctorado en Lógica y Filosofía de la Ciencia) – Universidad de Salamanca, Salamanca, 2014.
- MORRISON, R. J. Los comienzos de la terapia ocupacional en Estados Unidos: una perspectiva feminista desde los estudios de Ciencia, Tecnología y Género (siglos XIX y XX). *Historia Crítica*, Chile, n. 62, p. 97-117, 2016.
- NABERGOI, M. et al. Cooperación técnica en rehabilitación: procesos iniciales de constitución de la formación académica y ejercicio profesional en Argentina. In: CONGRESO CHILENO, 8.; JORNADAS NACIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2013, Viña del Mar. *Anales...* Chile: Universidad de Chile, 2013.
- NASCIMENTO, B. A. *Loucura, trabalho e ordem: o uso do trabalho e da ocupação em instituições psiquiátricas*. 1991. 150 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1991.
- NASCIMENTO, D. R. et al. (Org.). *A história da poliomielite*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.
- PAPADÓPOLUS, J.; RADAKOVICH, R. Educación superior y género en América Latina y el Caribe. In: ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA – UNESCO. *Informe sobre la educación superior en América Latina y el Caribe, 2000-2005: la metamorfosis de la educación superior*. Caracas: IESALC-UNESCO, 2006. p. 117-128.
- POLLARD, N.; SAKELLARIOU, D.; KRONENBERG, F. *A political practice of occupational therapy*. Philadelphia: Elsevier, 2009.
- QUEIROZ, D. M. Mulheres no ensino superior no Brasil. In: REUNIÃO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO, 23., 2000, Caxambu. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPED, 2000.
- QUIROGA, V. A. M. Eleanor Clarke Slagle and Susan E. Tracy: personal and professional identity and development of occupational therapy in progressive era America. *Nursing History Review*, Philadelphia, n. 8, p. 39-70, 2000.

- QUIROGA, V. A. M. *Occupational therapy: the first thirty years, 1900-1930*. Bethesda: American Occupational Therapy Association, 1995.
- REIS, S. C. C. A. G. *Histórias e memórias da institucionalização acadêmica da terapia ocupacional no Brasil: de meados da década de 1950 a 1983*. 2017. 398 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017.
- 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. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 26, n. 2, p. 255-270, 2018.
- RIVAS, A. P. et al. Historia de la terapia ocupacional em Venezuela. In: CONGRESO DE LA CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES, 10., 2013, Caracas. *Anales...* Caracas: CLATO, 2013. p. 1-71.
- RODRÍGUEZ, L.; CAMARGO, N.; ESCOBAR, X. Terapia ocupacional: una perspectiva histórica desde la Universidad Nacional de Colombia. *Revista Ocupación Humana*, Bogotá, v. 2, n. 16, p. 26-45, 2016.
- SANZ VALER, P.; RUBIO, C.; PASTOR, M. A. La influencia de las ayudantes de reconstrucción en la historia de la terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional*, Galicia, n. 18, p. 1-21, 2013.
- SBRILLER, L. *Introducción a terapia ocupacional: marcos conceptuales*. Buenos Aires: Catálogos, 1997.
- SOARES, L. B. T. *Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980*. São Paulo: Huitec, 1991.
- SOUZA, A. América Latina, conceito e identidade: algumas reflexões da história. *Revista de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP*, Macapá, v. 4, n. 4, p. 29-39, 2011.
- TESTA, D. Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional em Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Santiago, v. 12, n. 1, p. 67-78, 2012.
- TESTA, D.; SPAMPINATO, S. Género, salud mental y terapia ocupacional: algunas reflexiones sobre la influencia de la historia de las mujeres y la perspectiva de género em nuestras prácticas. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 2, n. 21, p. 174-181, 2010.
- TRUJILLO, A. *Terapia ocupacional: conocimiento y práctica en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional, 2002.

Contribuição dos Autores

Gustavo Artur Monzeli, Rodolfo Morrison e Roseli Esquerdo Lopes foram responsáveis pela redação do texto. Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Fonte de Financiamento

Este artigo é parte de resultados de uma pesquisa de doutorado em andamento junto ao Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos e que contou com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) pelo Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior, Processo nº 88881.134779/2016-01.

Notas

¹ No século XIX, Philippe Pinel em seu trabalho intitulado “Tratado Médico-Filosófico sobre a Alienação Mental”, compreendia que a loucura era um excesso e desvio a ser corrigido pela mudança de costumes e inculcação de novos hábitos e comportamentos, propondo as bases para o que se denominou como tratamento moral. Segundo Millani e Valente (2008), o tratamento moral incluía toda a organização e a produção da rotina asilar, ou seja, a sistematização do uso do tempo e do espaço dos internos, com vistas a submeter o interno, retirando-o de seu mundo para enquadrá-lo num sistema de preceitos médicos e valores morais. Além disso, Magalhães (1989, p. 55-56) destaca que “[...] articulando um discurso que é a um só tempo terapêutico e policial, o tratamento moral funda uma ética (ou pelo menos resgata para o domínio médico) que se baseia, sobretudo, no valor da disciplina e seu principal produto social: o trabalho alienado”.

² Los poros selectivos de las fronteras de los estados hacen que seamos más interdependientes, aunque interdependencia para nada signifique simetría.

³ [...] las interferencias transnacionales que se producen entre grupos sociales locales o transnacionales que habitan distintos países o entre sus estados.

⁴ Aqui se compreende como “cursos de capacitação” os cursos realizados na Argentina, antes da criação da ENTO (BOTTINELLI et al., 2016), os do Brasil, por exemplo os cursos de terapia ocupacional oferecidos por Nise da Silveira (SOARES, 1991), e, no México, os cursos de capacitação para enfermeiras atuarem nesse âmbito (CASCAJARES; RAMÍRES, 2017).

- ⁵ A primeira edição dos padrões mínimos de formação preconizados pela WFOT é de 1958.
- ⁶ No Brasil, por exemplo, o acesso das mulheres ao Ensino Superior foi possível apenas no final do século XIX (QUEIROZ, 2000).
- ⁷ [...] estuvo atravesada por un sistema de género que estableció jerarquías, privilegios y desigualdades; delimitando un campo profesional ligado a un mundo considerado como naturalmente femenino constituido por las actividades de la vida diaria, las actividades artesanales y manuales, el cuidado de los niños y una cuota de amor y abnegación para llevar adelante el desafío de la rehabilitación.
- ⁸ Na história da medicina a profissão era exercida maioritariamente por homens; no Brasil, na década de 1970, as mulheres somavam 11% dos profissionais de medicina (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010).