



ANDRÉA REBOLLO GRANADO

**TERAPIA OCUPACIONAL NAS APAES  
CAMINHOS E PERSPECTIVAS**

CAMPINAS  
2014



---

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
Faculdade de Ciências Médicas

ANDRÉA REBOLLO GRANADO

**TERAPIA OCUPACIONAL NAS APAES  
CAMINHOS E PERSPECTIVAS**

ORIENTAÇÃO: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Adriana Lia Frizman de Laplane.

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP para obtenção de título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA POR  
ANDRÉA REBOLLO GRANADO, E ORIENTADA PELA  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Adriana Lia Frizman de Laplane.

---

Assinatura do Orientador

CAMPINAS  
2014



Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

G762t Granado, Andréa Rebollo, 1975-  
Terapia ocupacional : caminhos e perspectivas / Andréa Rebollo Granado. –  
Campinas, SP : [s.n.], 2014.

Orientador: Adriana Lia Frizman de Laplane.  
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de  
Ciências Médicas.

1. Terapia ocupacional. 2. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. 3.  
Deficiência intelectual. I. Laplane, Adriana Lia Frizman, 1955-. II. Universidade  
Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Occupational therapy : paths and perspectives

**Palavras-chave em inglês:**

Occupational therapy

Association of Parents and Friends of Exceptional Children

Intellectual disability

**Área de concentração:** Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Titulação:** Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**Banca examinadora:**

Adriana Lia Frizman de Laplane [Orientador]

Maria Inês Rubo Nobre

Fábio Bruno de Carvalho

**Data de defesa:** 27-06-2014

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

**BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO**

**ANDRÉA REBOLLO GRANADO**

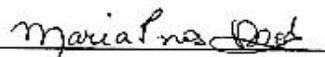
Orientador (a) PROF(A). DR(A). ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE

**MEMBROS:**

1. PROF(A). DR(A). ADRIANA LIA FRISZMAN DE LAPLANE



2. PROF(A). DR(A). MARIA INÊS RUBO NOBRE



3. PROF(A). DR(A). FÁBIO BRUNO DE CARVALHO



Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 27 de junho de 2014

*A minha filha amada Amelie, ao meu marido  
Daniel, aos meus pais Sandra e Henrique, e  
aos queridos irmãos Carlos, Rubem e Tris  
pelo sentido que trazem à  
minha vida.*

## ***AGRADECIMENTOS***

---

A minha orientadora, Professora Dr<sup>a</sup>. Adriana Lia Friszman de Laplane, pela dedicação, apoio, acolhimento, disponibilidade, pelas incansáveis orientações e acima de tudo, por ser a minha inspiração e meu alento.

Ao meu marido, Daniel pelo amor.

A minha filha Amelie, por iluminar meus dias.

Aos meus pais, Henrique e Sandra, por tudo que sou e tudo que vivo.

Aos queridos Rubem, Cristina, Carlos, Adenilza e Maria Luiza presentes sempre na minha vida.

A querida amiga Mariana Aribé Alves (in memoriam) por toda a generosidade e alegria.

Aos Terapeutas Ocupacionais que participaram de forma generosa na construção deste estudo.

## **RESUMO**

Este estudo se propõe a conhecer a trajetória e compreender o papel da Terapia Ocupacional nas APAES do Estado de São Paulo. Estas instituições atendem pessoas com deficiência intelectual, e oferecem atendimentos em várias áreas da educação e saúde, dentre essas a Terapia Ocupacional que está presente na maioria dos planos terapêuticos e educacionais dos usuários. A pesquisa seguiu uma abordagem predominantemente qualitativa, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas, gravadas com 06 terapeutas ocupacionais que atuaram ou atuam em APAES do estado de São Paulo. Inicialmente buscou-se resgatar alguns aspectos históricos da profissão e das instituições no Brasil. Em seguida considerando a análise do material, procurou-se destacar os aspectos relativos ao papel do profissional de terapia ocupacional nas décadas de 80, 90 e 2000 e suas bases teórico-metodológicas de atuação sendo possível refletir sobre as perspectivas atuais e futuras de participação deste profissional nas instituições.

Descritores: Terapia Ocupacional. APAE, Deficiência Intelectual.

## **ABSTRACT**

This study aims to know the history and understand the role of occupational therapy in APAES the State of São Paulo. These institutions serving people with intellectual disabilities, and offer consultations in various areas of education and health, among these occupational therapy which is present in most therapeutic and educational plans of users. The research followed a predominantly qualitative approach, we used semi-structured interviews, recorded with 06 occupational therapists who worked together in APAES the state of São Paulo. Initially we attempted to rescue some historical aspects of the profession and institutions in Brazil. After considering the analysis of the material sought to highlight those aspects of the role of occupational therapy professional in the 80, 90 and 2000 and its theoretical and methodological bases of operation being possible to reflect on the current and future prospects of participation of professional institutions.

**Keywords:** Occupational Therapy, APAE. Intellectual Disability

## ***LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS***

---

AAMR - American Associationon Mental Retardation.

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

AVD´s – Atividades de Vida Diária.

(higiene, alimentação, vestuário, locomoção e comunicação).

AVP´s – Atividades de Vida Prática.

AVL´s – Atividades de Vida de Lazer (adulto/idoso) e do Brincar (criança).

AVE`s –Atividades de Vida Escolar.

AVT´s - Atividades de Vida do Trabalho.

AIVP-Atividades Instrumentais da Vida Prática.

CADEME- Campanha Nacional de Educação e Reabilitação de Deficientes

Mentais.

CDPD - Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

CIDID - Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e

Incapacidades.

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.

CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

FISIO. –Fisioterapeuta.

T.O - Terapia Ocupacional.

OMS - Organização Mundial de Saúde.

ONG – Organização Não Governamental.

OIT- Organização Internacional do Trabalho.

## ***TABELAS***

---

Tabela 1: Trajetórias dos sujeitos.	<i>Pág.</i> 63
Tabela 2. Setores de Atuação	77
Tabela 3. Atividades desenvolvidas na APAE por setor	78

## **SUMÁRIO**

---

	<i>Pág.</i>
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
Lista de Tabelas	x
Lista de Abreviaturas	xi
1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	15
2.1 A Construção da Identidade Profissional	15
2.1.1 Breve história da Deficiência Intelectual	24
2.1.2 História da Deficiência no Brasil	29
2.1.3 Conceito atual de Deficiência Intelectual	36
2.1.4 Breve História das APAES no Brasil	38
3. MATERIAL E MÉTODOS	43
4. RESULTADOS	46
4.1 Trajetórias dos sujeitos	46
4.1.2 O papel do Profissional	60
5. DISCUSSÃO	74
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	
ANEXO A- Termo de Consentimento	
ANEXO B – Roteiro da Entrevista	

## 1- INTRODUÇÃO

A profissão Terapia Ocupacional completou 44 anos no Brasil. Segundo o Conselho Regional do Estado de São Paulo, a profissão é um campo de conhecimento e de intervenção nas áreas da saúde, educação e social. Faz uso de tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas: físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade da inserção e participação na vida social.

As APAES existem no Brasil desde 1954. No Estado de São Paulo existem 309 cadastradas na Federação das APAES. Estas instituições atendem desde sua origem pessoas com deficiência intelectual e deficiências múltiplas, onde recebem atendimento em várias áreas vinculadas à reabilitação. Dentre essas a Terapia Ocupacional está presente na maioria dos planos terapêuticos e educacionais dos usuários. Embora presente no cotidiano das Instituições, existe pouca publicação científica sobre o percurso teórico, metodológico e prático da Terapia Ocupacional neste contexto.

A análise da bibliografia disponível e a vivência na prática suscitaram as questões que nortearam este estudo: para onde caminha a profissão nas instituições? A profissão caminhou junto com mudanças políticas de saúde e educação? Como a área vem se renovando? Qual a percepção dos profissionais quanto as suas práticas?

Levando em consideração as mudanças acontecidas no âmbito da saúde, educação e direitos das pessoas com deficiência, este estudo se propõe a conhecer e compreender o papel da Terapia Ocupacional nas APAES. A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas conduzidas com terapeutas ocupacionais que atuaram ou atuam nestas

instituições a partir da década de 80. As entrevistas visaram ao conhecimento de aspectos da trajetória e formas de atuação da terapia ocupacional na APAE.

Para efeitos didáticos, este texto se estrutura em cinco capítulos. No primeiro, procuramos conhecer a história da profissão, desde os primeiros movimentos ocorridos na Europa e nos Estados Unidos e como foi construída no Brasil, para compreender seu o impacto no contexto em que se insere e as mudanças e influências recíprocas. Em seguida, abordamos a história da deficiência intelectual e a história da instituição APAE e como esse serviço de atenção chegou ao Brasil.

O terceiro capítulo traz a pesquisa de campo enquanto o quarto discute os resultados e o quinto apresenta as conclusões do estudo e as análises dos resultados para poder compreender ações do presente e perceber algumas questões futuras da profissão.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 A Construção da Identidade Profissional

*Desde seu princípio, a Terapia Ocupacional caracterizou-se como profissão da área da saúde - surgiu como recurso, instrumento e ato médico, sendo que as concepções de saúde, doença e terapêutica relacionam-se historicamente à produção do saber. Assim, não há uma história específica apartada das ciências da saúde e educação, de um modo geral. (De Carlo e Bartalotti<sup>1</sup>, 2001)*

No decorrer da história, os movimentos precursores da Terapia Ocupacional vieram ligados aos conceitos de doença e saúde na sociedade, e ao uso do trabalho como recurso terapêutico.

Dois movimentos marcaram a construção da identidade profissional. O primeiro movimento foi na saúde mental: durante muitos séculos a loucura humana foi entendida baseada em preceitos religiosos. Para Benetton<sup>2</sup> e Magalhães<sup>3</sup>, a loucura foi justificada socialmente no decorrer da história, como castigo, dádiva divina ou falha da natureza, entre outros.

Na Idade Moderna período compreendido entre os séculos XV e XVIII, trouxe fatos marcantes para a construção de um novo entendimento sobre o homem e a sociedade. Com a passagem do feudalismo para o capitalismo e o desenvolvimento das ciências naturais, o homem passa a se tornar responsável por si mesmo e não mais subordinado à vontade divina. Neste período a incapacidade para o trabalho e de seguir a normatização social, levaram mendigos, criminosos, velhos, loucos e demais excluídos da sociedade a ocupar os antigos leprosários. Para Foucault<sup>4</sup>, nestes locais isolados os excluídos

permaneceriam até a morte. A internação não possuía função médica, e sim de reclusão, com o objetivo de salvaguardar a ordem social.

De acordo com autores como Benetton <sup>2</sup>, Magalhães <sup>3</sup> e Ballarin <sup>5</sup> no final do século XVIII e início do século XIX, os médicos Willian Tuke e Philipe Pinel, iniciam um novo conceito psiquiátrico, e inspirado nas ideias humanistas da Revolução Francesa, empreenderam a chamada "humanização dos pacientes". Nesta época Pinel ficou famoso por quebrar as correntes às quais os doentes ficavam presos e por introduzir as práticas terapêuticas em seu tratamento, tornando o hospital uma instituição médica e não mais um espaço de isolamento.

Para Magalhães <sup>3</sup>, os médicos neste período, eram reconhecidos como os únicos capazes de dizer a verdade sobre as doenças e promover os métodos de tratamento. As atividades eram entendidas como instrumento de terapêutica médica, as mais indicadas eram as atividades agrícolas, marcenaria, serraria e costura. A metodologia usada nos hospitais serviu como alicerce para a construção da metodologia do tratamento moral, o qual tinha como preceitos: a liberdade, a racionalidade e a humanidade.

As propostas de terapias baseadas em atividades relacionadas ao divertimento e ao trabalho passaram a ser amplamente difundidas em todos os asilos e hospícios da França e depois o método do tratamento moral foi aplicado em vários países do mundo. Os médicos iniciaram o trabalho de descrição e de agrupamento dos diferentes tipos dos sintomas e a denominação dos diversos tipos de transtorno psíquico. Este movimento promoveu o nascimento da psiquiatria.

E no início do século XX essas idéias foram resgatadas por grandes médicos que marcaram a história do tratamento de doentes mentais e consolidaram o uso da

ocupação/trabalho como terapia: nos Estados Unidos, Meyer, e na Alemanha, Simon e Schneider.

Para Beneton <sup>2</sup> e Ballarin <sup>5</sup>, Simon sistematizou a chamada Terapia Ativa em sua obra de 1929, "*Tratamento Ocupacional dos enfermos mentais*", que teve grande influência sobre a assistência psiquiátrica brasileira. Na terapia Ativa, o trabalho deveria ser entendido como instrumento da educação e como forma indireta de psicoterapia. As atividades eram indicadas pelo médico e envolviam diferentes graus de complexidade. Já para Meyer a prescrição médica da ocupação possibilita a aquisição de uma conduta mais adaptada socialmente, baseada no treinamento simulado. Por isso, as instituições deveriam ser semelhantes à sociedade. Ballarin <sup>5</sup> cita que Scheneider fundamentou o uso da atividade em princípios biológicos.

Ao final da II Guerra Mundial, a situação dos hospitais e manicômios era degradante, o método de tratamento passa a ser questionado e surgiram, então, na França, Inglaterra e Estados Unidos os primeiros movimentos de Reforma Psiquiátrica.

O segundo movimento precursor da Terapia Ocupacional vem da reabilitação física, que surge como resposta social à urbanização e à massificação da pobreza desencadeada pela Revolução Industrial.

Para Lopes <sup>6</sup>, Aerosa e Dwyer <sup>7</sup>, a produção e utilização gradual de máquinas a vapor resultaram no progressivo aumento de produtividade e crescente diversificação de tarefas em todos os ramos da atividade humana. A loucura, a doença mental e acidentes ocorridos no contexto laboral, aumentaram consideravelmente o número de pessoas incapacitadas. Surge, então, a necessidade de uma nova forma de tratamento para as incapacidades do membro superior.

Ao final da I Guerra Mundial (1914-1918), período conhecido como a Reconstrução, nos Estados Unidos, havia um grande número de feridos em guerra, o governo então inaugurou grande número de hospitais. Segundo Magalhães <sup>3</sup> foi nesse período que iniciou o movimento chamado: “reabilitação”.

O tratamento nestes hospitais era baseado em princípios da psicologia, reabilitação física e reinserção social. Segundo De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> cresceu o reconhecimento do tratamento pela ocupação no atendimento tanto ao doente físico como mental, tendo como prioridade a reabilitação da capacidade e competência para um papel produtivo em sociedade. Foi deste movimento pós-guerra que surgiu o reconhecimento da profissão. Em 1915, Dunton publicou o livro “Terapia Ocupacional: um manual para enfermeiras”, nascendo então o termo Terapia Ocupacional e neste mesmo ano fundou a primeira escola de formação na profissão, em Chicago, nos Estados Unidos.

Em 1917, segundo Magalhães <sup>3</sup> foi fundada a *National Society for the Promotion of Occupational Therapy* formada em sua maioria por médicos e terapeutas ocupacionais. Esta entidade que mais tarde passou a se chamar *The American Occupational therapy Association (AOTA)* existe até os dias atuais.

Em 1918, no Milwaukee Downer College em Wisconsin-USA, em um colégio para mulheres, iniciou-se a primeira escola para Terapeutas Ocupacionais; depois, outros cursos foram abertos na Filadélfia e em Boston. Magalhães <sup>3</sup> descreve que a profissão ficou marcada como adequada para mulheres e como predominantemente feminina, como outras profissões (enfermagem e magistério). Essa tendência acompanhou a profissão em toda a sua trajetória histórica.

Ao fim da Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945), segundo De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> surgiu à necessidade de alocar terapeutas ocupacionais em hospitais civis e

militares e a profissão integrou os primeiros serviços especializados, tornando-se o profissional indispensável nas equipes de reabilitação.

Em 1948 a profissão foi reconhecida e valorizada em âmbito mundial e surge a necessidade de maior organização dos profissionais. Em 1952 a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (*World Federation of Occupational Therapists – WFOT*) é inaugurada. A Federação tem grande atuação até os dias atuais.

No Brasil, a profissão percorreu o mesmo trajeto, primeiro desenvolveu trabalhos nas instituições ligadas à saúde mental e depois nos centros de reabilitação.

Seguindo as tendências difundidas na Europa e nos Estados Unidos nos séculos anteriores, as primeiras instituições surgiram no Brasil final do século XIX. O primeiro foi o Hospício Pedro II – RJ, sob o patrocínio do Imperador Pedro II. Segundo Ballarin<sup>5</sup> e Britto<sup>8</sup> as instituições brasileiras priorizavam a segregação dos doentes e desordeiros para proteger a sociedade. Nestes locais o trabalho era usado como forma de tratamento e ofereciam oficinas de sapataria, marcenaria, formação de florista e atividade de desfiadura de estopa, para o tratamento de doentes mentais.

Para Magalhães<sup>3</sup>, Ballarin<sup>5</sup> e Britto<sup>8</sup>, durante o século XIX muitas outras instituições chamadas na época de hospícios, foram abertas no país, no Rio de Janeiro e São Paulo (1852-1869), Recife e Olinda (1861-1864), Belém (1873), Salvador (1874) e Porto Alegre (1884).

O Hospital do Juqueri, em São Paulo, foi à primeira colônia agrícola, onde o paciente era tratado por meio do trabalho rural e quando considerado apto retornava à comunidade. Para Ballarin<sup>5</sup> a experiência de tratamento desenvolvida em Juqueri serviu de

estímulo para outros estados brasileiros, onde foram inauguradas diversas instituições psiquiátricas agrícolas.

Em 1929, Henrique Oliveira Matos desenvolveu sua tese inaugural da cadeira de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP: “*Laborterapia nas Afecções Mentais*” – um estudo sobre a terapêutica do trabalho desenvolvido no Hospital do Juqueri. Segundo De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup>, esse trabalho tornou-se o marco inicial da produção científica nacional sobre a terapêutica ocupacional, como era denominado pelos médicos brasileiros o tratamento pela ocupação. O tratamento pelo trabalho e o uso terapêutico da ocupação instituiu-se no país e se caracterizou como laborterapia e ergoterapia.

A metodologia de tratamento começa a ser questionada na década 30, com a chegada da tendência mundial chamada concepção organicista. Para Ballarin <sup>5</sup>, nesta concepção o doente passou a ser objeto de estudo clínico e cirúrgico; a psiquiatria científica passa a atuar fortemente nos hospitais psiquiátricos do país.

Em 1946, em um movimento contrário à concepção organicista, a Dra. NicNisee da Silveira, psiquiatra alagoana radicada no Rio de Janeiro, grande estudiosa da psicanálise, fundou a seção de Terapêutica Ocupacional, no Centro Psiquiátrico do Engenho de Dentro. A seção de terapêutica ocupacional, segundo Magalhães <sup>3</sup> e Ballarin <sup>5</sup>, tinha como proposta a aplicação de recursos ocupacionais, como pintura e desenho livre, com a intenção de promover a comunicação e a expressão dos doentes mentais institucionalizados. Para Benetton, a profissão de Terapia Ocupacional incorporou os conceitos difundidos pela Dra. Nise de Oliveira, os quais, mais tarde, se tornaram os elementos fundamentais da terapêutica ocupacional: a comunicação e expressão e a relação interpessoal terapeuta-paciente.

Segundo Magalhães <sup>3</sup>, em 1948, a necessidade de preparação de pessoas para atuar neste espaço de terapêutica ocupacional determinou a realização do primeiro Curso Elementar de Terapêutica Ocupacional, sob a responsabilidade da Dra. Nise. Estes cursos foram desenvolvidos até o ano de 1961.

Seguindo a tendência mundial, os programas para incapacitados físicos surgem, no Brasil decorrente do Movimento Internacional de Reabilitação após a Segunda Guerra Mundial. Em 1951, por meio de uma parceria entre a ONU e a USP a formação do primeiro Centro de Reabilitação, de formação técnica com duração de ano de fisioterapia e terapia ocupacional. Segundo De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> no instituto a Terapia Ocupacional era responsável somente por membros superiores e pelo treinamento das atividades de vida diária- AVD.

Em 1956, no Rio de Janeiro, foi ministrado o primeiro curso de formação em Terapia Ocupacional na Associação Brasileira Beneficente, seguindo os padrões norte-americanos. De acordo com Magalhães <sup>3</sup>, a primeira turma cursou dois anos e as seguintes já tinham carga horária de três anos. Os cursos estenderam-se rapidamente para outros estados.

De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> e Soares <sup>9</sup>, relatam que em 1959 iniciou-se a formação de “técnicos de alto padrão” em Fisioterapia e Terapia Ocupacional, por intermédio de um curso com duração de dois anos, na USP em São Paulo.

Em 1963, descreve Lopes <sup>6</sup> que a Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro solicitou o currículo mínimo dos cursos de Terapia Ocupacional para o Ministro da Educação e Cultura, sendo que sua aprovação ocorreu em 1964.

O curso de Terapia Ocupacional da USP passou a ter 3 anos de duração. Nesta época, a formação estava muito ligada à Reabilitação Física. No mesmo ano também os

profissionais criaram diversas associações científicas no país, entre elas a Associação dos Terapeutas Ocupacionais do Brasil, que mais tarde centralizou os Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Somente depois do Decreto-Lei n. 938, de 11 de outubro de 1969, a profissão de Terapia Ocupacional, conjuntamente com a Fisioterapia, foi reconhecida como de nível superior no país. Foram definidas neste decreto, as atribuições do Terapeuta Ocupacional, ficando o Ministério da Saúde incumbido da fiscalização do exercício profissional.

Segundo Ballarin <sup>5</sup> em 1966 foi fundada a Associação Brasileira de Psiquiatria. Com o avanço da ciência medicamentosa iniciaram-se os tratamentos extra-hospitalares. Os hospitais psiquiátricos passaram a oferecer atendimento ambulatorial com equipes formadas por médicos, estagiários dos nascentes cursos de Psicologia, as assistentes sociais e os terapeutas ocupacionais. Na década de 70 foram iniciadas muitas experiências regionalizadas com propostas de ações concretas e de modelos voltados a não hospitalização no país. Segundo Benetton <sup>2</sup> e Ballarin <sup>5</sup>, alguns psiquiatras começam a mostrar interesse por modelos assistenciais diferentes do tradicional e entre eles, Elso Arruda e Luiz Cerqueira. Magalhães <sup>3</sup> relata que Arruda foi o primeiro autor a publicar um texto sobre a Terapia Ocupacional. Ele era colaborador da Dra. Nise da Silveira e descreveu relatos de vivências. Luiz Cerqueira desenvolveu uma sistemática luta pela transformação dos serviços de assistência na psiquiatria brasileira. Entre elas, segundo Ballarin <sup>5</sup>, a proposta de equipes multidisciplinares, incluindo a profissão de Terapeuta Ocupacional para sustentar a proposta de modelo extra-hospitalar.

Neste período, as lideranças da classe foram mobilizadas no sentido de sensibilizar as autoridades do Ministério do Trabalho, a Câmara e o Senado, para a criação

do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais. Em 1975, foi sancionada a lei criadora do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional.

Magalhaes <sup>3</sup> e Lopes <sup>6</sup> descrevem que, em 1978, é instaurado o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO, e juntamente com a criação dos Conselhos volta à discussão sobre os eixos do currículo mínimo. Somente em 1983 a estruturação ocorreu, prevendo a carga horária de quatro anos e contendo disciplinas em ciclos, o primeiro, matérias biológicas, o segundo formação geral, o terceiro pré-profissionalizante e o quarto, matérias profissionalizantes.

Nos anos de 1984 e 1985, aumentou o número de terapeutas ocupacionais atuando em ambulatórios em saúde mental e reabilitação física. Para Ballarin <sup>5</sup> estes profissionais estavam agora diante de uma nova exigência: a formulação de formas diferenciadas de intervenção e de resgate da cidadania.

Segundo relato de Ballarin <sup>5</sup>, em 1996 durante o Encontro Nacional de Terapia Ocupacional, o currículo voltou a ser discutido foi apontada a necessidade de criação de cursos de pós-graduação *stricto e lato sensu* para o fortalecimento da formação dos profissionais.

Em 2008, o Conselho Federal, COFFITO <sup>10</sup>, solicitou junto ao Conselho Nacional de Educação, o estabelecimento das cargas horárias para os cursos de graduação em Terapia Ocupacional de 4.000 (quatro mil) horas.

Atualmente, conforme informações do Ministério da Educação <sup>11</sup> existem no Brasil atualmente, 78 cursos de Bacharelado presencial em terapia ocupacional em diversas instituições. No estado de São Paulo, 22 Instituições oferecem o curso em diversos municípios.

A profissão de terapia ocupacional tem sido regulamentada recentemente pelo Conselho Federal de Terapia Ocupacional que publicou a Resolução <sup>12</sup> nº 418 de 04 de Junho de 2012, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Os âmbitos do ensino regular e educação especial são mencionados como alvos da atuação desse profissional.

A Resolução <sup>12</sup> descreve a ação do profissional como um procedimento que envolve ações terapêuticas ocupacionais nestes âmbitos, visando facilitar o processo de ensino/aprendizado, a superação das desigualdades educacionais, a inclusão escolar, a formação para o trabalho, a promoção da participação e da cidadania de crianças, jovens, adultos e idosos.

### **2.1.1 Breve história da Deficiência Intelectual**

No decorrer da história da humanidade encontramos relatos de total indiferença e desvalia para com as pessoas com algum tipo de deficiência.

Na antiguidade, a sociedade entendia a deficiência como consequência da intervenção divina. Os preceitos místicos, a superstição e a religião eram responsáveis pela compreensão da deficiência como dádiva ou castigo de Deus. Para Aranha <sup>13</sup> e Pessotti <sup>14</sup> e Marques <sup>15</sup> neste período, o deficiente não tinha nenhuma aceitação social e as crianças que apresentavam alguma deficiência eram abandonadas à morte. Na Roma Antiga e em Esparta são relatados atos de extermínio contra pessoas com deficiência, inclusive, os pais tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência. Somente em Atenas, influenciada pelas idéias de Aristóteles, que acreditava na igualdade como justiça, os deficientes eram reconhecidos pela sociedade.

Na idade média, com o advento do Cristianismo, os conteúdos da doutrina cristã, como amor ao próximo e caridade foram difundidos. O deficiente passa a ser considerado um ser com “alma”. Para Pessotti <sup>14</sup> neste período o deficiente mental passa a ser acolhido em conventos ou igrejas.

Apenas no século XIII surgiu na Bélgica, à primeira instituição, uma colônia agrícola, para abrigar deficientes mentais. Sob a custódia da família e da igreja, as primeiras instituições de assistência à pessoa com deficiência mental, tinham como premissa, o direito à sobrevivência.

Segundo Silva <sup>16</sup>, no século seguinte foi aprovada a diretriz que determinava os cuidados aos pobres e enfermos aos bispos e a igreja abriu diversos hospitais, chamados: hospitais para pobres e incapazes.

O século XII foi marcado pela Inquisição. A Igreja Católica passa a perseguir e matar pessoas as quais eram responsabilizadas por qualquer desastre. Para Pessotti <sup>14</sup> esses casos eram conhecidos como heresias e os deficientes estavam entre os que as cometiam.

Marques <sup>15</sup> registrou que, somente em 1325, foi criada a primeira legislação sobre os cuidados para com as pessoas com deficiência mental. O deficiente passa então a ser cuidado financeiramente pela realeza, na Inglaterra.

Durante os séculos XV e XVII, as mudanças sociais e culturais e o avanço da ciência modificam os conceitos sobre deficiência da Idade Média. Os deficientes passam a ser entendidos como seres humanos. Neste período, nos países europeus, foram construídos locais de atendimento específico para pessoas com deficiência.

A Revolução Inglesa do século XVII representou a primeira manifestação de crise do sistema da época moderna, identificado com o absolutismo e o regime parlamentarista. Para Aranha <sup>13</sup>, com a queda da Igreja Católica e o novo sistema de

produção, este período apresentou grande revolução de idéias. Há uma nova divisão social do trabalho e neste contexto, os indivíduos não produtivos começam a ser vistos como deficientes e como causadores de um prejuízo à sociedade no que se refere ao seu sustento e manutenção.

Segundo Pessotti <sup>14</sup>, o marco deste período foram os estudos de Paracelso e Cardano, médicos que dedicaram suas pesquisas a explicar a natureza da deficiência intelectual e a questionar a pedagogia usada nas instituições que cuidavam destes indivíduos. Marques <sup>15</sup> afirma que neste período o conceito de deficiência mental baseado na visão organicista é consolidado entre os médicos e pesquisadores. A deficiência é vista como uma lesão neurológica ligada ao substrato biológico do indivíduo.

Como resultado deste período criaram-se as condições indispensáveis para a Revolução Industrial e para o avanço do capitalismo. Ainda, para Marques <sup>15</sup>, nesta época emergiu o conceito de corpo produtivo e os sujeitos passaram a ser classificados pela sua capacidade produtiva. Os deficientes foram, assim, colocados à margem da sociedade e passaram a ser evitados nos espaços de produção. Nesse momento emerge também a noção de desigualdade, na medida em que os indivíduos são considerados nas suas diferenças.

Nos séculos, XVII e XVIII multiplicam-se as leituras da deficiência enquanto fenômeno, especialmente nas áreas médica e educacional, gerando uma grande diversidade de atitudes: desde a institucionalização em conventos e hospícios até o ensino especial. Segundo Marques <sup>15</sup> e Pessotti <sup>13</sup>, uma contribuição importante deste período foi o estudo do médico Itard, o primeiro teórico da educação de pessoas com deficiência mental que defendia uma educação baseada nos sentidos.

No século XIX, o modo de produção capitalista continua mantendo o sistema de valores e de normas sociais. Segundo Silva <sup>16</sup> este século teve três grandes momentos:

no primeiro, na primeira metade do século, acreditava-se na cura da deficiência. O tratamento moral constituía a base do atendimento dispensado aos deficientes intelectuais nas instituições residenciais. O método consistia em treinamento psicomotor por meio de imposição de hábitos regulares e frequentes, experiências concretas e rotina. Na segunda metade deste século inicia-se um movimento de descrença na cura do deficiente. As instituições passam a não mais trabalhar para o deficiente e sim para sua automanutenção. O público das instituições passa a ser formado por pessoas de baixa renda e pelos deficientes mais graves. Já ao final do século surge no meio médico a suposição da transmissão hereditária da deficiência mental, o que gera um retorno às práticas de isolamento e segregação.

No século XX, como aponta Marques <sup>15</sup>, com o aumento da população urbana e o processo de democratização da educação básica houve um aumento na busca pela educação de pessoas com deficiência nos estabelecimentos regulares de ensino. A reação do sistema de ensino foi à criação das escolas especializadas. Para Aranha <sup>13</sup>, neste período a deficiência é entendida de acordo com diferentes modelos: médico, educacional, social, sócio construtivista ou sócio histórico.

Em 1919, no período entre Guerras, na Inglaterra, foi criada a Comissão Central da Grã-Bretanha para o Cuidado do Deficiente. Depois da II Guerra, esse movimento se intensificou no bojo das mudanças promovidas nas políticas públicas. Dado o elevado contingente de amputados, cegos e outros deficientes físicos e mentais, o tema ganha relevância política no interior dos países e também internacionalmente, no âmbito da Organização das Nações Unidas - ONU.

Conforme Carvalho e Maciel <sup>17</sup>, o paradigma da institucionalização permanece como estratégia de atenção aos deficientes na década de 1950. Mas, já a partir da

Declaração dos Direitos Humanos, a maioria dos países passou a buscar um novo modelo no tratamento da deficiência.

Neste período surgiram os primeiros movimentos organizados por familiares de pessoas com deficiências, como crítica à discriminação e ao preconceito. Como descreve Mazzotta <sup>18</sup>, foi fundada por pais de crianças com deficiência intelectual, chamada na época “retardo mental”, a *National Association for Retarded Children*,. Este movimento serviu de exemplo para a criação das APAES no Brasil.

Nos anos 70, os Estados Unidos inicia o processo de educação inclusiva, por meio da modificação dos currículos e da criação de uma rede de informações entre saúde e educação.

Em 1980 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou a Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades, este foi o primeiro modelo inclusivo, baseado no conceito de Modelo Social da deficiência. Segundo Sasaki <sup>19</sup> e Carneiro <sup>20</sup> esta classificação inovou ao utilizar conceitos como: impedimento, deficiência e incapacidade.

Segundo Aranha <sup>13</sup> o fenômeno deficiência, no final do século, admite uma conceituação ampla que inclui a esferas: social, política e econômica e permite uma variedade de leituras e interpretações.

No século XXI, a questão do direito da pessoa com deficiência assume uma importância cada vez maior em todos os países e novos documentos, como a Convenção Internacional sobre os direitos das pessoas com deficiência (2007), assinada na cidade de Nova Iorque. Os documentos continuam a proclamar e especificar esses direitos, assim como a sua garantia e implementação pelos governos.

### **2.1.2 A História da Deficiência no Brasil.**

No Brasil, a trajetória dos conceitos de deficiência percorreu o mesmo trajeto que nos continentes europeu e americano. Para Silva <sup>16</sup> a pessoa deficiente por vários séculos no Brasil, permaneceu dentro da categoria de inexistência e ou total desvalia.

Antes da colonização, encontramos relatos históricos sobre as populações indígenas. A deficiência para os índios era entendida como um mau sinal, castigo dos deuses ou de forças superiores, costumes semelhante aos povos da História Antiga e Medieval. Nogueira <sup>21</sup> descreve que nas tribos havia o costume e a prática da exclusão total de crianças com deficiência.

Durante a colonização, os Portugueses trouxeram os valores culturais do ocidente como filosofia, teologia e a ciência. Com a chegada do primeiro governo ao Brasil, a monarquia e o Catolicismo se estabeleceram como os dois poderes da época e constituíram um poder absolutista.

A Igreja Cristã foi a responsável pelas primeiras instituições fundadas no Brasil, seguindo o modelo de trabalho das instituições europeias. Em 1543 inaugurou a Santa Casa de Misericórdia na cidade de Santos, que recolhia as crianças abandonadas e doentes. Segundo Jannuzzi e Caiado <sup>22</sup> o movimento católico fundou também as instituições chamadas “Rodas dos Expostos”, que acolhiam e criavam crianças isoladas e rejeitadas da sociedade. A primeira foi fundada em Salvador, (1726); depois no Rio de Janeiro (1738); e em São Paulo (1825). Em 1828, foi difundido a primeira lei que ordenava as províncias católicas aceitar na roda dos expostos, crianças abandonadas com alguma anomalia. Para Kassar <sup>23</sup> e Pessotti <sup>14</sup>, foram estas províncias que iniciaram o processo de

educação de crianças com deficiência. O tratamento oferecido era baseado em preceitos de caridade e ou castigo, as crianças faziam trabalhos internos como forma de agradecimento e viviam isoladas do convívio social.

A primeira escola para deficientes no Brasil foi segundo Mazzotta <sup>18</sup> o Instituto dos Meninos Cegos, fundado em 1854, pelo Imperador Dom Pedro II. Esta instituição atua até os dias de hoje na cidade de Rio de Janeiro com o nome de Instituto Benjamim Constant. Na data de sua fundação, segundo o Decreto Imperial n.º 1.428, de 12 de setembro de 1854 <sup>24</sup>, o instituto era uma instituição particular, atendia crianças com idade entre 6 e 14 anos. Somente um terço das vagas era financiado pelo governo para atender os deficientes pobres, e estes, quando completavam os seus estudos, tinham o destino que o Governo julgava conveniente. Os escravos não podiam ser admitidos.

Em 1857, o Imperador fundou o Imperial Instituto de Surdos Mudos (atualmente Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES). Segundo o Decreto n.º 6.892, de 19 de Março de 1908 <sup>25</sup>, o instituto na data de sua fundação oferecia educação formal e profissionalizante aos alunos surdos, com idade entre 9 e 14 anos. Atendia alunos internos e externos; as vagas gratuitas eram reservadas aos órfãos e filhos de funcionários federais, civis e militares e financiadas pelo governo. Os ingressos tinham que apresentar atestado médico constando que a surdo-mudez não destruíra as faculdades mentais. As oficinas de trabalho oferecidas eram: encadernador, dourador, sapateiro e ginástica.

Instituições de atendimentos aos deficientes intelectuais iniciaram em locais destinados a doentes mentais e com caráter médico pedagógico. Segundo Mazzotta <sup>18</sup> em 1874 na Bahia foi fundado o Hospital Juliano Moreira, dando início à assistência médica e pedagógica aos indivíduos com deficiência intelectual. Para Jannuzzi <sup>26</sup>, tais instituições provavelmente foram criadas com o objetivo de realizar o atendimento aos casos mais

graves de anomalias que, devido ao grau de comprometimento dos quadros de deficiência, eram considerados como problemas médicos.

O tratamento nas Instituições neste período segundo Jannuzzi <sup>26</sup> era baseado em duas vertentes, a médico-pedagógica e a psicopedagógica. A primeira promoveu a instalação de escolas em hospitais e deu origem à inspeção escolar; seu principal objetivo era identificar anomalias e educar. Já a psicopedagógica atuou na avaliação de crianças por escalas psicológicas e o movimento foi responsável pelo surgimento das classes especiais.

Segundo Kassar <sup>23</sup> as primeiras classes especiais são abertas no Brasil, com discurso pautado em conceitos científicos, de separar alunos normais de anormais, acreditando-se que salas homogêneas seriam mais produtivas. Neste período iniciam os movimentos de participação de crianças com deficiências na rede regular de ensino. O Rio de Janeiro foi pioneiro em matricular deficientes na rede estadual, na Escola Pública Estadual México (1887) e no Ginásio Estadual Orsina da Fonseca (1897).

De acordo com Rafante e Lopes <sup>27</sup> em 1929, chega ao Brasil, Helena Antipoff, para assumir o cargo de professora de Psicologia da Escola de Aperfeiçoamento. A professora realizou pesquisa junto aos alunos do ensino primário dos grupos escolares de Belo Horizonte e fez um diagnóstico do sistema de ensino mineiro. Em suas conclusões apontou que a não adaptação dos deficientes era resultado do próprio sistema de ensino, devido à pedagogia tradicional. Como proposta apresentou a pedagogia experimental, baseada na experimentação contínua e em 1932 fundou a Sociedade Pestalozzi, associação civil que centralizou as ações direcionadas aos deficientes intelectuais em Belo Horizonte, que viabilizou o Instituto Pestalozzi (1934), o Pavilhão de Natal (1935) e a Fazenda do Rosário (1940). Para Mendes <sup>28</sup> a educadora foi uma das pioneiras na sistematização do atendimento aos deficientes e na formulação dos princípios praticados nas instituições.

Essas iniciativas influenciaram a educação das próximas décadas e ajudaram a organizar as ações governamentais na área da Educação Especial.

Silva <sup>16</sup> descreve que nestas instituições, o programa de tratamento fundamentava-se na realização de atividades sob a orientação das professoras variando entre trabalhos em madeira, passeios externos, atividades musicais e recreação. Para Jannuzzi <sup>26</sup>, a educação dos deficientes se concentrava basicamente no ensino de trabalhos manuais, na tentativa de garantir-lhes meios de subsistência.

Ainda na década de 30, com o movimento industrial iniciando no país e o crescimento das cidades e áreas urbanas surge o interesse pela educação popular. Na Constituição Brasileira de 1934 <sup>29</sup>, a União tornou-se responsável pelas diretrizes da educação nacional, pela difusão da instrução pública e por todos os graus do ensino. A primeira diretriz política dessa nova visão aparece em 1948 com a Declaração Universal dos direitos Humanos. “Todo ser Humano tem direito a educação”.

Para Kassir <sup>23</sup> em 1950, surge no país a primeira APAE, a partir dos primeiros movimentos de pais de crianças deficientes, esta trajetória será aprofundada no próximo capítulo.

Em 1961 iniciam as ações políticas de atenção ao deficiente. Segundo Lanna <sup>30</sup> e Jannuzzi e Caiado <sup>22</sup>, a Educação Especial no Brasil aparece pela primeira vez na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB 4.024), que propõe que o deficiente, se possível deve frequentar o sistema de educação geral. Em 1967 foi promulgada a nova Constituição, que garantia a educação como direito de todos com financiamento do Poder Público e a lei especial sobre assistência à educação dos deficientes. Em 1971 a Lei Educacional nº 5.692, define a clientela de Educação Especial como: “aluno que apresenta deficiências físicas ou

mentais que se encontrem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula; e os superdotados”.

Em 1972, o Grupo-Tarefa de Educação Especial, gerenciado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas – INEP, segundo Mazzotta <sup>18</sup> apresentou o relatório onde propôs uma estruturação da educação especial no país. Está resultou na criação de um órgão central no Ministério da Educação e Cultura o então denominado Centro Nacional de Educação Especial – CENESP.

No ano de 1978 foi descrita a primeira emenda à Constituição brasileira que trata do direito da pessoa deficiente: “É assegurada aos deficientes à melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante educação especial e gratuita”.

Segundo Kassir <sup>23</sup> e Mazzotta <sup>18</sup> as propostas de definição das políticas públicas da década de 1980 foram norteadas pelos princípios da normalização e da integração. A Constituição de 1988 passa a garantir o atendimento aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino. Em 1989, a Lei Federal 7.853 dispõe a obrigatoriedade na oferta e na matrícula de alunos com deficiência em estabelecimentos públicos de ensino e prevê crime punível para os dirigentes de ensino público ou particular que recusarem a matrícula de um aluno sem justa causa. No ano de 1990 é aprovado o Estatuto da Criança e do Adolescente, que reitera os direitos garantidos na Constituição.

Em 1991 segundo Fonseca <sup>31</sup> a Organização Internacional do Trabalho aprovou a Convenção nº 159, que defende a reabilitação pelo trabalho como forma de inserção da pessoa com deficiência em sociedade. A lei prevê cotas para a contratação de deficientes

nas empresas, ainda dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência e dá outras providências para a contratação de portadores de necessidades especiais.

Segundo Silva <sup>32</sup>, durante a Conferência Mundial de Educação Especial de 1994, na Espanha, foi formulado um importante documento, a Declaração de Salamanca, que ressaltou a proposta da escola inclusiva e igualdade de oportunidade e participação a todas as crianças, “independente das dificuldades e diferenças que elas possam ter”. O Brasil, seguindo este movimento ajusta a legislação federal, com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases, nº 9.394, que descreve: “educação dos portadores de necessidades especiais deve dar-se preferencialmente na rede regular de ensino”. E também ratifica as Convenções sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) pelo Brasil, conferindo-lhe status de emenda constitucional.

Outro evento internacional com a participação de representantes do Brasil foi a Convenção de Guatemala em 1999, segundo Decreto n 3.956 de 8 de outubro de 2001 <sup>33</sup>. A Convenção reafirma os direitos das pessoas com deficiência e sugere a eliminação das barreiras que impedem o acesso às escolas.

Segundo Sasaki <sup>19</sup> e Carneiro <sup>20</sup>, em 2004 a Organização Mundial e a Pan-Americana de Saúde sugeriu o termo deficiência intelectual para substituir o de deficiência mental, declarando que: “A deficiência intelectual, assim como outras características humanas, constitui parte integral da experiência e da diversidade humana”.

Durante a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2006, foi estabelecido aos Estados-Partes o dever de assegurar um sistema de educação inclusiva em todos os níveis de ensino, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico

e social compatível com a meta da plena participação e inclusão. Neste mesmo ano é lançado no Brasil o Plano Nacional de Educação em Direitos Humanos, sugere contemplar no currículo da educação básica, temáticas relativas às pessoas com deficiência e desenvolver ações afirmativas que possibilitem acesso e permanência na educação superior.

### **2.1.3 Conceito Atual de Deficiência Intelectual**

A Organização Mundial de Saúde tem hoje segundo Di Nubila e Buchalla <sup>34</sup> duas classificações de referência para a descrição dos estados de saúde: a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, que corresponde à décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A Classificação Internacional de Doenças é utilizada e revisada a mais de um século pelos médicos e por sistemas de saúde, educação e assistência social. A deficiência Intelectual é citada nos códigos F 70-79 sob os termos: retardo mental leve, moderado e profundo. A quantificação é feita por meio do teste de QI para caracterizar os indivíduos de acordo com os códigos e categorias.

Ainda segundo Di Nubila e Buchalla <sup>34</sup>, durante a décima revisão, os médicos e usuários do CID sugeriram que uma classificação de doenças não seria suficiente para todas as questões relacionadas à saúde. Foi sugerido usar outras classificações para tratar de diferentes enfoques e foi aprovada a idéia de desenvolver uma "família" de classificações para os mais diversos usos em administração de serviços de saúde e epidemiologia.

Assim, em 2001 foi publicada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde-CIF. Desenvolvida a partir da "Classificação Internacional das

Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” conhecida pelas siglas CIDID. Segundo Carvalho e Maciel <sup>35</sup> a CIF é um instrumento que ultrapassa a visão apenas médica e inclui as perspectivas social e ambiental. Adota como conceito a funcionalidade e organiza-se em duas partes, com seus respectivos componentes, Além de fatores pessoais, a CIF abrange importantes domínios contextuais do convívio humano: o lar, a família, a educação, o trabalho e a vida social.

De acordo com Di Nubila e Buchalla <sup>34</sup>, a deficiência mental de acordo com a CIF, pode acarretar problemas significativos à pessoa nos seguintes aspectos: em sua capacidade de realizar, por impedimentos na funcionalidade; em sua habilidade de realizar, devido a limitações na atividade de um modo geral; em suas oportunidades de funcionar no meio físico e social, devido a restrições de participação. A Organização Mundial das Pessoas com Deficiência considera e utiliza a definição de deficiência apresentada pela CIF, “como o resultado da interação entre uma pessoa com uma lesão e as barreiras ambientais e de atitude que esta pode enfrentar”.

A Federação das APAES sugere a utilização da classificação chamada Sistema 2002, para diagnóstico e tratamento da deficiência. Esta classificação foi desenvolvida pela American Association of Mental Retardation – AAMR. A deficiência intelectual é avaliada nesta classificação segundo cinco dimensões, que envolvem aspectos relacionados à pessoa; ao seu funcionamento individual no ambiente físico e social; ao contexto e aos sistemas de apoio. Caracteriza-se por um funcionamento intelectual inferior à média (QI), associado a limitações adaptativas em pelo menos duas áreas de habilidades (comunicação, autocuidado, vida no lar, adaptação social, saúde e segurança, uso de recursos da

comunidade, determinação, funções acadêmicas, lazer e trabalho), que ocorrem antes dos 18 anos de idade.

Como vemos, as classificações e terminologia utilizadas sofreram mudanças que revelam alterações na conceituação da deficiência. Inicialmente vista como problema próprio do indivíduo, a deficiência intelectual passa a ser compreendida nos seus aspectos sociais e ambientais, no modo como ela interfere na vida dos indivíduos.

#### **2.1.4 História das APAES no Brasil**

O movimento apaeano surgiu no Brasil inspirado na experiência americana nos primeiros movimentos de grupos de pais e pessoas ligadas à causa, para ajudar as crianças excluídas das escolas públicas. Segundo Jannuzzi e Caiado <sup>22</sup>, a associação, *The National Association of Parents and Friends of Mentally Retarded Children*, fundada em 1950 foi a grande referência para abertura das APAES.

No Brasil, este movimento chega com em 1954 com Berenice Bernis, americana, mãe de uma portadora de Síndrome de Down e membro do corpo diplomático norte-americano, que em seu país, havia participado da fundação de mais de duzentas e cinquenta associações de pais e amigos. Bernis iniciou o movimento com pais, amigos, professores e médicos de excepcionais e ajudou a fundar a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE do Rio de Janeiro. No mesmo ano o grupo de pais já tinha uma diretoria que desenvolveu o estatuto da instituição. Segundo D'Antino <sup>36</sup> o primeiro estatuto é muito similar aos que regiam o movimento americano. A associação visava desenvolver, entre outros, estudos na área, divulgar conhecimento, angariar fundos, criar novas instituições, formar recursos humanos, estimular o trabalho artesanal e criar uma agência de emprego.

Depois da fundação APAE Rio de Janeiro, vieram muitas outras distribuídas pelo país, Brusque (1955), Volta Redonda (1956), São Lourenço (1956), João Pessoa (1957), Jundiaí (1957) a primeira APAE do estado de São Paulo.

Em 1961 a APAE São Paulo iniciou seus trabalhos, com grande importância no cenário brasileiro por ser a pioneira em introduzir o Teste do Pezinho no país\*. Segundo Lanna, a instituição possui o maior laboratório do País especializado na área e credenciado pelo Ministério da Saúde como Serviço de Referência em Triagem Neonatal. Desde 2001, já foram realizados mais de 13 milhões de testes em bebês brasileiros.

Em 1961 o movimento fundou a Federação de APAES – FENAPAES, uma organização social sem fins lucrativos, reconhecida como de utilidade pública federal e certificada como beneficente de assistência social; de caráter cultural, assistencial e educacional.

No ano de 1962 já havia 16 APAES no Brasil, e segundo Jannuzzi e Caiado <sup>22</sup> neste ano, em São Paulo, ocorreu a Primeira Reunião Nacional das APAES, com a presença de doze dirigentes dos dezesseis do país. Segundo Lanna <sup>30</sup>, as APAES participantes foram as de: Caxias do Sul, Curitiba, Jundiaí, Muriaé, Natal, Porto Alegre, São Leopoldo, São Paulo, Londrina, Rio de Janeiro, Recife e Volta Redonda. Pela primeira vez no Brasil, discutia-se a questão da pessoa portadora de deficiência com um grupo de famílias que trazia para o movimento suas experiências como pais de deficientes e, em alguns casos, também como técnicos na área.

\*Teste do pezinho é um exame rápido de prevenção que coleta gotinhas de sangue do calcanhar do bebê com a finalidade de impedir o desenvolvimento de doenças que, se não tratadas, podem levar à Deficiência Intelectual.

Atualmente o movimento Apaeano atua em três esferas: a Federação Nacional das APAES é responsável pelos rumos, diretrizes e estratégias do Movimento Apaeano e pela articulação política, defesa de direitos e ações, em âmbito nacional; as Federações nos Estados são responsáveis pelas diretrizes e estratégias do movimento e a articulação política em âmbito estadual; e os Conselhos Regionais que atuam junto as APAES nas microrregiões, orientando seus rumos e sendo o contato direto entre a base e a Federação do Estado.

Para fortalecer a missão de promover e articular ações de defesa dos direitos das pessoas com deficiência e representar o movimento perante os organismos nacionais e internacionais para a melhoria da qualidade dos serviços prestados pelas APAES, a federação criou três projetos: Sinergia, Águia e APAE Educadora. Segundo documentos da Federação, o projeto Sinergia consiste em várias publicações técnicas que serão gradativamente lançadas em volumes, no intuito de capacitar a Rede Apaeana em diversos assuntos de interesse e necessidade do movimento. O projeto Águia, constituído de dois programas, o programa de desenvolvimento técnico e o programa de desenvolvimento gerencial. Por fim, o projeto APAE Educadora oferece orientações à organização e ao funcionamento das escolas no âmbito do Movimento Apaeano. o material desenvolvido constitui fonte privilegiada de subsídios para a elaboração de propostas pedagógicas.

Além desta organização interna, a Federação participa de vários colegiados, como os conselhos e fóruns nacionais, que discutem e deliberam sobre temáticas e políticas de interesse do Movimento Apaeano. A Federação participa também da construção de diversas esferas relacionadas às políticas públicas como o Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, Conselho Nacional da Juventude, entre outros.

Em 2012 as APAES assinaram convenio com o Ministério da Saúde, sob a Portaria n° 1.034 <sup>37</sup>, que dispõe sobre a participação das entidades sem fins lucrativos no recebimento de recursos do Sistema Único de Saúde, atuando na complementaridade dos serviços públicos de saúde. As APAES passaram a oferecer um serviço clínico especializado aos portadores de deficiência intelectual.

Outro convênio importante e recente foi assinado em 2011 com a Secretaria de Estado da Educação – São Paulo . A proposta define ações conjuntas que compatibilizam os interesses institucionais das partes para o atendimento de crianças, jovens e adultos com deficiência intelectual, múltipla e com transtornos globais do desenvolvimento no Estado de São Paulo. Segundo as Diretrizes de Convênio <sup>38</sup>, as APAES manterão suas Escolas de Educação Especial, “[...] garantindo o direito à educação de todos aqueles que, em função de necessidades específicas, não for possível se beneficiar das classes comuns de ensino regular”.

As APAES devem oferecer atendimento na Escolarização Inicial (Ensino Fundamental - Fase I) além de programa sócio educacional (Ensino Fundamental – Fase II). Para alunos na faixa etária de 06 a 30 anos, com deficiência intelectual, deficiência múltipla e/ou transtorno global do desenvolvimento associado à deficiência intelectual que após avaliação de sistemas 2002, citado no capítulo anterior, apresentar necessidade de apoio extensivo com significativa defasagem em idade série e para os que necessitam de apoio constante.

Como pudemos perceber no decorrer da historia do movimento apaeano no Brasil não resta duvida sobre a importância e o impacto que estas instituições geraram nas esferas da educação, saúde e políticas públicas. Entretanto, são poucos os registros

publicados que historicam a profissão dos Terapeutas Ocupacionais dentro destas instituições.

Como vimos na parte histórica desse estudo, a criação de instituições para pessoas com deficiências e a diversificação do atendimento, assim como a conquista de novos direitos, abriram espaços de atuação para essa nova profissão.

*Nos diversos contextos socioeducacionais (escolas, creches, cursos profissionalizantes, escolas especiais, entre outros), encontramos um tipo bastante específico de experiência: a da construção do conhecimento sistematizado, por meio de estratégias metodológicas que têm, em geral, um caráter psicopedagógico. Neste contexto, terapeutas ocupacionais têm sido chamados a atuar ao lado daqueles que apresentam dificuldades de varias ordens (sejam físicas, intelectuais, emocionais, etc.) particularmente das pessoas com deficiências. (De Carlo e Bertalotti <sup>1</sup>, 2001).*

Portanto este estudo deve contribuir para a discussão sobre as nuances do percurso profissional, características do trabalho desenvolvido, fundamentos teóricos e mudanças no decorrer da história nas instituições que foram pioneiras no Brasil e que atuam há meio século com as temáticas da Deficiência Intelectual e Múltipla deficiência.

### **3 MATERIAL E MÉTODO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se propõe a conhecer a trajetória e compreender o papel da Terapia Ocupacional nas APAES. Este estudo envolveu a realização de entrevistas com Terapeutas Ocupacionais selecionadas no site CNPQ-Plataforma Lattes, através da busca com o tema “Terapeuta Ocupacional e APAE.” Após a

leitura dos 78 currículos encontrados, foram selecionados 10 currículos, respeitando os critérios de inclusão do sujeito: ter atuado ou atuar em APAE do Estado de São Paulo por pelo menos um ano, contato profissional disponível no currículo, disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

A escolha pela pesquisa qualitativa permite-nos compreender a trajetória e a atuação do profissional de Terapia Ocupacional a partir da perspectiva dos sujeitos envolvidos. Minayo<sup>39</sup> enfatiza que o pesquisador que escolhe a pesquisa qualitativa busca:

*Compreender e explicar a dinâmica das relações sociais que, por sua vez, são depositárias de crenças, valores, atitudes e hábitos. Trabalham com a vivência, com a experiência, com a continuidade e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultado da ação humana objetiva. Ou seja, desse ponto de vista, a linguagem, as práticas e as coisas são inseparáveis. (Minayo<sup>39</sup>,1999)*

A pesquisa seguiu as diretrizes da Resolução 196/96 do CONEP. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Campinas e aprovado sob o número 1207/2011.

O primeiro contato com os sujeitos da pesquisa foi por telefone e por e-mail. Os 10 Terapeutas Ocupacionais receberam o convite para participar da presente pesquisa com um resumo do projeto. Dos Terapeutas convidados, 06 retornaram os e-mails e as ligações, e assim foi possível agendar as entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora, em local e horário escolhido pelas participantes, onde assinaram e receberam uma cópia do Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A), implicando na total ciência sobre os objetivos e método da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio das entrevistas semiestruturadas que seguiram um roteiro com 14 perguntas (ANEXO B), gravadas, transcritas e citadas com identificação alfabética, resguardando assim os dados pessoais dos entrevistados.

Segundo Triviños <sup>40</sup> a entrevista semiestruturada, embora utilize um roteiro básico de questões, permite aos entrevistados a possibilidade de desenvolver uma linha de pensamento e de relatar experiências, contribuindo, deste modo, com novas visões/questionamentos. Os dados transcritos das entrevistas foram analisados empregando-se a Análise de Conteúdo das categorias emergentes, tendo como referencial teórico a análise de conteúdo proposta por Bardin <sup>41</sup>.

Para Bardin <sup>41</sup> o campo da análise de conteúdo é a comunicação, com campo de aplicação vasto, onde qualquer veículo de significados de um emissor para um receptor, controlado ou não, poderia ser escrito e decifrado pela técnica.

Segundo a autora, a análise de conteúdo atualmente é:

*Um conjunto de instrumentos metodológico cada vez mais sutil em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados. (Bardin <sup>41</sup> 2011)*

As funções primordiais da análise de conteúdo são: o desvendar crítico com função heurística, o enriquecimento da tentativa exploratória, quando o pesquisador não sabe o que vai encontrar; e a função de administração de prova, onde há hipóteses provisórias que servem de diretrizes a serem confirmadas. A autora afirma ainda que, na prática, estas funções interagem e se reforçam, pois a análise aleatória e a classificação

inicial dos dados possibilitam o surgimento de hipóteses, as quais serão ou não validadas pelo pesquisador durante a análise aprofundada dos dados.

O tratamento descritivo constitui a primeira fase do procedimento, lembrando que a análise não se limita ao conteúdo das entrevistas. Após a descrição, os dados são codificados e o pesquisador tem condições de fazer as inferências sobre o material, apontando as condições antecedentes ao discurso analisado, o que proporcionou a sua ocorrência.

Para Bardin <sup>41</sup>, a codificação agrega os dados em unidades, descrevendo e fazendo recortes que caracterizam as classes de unidades, e então é possível classificar os componentes do significado na forma do método de categorias, segundo a frequência ou ausência de itens.

Cada categoria compreende uma unidade de registro, ou seja, um tema a partir do qual a categorização e a contagem são realizadas. Este estudo usou o tema e seus núcleos de sentido como unidades de registro. Dentro dessas unidades de registro foram usados os critérios: ordem de aparição e co-ocorrência, para a contagem dos dados. Para Bardin <sup>41</sup> somente com a análise categorial o pesquisador conhece os elementos de significação que constituem a mensagem.

Os temas emergentes nas entrevistas permitiram agrupar as categorias em dois momentos principais: a trajetória do profissional dentro da instituição e no segundo momento, a percepção dos entrevistados sobre o papel da Terapia Ocupacional nas APAES.

#### **4. RESULTADOS**

#### 4.1 . Trajetórias dos sujeitos

Tabela 1: Trajetória Profissional dos sujeitos.

Entrevistadas	Recém-formada	Tempo de atuação na APAE	Área de atuação atual
Terapeuta a	Sim	1 e 2 anos (1982 e 1997)	Pesquisa/Docente Acadêmica
Terapeuta b	Sim	18 anos (1986)	Não atua como TO/Discente de Mestrado
Terapeuta c	Sim	1 ano (1989)	Área Social/Docente Acadêmica
Terapeuta d	Não	2 anos (1989)	Área Social/Docente Acadêmica
Terapeuta e	Sim	1 ano (2002)	Área social/Prefeitura
Terapeuta f	Não	6 anos (2006)	Trabalha na APAE/Concluiu mestrado

Das 6 terapeutas entrevistadas, todas do sexo feminino, formadas a mais de 10 anos, somente 1 terapeuta ainda atua em APAE. Quatro terapeutas trocaram de área de atuação após pedir demissão e 1 terapeuta atualmente dedica seu tempo à família.

A terapeuta (a) atuou em dois momentos, em 1982 permaneceu na APAE por 2 anos e em 1997 retornou e permaneceu no quadro de funcionários por apenas um ano; a Terapeuta (b) atuou em APAE por 18 anos, sendo a primeira contratada em 1986; a Terapeuta (c) atuou por um ano, em 1989; a Terapeuta (d) atuou em 1989 por dois anos; a Terapeuta (e) atuou por um ano em 2002 e a Terapeuta (f) iniciou o trabalho em 2006 e ainda atua na mesma APAE.

A maioria das entrevistadas permaneceu no quadro de funcionários pelo tempo de um a dois anos, as 05 entrevistadas pediram demissão por motivos que serão discutidos no decorrer deste estudo. Somente a entrevistada (f) ainda atua na APAE.

As análises respeitaram a historicidade das datas dos relatos. Com esse critério, tentamos identificar os temas relevantes da década de 80, final da década de 90 e da década de 2000.

Durante os anos 80, as terapeutas (a), (b), (c) e (d), relatam a chegada da TO às instituições e a sua incorporação ao quadro de funcionários. A maioria era recém-formada quando assumiu o cargo.

Somente a entrevistada (d) vivenciou uma breve experiência com deficiência intelectual.

*“[...] eu entrei na APAE como estagiária na oficina pedagógica que tinha lá e então eu fazia estágio remunerado no último ano todo, e ao terminar a faculdade eu fui imediatamente contratada, foi o primeiro trabalho de fato e já foi sequencial. Lá eu fiquei algum tempo, sai da oficina, fui pra estimulação precoce.”(a)*

*“[...] então assim foi muuuuuuito difícil, foi muito difícil manter a TO lá dentro, né! e depois você pensa assim, muita das pessoas que vieram trabalhar com a gente eram recém-formadas, nunca tinham feito estágio e aí fica aquele ranço- “TO não sabe trabalhar, TO não sabe fazer nada, TO é incompetente!”, né! [...] aí começou a chegar estagiário, aí veio “x”, ela foi minha estagiária na estimulação e chegou no primeiro ano, e todo mundo dizia: “que loucura, o que você vai fazer com uma menina que está no primeiro ano!- vou fazer muita coisa!” aí começou a chegar estagiário, estagiário e fazia tudo, né! [...] aí não dava e começamos a contratar TO, saber a importância, isso demorou uns 10, 12 anos.” (b)*

*“[...] eu era recém-formada, né! eu era mais impetuosa, a gente vai aprendendo, né a ter mais paciência, a olhar as coisas de vários ângulos.”(c)*

*“[...] no início, comecei a trabalhar em uma ong, que trabalhava com profissionalização de pessoas com deficiência, fiquei pouco tempo, aí eu fiquei sabendo de uma vaga na APAE, né, e tinha intenção, era trabalhar com os adultos também na parte de oficinas.”(d)*

O relato parecido com os descritos na década de 80, duas décadas depois sobre iniciar a carreira na instituição aparece no depoimento da entrevistada (e), quando no início da década de 2000 foi contratada.

*“Então... eu acho que na verdade o trabalho na APAE foi um dos primeiro trabalhos que eu tive, foi na estimulação precoce, eles estavam precisando de uma TO [...] praticamente depois de 3 ou 4 meses de formada eu comecei a trabalhar na APAE.”(e)*

Já no ano de 2006, a entrevistada (f) relata ter chegado à APAE um pouco mais tarde, formada há seis anos, porém não tinha em seu currículo experiência com Deficiência Intelectual.

*“Bom, então eu me formei em 2000, sai da faculdade e fui trabalhar em uma maternidade, fiquei na maternidade por 3 anos, trabalhei na prefeitura de Itaquaquecetuba por um tempinho também, na Secretária Municipal de Educação, trabalhando na inclusão da pessoa com deficiência e aí vim... cheguei aqui na APAE em 2006 e aí tô até agora.”(f)*

Nas entrevistas, as terapeutas que atuaram na Instituição na década de 80, relatam o difícil início na Instituição e a falta de conhecimento sobre a profissão pelos profissionais das equipes, situação encontrada na realidade institucional desta época.

As entrevistas (a), (b) e (d) descrevem este início difícil, as barreiras encontradas pela profissional em diferentes momentos da rotina da instituição na década de 80. A entrevistada (d) relata uma cena em que a coordenadora faz referência à desvalia para com a profissão:

*“[...] o primeiro dia do trabalho eles marcaram uma reunião com todo mundo, não era só do meu setor, então entrou escola, estimulação e as oficinas e fez com todos os profissionais, então estavam todos lá [...] a gente foi se apresentando e antes de mim se apresentou uma Terapeuta Ocupacional: “ah, eu sou terapeuta ocupacional” e a coordenadora das oficinas soltou qualquer coisa assim “grande coisa!” sabe assim? Eu pensei: “caramba eu vou trabalhar com ela e ela acha que TO é grande coisa no sentido contrário né!”(risos) [...] e aí quando eu me apresentei que foi logo na sequência eu falei assim: “olha eu pelo contrário eu acho que é realmente um grande coisa a terapia ocupacional, né?”(d)*

Já as entrevistadas (a) e (b) que foram as primeiras Terapeutas Ocupacionais contratadas pelas respectivas APAES contam como os profissionais da equipe que já atuavam na instituição reagiram de forma negativa à proposta do setor de Terapia Ocupacional e à confusão de papéis profissionais. Elas apontam também para o fato de que a instituição na década de 80 entendia os profissionais por suas especificidades. Em dois momentos a entrevistada (b) reflete sobre o olhar apreendido na graduação, como os profissionais da área da Educação reagiram à chegada de uma profissão da área da saúde.

*“[...] lá na APAE quando nós chegamos na história da APAE, que a gente começou a apresentar o trabalho que a gente ia fazer, o pessoal dizia: “Não, isso aí é meu! Não, na minha sala eu faço isso! Na minha sala não, eu ensino eles a comerem! Não na minha sala! [...] por que a idéia era essa, era da TO só para Atividade de Vida Diária (pausa) e aí a gente também tinha essa ideia, a formação da minha turma foi muito encima disso, a TO trabalha com atividade de vida diária e ponto final! Entendeu? Olha você entorta colher!”(b)*

*“É, que fomos trabalhar lá, o começo foi muito difícil, muito difícil, por que assim você chegar a um lugar, a APAE já existia há um bom tempo e você com tudo aquilo que você idealizou colocar em prática, era muito difícil. E todos os lugares já tinham seus ranços, a sua forma de ser, então nós duas apavorava todo mundo. “Essas duas vão chegar aqui e vão roubar nosso lugar”, entendeu? [...] A coordenadora da oficina abrigada, ela sempre batia no peito: “eu não quero TO! (pausa) eu não quero TO!”(b)*

*“Fiquei um tempo na escolarização junto com as professoras...e....daí comecei a sentir bastante dificuldade em um determinado momento, onde eu não conseguia ir além. Todas as atividades que eu propunha eram tolhidas, a gente não conseguia sair do pacote que a APAE preparava, qualquer ideia que você tivesse, se não coubesse dentro do quadradinho que a APAE propunha, eu não conseguia sair...daí eu me senti mal...e acabei me retirando.”(a)*

A entrevistada (a) descreve que o profissional não era reconhecido, nem nos espaços educacionais nem nos espaços de reabilitação, que eram assumidos unicamente por fisioterapeutas. Ela relatou também que buscou a formação em Fisioterapia e em Psicopedagogia. Seu depoimento indica que a política da instituição reforçou a necessidade

de uma maior especificidade de suas ações. Por outro lado, evidencia-se que a formação recebida não sustentava do ponto de vista da entrevistada, a atuação em áreas específicas.

*“Olha, eu acho que uma das coisas que fizeram com que eu fosse o que eu sou hoje, muito TO física, é que na primeira vez que eu fui trabalhar na primeira APAE, não existia atendimento físico da Terapia Ocupacional e eu fui desafiada por uma gestora, dizendo que TO só trabalha com mão, e que isso poderia ser feito na oficina pedagógica com os adolescentes e num movimento assim de muita, como que eu posso dizer para você, eu tive que estudar muito na época porque realmente eu era recém formada, para fazer um projeto, então foi o primeiro projeto que eu fiz na minha vida.”(a)*

A relação profissional entre os profissionais da equipe e a Diretoria/coordenação e a rotatividade profissional aparece na fala das entrevistadas que trabalharam nas instituições na década de 1980. Elas relatam que o trabalho não tinha continuidade e expressam sentimentos decorrentes da instabilidade profissional.

*“Eu acho que na primeira vez que eu fui para APAE, eu não consegui propor projeto nenhum, por que todos, eu tive várias ideias, mas dizer para você um que tenha ido à frente, nada! todos eles em algum momento quando você pensa que vai dar certo, troca a chefia, troca a profissional responsável por aquele setor, muda-se o projeto para a APAE, eu não consegui na primeira vez.”(a)*

Esta mesma entrevistada descreve a situação vivida quando atuou junto ao Conselho Regional de Terapia Ocupacional:

*“[...] olha recentemente eu como delegada a gente fiscalizava coisas, nossa lá em algumas cidades, eu vou falar menos, mas algumas cidades, por exemplo, eu cansei*

*de ver coisas absurdas do tipo, nos entravamos na sala para conversar com os profissionais hoje, seis meses voltávamos e eles tinham sido demitidos só por que um dia nós entramos lá, eles nem tinham falado nada para nós, sobre qualquer coisa que fosse, mas a simples possibilidade de eles terem dito algo que nós não pudéssemos ouvir, que nem disseram, gerou o afastamento deles!” (a)*

*“[...] foi à época mais difícil que a APAE teve, porque a APAE contratava uma Diretora ela ficava 2/3 meses, aí ela era demitida, aí vinha outra e só ficava 6 meses, era demitida, nós tivemos em 1 ano 6 diretoras, quer dizer, nada andava, a coisa só funcionava porque tinha esse grupo de profissionais, né!”(b)*

Depoimento parecido com os descritos acima ainda está presente no início da década de 2000, quando a entrevistada (e) relata:

*“[...] passou dois meses e a equipe foi demitida, trocaram toda a equipe, nem sei se ainda tem a estimulação naqueles moldes que tinha, porque aí eu acho que a prefeitura foi se apropriando mais, porque né se paga um convênio pra que se faça um trabalho né, e aí nem sei como é que tá agora, quando as pessoas saíram muito entristecidas, porque era um projeto que estava nascendo e não teve como continuar, o que apareceu assim que eu acredito que seja... então por conta de eles acharem que estava muito “próximo”, estava dificultando o trabalho, pelo contrario, né! foi essa justificativa, que tinha muita conversa e não estava tendo o resultado que eles esperavam, não pode se reunir!”(e)*

Já as entrevistas que se referem ao final da década de 1980, descrevem iniciativas positivas de alguns profissionais ou de alguns setores da instituição, que denotam um trabalho em equipe com mais qualidade:

*“Olha na verdade, pra que eu fui contratada, tinha uma coisa que já era um embrião de multidisciplinariedade que era Fisio e TO atenderem no mesmo ginásio, então a gente tinha uma troca, que não era formal...não era um espaço que instituição oferecia para isso, mas a gente atendia no mesmo espaço e a gente acabava se vendo e atendendo a mesma criança que você atendeu antes e isso de ter um minuto enquanto vai buscar a outra e falar: -“olha tá rolando assim, isso é legal...!” e isso era uma coisa legal que não era uma proposta da instituição mas era possível por conta do espaço físico. Muito rico ... fundamental, né!(c)*

*“Ah...tinha a equipe que era desse setor, só das oficinas né...é...então eu o que eu tenho de lembrança assim de sensação, que era um trabalho até que bem integrado todo mundo tinha uma participação bastante ativa assim...não era por exemplo tocada só pelo coordenador né! Acho que é uma coisa que todo mundo da equipe podia falar, podia discutir e realmente propor coisas...discordar né, então acho que era um...uma participação assim até vamos dizer que bem homogenia assim né bem participativa junto com todo mundo da equipe!(d)*

Outra dificuldade pontuada pela entrevistada (c), sobre a década de 1980, é a dificuldade financeira da instituição e as suas conseqüências para a qualidade do trabalho desenvolvido:

*“[...] que...é assim eu ganhava muito pouco e isso já te falei, o salário era muito pequeno mesmo e daí quando eu ainda tava na Apae eu passei na prefeitura, na*

*prefeitura era um salário legal por 20 horas, mas apesar da dificuldade...da Apae ser longe, de ser esse trabalho isolado assim [...] muita...tinha muitas dificuldades financeiras a instituição também, né! passava por períodos bem difíceis que a gente não conseguia receber salário e daí tinha que esperar que...ficava sem motorista por que a van não podia fazer a rota por que não tinha combustível, então essas coisas tidas acabavam sendo barreiras bem concretas, assim né...e tinha as oficinas que tinham uma proposta bem interessante, mas nem nas oficinas eram terapeutas ocupacionais, era um técnico qualquer da Apae que trabalhava e era uma coisa bem [...].”(c)*

Ainda descrevendo o cenário dessa década, entre os desafios encontrados nos relatos sobre a rotina de trabalho, as terapeutas (b), (c) e (d) ressaltam o excesso de trabalho, os atendimentos nos diversos setores da instituição e o acúmulo de funções:

*“[...] eu coordenei a estimulação 10 anos, coordenava a profissionalização, dava assessoria para a escola, aí foi que começou essa coisa, eu não dou conta sozinha! [...] a coordenadora tem esses dados lá guardados, de números era assim, 1500 e 1200 atendimentos/mês, sabe umas loucuras assim, 1800!” (b)*

*“Eu fiquei só na estimulação precoce, mas eles me propuseram, três dias por semana eu atendi os bebês e fazia as orientações com as mães, era assim: das 7:00 às 7:50 sabe? Eu ficava o tempo todo atendendo. E dois outros dias que era outro período, um período cruzado eu atendia os crônicos graves era mais orientação e manutenção também [...] apesar dessa integração com a fisio...era muito isolado, eu ia lá atendia criança da hora que eu chegava até a hora que eu saía, eu ia embora...atendia os pais e pronto, assim!”(c)*

*“Teve um período que eu trabalhei na estimulação precoce um período muito curto acho que quando faltou um terapeuta para lá aí eu cobri até falei: “olha nem é minha prática eu vou ver o que eu consigo fazer”, mas foi uma experiência né! também gostei então eu fiquei um período na estimulação precoce além da parte das oficinas.”(d)*

A entrevistada (a) trouxe relatos sobre o excesso de atendimento de outro ângulo, como fiscal do Conselho. Nessa função visitou APAES de todo o Estado de São Paulo:

*“Não, não tinha TO em todas não, e quando tinha, muitas vezes é uma TO, meio período e faz de conta que ela é a responsável do setor e infelizmente com a questão do SUS pagando, aquela questão de ter dedinho, carimbando ali o dedinho para constar o número de pessoas atendidas, faz de conta que ele foi atendido, nossa vi isso mais que uma vez esse absurdo, mais é uma sequência de problemas, né? Porque o SUS tem uma estratégia para dar o dinheiro, a APAE tem uma estratégia para burlar e não só a APAE, né? E não é todas também, mas tem, eu vi, ninguém me contou não, eu vi!”(a)*

O excesso de trabalho acarreta uma agenda lotada e pouco espaço na equipe para trocas e reuniões:

*“A gente não tinha assim muitas reuniões, na época eu me lembro à coordenadora, ela era uma técnica, a coordenadora da equipe era uma psicóloga, mas ela também era diretora da instituição, então era assim... não era uma prática, reuniões de equipe uma vez por semana, e tal! eventualmente acontecia, mas elas eram bem esporádicas.”(c)*

*“[...] teve um momento e a chefia era um grupo e a gente fazia reuniões interessantes para definir a organização dos próximos trabalhos da semana, com os grupos com idades diferentes e tal, mas havia épocas que a gestão modificava e vinha com coisas prontas, então essas reuniões eram pouco proveitosas, eram reuniões para dizer que tinham acontecido, mas nos tempos de possibilidade de reunião real fazia-se muita coisa.” (a)*

Já no relato da terapeuta (a) quando descreve sua segunda trajetória na instituição em 1997, assim como nos depoimentos das entrevistadas (e) e (f), que desenvolveram as suas atividades na década de 2000, encontramos uma realidade diferente, que decorre da conquista recente de espaços para reuniões de equipe.

*“Então, na segunda experiência de APAE nós tínhamos reunião de equipe e houve...eu...eu tô demorando um pouco por que de verdade eu lembro de dois momentos...teve um momento e a chefia era um grupo e a gente fazia reuniões interessantes para definir a organização dos próximos trabalhos da semana, com os grupos com idades diferentes e tal... mas havia épocas que a gestão modificava e vinha com coisas prontas, então essas reuniões eram pouco...pouco proveitosas, eram reuniões para dizer que tinham acontecido, mas nos tempos de possibilidade de reunião real fazia-se muita coisa!”(a)*

*“[...] então todos os casos a gente passava pela reunião, ou quando tinha uma questão mais específica, se trazia e aí eu ia dando minha contribuição, desse olhar do universo ocupacional das crianças, da esfera do brincar, [...] na verdade eu acho que era um projeto privilegiado assim então nos tínhamos um tempo pra desenvolver as atividades que não compreendia toda manhã, esse projeto só*

*funcionava de manhã e depois sempre aos finais das manhãs a gente trazia um tema para discutir, cada profissão trazia e se falava das crianças assim.”(e)*

*“Acho que o tempo cavado para reunião ela é recente, ela é de 2009 né, com o novo serviço, no serviço anterior que era o serviço de arte e cultura, a gente queria muito, mas a gente não tinha, mas aí em 2009 com a reformulação né, o fechamento de um serviço e abertura de outro, isso foi priorizado com a nova gerência, não só o meu serviço tem tempo de reunião, todos os setores da organização tem um tempo.”(f)*

As terapeutas (a), (c), (d), (e) justificam o pedido de demissão pela alta rotatividade e pouca permanência de profissionais na Instituição, o que prejudica o trabalho em equipe. Outros fatores são: difícil adaptação à política e à proposta de trabalho institucional que a APAE impõe e a instabilidade profissional.

*“Não, eu acho que nas APAES essa coisa de metodologia de trabalho, estratégia específica ainda é pouco claro, talvez porque paga pouco, pega profissionais recém-formada, que ainda não tá bem estabelecido, e entra em uma regra já pronta que a APAE te impõe que não te permite definir se vai se assim ou assado, eu entendo que talvez o movimento que eu vivi seja um movimento comum para todos os TOs, quando eles começam a entender as possibilidades de estratégias, metodologias, e tentam propor, começa a fugir do quadrado que já está montado, então talvez isso justifique a rotatividade de profissionais nas APAES.” (a)*

*“[...] tinha muitas dificuldades financeiras a instituição, passava por períodos bem difíceis que a gente não conseguia receber salário [...] mas eu realmente acabei*

*saindo por conta da rigidez institucional, resistente as mudanças [...] o salário!(gesto manual de pequeno) [...] mas o que eu percebia das práticas também depois de um tempo é esse “enquadramento” da deficiência e a terapia ocupacional de alguma forma acabava acompanhando e as que se destacavam pelo que eu conhecia eram mandadas embora, muitas TOs que eu conheci foram mandada embora porque tentaram pensar um pouco diferente, assim como as grandes instituições também, né!” (c)*

*“optei em continuar na APAE, continuei por um tempo ainda depois que eu entrei na prefeitura, e aí eu fiquei muito desiludida, é legal eu aprendo! é tudo muito bom! mas nunca vai ser nada, além disso! aí eu pensei preciso investir em outras áreas, quando eu fui fazer mestrado, na prefeitura eu consegui negociar, lá não, lá não teria nenhuma negociação, aí então parece que quando você recebe esse tipo de feedback da instituição, que a instituição não quer nada além da sua mão de obra, não negocia! desiludi e pedi demissão.” (e)*

A entrevistada (f), que atua há 7 anos na APAE reforça os relatos anteriores quando justifica sua longa carreira profissional:

*“[...] tem a ver com uma superintendência forte, inteligente, que consegue entender a questão da deficiência intelectual não só do ponto de vista assistencialista mais principalmente visando às políticas, os direitos, essa garantia eu acho que tem a ver com coordenador, os coordenadores também seguindo por essa linha, ao mesmo tempo eu acho que tem uma valorização do corpo técnico importante, não é um lugar onde você é técnico, mais você não é ouvido, né! então eu acho que é uma somatória, você tem pessoas que lideram que são super antenadas no que está*

*acontecendo no mundo, têm um desejo que uma diretoria, ela se firme como referência, que ela faça pesquisa né, de que ela possa realmente crescer a cada dia, enfim, mas eu acho que tem a ver com pessoas.”(f)*

Em um dos casos a entrevistada pediu demissão devido a mudança da família de cidade, mas expressou a vontade de retomar o trabalho na área:

*“depois de tantos anos, decidi cuidar da minha família, [...] tenho muita vontade de voltar a atuar.”(b)*

Apesar das dificuldades enfrentadas as entrevistadas (a), (b) e (c) descrevem a experiência vivida no início de suas carreiras como fundamental para o currículo profissional.

*“em geral o que eu vejo são Terapeutas Ocupacionais, acho que todo o bom profissional, falo isso nas minhas aulas, toda boa Terapeuta Ocupacional tem que passar pela APAE, acho que a experiência é de uma riqueza que não tem preço, um contato com um número muito grande de pacientes, diversidade, as possibilidades, a experiência é inigualável, mas como profissional o crescimento não é permitido além de um certo nível, com algumas exceções. É uma das poucas instituições que sobreviveram, né...desde 1950?”(a)*

*“a experiência na APAE me fez aprender muito, tanto em relação aos casos, que APAE é semelhante ao HC, né, meio a porta do céu, você vê aquelas coisas raras de livro, de repente você tá atendendo uma síndrome que você nunca pensou que fosse ver ao vivo e isso é muito legal.”(c)*

*“Foram dezoito anos lá de dentro de muita coisa boa, sabe? Em nenhum momento eu posso dizer que não foi bom, depois as pessoas que vieram eram minhas estagiarias e já sabiam como era, sabe aquela luta! Muito legal!”(b)*

A Terapeuta (a) não atuou mais na área depois de sair da APAE, terminou mestrado e está no fim do doutorado; dedica seu tempo à pesquisa em um Centro de Tecnologia; a Terapeuta (b) parou de atuar como terapeuta ocupacional por opção e ingressou no mestrado; as Terapeutas, (c), (d) e (e) não atuaram na área após saírem da APAE e atuam atualmente com Terapeutas Ocupacionais na área Social e docência acadêmica e a entrevistada (f) fez um caminho diferente: atuou como Terapeuta Ocupacional Hospitalar, depois iniciou na APAE e atua até a data deste estudo na Instituição.

#### 4.1.2 O Papel do Terapeuta Ocupacional

Tabela 2. Setores de Atuação

Entrevistada	Estimulação Precoce	Escola	Adultos/ Idosos
Terapeuta a		x	x
Terapeuta b	x	x	x
Terapeuta c	x		
Terapeuta d			x
Terapeuta e	x		

Terapeuta f			x
-------------	--	--	---

Das terapeutas entrevistadas, 3 entrevistadas atuaram na estimulação precoce, 4 em projetos desenvolvidos para jovens e adultos e 2 relataram experiência no setor escolar.

A APAE, em documento da Política da Rede APAE <sup>42</sup> descreve os setores e apresenta sugestões para o trabalho desenvolvido nas instituições:

Estimulação Precoce: são ações destinadas a crianças de 0 a 3 anos que compreende um conjunto articulado de técnicas de caráter socioeducativo que busca proporcionar a aquisição e/ou incremento de aprendizagem nos primeiros anos de vida. Deve garantir o atendimento em todas às áreas com intervenção prevista dentro e fora da APAE, escolarização na educação infantil, apoio e orientação à família de modo a facilitar o acesso às políticas públicas e aos serviços sócio assistenciais, avaliação e diagnóstico da criança.

Escola: de acordo com a Rede APAE <sup>42</sup>, legítima a permanência da escola especial, visando à escolarização, o atendimento acadêmico, interdisciplinar e integral ao aluno com deficiência intelectual e múltipla e necessidade de apoios intensos e contínuos. Mediante ao atendimento integrado nas áreas de educação, saúde e assistência social e como espaço para atendimento educacional especializado, como forma complementar de garantir o direito à educação de qualidade, em parceria com o Poder Público.

A Instituição se propõe a oferecer escolarização em nível de: educação infantil, destinada às crianças menores de 06 (seis) anos; ensino fundamental para alunos a partir de 06 (seis) anos até 14 (quatorze) anos de idade, tendo como foco a perspectiva do letramento e funcionamento do aluno, mediante o paradigma de apoio às suas necessidades especiais

identificadas; educação de Jovens e Adultos - EJA, ofertada na unidade Apaeana ou em parceria com escolas da comunidade e por fim, educação profissional.

Adultos: a Rede <sup>42</sup> sugere projetos de apoio para conquista da autonomia e da independência da pessoa com deficiência, através de programas de cultura, artes, educação física, desporto e lazer, educação ambiental, qualificação profissional e colocação no trabalho.

Idosos: as APAES devem realizar programas de envelhecimento saudável, levando em conta o histórico de atividade produtiva de seus usuários e conforme a demanda de sua comunidade, e quando necessário, podem ser implantadas residências inclusivas, casa lar e outros.

Em relação às funções das profissionais nos setores identificou-se uma pluralidade de respostas que incluiu desde os objetivos do profissional para com a população até a linha de atuação, como podemos visualizar na tabela abaixo.

Tabela 3. Atividades desenvolvidas na APAE por setor

Estimulação Precoce Terapeutas: (b), (c) e (e)	Escola Terapeutas: (a) e (b)	Adultos/ Idosos Terapeutas: (a), (b), (d) e (f)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsável pelo brincar, estimulação pelo brincar;</li> <li>• Acompanhar educadores;</li> <li>• Inclusão escolar;</li> <li>• Reabilitação;</li> <li>• Orientação às mães;</li> <li>• Adaptações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusão;</li> <li>• Trabalho com educadores;</li> <li>• Projeto de comunicação alternativa;</li> <li>• Trabalho na sala de aula de AVD*:Alimentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparação para profissionalização;</li> <li>• Profissionalização, acompanhamento das oficinas;</li> <li>• AVP*;</li> <li>• Orientação familiar;</li> <li>• Acompanhamento de alunos no mercado de trabalho</li> <li>• Avaliação, desligamento e encaminhamento.</li> </ul>

AVD- Atividade de Vida Diária e AVP- Atividade de Vida Prática.

As terapeutas (b) e (e) descreveram suas atividades desempenhadas no Setor de Estimulação Precoce. Entre elas o brincar como recurso terapêutico. A primeira relata atividade desenvolvida na década de 80, já a segunda na década de 2000. Ambas mencionam o uso brincar como um recurso da terapia ocupacional:

*“[...] a TO era responsável pelo brincar, né! [...] na estimulação começou a ter sala de aula como um maternal, então as crianças vinham para a sala de aula, nós chegamos a ter 8 professores e 5 a 6 aluninhos, fizemos a sala de aula na*

*estimulação pra conseguir vaga na rede pública, por que aí essa criança já estava preparada em grupo, já tava preparada com o professor.”(b)*

*“eu fazia parte desse projeto, que era da estimulação precoce, na equipe tinha uma fono, uma fisio, uma assistente social e a psicóloga [...] e eu como TO fazia a contribuição do brincar, das estimulações através das brincadeiras, de possíveis adaptações na escola, pensando com os pais, ir passando as orientações, ajudar na prática, o que poderia facilitar no dia-a-dia.”(e)*

Já a terapeuta (c) mostra que o setor de estimulação precoce em que atuou enfocava de forma mais estreita a área da saúde em reabilitação.

*“Eu trabalhei na estimulação precoce, era tudo muito no começo, a gente trabalhava tudo muito junto com a fisio, reabilitação mesmo trabalhando com marcos, uma coisa bem geral [...].eu atendia os bebês e fazia as orientações com as mães.”(c)*

Somente as terapeutas (a) e (b) fizeram parte da equipe escolar. O relato da entrevistada (a) aponta para a dificuldade vivida nesta experiência e a terapeuta (b) descreve um pouco sua rotina neste espaço e seu projeto de ação na década de 80:

*“Fiquei um tempo na escolarização junto com as professoras e daí comecei a sentir bastante dificuldade em um determinado momento, onde eu não conseguia ir além. Todas as atividades que eu propunha eram tolhidas, a gente não conseguia sair do pacote que a APAE preparava, qualquer ideia que você tivesse, se não coubesse dentro do quadradinho que a APAE propunha, eu não conseguia sair...daí eu me senti mal...e acabei me retirando [...] fiz psicopedagogia em 1997-98, numa busca*

*de mais informações, fui trabalhar com a parte de inclusão nesse período, por isso a psicopedagogia, era para os professores me aceitarem na escola, por que eles diziam que ali não era o meu canteiro, então eu fui buscar um jeito de entrar.” (a)*

*“[...] eu ia para a escola, eu batia na porta e pedia se eu podia entrar, se eu podia ver o professor trabalhando, [...] então nós montamos um grupo, eu de TO, a fono e a de dentista e ao invés de fazer atendimentos, agente pegava a sala de aula e começou a falar sobre alimentação, sobre a importância de comer, de mastigar, e a TO ensinava como comer, como sentar a postura.”(b)*

A entrevistada (a) apresenta, em outro momento, sua experiência na área da Comunicação Alternativa. Essa experiência ocorreu na sua segunda passagem pela instituição no final da década de 90:

*“[...] nós começamos muito rudimentarmente, foi um trabalho bem rudimentar mesmo de começar a trabalhar com símbolos pictográficos para representar pensamentos, solicitações das crianças [...] Era a APAE inteira, a gente sinalizou a APAE, [...] e hoje na APAE onde eu iniciei esse trabalho eu sei que comunicação alternativa é muito forte.”(a)*

A entrevistada (b) descreve as mudanças ocorridas quando iniciou os projetos de Profissionalização, na Escola APAE e como a Terapia Ocupacional mudou a proposta de atuação:

*“A escola mudou, porque daí você tinha que preparar esse individuo pra profissionalização, então a gente começou a trabalhar o que era documento, rg,*

*carteira profissional, nós tínhamos grupos de alunos que trabalhavam na escola e grupo de alunos que frequentava a escola.” (b)*

Já no setor de Educação Profissional ou Profissionalizante a entrevistada (b) descreve as ações desenvolvidas:

*“a profissionalização saindo para a rua, pra ser conhecido, pra poder trabalhar dentro de prefeitura, dentro de indústrias, supermercado de tudo... né, aí nós chegamos a ter 35 monitores, nós tínhamos 35 grupos, trabalhando na rua, andando de ônibus, essa coisa toda.” (b)*

E quando o mercado de trabalho começou a recrutar estes alunos da APAE, a Terapeuta Ocupacional ampliou a atuação com as seguintes propostas:

*“[...] alguns começaram a trabalhar no mercado, então a questão da documentação né, de conhecer um lugar de trabalho de providenciar às vezes até o RG que eles não tinham e muitos deles já tinham 16, 18 anos ou mais! trabalhar também com as famílias no sentido de apoio, [...] e aí depois mais pra frente um trabalho mais específico profissionalizante, então tinha um grupinho que estava mais que tinha mais condição, tinha mais autonomia e agente. No começo eu que toquei isso, essas atividades, mas depois teve o apoio da coordenação.” (d)*

A entrevistada (f) descreve o processo do setor na década de 2000, com todos os procedimentos organizacionais estabelecidos, assim como a abrangência da sua atuação:

*“[...] o que eu faço hoje é um acompanhamento desses jovens e adultos porque eles vão passar em oficinas, oficinas de artes, de esporte né, e eu faço atendimento do jovem, do adulto e também das famílias, ajudando também a equipe de educadores*

*pra pensar, planejar e organizar as atividades, com algumas adaptações, pensando processo de aprendizagem, de orientação e apoio às famílias, e todo o processo de entrada do sujeito no serviço, eu também acompanho, então desde a anamnese inicial, da avaliação até o processo de desligamento, que vai culminar aí com a inserção do sujeito em equipamentos públicos ou mais próximos da residência.”(f)*

A terapeuta (d) relata o início do projeto e suas ações em oficina protegida para adultos:

*“eu implantei atividade de vida prática, na oficina protegida, mais especialmente atividade de vida prática né da autonomia às vezes em ir e vir, usar o telefone, fazer alguma outra coisa fora, algumas coisas lá mesmo em ambiente simulado ou conversando com a equipe no sentido de dar oportunidade de eles fazerem isso aqui também.”(d)*

Quanto à atuação no setor de Adultos-Idosos, temos três relatos, sendo a primeira experiência vivida na década de 80, pela terapeuta (b), que relata os processos da oficina protegida de produção, modalidade muito usada pelas APAES em parceria com as famílias. Essa modalidade foi regulamentada na Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

*“fui começando a entrar na oficina, a oficina recebia depois nessa época era uma pedagoga que coordenava a oficina e a oficina recebia trabalho (empresa x) vinha tudo da empresa x, mas era feito lá dentro e era uma coisa muito mecanizada, então assim... tinha mesas e mesas e as famílias trabalhavam muito, então o pai levava o filho para a oficina sentava do lado do filho e na verdade quem fazia era a família, então era uma produção maravilhosa... aquilo produzia! eles faziam muita etiqueta*

*autocolante, eles faziam caixas, caixas, chegavam caminhões e caminhões e aquilo incomodava, a gente pensava, e eles? Entendeu? Eles fazem o que? Aí era surto, surtava neguinho o dia inteiro lá dentro!” (b)*

*“[...] é a idéia das oficinas era mais protegida mesmo, tipo já está com idade, já passou pela escolarização... é não tá indo mais... aí vamos ter outra atividade né e isso seriam as oficinas, isso era um pouco a visão que eles tinham é [...] Jeram cinco oficinas, uma era sobre contrato com uma empresa lá da cidade, outra era artesanato, era banquinho de madeira, banquinhos trançados, tapete, depois tinha horta, tinha pocilga né criação de porcos e tinha o girassol que era a parte assim de mudas, né! alguns circulavam passavam de manhã em um e a tarde em outro, né! mas eram basicamente essas cinco oficinas.” (d)*

A entrevistada (f) descreve a sua percepção da APAE onde atua. O depoimento indica que essa APAE tem uma proposta social, cuja finalidade é inserir o sujeito em serviços e projetos da sua comunidade. De acordo com esse depoimento parece ter havido mais recentemente, uma mudança de visão nas instituições.

*“vai culminar aí com a inserção do sujeito em equipamentos públicos ou mais próximos da residência, que tenham haver com a vida produtiva né, que esse sujeito possa ser inserido e possa fazer coisas que ele gosta em um espaço que o receba, eu acho que é esse o serviço.” (f)*

Ela cita, também, a dificuldade que encontram as pessoas com deficiências: a falta de serviços que acolham o sujeito e/ ou desenvolvam projetos para este público.

*“[...] tem gente em casa que não chegaram pra nenhum atendimento, eu acho que a gente precisa criar mecanismos, dispositivos, e eu acho as vezes que a pessoa com deficiência intelectual nos serviços de saúde, ela fica, não negligenciada, mas ela fica sem apoio! porque ela não tá nem garantida pelo pessoal da saúde mental que fica naquela - ah! não tem nenhum transtorno psiquiátrico, não é caso de Caps! tá, mas ela também não é caso da reabilitação física...” e aí ela fica nesse buraco sem atendimento. ”(f)*

Duas entrevistadas se referem às linhas de atuação, nas quais basearam suas ações nos diversos setores, a entrevistada (c) descreve seu interesse pela abordagem construtivista, mas conclui seu pensamento baseado na abordagem histórico-cultural. Vale lembrar que ela atuou no Setor de Estimulação Precoce:

*“Então eu acho que gosto muito da forma como a teoria do Piaget explica o desenvolvimento, ele fala que a gente herda um organismo que vai amadurecer em contato com o meio, então herança e maturação são fatores necessários mas não são suficientes [...] mas acho que embora na teoria de Piaget ele use a palavra “organismo” nós não somos organismos, somos sujeitos né, então a gente sempre pode mudar o que tá posto, não tem essa a herança ser determinante em relação ao ambiente, se o ambiente for muito legal a herança vai conseguir ser sobreposta, assim sabe? Isso que eu acredito.”(c)*

Já a entrevistada (f) entende suas ações fundamentadas na linha humanista e atua com público adulto:

*“eu fui formada na USP né, então eu acho que eu tenho uma influência forte das minhas professoras, é acho que uma visão, vou chamar de humanista, mas não no sentido ruim.”(f)*

A entrevistada (e), também formada na década de 2000, atuou na Estimulação Precoce. Ela descreve uma trajetória de formação e embasamento teórico focado na reabilitação:

*“Ah então eu tive varias linhas (risos) e sou um pouco de todas, na época que eu estava bastante envolvida na reabilitação ou até mesmo o trabalho na APAE investi em vários cursos, a integração sensorial, fiz curso de tecnologia assistiva, fiz vários cursos assim, tudo que aparecia, mas aí depois eu fui contornando conforme a atuação que eu estava.”(e)*

Quanto à linha de atuação norteadora das ações das APAES, as entrevistadas (a), (d) e (e) relatam:

*“Na APAES não havia uma coisa muito certa nem para eles, era muito genérico, hora era muito comportamental, porque era conveniente, quando a deficiência mental era muito grave principalmente, era muito comportamental. E cognitivista, humanista, em outros momentos quando era possível. No segundo momento, aqui nessa APAE em 97 havia uma mescla mais clara, era comportamental, sim com clareza! e em algumas circunstâncias muito humanista.”(a)*

*“[...] na parte da oficina não tinha nenhuma linha assim assumida, mas as ações, acho que ela tinha mais a ver com aquele modelo da instituição, bem no modelo da institucionalização.”(d)*

*“não, a APAE não tinha linha, não se tinha mesmo uma linha base, então eu sempre fazendo curso, e a fono já tinha visto alguma coisa e trazia para a discussão, uma contribuição que a gente viu que foi grande foi do psicólogo, de trabalhar as questões familiares né! mas não tinha uma linha assim, eu usava todas que podia e tava recém-formada e tinha que mostrar meu serviço (risos)!” (e)*

Para entender as ações desenvolvidas, as 6 entrevistadas conceituam a Deficiência Intelectual baseadas nas percepções adquiridas na experiência profissional, na prática. Todas entendem a pessoa com Deficiência Intelectual mais ou menos limitada dependendo do contexto em que ela se insere.

A entrevistada (a) partiu de uma compreensão sobre a deficiência no âmbito do modelo médico, cuja premissa implícita é a de que quanto mais comprometido, menos direito humano e constitucional terá e exercerá essa pessoa. A sua visão foi mudando ao longo do tempo.

*“Engraçado que ao longo da minha vida durante muito tempo eu entendi deficiência mental, intelectual como algo próximo do ser ou não ser alfabetizado, ser ou não capaz de utilizar conhecimento teórico sendo alfabetizada esta vida, ou não, mas engraçado que hoje eu não vejo mais assim, a pessoa com déficit cognitivo na verdade ela pode ser incapaz de algumas coisas e muito capaz de outras, e não é só do ponto de vista físico, cognitivo mesmo, eu posso me dar muito bem, interagir muito bem com as pessoas e não ser alfabetizado. Socialmente ser capacitado em muitos aspectos que o outro alfabetizado não é capaz. Eu acho que hoje nós vemos a cognição, o coeficiente de inteligência, todas essas terminologias com outros olhos.” (a)*

Já os relatos seguintes destacam a importância do contexto para descrever a deficiência.

*“... então eu acredito que se o contexto for favorável, se for um contexto que integre que acolhe, e não exclui, que inclua né!, eu acho que tem que ter lugar para todos na sociedade, acho que isso para qualquer deficiência não precisa ser uma coisa da*

*deficiência mental só, sei que tem níveis, mas eu acho que depende muito do contexto e você pode pegar assim crianças com comprometimentos muito parecidos com contextos muito diferentes e você vai ver que o desenvolvimento delas é totalmente diferente, entendeu?”(c)*

*“[...] e acho que voltando um pouquinho mais na questão social, acho que essa deficiência intelectual, ela também, vai ter mais limites ou não, muito a partir das condições que a família ou que aquela comunidade possibilite né, então mesmo déficit pra uns não vai levar às vezes à dificuldade de inclusão tão grande como pra outro, né, vai depender dos vários contextos, então não é uma coisa definitiva assim.” (d)*

*“eu gosto de entender pensando na diversidade, as pessoas acabam tendo e se destacando ou não nas suas qualidades, a deficiência intelectual ela acaba tendo uma influência, né, no dia-a-dia das pessoas também por conta de alguns limites que a deficiência impõe né, é, mas que eu vejo extrema possibilidade pensando nessa lógica da diversidade na complexidade que a gente pode estar junto, de ter interações diferentes né, a deficiência intelectual não pode ser vista como um grande limitador na vida da pessoa é uma diferença que existe que pode ser trabalhada e conquistar benefícios.”(e)*

*“acho que valorizar as questões das atividades e da participação social, isso seja pra pessoa com deficiência intelectual, seja pra quem tem transtorno mental, deficiência física, então eu acho que ela me dá uma formação que me dá consistência para olhar para diferentes públicos, mas com corpo de conhecimento*

*único e que me ajuda a problematizar as questões e aí sim buscar recursos específicos na área física ou na deficiência intelectual.”(f)*

*“[...] só porque você tem um rótulo de deficiente, não! [...] e aí eu sentia tinha que sair que a gente tem que abrir os portões, ir para a rua com eles, aprender andar de ônibus, aprender a mexer com dinheiro, aprender a conversar com as pessoas de igual para igual, sabe? Incluir na sociedade sabe?”(b)*

As terapeutas entrevistadas fazem uma análise atual da área de atuação, em suas percepções existe um grande mercado de atuação, mas pouca pesquisa e pouco espaço nas discussões e congressos.

*“[...] na Terapia Ocupacional, por exemplo, eu sinto que a gente perdeu um espaço importante, né! que a gente fala de varias áreas de atuação, mas o déficit intelectual tá em algum lugar que você não sabe exatamente onde, né?”(d)*

*“[...] eu acho que é pobre, tem bons profissionais, que estão fazendo trabalhos, mas elas são guerreiras que conseguem mesmo com muitas vezes soltaras amarras do processo, conseguem realizar trabalhos belíssimos, mas são guerreiras.” (a)*

*“[...] eu acho que pensando no Terapeuta Ocupacional, na APAE e nessa área de deficiência intelectual eu acho que é uma coisa que vale para todas as áreas assim, do Terapeuta Ocupacional, eu acho que falta um pouco pensar que teoria e prática são coisas que andam juntas né! [...] e se por outro lado você é um terapeuta ocupacional que o que você faz hoje é “atuar em uma APAE” você precisa falar pro mundo das suas experiências, entendeu.” (c)*

*“[...] mas eu não sei se nas outras APAES você não tem “uma TO por APAE”, mas mesmo que seja assim no Brasil são mais de duas mil APAES, então você entende que tem pelo menos duas mil TOs trabalhando na área de deficiência intelectual, que não é pouco né, então eu acho que assim...existe uma área mas ela tá meio apagadinha, as pessoas não publicam, as pessoas não estão interessadas, não sei!”(e)*

*“mas acho que precisa se olhar para a deficiência intelectual porque ela é muito invisível, ela é invisível, ela passa muito despercebida, se não é Síndrome de Down ninguém dá muita atenção e a pessoa vai indo, mas acho que ela fica desprovida dos serviços de saúde, dos serviços terapêuticos, na educação não tem vez, porque “não aprende” então ela nunca tem um lugar pra estar, um lugar pra apoio e acho que justamente a deficiência intelectual é uma necessidade de apoio, intermitente ou talvez pra vida inteira, que é que vai garantir esse apoio? eu acho que só APAE, ela não dá conta!” (f)*

A entrevistada (e) faz previsões futuras e sugere que o papel da terapia ocupacional caminhe para um apoio na gestão, devido à característica destes profissionais de um olhar ampliado.

*“[...] acho que a TO acaba puxando esse lado dos direitos humanos né...é...tem bastante forte assim [...] avanço das informações é totalmente outra e como inserir as pessoas com deficiência eu acho que é um papel que a TO tem que tá muito junto né, porque a gente olha o lazer, a gente olha a organização desse cotidiano seja na*

*escola, em casa, esse acompanhamento que pode ser feito nos outros espaços, né!”(e)*

## **5. DISCUSSÃO**

Cabe inicialmente destacar que os resultados discutidos representam a realidade de um pequeno grupo de profissionais, a qual não pode ser generalizada para todos os terapeutas ocupacionais. Entretanto, como afirmam Caregnato e Mutti <sup>43</sup> à escolha pela técnica de pesquisa que trabalha com a palavra permite de forma prática e objetiva produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Por isso, esperamos que as discussões aqui empreendidas possam contribuir para a reflexão sobre as nuances do percurso profissional, sobre as características do trabalho desenvolvido, seus fundamentos teóricos e as mudanças ocorridas no decorrer da história da Terapia Ocupacional nas APAES.

As terapeutas ocupacionais (a), (b), (c) e (d) entrevistadas se formaram na década de 80, portanto, há mais de 30 anos; já as terapeutas (e) e (f) finalizaram a graduação em 2000, tendo até a data da pesquisa 12 anos de profissão.

Das entrevistadas somente a entrevistada (f) concluiu pesquisa científica com público da APAE, mas ainda não publicou o trabalho. Todas relatam frequentar os Congressos anuais da profissão.

Embora o perfil das entrevistadas possa não corresponder ao da maioria dos profissionais da área e se concentre na área acadêmica, devido ao viés da seleção das participantes da pesquisa, realizada a partir de busca de currículos na plataforma Lattes do CNPq, as entrevistas foram ricas em percepções e relatos que pretendemos sumarizar nesse momento e oferecem subsídios interessantes para refletir sobre a profissão e seu percurso nas instituições.

Para discutir os temas emergentes da análise de dados, devido à historicidade cronológica, é importante entender os fatos políticos, de saúde e educação do país, para que possamos confirmar a hipótese de que a profissão caminhou junto com as mudanças ocorridas nestes cenários.

Das 6 terapeutas entrevistadas, 4 destas atuou nas APAES na década de 80, a terapeuta (a) atuou pela segunda vez no final da década de 90, e duas atuaram na década de 2000.

Entre as terapeutas que atuaram na década de 80, a terapeuta (a) no primeiro momento atuou em 1982, (b) em 1983, (c) em 1987 e a (d) em 1983. Destas, as entrevistadas (a) e (b) foram às primeiras terapeutas ocupacionais a serem contratadas pelas instituições. Seus depoimentos retomam aspectos da inserção da profissão nas APAES, destacando-se entre eles, a pouca especificidade da atuação inicial e a construção gradual

de uma identidade profissional que foi se afirmando à medida que a TO, como campo de atuação, se diversificava e especializava.

Cita Litwinczuk <sup>44</sup>, que em 1980 aconteceu o I Encontro Nacional de Entidades de Pessoas Deficientes. Esse Encontro sinalizou a consolidação da importância política de várias entidades representativas de pessoas com deficiências cujo caráter era assistencialista-filantrópico. Nessa década o atendimento especializado era feito em etapas que preparariam as pessoas com deficiência para a escola regular, destacando a capacidade de aprender dessas pessoas, embora o contexto da época ainda enfatizasse a deficiência como falta ou defeito que deveria ser normalizado.

Neste percurso, a formação acadêmica em Terapia Ocupacional, oferecida seguia as tendências mundiais voltadas para a terapia ocupacional social, o que gerou para a academia a necessidade de criar novas propostas de atuação, além das já existentes na grade curricular acadêmica que compreendiam as áreas de saúde mental e física. Para Galheigo <sup>45</sup> no decorrer desta mesma década, a academia buscou discutir os fundamentos da profissão no sentido de identificar correntes filosóficas ou metodológicas, nas práticas assistenciais existentes. Os modelos humanista, positivista e materialista dialético, nortearam as ações e reflexões da academia em terapia ocupacional. Somente partir de 1980, de acordo com Moreira <sup>46</sup>, que os terapeutas ocupacionais passaram a analisar criticamente as intervenções oferecidas de forma hegemônica em espaços de “exclusão” social (asilos, escolas especiais, instituições de internação permanente, e outros) e a questionar a possibilidade de realizar ações realmente terapêuticas em espaços com este caráter.

Neste difícil entrave entre os conceitos difundidos pela academia e a realidade política institucional, encontramos nos relatos das 6 entrevistadas, 4 que iniciaram na

instituição APAE a sua primeira experiência profissional, enquanto 2 atuaram na instituição no início da carreira, quando ainda não possuíam muita experiência na área de atuação.

Outro dado relevante aparece no depoimento que diz respeito ao fato de o trabalho ser feito por estagiárias. A entrevistada (b) relata que atuou com estagiárias por 10 anos até a contratação de outra Terapeuta Ocupacional formada. Na ótica das entrevistadas, esse primeiro emprego aconteceu por acaso, somente duas tinham motivação e interesse em atuar na instituição.

A pouca experiência das profissionais que atuam nas APAES aponta para a dificuldade em justificar suas ações ou propor ações terapêuticas para a equipe, criar um espaço profissional de qualidade e dar continuidade as ações propostas. Algumas das entrevistadas descrevem o espaço de trabalho e sua atuação nas equipes, expressando sentimentos de hostilidade. Uma delas reclama de que além de exercer suas funções com o usuário do serviço, também tem a tarefa de ensinar a equipe sobre sua atuação. Chama à atenção nesses fatos, às precárias condições de trabalho oferecidas pelas instituições e a sua forma de organização, baseada no trabalho de estudantes ou profissionais em início de carreira, sem experiência na área.

No final da década de 1990, três pesquisas apontam questões que ajudam a entender o contexto da profissão na época. Vitta<sup>47</sup> pesquisou os terapeutas ocupacionais do estado de São Paulo que atuam com crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Na percepção dos profissionais a área era considerada, “uma área de menor domínio da profissão”, quando comparada às áreas mental e física. A pouca ênfase na área infantil durante a formação acadêmica justificava a diferença entre os conhecimentos que embasavam a atuação nas diferentes áreas.

Garcia <sup>48</sup> realizou um estudo sobre a atuação da Terapia Ocupacional na Educação Especial, entrevistou terapeutas ocupacionais e outros profissionais que atuam nestes espaços e constatou que na percepção dos entrevistados a área de atuação era nova para a Terapia Ocupacional. De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> também identificaram uma lacuna na formação acadêmica em relação à área da Educação Especial, e insuficiência de conteúdo nas disciplinas ligadas ao tema e nos estágios. A autora explicita que é fundamental para o terapeuta ocupacional que atua em espaços socioeducativos, o conhecimento de abordagens da psicologia sobre as relações entre desenvolvimento humano e aprendizagem.

Na década de 90 no Brasil emerge, no cenário da Educação Especial, a idéia da inclusão total. O movimento foi difundido pela Conferência Mundial de Educação para Todos, 1990, cuja proposta era que todas as crianças pudessem ingressar nas classes comuns das escolas regulares. A Declaração de Salamanca, em 1994 aborda de forma específica a participação de pessoas com deficiências e necessidades especiais nos sistemas de ensino e o apoio necessário de outros setores, como o da saúde, para garantir essa participação. O paradigma do suporte, que promove o uso de suportes de diferentes ordens para possibilitar o acesso do indivíduo aos bens sociais, sustenta as práticas terapêuticas e educativas que se inscrevem no modelo social de deficiência. Indícios da emergência desse modelo despontam no depoimento da terapeuta (a) que atuou por um ano na APAE e relatou sua experiência na área da Comunicação Alternativa, além de mencionar melhoras nas relações institucionais, que ela atribui à boa gestão da coordenadora. O depoimento da terapeuta (f), que atua na instituição até o presente revela que a profissionalização da gestão, a capacitação e a implementação de um modelo de instituição capaz de adaptar-se às novas demandas da sociedade redundam entretanto, para supor que esse modelo seja, de fato, o mais difundido entre as APAES.

Todas permaneceram pouco tempo nas instituições, apenas as entrevistadas (b) na década de 80 e (f) na década de 2000, atuaram durante um tempo maior na APAE. A entrevistada (b) atuou por 18 longos anos e justifica sua permanência por sua alta capacidade adaptativa. Iniciou sua carreira na instituição, sua identidade profissional foi construída neste contexto e estabeleceu uma relação afetiva. Descreve a APAE assim:

*“[...] aqui é extensão da minha casa, por que do jeito que eu gosto do meu pai e da minha mãe eu gosto daqui, eu tenho amor pelo que eu faço [...].” (b)*

A entrevistada (f) foi a que teve mais experiências profissionais antes de chegar a APAE, onde atua há sete anos. Ao refletir sobre sua longa carreira, está acredita que houve mudança positiva ao longo do tempo e que a instituição onde atua é conduzida por dirigentes que se atualizam e respeitam os profissionais. Está foi a única profissional que demonstrou estar feliz com a sua carreira na instituição.

As entrevistadas (a), (b), (c), (d) e (e) descrevem as instituições como fechadas, ‘quadradas’ e com pouco espaço para o profissional exercer sua profissão com identidade própria, apesar de muitas terem relatado a construção de projetos, porém muitas vezes cerceados devido às regras institucionais ou às relações de poder.

As entrevistadas (a), (c), (d) e (e) justificam o pouco tempo de atuação nesta área e apontam para as questões trabalhistas. Descrevem condições precárias de trabalho, grande rotatividade profissional, grande demanda de trabalho, inexistência de política de capacitação, inexistência de plano de carreira e o salário muito baixo. Essas condições causam desmotivação e evasão. As entrevistadas ainda apontam que o atuar como terapeuta ocupacional em APAE é fundamental para a construção de um bom currículo, mas que a

instituição oferece um espaço de aprendizado temporário, devido a sua política de funcionamento.

Os conflitos vividos descritos pelas entrevistadas sobre sua trajetória profissional dentro da instituição revelam sentimentos de insegurança relacionados à instabilidade profissional. Vale lembrar, que segundo D`antino <sup>36</sup>, as APAES, iniciaram seus trabalhos com forte dependência do voluntariado; durante décadas a equipe técnica foi formada por voluntários e pais. A autora aponta para a essa característica, como responsável por uma estrutura funcional muito próxima à família, que dificulta a diferenciação de identidade de seus membros e gera uma ambiguidade de papéis e estatutos dentro da instituição.

A terapeuta (f) cujo discurso mostra-se mais atualizado apresenta uma realidade diferente da vivida nas décadas de 80 e 90 pelas terapeutas entrevistadas. Ela considera que a APAE em que atua está atualizada, possui boa gestão de recursos humanos, e que a profissão de Terapia Ocupacional construiu ao longo do tempo seu espaço na equipe de profissionais.

Houve consonância entre as entrevistadas de que o trabalho de terapeuta ocupacional em APAE é fundamental para a construção de um bom currículo, aspecto apontado pelo fato de que a instituição oferece um espaço de aprendizado temporário, devido a sua política de contratação e relações com os trabalhadores.

Quanto ao papel do terapeuta na APAE, as terapeutas (b), (c) na década de 80 e (e) na década de 2000, atuaram no setor de estimulação precoce e desenvolveram uma variedade de atividades relacionadas aos diferentes aspectos do brincar, acompanhamento de educadores, orientação à família, adaptações para a vida diária, reabilitação e inclusão escolar.

Segundo Ribeiro et al.<sup>49</sup>, este tipo de intervenção foi reconhecido na década de 70, com a criação de um programa interdisciplinar no Tennessee, nos Estados Unidos. Este programa era baseado no conceito de que o desenvolvimento motor poderia ser estimulado através de uma estimulação motora e sensorial precoce e que a participação dos pais no processo era fundamental. No Brasil, a APAE do Rio de Janeiro, fundou em 1975 o primeiro setor de estimulação precoce. Motta e Takatori<sup>50</sup> afirmam que a atuação do terapeuta ocupacional tem papel importante ao motivar a criança durante o processo terapêutico. A partir do conhecimento sobre o desenvolvimento motor e neurodesenvolvimento, o profissional avalia cada sujeito e propõe uma intervenção apropriada para promover a sua independência.

Atualmente, as APAES oferecem cursos e formação no Conceito Neuroevolutivo/Bobath para atuar no setor de estimulação precoce. Este conceito é uma abordagem terapêutica e de reabilitação que prioriza a solução de problemas de função, movimento e tônus.

Duas terapeutas (a) e (b) relataram experiências no espaço escolar. A terapeuta (a) aborda a construção do serviço de terapia ocupacional escolar e a entrevistada (b) descreve sua experiência neste espaço e a necessidade de buscar outra formação para conseguir atuar junto aos educadores. Entre as atividades desenvolvidas elas citaram: trabalho em sala de aula, atividades de vida diária/alimentação, trabalho com educadores e projeto de comunicação alternativa.

Para De Carlo e Bartolli<sup>1</sup> e Rocha et. al.<sup>51</sup>, a ação da Terapia Ocupacional na escola ou em contexto sócio educacional deve ser de apoio e envolver ações tais como: o uso de tecnologia assistiva, as possibilidades de ações na dinâmica de grupos, assim como a análise de atividades, a facilitação das atividades da vida diária e da vida prática, a

introdução da comunicação alternativa e de um trabalho a ser desenvolvido com os educadores, os alunos, os pais e a comunidade. A sua atuação deve estar voltada para as questões surgidas ao longo do processo educacional e de inclusão escolar.

Segundo De Carlo e Bartalotti <sup>1</sup> terapeutas ocupacionais que atuam em espaços socioeducativos devem buscar refletir sobre o ponto central da educação: o ensino-aprendizagem e suas relações com o desenvolvimento.

A atuação no setor de Adultos e Idosos, setor de maior atuação da terapia ocupacional, as terapeutas (a), (b), (d) e (f) descrevem atividades como: preparação para a profissionalização, profissionalização, acompanhamento das oficinas, atividades de vida prática, orientação familiar, acompanhamento de alunos no mercado de trabalho e avaliação, desligamento e encaminhamento.

Esta modalidade de atuação do terapeuta ocupacional se realiza em oficinas, que de acordo com Batista <sup>65</sup> têm três modalidades: oficina protegida, caracterizada como um ambiente onde as pessoas realizam atividades laborais dentro da instituição podendo ou não ser remuneradas; oficina protegida de produção que desenvolve programa de habilitação profissional para adolescente e adulto com trabalho remunerado; e oficina protegida terapêutica com objetivo a integração social por meio de atividades de adaptação e capacitação para o trabalho de adolescente e adulto que devido ao seu grau de deficiência, transitório ou permanente, não possa desempenhar atividade laboral no mercado competitivo de trabalho ou em oficina protegida de produção.

Em relação às linhas de embasamento teórico que as terapeutas usaram para nortear suas ações, a linha Humanista foi a mais citada. Para Francisco <sup>52</sup>, o terapeuta ocupacional nesta linha tem o papel de facilitador, fortalecendo a ideia de protagonismo do sujeito e seu contexto, a observação como método para direcionar o processo terapêutico, o

qual acontece em um grupo de atividades. Já a terapeuta (c) trabalha na abordagem histórico-cultural. Para Bernal <sup>53</sup>, o terapeuta ocupacional quando está envolvido em ações educativas de aprendizagem e desenvolvimento, deve entender o sujeito como uma totalidade que engloba as características biológicas, as experiências individuais e a herança sociocultural.

A possibilidade de se utilizar abordagens teóricas e metodológicas diferentes é uma das características da terapia ocupacional, que admite uma variedade de paradigmas advindos da filosofia, da biologia e da psicologia, entre outras disciplinas que contribuem para produzir o corpo de conhecimentos relevante para a área. Autores como Francisco <sup>52</sup> destacam a impossibilidade de se utilizar um modelo único, dada à variedade de situações e necessidades e da própria singularidade dos profissionais.

A percepção sobre a Deficiência das terapeutas entrevistadas demonstra o quanto a Terapia Ocupacional está voltada ao sujeito e ao seu contexto. Elas descrevem a deficiência intelectual como mais ou menos limitante dependendo do contexto em que o sujeito está inserido. A abordagem sociocultural, afirmam Trindade e Rezende <sup>54</sup>, concebe a aprendizagem como uma segunda socialização, em oposição à visão do desenvolvimento cognitivo autônomo. O desenvolvimento mental humano é produto dos mecanismos elementares e dos processos interpessoais oriundos da inserção do homem num contexto cultural. O discurso das entrevistadas coincide na concordância com essa visão de desenvolvimento que entende a deficiência intelectual como uma condição que depende também do meio.

As seis entrevistadas percebem que a área de atuação está esquecida, que é pouco divulgada, tem pouca publicação e pesquisa, que a profissão perdeu espaço. Relatam que depois de saírem da APAE não tiveram mais contato com este universo. Os congressos

de que participam sobre o tema são voltados para as deficiências em si e não para o trabalho da profissão na instituição. No domínio da produção científica, a escassez de publicações foi o fator unanimemente apontado como problemático na construção de saberes nesta área de atuação.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Levando em consideração as mudanças acontecidas no âmbito da saúde, educação no estatuto dos direitos das pessoas com deficiência, este estudo se propôs a conhecer e compreender o papel da Terapia Ocupacional na APAE.

Algumas questões que nortearam este estudo são: para onde caminha a profissão nas instituições? A profissão caminhou junto com mudanças políticas de saúde e educação? Como a área vem se renovando? Qual a percepção dos profissionais quanto as suas práticas? No decorrer do processo de elaboração deste estudo muitas foram às reflexões que emergiram e algumas destas reflexões serão apresentadas a seguir.

Na tentativa de preencher, de alguma forma a lacuna encontrada na literatura quando pesquisamos a existência de dados históricos sobre a atuação do Terapeuta Ocupacional na APAE, realizamos entrevistas com profissionais que trabalharam na instituição nas décadas de 1980, 1990 e 2000.

A pesquisa aponta o fato de as terapeutas permanecerem pouco tempo nas instituições. Os resultados chamam a atenção para as dificuldades quanto às relações trabalhistas, salário baixo, dificuldades financeiras que prejudicam as condições de

trabalho, como por exemplo, a falta de espaço adequado para atendimento, falta de transporte para visitas domiciliares, falta de incentivo tanto financeiro como institucional em realização de cursos e capacitações. O que encontramos nos documentos da Federação das APAES é um consenso quanto a essa situação, e em contra partida, a sugestão de caminhos de forma educativa, para ensinar as APAES filiadas e superar tanto a questão da dificuldade financeira como a melhora na qualidade dos recursos humanos.

Quanto às atividades desenvolvidas na instituição, não podemos deixar passar despercebido o excesso de trabalho, a atuação em diversos setores e a acumulação de funções. Esta informação aparece em entrevistas nas diferentes décadas. A grande demanda de atendimento é possivelmente parte da explicação para esse fato. Outras possíveis causas têm relação com a própria estrutura da instituição.

A alta rotatividade de profissionais, que aparece ao longo da história da APAE sugere um estado de coisas, em parte consensual: a instituição não oferece condições de trabalho que estimulem a fixação dos profissionais (plano de carreira, liberdade para organizar o próprio atendimento ou para discutir os modos de atuação, entre outros) e estes já entram na instituição sabendo que não permanecerão por muito tempo. Primeiro por acreditarem que o espaço oferecido lhes trará aprendizado para a vida profissional onde a prática é o fator que sustenta a relação trabalhista. Dado interessante a este respeito é o fato de que apenas duas terapeutas tinham a intenção e o desejo de atuar em APAE após a formatura.

Para Amador <sup>55</sup>, na legislação não encontramos nenhum amparo que regulamentasse a relação da Terapia Ocupacional com a escola, ao contrário do que se verifica nas políticas de saúde. Exemplo disso são as diretrizes curriculares para os cursos

de Terapia Ocupacional que não privilegiam ações acadêmicas no campo da Terapia Ocupacional na Educação Escolar.

A pesquisa ainda aponta para o grande interesse na área de saúde mental, sendo este o mais procurado pelos terapeutas ocupacionais recém-graduados. Hahn <sup>55</sup> também considera a área de atuação educacional para a terapia ocupacional tão nova quanto à área social.

Outro dado interessante é que apesar da área social ser tão nova como a da educação, três das seis entrevistadas atuam e pesquisam temas sociais. Talvez essa área tenha crescido por ter maior demanda profissional. Somente uma terapeuta ocupacional, a (f) que ainda atua na APAE desenvolveu pesquisa sobre sua atuação na instituição, mas não publicou. Nas entrevistas todas as 6 terapeutas apontam que existe escassez de pesquisa especificamente com o público com deficiência intelectual.

Uma característica presente na descrição das ações e nas propostas desenvolvidas nos diversos setores é a capacidade que o profissional terapeuta ocupacional teve no decorrer da história das décadas citadas na pesquisa em ser o motivador de mudanças. Podemos pontuar as iniciativas das profissionais em relação a equipe em trabalhar de forma interdisciplinar, mesmo não sendo a metodologia das APAES. Outro ponto diz respeito às ações desenvolvidas, à forma de ver o sujeito, ao desejo de sair dos muros, de explorar as possibilidades do sujeito no meio, conceitos humanistas, provavelmente herdados da formação recebida no curso de graduação. Foram as terapeutas que inseriram na Instituição conceitos de cidadania, vida social e trabalho digno. Outro dado encontrado até mesmo em Melo <sup>\*56</sup> em 1959, em sua breve passagem pela instituição APAE e posteriormente nas entrevistas é o fato do terapeuta ocupacional ser um

profissional com perfil diligente e desenvolver propostas, fundar serviços e setores e participar de projetos.

As atividades desenvolvidas nas três décadas pesquisadas nos setores são muito semelhantes, e previstas como ações do Terapeuta Ocupacional na Resolução <sup>12</sup> nº 418 de 04 de Junho de 2012, que estabeleceu os âmbitos do ensino regular e educação especial, como alvos da atuação desse profissional. Que propõe o Terapeuta Ocupacional como facilitador do processo de ensino/aprendizado, auxiliando na superação das desigualdades educacionais, a inclusão escolar, a formação para o trabalho, a promoção da participação e da cidadania de crianças, jovens, adultos e idosos.

Como vimos às entrevistadas que atuaram na área e nas instituições nas décadas de 1980 e 1990, caracterizam-nas como rígidas e fechadas, sujeitas a mudanças de política constantes que dificultam a realização de projetos de longo prazo. Aliados à precariedade das condições de trabalho, com baixos salários e excesso de atendimentos, esses fatores parecem ter gerado a alta rotatividade dos profissionais nessas décadas. O fato de que esses fatores motivaram, em alguns casos, a própria saída das entrevistadas da instituição confirma a razoabilidade dessas percepções.

As origens da instituição e a sua dependência inicial do voluntariado e dos esquemas precários de funcionamento antes descritos parecem ter tido forte influência na dinâmica instituída, mesmo quando as APAES se consolidaram do ponto de vista financeiro. Os convênios com a Educação e a Saúde possibilitaram a ampliação do

---

\*Octacília foi a primeira terapeuta ocupacional a publicar livro no Brasil, em seus relatos descreve uma breve passagem pela Instituição APAE, onde desenvolveu um projeto de arteterapia, sendo responsável pelo setor.

atendimento, o crescimento das instituições, a contratação de profissionais e a implementação de diferentes projetos, mas, ainda assim, a alta rotatividade continua a ser uma marca de muitas APAES.

Espera-se que esta pesquisa possa contribuir na discussão sobre a atuação da terapia ocupacional nas APAES, que fomenta novas questões para futuras pesquisas e que sirva de subsídio para a construção de um serviço de qualidade para os beneficiários destas instituições.

## REFERÊNCIAS

1. De Carlo MMRP (Org.), Bartalotti CC (Org.). Terapia Ocupacional no Brasil - Fundamentos e Perspectivas - 1ª edição. São Paulo: Editora Summus / selo Plexus, 2001.
2. Benetton MJ. Trilhas Associativas ampliando os recursos na terapia das psicoses. São Paulo: Lemos, 1991.
3. Magalhães LV. Os terapeutas ocupacionais no Brasil: sob o signo da contradição. 1989. 145f. Dissertação (mestrado) - UNICAMP, Campinas, 1989.
4. Foucault M. História da Loucura na Idade Clássica. São Paulo: Editora Perspectiva (edição original francesa 1972), 1997.
5. Ballarin MLS. Grupos de atividades: uma discussão teórico-clínica sobre o papel da terapeuta ocupacional / Activities groups: a theoretical and clinical discussion about the role of the occupational therapist Campinas; s.n; fev. 2001.
6. Lopes RE. Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP:1999.
7. Aersa JA, Dwyer T. Acidentes de trabalho: uma abordagem sociológica, 2010. Acesso: 10/12/13. Disponível em: <http://configuracoes.revues.org/213>
8. Britto CMD(org). Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. UFSCAR, 2007. Disponível em: <http://www.dto.ufscar.br/projeto-pedagogico-to>
9. Soares LBT. Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? São Paulo, Hucitec, 1991.
10. COFFITO, Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, 2011.. Acesso em: 10/12/ 2012. Disponível em: [http:// www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br)
11. Sistema e-MEC. Instituição de Educação Superior e Cursos Cadastrados. Acesso em: 01/11/13. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>.
12. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. COFFITO (Brasil). Resolução nº. 418, de 04 de junho de 2012. Fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências. Publicado na Seção 1 do Diário Oficial da União em 06/06/2012.

13. Aranha MSF. Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica. Temas psicol. [periódico na Internet]. 1995 Disponível em:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413389X1995000200008&lng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1995000200008&lng=pt).
14. Pessotti I. Deficiência Mental: da Superstição à Ciência. São Paulo: Quieiroz/EDUSP. 1984.
15. Marques LP. O professor de alunos com deficiência mental: concepções e prática pedagógica. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2001.
16. Silva T da. Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais. 8ed. Petrópolis. RJ. Ed. Vozes. 2008.
17. Carvalho, ENS, Maciel, DMMA. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. Temas em Psicologia da SBP—2003, Vol. 11, no 2, 147– 156. 2002.
18. Mazzotta, JSM. Educação especial no Brasil: história e políticas públicas. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2001.
19. Sasaki R. Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.
20. Carneiro MSC. Adultos com síndrome de Down: A deficiência mental como produção social. Campinas, SP: Papyrus, 2008.
21. Nogueira RP. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil, 1970-1983. Educacion Medica y Salud, v. 20, n. 3, p. 335-349, 1986.
22. Jannuzzi, GM, Caiado, KRM. APAE: 1954 a 2011: algumas reflexões- Campinas, SP: Autores Associados, 2013.
23. Kassar, M C M. Percursos da constituição de uma política brasileira de educação especial inclusiva. Revista Brasileira de Educação Especial, Marília, v. 17, p. 41-58, 2011.
24. Brasil. Decreto Imperial n.º 1.428, de 12 de setembro de 1954. Cria nesta corte um instituto denominado Imperial Dos Meninos Cegos. Disponível em:  
<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=65803&norma=81714>
25. Brasil. Decreto n.º 6.892, de 19 de Março de 1908. Aprova o regulamento para o Instituto Nacional de Surdos-Mudos. Disponível em:  
<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-6892-19-marco-1908-501484-publicacaooriginal-1-pe.html>
26. Jannuzzi, GM. A educação do deficiente no Brasil: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas: Autores Associados, 2004

27. Rafante HC, Lopes RE. Helena Antipoff e a Fazenda do Rosário: a educação pelo trabalho de meninos “excepcionais” na década de 1940. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 19, n. 3, p.144-152, set./dez. 2008.
28. Mendes, EG. Breve histórico da educação especial no Brasil. Revista Educación y Pedagogía, Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad de Educación, v. 22, n. 57, maio /ago. 2010. Acesso: 29.11.13 Disponível em: <http://revinut.udea.edu.co/index.php/revistaeyp/article/viewArticle/9842>
29. Brasil. Constituição (1934). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1934. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>
30. Lanna, MCMJ. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.
31. Fonseca RTM. Proteção Jurídica dos Portadores de Deficiência. Revista de Direitos Difusos n. 4 - São Paulo, IBAP - Instituto Brasileiro de Advocacia Pública & Editora Esplanada ADCOAS, 2000.
32. Silva A. Profissionalização e Mercado de Trabalho para Pessoas com Deficiência Mental no Brasil: O Embuste Neoliberal. Revista Inter Ação, [S.l.], v. 31, n. 2, ago. 2007. ISSN 1981-8416. Acesso em: 30/12/2013. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/1258>
33. Brasil Decreto n 3.956 de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Publicação: Diário Oficial da União - Seção 1 - 9/10/2001, Página 1 (Publicação Original) Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2001/decreto-3956-8-outubro-2001-332660-publicacaooriginal-1-pe.html>
34. Di Nubila H, Buchalla CM . O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 11, p. 324-335, 2008
35. Carvalho ENS, Maciel DMMA. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation - AAMR: sistema 2002. Temas em Psicologia da SBP—2003, Vol. 11, no 2, 147– 156. 2002.
36. D´antino, MEF. A máscara e o rosto da instituição especializada: marcas que o passado obriga e o presente esconde. São Paulo. Memnon, 1988.
37. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria n° 1.034 de 5 de maio de 2010. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Republicada por ter saído, no DOU n° 85, de 6/5/2010, Seção 1, pág. 58, com incorreção no original.

38. Federação Nacional das Apaes (Brasil). Diretrizes de Convênio entre as APAES e a Secretária de Estado da Educação – São Paulo. 2001 Acesso: 23/12/13. Disponível em: <http://apaesaopaulo.org.br/noticia.phtml/40832>.
39. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa saúde. São Paulo- Rio de Janeiro. Hucitec-Abrasco, 1999.
40. Triviños, ANS. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas, 1987
41. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011.
42. Federação Nacional das Apaes. Política d Rede Apae para Atenção Integral às Pessoas com Deficiência Intelectual e Múltipla. Brasília: FENAPPAE, 2009.
43. Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto contexto. 2006, vol.15, n.4, pp. 679-684. Acesso em: 02.12.13 Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>.
44. Litwinczuk, L. Educação Especial Inclusiva no Brasil: Trajetória Histórica 2011. Acesso em: 02/12/13 Disponível em [http://www.crc.uem.br/pedagogia/documentos/lilian\\_litwinczuk.pdf](http://www.crc.uem.br/pedagogia/documentos/lilian_litwinczuk.pdf)
45. Galheigo, SM. . O Cotidiano na Terapia Ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, USP, v. 14, n. 3, p. 104-109, 2003.
46. Moreira, AB. Terapia Ocupacional: História crítica e abordagens territoriais comunitárias. Revista Vita et Sanitas. Trindade/GO. v. 2 n. 2, 2008.
47. Vitta, FCF. Uma identidade em Construção: o terapeuta ocupacional e a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor. Editora da Universidade do Sagrado Coração. EDUSC, Bauru, SP. 1998.
48. Garcia, CZ. O Terapeuta Ocupacional na Escola Especial: como os profissionais caracterizam a prática. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar. 1999.
49. Ribeiro MG, Araújo APQC, Torres MN. Perfil do atendimento fisioterapêutico na Síndrome de Down em algumas instituições do município do Rio de Janeiro. Ver. Neurociência 2007;15/2:114–119. Acesso: 01/11/13. Disponível em: <http://www.miotec.com.br/pdf/Neurociencias.pdf#page=21>

50. Motta MP, Takatori M. A assistência em terapia ocupacional sob a perspectiva do desenvolvimento da criança. In: De Carlo MMRP, Bartalotti CC. Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo; Editora Plexus, 2001.
51. Rocha EF, Luiz A, Zulizn MAR. Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 14, n. 2, p. 72-8, maio/ago. 2003.
52. Francisco BR. Terapia Ocupacional. 2ª ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001.
53. Bernal CMF. Desenvolvimento e Aprendizagem dos alunos com deficiência: Subsídios da Abordagem Histórico-Cultural. Revista Eletrônica: Polêmica, v. 9, n. 1, p. 81-91. Rio de Janeiro. Disponível: <<http://www.polemica.uerj.br/ojs/index.php/polemica/article/viewFile/11/13>>
54. Trindade M, Rezende F. Novas perspectivas para a abordagem sociocultural na educação em ciências: os aportes teóricos de John Dewey e de Ludwig Wittgenstein. Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias Vol. 9 N°3, 487-504 (2010). Disponível: [http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen9/ART1\\_Vol9\\_N3.pdf](http://reec.uvigo.es/volumenes/volumen9/ART1_Vol9_N3.pdf)
55. Amador, TD. Terapia ocupacional na educação escolar de Sorocaba. Sorocaba, SP, 2006.
56. Melo, OJosefa. Terapia Ocupacional: minhas experiências. Rio de Janeiro: Disful, 1978. 99 p.

## ANEXO A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “TERAPIA OCUPACIONAL NA APAE: Caminhos e Perspectivas”, que pretende conhecer o papel da Terapia Ocupacional na APAE, através de entrevista semi estruturada com Terapeutas Ocupacionais, que atuaram na APAE por pelo menos um ano e com disponibilidade de tempo e interesse em participar do estudo.

A pesquisa será desenvolvida pela pesquisadora responsável Andréa Rebollo Granado, discente da Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação. Área de concentração: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação e da orientadora Dr<sup>a</sup> Adriana Lia Frizman de Laplane.

A sua colaboração consistirá na participação de uma entrevista individual, seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados gerais obtidos por meio da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos da pesquisa e sua publicação na literatura científica especializada.

Durante a entrevista serão realizados registros, através de gravação ou filmagem além de registros de observações por escrito, a forma de registro das entrevistas, o local e o tempo de duração será de sua escolha. Os materiais (registros escritos e fitas) decorrentes da pesquisa ficarão no CEPRE/FCM/UNICAMP à disposição apenas dos participantes e pesquisadores envolvidos. A entrevista somente ocorrerá com seu consentimento.

Sua participação terá caráter voluntário ficando assegurada a liberdade de recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado. Não haverá qualquer espécie de reembolso ou gratificação.

Colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após a entrevista, e agradecemos a sua compreensão e colaboração.

Declaro que li e compreendi as informações acima, recebi uma via desse termo e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pesquisadora: Andréa Rebollo Granado-Terapeuta Ocupacional- CREFITO3/5248  
Endereço residencial Rua Henrique Dias, 89 aptº 16.  
Campinas/SP- CEP 13041-500  
Fone: (19) 93187368. Email: [rebollo.andrea@gmail.com](mailto:rebollo.andrea@gmail.com)  
Orientadora: Profa. Dra. Adriana Lia Frizman de Laplane- CEPRE UNICAMP  
Av. Adolfo Lutz, s/n. Campinas/SP-CEP 13083-887  
Fone: (19) 3521-8801. Email: [adrifri@fcm.unicamp.br](mailto:adrifri@fcm.unicamp.br)  
Comitê de Ética. Fone (019) 3521-8936. Email: [cep@fcm.unicamp](mailto:cep@fcm.unicamp).

## **ANEXO B: Roteiro de Entrevista**

### Roteiro da entrevista

- Por qual motivo você escolheu a profissão de Terapeuta Ocupacional?
- Qual sua percepção sobre a profissão em geral?
- Como foi sua trajetória até iniciar seu trabalho na APAE?
- Quais eram suas atividades na Instituição?
- Das atividades qual você desenvolveu?
- Quais atividades já existiam quando você iniciou?
- Como era sua participação nas reuniões de equipe?
- Como você entende a deficiência intelectual?
- Qual sua percepção quanto o entendimento da instituição sobre deficiência intelectual?
- Quais linhas de atuação você se identifica?
- Qual fato histórico de sua trajetória na APAE você considera um marco?
- Você tem registro (fotos, documentos, plano de trabalho) deste período profissional na APAE?
- Como você avalia a profissão nesta área de atuação?
- Gostaria de desenvolver mais alguma idéia a este respeito?