

Terapia Ocupacional *da Bahiana*

Editorial

A revista de Terapia Ocupacional da Bahiana produzindo mudanças

Adriana Miranda Pimentel

Artigos

Cenário de violência no trabalho

Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento

As mudanças no cotidiano de famílias que possuem filhos com deficiência

Vânia Oliveira Ribeiro e Adriana Miranda Pimentel

Brincar é preciso: considerações sobre a atividade lúdica da criança deficiente visual

Sheila Correa Araújo

Um campo de práticas para o terapeuta ocupacional: notas sobre o estágio em educação com adolescentes e jovens em Salvador

Adriana Miranda Pimentel

Ensaio

Da ideologia do reparo à ideologia dos direitos: uma abordagem sobre o legado da incapacidade e o direito a cidadania da pessoa com deficiência

Carina Brandão Araújo

Resumo Ampliado

A plasticidade cerebral no tratamento terapêutico ocupacional em crianças com paralisia cerebral

Ana Marta Pontes

Normas para Publicação de Trabalhos

Informes

2

Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Editora Chefe

Profa. Msc. Adriana Miranda Pimentel (*Terapeuta Ocupacional e Professora Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Comissão Editorial

Profa. Msc. Adriana Miranda Pimentel (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Profa. Msc. Ana Joaquina Mariani Passos (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Profa. Msc. Ana Márcia Duarte do Nascimento (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Profa. Msc. Márcia Queiroz Gomes (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Conselho Editorial

Profa. Msc. Aneide Rocha Rabelo (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco*)

Profa. Dra. Ciomara Maria Pérez Nunes (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais*)

Profa. Dra. Darci Neves dos Santos (*Médica, Epidemióloga, Pesquisadora do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Professora do Curso de Medicina da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Prof. Dr. Fernando Donato Vasconcelos (*Médico e Professor do Curso de Medicina da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Profa. Msc. Flávia Pereira da Silva (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco*)

Profa. Msc. Luzânia Barreto Rodrigues (*Antropóloga e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*)

Profa. Dra. Maria Heloisa da Rocha Medeiros (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*)

Profa. Dra. Marta Carvalho de Almeida (*Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*)

Prof. Msc. Milson dos Anjos Batista (*Biólogo e Pesquisador do Instituto de Biologia da Universidade Federal da Bahia*)

Profa. Dra. Rosângela Machado (*Médica e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências*)

Diagramação

Josy Pereira

Ficha Catalográfica

Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana -
Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública /
FBDC

1(1): 1-40. Salvador, 2005

1.Terapia Ocupacional / Periódicos

CDU 615.851.3

Sumário

Editorial

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana produzindo mudanças	3
<i>Adriana Miranda Pimentel</i>	

Artigos

Cenário de violência no trabalho	5
<i>Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento</i>	
As mudanças no cotidiano de famílias que possuem filhos com deficiência	11
<i>Vânia Oliveira Ribeiro e Adriana Miranda Pimentel</i>	
Brincar é preciso: considerações sobre a atividade lúdica da criança deficiente visual.....	17
<i>Sheila Correa Araújo</i>	
Um campo de práticas para o terapeuta ocupacional: notas sobre o estágio em educação com adolescentes e jovens em Salvador	23
<i>Adriana Miranda Pimentel</i>	

Ensaio

Da ideologia do reparo à ideologia dos direitos: uma abordagem sobre o legado da incapacidade e o direito a cidadania da pessoa com deficiência	31
<i>Carina Brandão Araújo</i>	

Resumo Ampliado

A plasticidade cerebral no tratamento terapêutico ocupacional em crianças com paralisia cerebral	35
<i>Ana Marta Pontes</i>	

Normas para Publicação de Trabalhos	38
--	-----------

Informes	40
-----------------------	-----------

Editorial

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahia produzindo mudanças

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana surge em comemoração aos 10 anos de reabertura do Curso na Bahia, mas se sustenta como um veículo de produção e divulgação da Terapia Ocupacional no Estado, bem como de outros locais e para outros locais. De início, pensávamos em uma publicação comemorativa capaz de marcar um importante momento para a categoria na Bahia. Porém, percebemos que ela poderia ir além. Poderia ser um instrumento de mobilização, conquista de novos espaços de interlocução e de transformação da profissão.

Neste sentido, temos um grande desafio pela frente, que não é apenas nosso, docentes do Curso de Terapia Ocupacional da Bahiana, mas de todos os terapeutas ocupacionais. Como já foi considerado por Mângia e Almeida (2002), em editorial sobre os 12 anos da Revista de Terapia Ocupacional da USP, manter um periódico e todos os aspectos que estão envolvidos nesta tarefa: qualidade, periodicidade, prioridade à produção do campo e auto-sustentação, exige o esforço de muitos, dentro e fora das instituições de ensino. Porém, percebemos que o processo pode ser desencadeado a partir desses espaços, através de grupos de estudo e de pesquisa, envolvendo alunos, professores e profissionais.

Na Bahia, isto não tem sido fácil. Existem dificuldades estruturais para produzir trabalhos. E existem dificuldades relacionadas ao exercício da escrita, da reflexão, da disciplina, necessários na elaboração de trabalhos científicos. Todavia, neste curto espaço de tempo, já é possível perceber mudanças no modo como professores, alunos e profissionais têm demonstrado interesse e colocado em prática a difícil arte que é produzir um texto. Acredito que, para além da produção e da divulgação, este é um instrumento que poderá promover mudanças significativas na forma como os terapeutas ocupacionais vão pensar a profissão, refletir sobre a prática, colocar-se no cenário da produção científica. Já é possível perceber mudanças quando ex-alunos retornam ao Curso para apresentarem seus textos para a Revista; quando professores e profissionais procuram o Núcleo de Pesquisa para expor idéias sobre trabalhos que vêm realizando e como transformá-los em textos; quando nós "desinterramos" antigas idéias, esboços de trabalhos e damos vida a eles. Penso que esta é uma boa estratégia, antes de tudo, que dará corpo e alma ao Curso, à profissão na Bahia, para além dela e, em particular, para os novos profissionais que aí virão.

Neste número, contamos com trabalhos baseados em monografias realizadas na graduação, que são de fundamental importância para estimular um diálogo do recém-formado com a produção científica, assim como instrumentos de maior alcance para alunos; artigos de revisão sobre as temáticas da violência no trabalho e a importância do brincar para a criança com deficiência visual; um relato sobre a experiência de estágio supervisionado em um serviço de atenção para adolescentes e jovens na cidade de Salvador; e um ensaio sobre a questão da exclusão da pessoa com deficiência.

Estes trabalhos são da maior importância porque indicam rumos para a categoria, salientam experiências, focalizam estudos e perspectivas de interesse dos profissionais baianos e fomentam o diálogo entre nós. E com imensa satisfação que convidamos você a dialogar conosco.

Adriana Miranda Pimentel
Editora da Revista

Cenário de violência no trabalho¹

Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento²

RESUMO

Esse artigo tem por objetivo discutir sobre a situação de violência relacionada ao trabalho tanto no cenário nacional quanto internacional. Foram utilizadas fontes documentais e literárias produzidas por órgãos e instituições especializadas em trabalho-saúde-segurança, buscando construir um panorama atual sobre aspectos conceituais que permeiam a violência relacionada ao trabalho. A violência relacionada ao trabalho apresenta-se de variadas formas e contextos, sendo considerada como caráter essencial à intencionalidade criminosa e utilização da agressão física e/ou psicológica como forma de vitimização. Estas são apresentadas a partir do impacto na integridade física e psicológica das vítimas, subdivididas em fatais e não fatais, e as repercussões na organização da vida cotidiana. Conclui-se que a definição de violência solicita adequações e flexibilidade de acordo com o contexto e peculiaridades das ocorrências, assim como a classificação das formas de vitimização alcançam repercussões ainda pouco conhecida se considerarmos a singularidade dos diversos tipos de crime que ocorrem nos ambientes de trabalho.

PALAVRAS-CHAVES: Violência. Trabalho. Vitimização.

ABSTRACT

This article has for objective to argue on points out of violence related to the work in such a way in national how much international. Had been used documentary sources and bibliography produced by institution specialized in work-health-safety searching to construct to a current panorama and reflection conceptual aspects violence related-work. The violence related-work is presented of varied forms and contexts, being considered as essential criminality intencionallty and uses of aggression physical and/or psychological as form of vitimiza. This from the impact in the integrity phusical and pscycological of victim, subdivided in fatal and no fatal, and repercussion of the daily life. One concludes that I defined of violence it requests adjustment and flexibility in accordance with the context and peculiarities of the incident, as well as distribution of the forms of vicitization reach repercussion still little known if to consider the singularity of the diverse types of crime that occur in work environments.

KEY WORDS: Violence. Workplace. Victimization.

Introdução

Este trabalho é parte da discussão travada na pesquisa sobre violência no trabalho bancário realizada por Nascimento (2003), onde ficou evidente a plena tendência de crescimento da violência nos ambientes de trabalho configuran-

do-se nas mais diversas formas de vitimização, contextos e atores envolvidos.

Numa perspectiva de instrumentalizar a compreensão sobre a saúde daqueles que convivem cotidianamente com o risco iminente de violência relacionada ao trabalho, o presente artigo tem por objetivo apresentar como tem se con-

¹ Artigo de Revisão baseado na dissertação de mestrado: "Sob a mira do crime: vitimização, identidade, saúde entre bancários na Bahia". Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

² Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Av. João VI, 274, Brotas, Salvador, Ba. www.fbdc.edu.br. duartenunes@uol.com.br.

figurado as relações entre o trabalho, violência e vitimização. Aqui a discussão concentra-se sobre as definições de violência no trabalho, a apresentação de alguns fatores de riscos, já identificados, as categorias profissionais mais expostas, assim como as formas de vitimização de trabalhadores.

Na compreensão deste objeto, foi realizado estudo utilizando fontes documentais e bibliográficas. Nessa empreitada a limitação do número de pesquisas dedicadas a esse tema no Brasil favoreceu a utilização da literatura internacional, principalmente àquelas desenvolvidas por órgãos e institutos dedicados aos estudos sobre trabalho, saúde e segurança. Portanto, os órgãos internacionais, destacando o *National Institute for Occupational Safety and Health* - NIOSH³ e a Organização Internacional do Trabalho - OIT, que dedicam seus trabalhos de pesquisa e normatização sobre as questões de saúde e segurança no trabalho - intensificaram os estudos sobre o tema a partir da década de 1990. (NIOSH, 1996; ILO, 1999).

No Brasil, destaca-se o Instituto de Saúde Coletiva - ISC, ligado à Universidade Federal da Bahia - UFBA, onde são desenvolvidos estudos dedicados à compreensão desse fenômeno e seus efeitos sobre a saúde do trabalhador, entre outros aspectos. As pesquisas já realizadas nesse instituto por Paes-Machado e Levenstein (2001) favorecem a compreensão do problema, ao mesmo tempo em que possibilitam ampliar a discussão sobre a dinâmica das agressões ocorridas no ambiente de trabalho.

Dentre as modalidades de violência⁴ tratadas neste artigo, aquelas consideradas como violência urbana ganham destaque pela frequência e compreensão do fenômeno relacionado com tipo de crime que se origina, articula, organiza e atua em centros urbanos.

Breve cenário da violência no Brasil

Até a década de 1980, a violência no Brasil foi tratada como interesse prioritário da área de segurança pública e do direito criminal. Atualmente, devido ao grande número de vítimas e à gravidade das seqüelas físicas, psicológicas e sociais, a violência passou a ser um problema de saúde pública incontestável, revelado através do perfil de morbi-mortalidade em nosso país (NUNES, 1999; TAVARES SANTOS, 1999; MINAYO E SOUZA, 1999).

No Brasil, o perfil epidemiológico, desde a década de 1980, vem ganhando novas feições, o que evidencia que a situação de violência vem redesenhando as causas de morbi-mortalidade. Os estudos apontam que a mortalidade por causas externas⁵ na década de 1990, passou da quarta para segunda maior causa de mortalidade. As ocorrências estão concentradas em centros urbanos e regiões metropolitanas, vitimizando populações jovens, negras e de classes sociais menos favorecidas. Elas acontecem nos mais diversos ambi-

entes e lugares desde os domésticos, vias públicas urbanas, meio rural, adentrando os mais diversificados e protegidos ambientes de trabalho (MINAYO E SOUZA, 1999; PAIM et al, 2000; OLIVEIRA e MENDES, 1997; NORONHA, 2000).

A compreensão e definição teórica sobre os variados tipos de violência é apontada por Tavares Santos (1999) a partir de uma idéia classificatória que melhor explica o nosso objeto. O autor classifica em dois tipos de violência: a privada - correspondendo aos atos criminais e não criminais; e a coletiva, que abrange a violência dos cidadãos contra o poder, violência do poder contra o cidadão e a violência da guerra. Ambos baseados na compreensão da violência possível de mensuração representada pelos danos contra integridade física.

O que diz respeito à violência relacionada ao trabalho, apesar de não se tratar de um fenômeno novo, só recentemente vem concentrando atenção de estudiosos para compreensão dos efeitos econômicos, sociais, ocupacionais e, principalmente, sobre a saúde dos trabalhadores vitimizados ou expostos aos riscos. O ambiente de trabalho sempre foi visto como lugar inócuo de atos violentos, entretanto, após alguns episódios trágicos ocorridos na década de 1990, como o crescimento do número de assaltos fatais e não fatais e da violência em ambiente escolar, entre outros, a temática vem despertando atenção internacional, o que vem possibilitando uma compreensão do fenômeno não como episódio individualizado, mas como sintoma social associada a fatores de ordem econômicos, organizacionais, culturais mais amplos (NIOSH, 1996).

Noções sobre a violência relacionada ao trabalho

Adotaremos aqui o termo *violência relacionada ao trabalho* para uma compreensão ampliada do evento ocorrido em situação de trabalho, ou seja, dentro do ambiente onde a atividade laboral ocorre, enquanto espaço definido, ou durante o exercício da função, ou ainda em situação associada às funções ocupacionais. Outros termos como *violência ocupacional* ou *violência em ambiente de trabalho* ou *violência no trabalho* são empregados por diferentes organismos internacionais e estudiosos do assunto, existindo pontos de convergência nas definições adotadas pelos autores.

Os termos *violência no trabalho*, *violência ocupacional* e *violência no ambiente de trabalho* estão atrelados aos tipos de agressões ocasionadas dentro do ambiente de trabalho e durante o exercício profissional, enquanto que a *violência relacionada com o trabalho* possibilita adequar a utilização dos termos para eventos que ocorrem fora do espaço e da jornada de trabalho, mas que têm uma relação direta com a atividade laboral, como situações de assaltos e extorsão mediante seqüestros de trabalhadores.

Diante da amplitude que a questão da violência envolve, tem-se definido violência no trabalho como uso ou

³ NIOSH - Instituto Nacional de Segurança e Saúde Ocupacional.

⁴ O Ministério da Saúde tem definido a violência como "evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si mesmo ou a outros (BRASIL, 2001).

⁵ Para o Ministério da Saúde trata-se de causa não natural que sobreveio em decorrência de acidente ou qualquer tipo de violência representada por suicídios, homicídios, acidentes de trânsito.

ameaça de uso da força física com a finalidade de causar danos ao trabalhador, incluindo, desta forma, as ameaças, declarações ou comportamento, mesmo que não tenha impacto físico, mas podendo desencadear processos que afetem a saúde e o bem-estar dos envolvidos (NIOSH, 1996).

No Canadá (CGSST, 2001), alguns estudos apontam para uma compreensão sobre a violência no trabalho enquanto fenômeno que se modifica a partir das diferentes formas das ações, assumindo ou não a caracterização de situação considerada violenta. Os estudos desenvolvidos pelo Departamento da Faculdade de Ciência da Administração, da Universidade de Quebec (CA), definem violência no trabalho como "todo incidente ou situação em que as pessoas são vítimas de comportamentos ameaçadores ou ataques danosos em circunstâncias ocorridas no trabalho ou relacionada a ele e, ainda, que implique risco explícito e implícito sobre a segurança e o bem-estar do trabalhador" (CGSST, 2001, p. 5).

Para a Organização Internacional do Trabalho - OIT, a violência no ambiente de trabalho - "*violence at the workplace*", inclui uma variedade de comportamentos mais freqüentemente associados a atitudes culturais que complexificam sua definição.

Paes-Machado e Levenstein (2001) utilizam a noção de agressão contra operadores de transporte coletivo como uma das formas de violência que adentram os ambientes de trabalho, vitimizando os trabalhadores durante o seu exercício ocupacional. Esse tipo de agressão, caracterizada pela intencionalidade, diferencia-se da agressão não intencional, haja vista que os locais de trabalho e o contexto sócio-institucional favorecem essas agressões, podendo ser cometidas tanto por colegas de trabalho quanto por pessoas externas às organizações (clientes ou consumidores). O autor considera que esses dois tipos de agressão possam estar inter-relacionados, porém exigindo estratégias de análises distintas. Exemplo: enquanto uma está mais voltada para a hierarquia interna, a outra está ligada às interações entre trabalhadores e clientes. Esses pesquisadores evidenciam que a violência intencional no trabalho está diretamente relacionada com o crescimento da economia de serviços no capitalismo atual.

Nascimento (2003) discute sobre a diversidade das situações em que ocorre a violência no trabalho o que vem a exigir uma certa flexibilidade e adequação para definição deste objeto, pois devem ser considerados o contexto e formas de vitimização. Como exemplo, a autora descreve as situações de assaltos e seqüestros de bancários e familiares que acontecem fora do ambiente e jornada de trabalho, mas que são relacionados diretamente com a condição de ser bancário. É que algumas formas de vitimização ainda são consideradas invisíveis para um diagnóstico médico, já que se trata de alterações drásticas na sua vida cotidiana não sendo possível classificação enquanto doença ou agravo à saúde.

A violência no trabalho pode assumir variadas formas e tipos, freqüentemente sobrepondo comportamentos, incluindo desta forma o não-físico ou violência psicológica. Em estudo realizado por Paoli (2000), a violência no trabalho é descrita a partir das seguintes características: molestamento sexual, violência física e maus-tratos, sendo que estas estão subdivididas em atos de violência causados por pessoas do mesmo local de trabalho (colegas de trabalho) ou por pesso-

as de fora do local de trabalho.

Os estudos recorrem a uma subdivisão que possibilita classificar em tipos de violência como: física, psicológica e sexual para compreensão da violência no trabalho. O primeiro caso (violência física) estaria associado a agressões físicas dentro do ambiente de trabalho, sendo mais comuns as situações de tentativa de roubo ou assaltos e agressões entre colegas de trabalho (NIOSH, 1996).

A violência psicológica está atrelada a questões advindas dos modelos e conjuntura organizacional das empresas, sendo mais comuns as agressões verbais, intimidações, maus-tratos, perseguição individual e coletiva ocasionadas pelo uso abusivo de poder entre empregados de níveis hierárquicos diferentes. Podem desencadear distúrbios psicológicos, exemplificando que na Suécia estas ações estão associadas de 10 a 15% dos suicídios (ILO, 1999). *Bulling e mobbing* são os termos usados pela literatura internacional, no Brasil compreendido como assédio moral no trabalho e caracterizado por ações agressivas menores, repetidas cumulativamente que se configuram em sérias formas de violência, sendo que, apenas um único episódio pode desencadear efeitos severos para a vítima. Nascimento (2003) aborda que as ameaças, agressões verbais e gestuais utilizadas durante ações criminosas e durante situações de conflito de trabalhadores durante atendimento ao público são as mais freqüentes formas de vitimização de bancários.

Já a violência sexual se caracteriza pelo aspecto físico (toques sem a permissão do outro) ou psicológico (olhares, gestos, verbalização), sendo mais freqüente contra mulheres.

Os tipos mais comuns de violência relacionada ao trabalho são assédio moral, agressões advindas de terceiros durante atendimento ao público ou os assaltos e seqüestros, variando a depender do ramo de atividade da instituição e do objeto de desejo dos agressores (NIOSH, 1996; NORONHA, 2000; NASCIMENTO, 2003).

As definições adotadas sobre violência relacionada ao trabalho convergem para uma noção ampliada do fenômeno, exigindo compreensão e análise de cada situação como estratégia que venha a possibilitar definições mais precisas.

Quando a violência invade vitimizando trabalhadores

As atividades que incluem relações diretas com o público e aquelas que fazem transporte e/ou guarda de bens de valores (dinheiro, objetos valiosos), circulação e troca de dinheiro, prestação de serviços e entrega de bens são consideradas como fatores que potencializam a exposição ao risco de ações externas como roubos, assaltos e seqüestros contra trabalhadores. As categorias profissionais apontadas como as que mais correm risco de homicídio nos EUA são os motoristas de táxi, trabalhadores das áreas de saúde e educação, trabalhadores da área de segurança, serviços comunitários e do setor de varejo - nesta última, destaca-se o aumento do número de assaltos (NIOSH, 1996).

No Brasil, apesar de não se encontrarem registros sistemáticos a respeito do assunto, são comuns relatos de trabalhadores das áreas de saúde, principalmente em hospitais

psiquiátricos ou emergências, que sofreram agressões verbais e físicas. Também no setor de educação tornam-se frequentes as queixas de professores sobre a hostilidade que vem caracterizando os ambientes de trabalho, sem deixar de registrar que os profissionais da área de segurança do setor público e privado (policiais, vigilantes) integram uma das categorias onde há maior número de vítimas (NORONHA, 2000; PAES-MACHADO e LEVENSTEIN, 2001).

Cabe ressaltar que diversos casos de mortes violentas que ocorre em situação de trabalho não são considerados como acidente de trabalho, ou seja, relacionados com o trabalho, mas podem estar intimamente associadas a vida ocupacional. Pode-se citar como exemplo diversas mortes e agressões físicas durante lutas de trabalhadores rurais, durante manifestos em favor da reforma agrária ou grilagem. No Brasil, o setor agrícola sempre foi palco de muitos conflitos e, ainda assim, não são sistematizadas as informações e nem estabelecida relação com a vida ocupacional daqueles que trabalham no campo (TAVARES SANTOS, 1999).

Não se pode deixar de citar, ainda, as situações de morte violenta dos trabalhadores do sexo e policiais no exercício das suas atividades, entre outras tantas situações de morte e morbidade que, se analisadas, podem estar relacionadas, direta ou indiretamente, com a atividade laborativa. Tais episódios favoreceram a concentração e atenção de pesquisadores, possibilitando a compreensão de fatores que explicam o crescimento da violência no trabalho como fenômeno social numa edição estrutural e estratégica atreladas a questões de ordem econômicas, organizacionais, culturais e sociais mais amplas (ILO, 1999).

A vitimização dos trabalhadores por violência

No final da década de 1990 foram registradas, pela mídia escrita e falada, ocorrências trágicas em ambientes escolares e o crescimento de ações de assaltos fatais e não fatais vitimizando trabalhadores nos EUA (NIOSH, 1996). No Brasil, destacaram-se as manifestações de trabalhadores de transportes urbanos contra a morte de vários rodoviários, eventos ocorridos entre os anos de 1995 e 1996, que vieram dar visibilidade social ao assunto (PAES-MACHADO e LEVENSTEIN, 2001).

Nos EUA, no ano 1998, foi registrada semanalmente uma média de 20 homicídios e 18 mil assaltos não fatais, apontando a violência como a segunda maior causa de mortalidade ocupacional. Na África do Sul, o ambiente de trabalho vem sendo caracterizado por local de grande hostilidade. No Reino Unido, um estudo realizado entre 1994/1995 revelou que 11 mil trabalhadores entrevistados no setor de varejo já tinham sido vítimas de violência física e mais de 35 mil tinham sofrido ameaças e agressão verbal. Na França, 2 mil ataques foram relatados por motoristas de táxi, só em Paris. No Japão, num período de cinco meses, foram registradas mais de 1,7 mil solicitações de consultas jurídicas sobre abuso sexual, perseguição e estresse no trabalho. Alemanha e Filipinas, por sua vez, foram descritos grande

número de casos de mulheres molestadas sexualmente e vítimas de ameaças de desvantagens profissionais durante o exercício de suas atividades de trabalho (ILO, 1999).

Os assaltos a veículos coletivos urbanos na cidade do Salvador, no período de uma década (1990 a 1999), somaram 20.751 ocorrências, com registro de 67 mortes, sendo 24 de rodoviários. O autor da pesquisa chama a atenção para um número não contabilizado por falta de informações sistematizadas sobre a referida ocorrência, pois até o ano de 1995 não existia uma rubrica específica para esse tipo de delito, ocultando a magnitude do problema (PAES-MACHADO e LEVENSTEIN, 2001).

Nascimento (2003), apesar de considerar dados subestimados, registra a vitimização fatal de policiais, vigilantes, estagiários de banco, bancário durante ou após assaltos a bancos, sendo que do total de todas as mortes os policiais correspondem a 28% delas, perdendo apenas para os agressores com 32%. A autora traz a discussão sobre as formas de vitimização não fatal que vão além dos danos físicos e psicológicos, mas invadem a vida privada provocando alteração e interferência drástica na organização da vida cotidiana e saúde ocupacional (lazer, trabalho, atividades da vida diária) das vítimas.

A violência é considerada como um dos estressores mais importantes, pois, para minimizar ou prevenir os efeitos, é exigido um grande esforço psicológico. Os efeitos sobre a saúde dos trabalhadores vão além dos comprometimentos da integridade física, pois causam transtornos de ordem psíquica e social, favorecendo alterações na vida cotidiana das pessoas vitimizadas ou expostas ao risco (DEJOURS, 1994; KAPLAN e SADOCK, 1999; BALLONI, 2001).

As ocorrências de violência no trabalho vêm favorecer a intensificação *"da carga penosa, circunscrita ao reino da necessidade e da subordinação que retira dos seres humanos o livre exercício da cidadania"* (LARANJEIRA, 1999, p.9), sendo bem representada pelas formas de vitimização.

As vítimas diretas e indiretas (familiares, testemunhas) de situações de violência podem desenvolver distúrbios emocionais em consequência da experiência vivida. Os paradigmas da violência apontam para crescimento da sensação de insegurança, principalmente nos grandes centros urbanos, podendo aumentar a incidência de distúrbios psíquicos desencadeados pela experiência de situações violentas - os Transtornos de Estresse Pós-Traumático.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático é uma categoria de diagnóstico psiquiátrico, adotado a partir de 1980, que permite unificar uma série de outras categorias de doenças relativas a acontecimentos traumáticos. Tal diagnóstico é definido a partir de um conjunto de sintomas típicos, tais como lembranças intrusivas, desinteresse pelas coisas, distanciamento social, alterações afetivas, perturbações nas relações interpessoais, hiper-vigilância, sobressalto aumentado, estado de hiperatividade e irritabilidade (KAPLAN e SADOCK, 1999; BALLONI, 2001).

Leal (2001), entretanto, chama a atenção para a supervalorização de diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático diante das frequentes situações de violência que ocorrem nos grandes centros urbanos, alertando que as vítimas de violência podem desenvolver quadros de dis-

túrbios emocionais diferenciados deste tipo de transtorno.

Além de considerar a importância do diagnóstico clínico definido pela psiquiatria, Nascimento (2003) aponta para a necessidade de compreender como os trabalhadores enfrentam, individualmente ou coletivamente, a realidade imposta pela natureza e características da atividade ocupacional exercida. E discute que os fatores de risco, por exemplo, de assalto e seqüestro (de trabalhadores e familiares) extrapolam os ambientes de trabalho, invadindo outros espaços da vida social, impondo alterações na rotina diária – ora como mecanismo de defesa, ora de proteção – os quais modificam a identidade social dos sujeitos e coletivos vitimizados e/ou expostos ao risco de violência.

Considerações Finais

A violência relacionada ao trabalho melhor enquadra-se na classificação como um tipo de violência privada e criminosa. As variadas formas de violência relacionada ao trabalho vem permitir a compreensão e articulação entre a violência e o processo de precarização das condições de trabalho nas sociedades modernas, representadas pela variadas formas de adoecer e morrer pelo trabalho, algumas delas ainda desconhecidas ou pouco exploradas.

Apesar do risco de violência ser considerado um dos maiores temores e estressores nos centros urbanos, sendo cada vez mais comum nos ambientes de trabalho, ainda existem poucos estudos dedicados ao tema o que contribui para manter a invisibilidade e desconhecimento da extensão e gravidade do problema. Essa situação vem sendo favorecida pelas limitações legais que orientam as questões de saúde e segurança, pois não foram localizadas definições e normatizações sobre as situações de riscos de violência no trabalho, dificultando a caracterização enquanto acidente de trabalho.

As informações anteriormente dispostas demonstram que essa área de conhecimento demanda maiores investigações que possibilitem a compreensão e revelem a magnitude dos efeitos sobre a saúde, de forma particularizada, para categorias profissionais diferentes. Tais estudos serão importantes para conhecer as formas de agressão, identificando categorias mais expostas ao risco de violência relacionada ao trabalho e possibilitando melhor qualificação e adequação de medidas de intervenção no combate a violência e atenção aos trabalhadores expostos aos riscos e/ou vitimizados.

Referências Bibliográficas

- BALLONI, G. J. **Ações violentas sobre o psiquismo humano; terrorismo, guerra, violência pessoal, seqüestro e outras agressões.** In: Psiqweb, 2001, disponível em: <<http://sites.uol.com.br/gballoni/voce/postrauma4.html>>. Acesso em: 08 jan.2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Representação no Brasil da OPAS/OMS. Bases técnicas para o controle dos fatores de risco e para a melhoria dos ambientes e das condições de trabalho. In: **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde.** Brasília: MS/OPAS/OMS, 2001.
- CGSST - Chaire en Gestion de La Santé et de La Sécurité Du Travail. **Violence au travail.** Disponível em: <<http://cgsst.fsa.ulaval.ca/violence/p5.htm>>. Acesso em 05.nov.2001.
- DEJOURS, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.
- DI MARTINO, V. **Violence at the workplace: the global challenge.** ILO - International Labour Organization, 2000. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/viowk.htm>>. Acesso 05.nov.2001.
- ILO - International Labour Organization. **Violence at Work.** 1999. Disponíveis em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/index.htm>>. Acesso em 13.11.2001.
- KAPLAN, I. H. & SADOCK, J.B. **Transtorno de estresse pós-traumático.** Porto Alegre: Artemed, 1999.
- LARANJEIRA, S.M.G. A realidade do trabalho em tempo de globalização. Precarização, exclusão e desagregação social. In: TAVARES SANTOS, J.V. **Violência em tempo de globalização.** São Paulo: Hucitec, 1999.
- LEAL, Carmem. **Um exemplo claro de estigmatização dos doentes mentais e considerar loucos os terroristas.** Congresso Internacional de Psiquiatria. Madrid, 2001. Disponível em: <<http://www.infomedpress.com/septiembre1psi.htm>>. Acesso em 03.fev.2002.
- LEATHER, P.; BRADY, C.; LAWRENCE, C.; BEALE, D.; COX, T. **Work- Related Violence: Assessment and Intervention.** New York, NY. USA: By Routledge, 1999.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir da saúde pública. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** v.4. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.
- NASCIMENTO, A.M.D.N. **Sob a mira do crime: vitimização, saúde e identidade entre bancários na Bahia.** 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador: ISC/UFBA.
- NIOSH. National Institute for Occupational Safety and Health. **Violence in the Workplace: Risk Factors and prevention strategies.** Department of Health and Human Service. USA, 1996.
- NORONHA, C. V. **Domínios do medo social: violência, crime e pobreza na Grande Salvador.** Salvador, 2000. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Instituto de Saúde Coletiva,

Universidade Federal da Bahia-ISC/UFBA, 2000.

NUNES, E.D. É possível prevenir a violência? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.4. Rio de Janeiro: ABRASCO 1999.

OLIVEIRA, P. A. B. MENDES, J. M. Acidentes de trabalho: violência urbana e morte em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.13, sup.2. Rio de Janeiro, 1997.

PAES-MACHADO, E. & LEVENSTEIN, C. No espaço perigoso dos ônibus: trabalho, criminalidade e insegurança no sistema de transporte de Salvador, Brasil. In: **Delito y Sociedad - Revista de Ciências Sociales**. Ano 10, nº 15.16. Buenos Aires, 2001.

PAIM, J.; FREITAS, E.D.; SILVA, L.M.V.; COSTA, M. da C.N. Evolução e distribuição espacial da mortalidade por causas externas em Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 16(4). p.1059-1070, out-dez, 2000.

PAOLI, P. **Violence at work in the European Union**. ILO - International Labour Organization, 2000. Disponível em: <<http://www.ilo.org/public/english/protection/safework/violence/eusurvey/eusurvey.htm>> acesso em: 05.abr.2001.

TAVARES SANTOS, V. (Org.). **Violência em tempo de globalização**. São Paulo: Hucitec, 1999.

Submetido em: Julho/2005

Aceito em: Agosto/2005

As mudanças no cotidiano de famílias que possuem filhos com deficiência¹

Vânia Oliveira Ribeiro²
Adriana Miranda Pimentel³

RESUMO

O presente trabalho tem como finalidade discutir as mudanças que acontecem no cotidiano das famílias após a chegada de uma criança com deficiência. Para isso, foi importante conhecer diferentes modos de viver dessas famílias. Esse estudo teórico-empírico foi realizado através de uma revisão bibliográfica e um estudo de campo, no qual quatro famílias discorreram sobre as repercussões no cotidiano a partir da chegada de uma criança com deficiência. Foi possível conhecer o cotidiano dessas famílias, particularmente o das mães, no que diz respeito às atividades de trabalho, lazer e cuidados com a criança, e compreender que as mudanças ocorridas, no discurso das protagonistas, deram-se no sentido de atender as demandas dos filhos, e de relegar as próprias atividades a um segundo plano.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Criança com deficiência. Cotidiano.

ABSTRACT

The aim of this work is to provide an overview of the changes occurring in the everyday life of a family after the birth of a disabled child. To this goal, a fundamental survey on the way of living of a few families with a disabled child has been carried out. This theoretical and empirical study was based on literature review and a field survey on four families, who described the repercussions that the birth of a disabled child has had on their everyday life. These families allowed their daily routine to be studied, particularly as regards the mothers and their work, leisure and child care activities. It became clear – listening to these women – that while changes occurred to respond to the child's needs, their mothers' activities had to be made secondary.

KEY WORDS: Family. Disabled child. Everyday life.

¹ Artigo baseado no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado "As repercussões do nascimento de uma criança com deficiência no cotidiano da família", defendido no ano de 2004, na Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências.

² Terapeuta Ocupacional da Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) e Casa de Passagem, do Município de Teofilândia, Bahia. E-mail: vaninha_ribeiro@yahoo.com.br

³ Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail: drcapi@yahoo.com.br

Introdução

Quando a criança nasce com alguma deficiência, ocorre uma desestruturação em seu ambiente familiar, uma vez que a mesma precisa de atenção e cuidados específicos. O impacto sentido pelos pais é intenso, pois o indivíduo com limitações para a realização de atividades cotidianas requer, em diferentes graus, cuidados que vão repercutir no cotidiano da família como um todo.

Baseando-se nesses aspectos, e acreditando na necessidade de compreender as modificações que ocorrem na vida cotidiana destas famílias, surgiu o interesse em estudar o tema. Essa escolha aconteceu durante a Prática Supervisionada em Excepcionalidade, realizada no quinto ano do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, quando foi percebido que a presença da criança com deficiência no grupo familiar alterava os interesses e necessidades dos seus membros, os quais modificavam sua rotina em relação às atividades de trabalho e lazer, entre outras.

Compreendendo a família

De acordo com Osório (1996), Guimarães (1996) e Carvalho (2003), entre outros autores, a palavra família originalmente vem do latim "*famulus*" e significa escravos domésticos, servos; essa concepção denota um agrupamento de criados, filhos e esposa pertencentes ao mesmo indivíduo, que é o chefe da família. Tal conceito de família foi largamente modificado e ampliado ao longo da história e, conforme a Constituição Federal de 1988, família é concebida como a convivência estável entre os filhos e seus pais, independentemente do vínculo legal do casamento.

Para Dessen e Brito (1999), seguindo uma perspectiva sistêmica, família é um subsistema interdependente, que engloba mãe-criança, pai-criança, mãe-pai-criança etc, de forma que qualquer mudança em um dos seus integrantes modifica todo o subsistema. A formação desse subsistema não envolve somente o número de participantes que o compõem, mas, principalmente, as interações e relações que acontecem entre seus componentes. Dessa forma, qualquer evento no desenvolvimento da criança, como a entrada na escola, mudanças no desenvolvimento motor ou cognitivo, ou uma doença, exige adaptações que afetam as interações e relações familiares.

Esse modelo de compreensão da família é semelhante também em uma perspectiva sociológica, no sentido de considerar a instituição familiar constituída por subsistemas, porém esses são menores e interdependentes (mãe-criança, pai-criança, pai-mãe-criança), e qualquer modificação em algum membro da família e no relacionamento estabelecido entre eles irá influenciar cada componente particularmente e o grupo como um todo. Segundo Buscaglia (1997), as figuras centrais deste sistema são o pai e a mãe, que são os elementos mais significativos. Ademais, a família é conceituada como um sistema social pequeno, situado dentro de uma outra unidade social maior: a sociedade. Esta influencia o comportamento da família, que atua e responde às transfor-

mações e ideologias (políticas, econômicas e sócio-históricas) do contexto social.

Para Osório (1996), a família se apresenta em três formas básicas: nuclear (conjugal), formada por pai, mãe e filhos; extensa (consangüínea), composta por outros membros com qualquer laço de parentesco; e abrangente, que abarca os indivíduos não consangüíneos que residem na mesma casa.

No decorrer da história, a família adquiriu significados diversos, tendo representações distintas em cada cultura e classe social a que pertence. Billac (1990), citada por Guimarães (1996), relata que as rupturas dos padrões familiares do passado causaram transformações nas estruturas familiares atuais, como: diminuição do tamanho do núcleo familiar, como consequência da redução da taxa de fecundidade; maior participação feminina no mercado de trabalho; e aumento de famílias chefiadas por mulheres em decorrência do aumento do número de divórcios. Essas mudanças de papéis e identidades ocorrem de forma lenta e conflituosa, uma vez que a rápida modernização na sociedade se contrapõe à lenta assimilação desta transformação pelo sujeito. Ademais, as mudanças de papéis na vida do indivíduo (pai, marido, etc) não acontecem ao mesmo tempo em que ele internaliza tais valores.

Conforme exposto por Cavalcante (2003), tanto a idéia de criança quanto a de família, tal como concebidas atualmente por determinadas correntes, são categorias socialmente construídas. Assim sendo, é de suma importância entender o lugar da família na sociedade contemporânea, e compreender o processo histórico e social que resultou numa estrutura familiar com dinâmicas e peculiaridades próprias para, assim, realizar uma análise mais precisa sobre as vivências dos familiares de crianças com deficiência.

Refletindo sobre a diferença

Partindo-se da perspectiva da família como um subsistema, qualquer modificação em algum de seus componentes altera o grupo como um todo. Tratando-se da família de pessoa com deficiência, essas mudanças são mais intensas, em virtude das necessidades decorrentes da deficiência, além da própria situação de vida da grande maioria dessas pessoas. De acordo com Dessen e Brito (1999), o nascimento de uma criança com deficiência é traumático e afeta a estabilidade familiar. A família tenta buscar uma reorganização interna, de acordo com a estrutura e o funcionamento do grupo e de cada componente individualmente. Fatores como: natureza da deficiência, momento em que foi diagnosticada, crença familiar, relação afetiva entre os membros familiares, estrutura familiar, entre outros, devem ser considerados para compreender o impacto e as formas de adaptação do grupo às novas situações que se colocam.

De acordo com Buscaglia (1997), a presença dessa criança exigirá uma redefinição de papéis, atitudes e valores, alterando o dia-a-dia familiar. Além disso, exigirá tempo, energia e dinheiro em enorme proporção. Segundo Tiengo (1998), a família gira em torno da criança com deficiência e tende a anular seus planos e futuras expectativas; a vida familiar resume-se ao tratamento da criança. Assim, para Buscaglia:

As preocupações cobrarão seu preço à família - os problemas reais em relação ao bem-estar da criança, as maiores responsabilidades pessoais, a carga financeira, a constante incerteza, a exaustão física que se transforma em irritabilidade e frequentemente se transmuda em lágrimas. Podem ocorrer súbitas explosões de temperamento, que podem levar a um anseio por isolamento e fuga (BUSCAGLIA, 1997, p.88).

Além disso, ocorrem mudanças de interesses e necessidades dos pais, que se afastam de suas atividades anteriores. Por vergonha e preconceito, podem limitar suas atividades, isolando-se dos amigos, parentes e vizinhos, sentindo tristeza e reduzindo sua interação social. Para Lee e Gotleb (1994), citados por Dessen e Brito (1999), os membros podem vivenciar frustrações e estresse, em decorrência da intensificação das atividades diárias.

Aspectos Metodológicos

Neste trabalho, optou-se pela abordagem qualitativa de dados, utilizando a análise de conteúdo das narrativas. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as famílias de quatro crianças com algum tipo de deficiência, sem utilizar como critério, todavia, o diagnóstico. As entrevistas, na sua maioria, foram realizadas no próprio domicílio, particularmente com as mães, responsáveis diretas pelos cuidados com a criança, mas também oportunizando a presença de outros membros da família que, em determinadas situações, também contribuem nos cuidados com a criança. As entrevistas seguiram um roteiro cujo eixo central buscava compreender as mudanças ocorridas no cotidiano das famílias a partir do nascimento da criança com deficiência. As entrevistas foram gravadas e transcritas, num total de cinquenta laudas.

A escolha das famílias deu-se a partir do levantamento em 80 prontuários do Serviço de Terapia Ocupacional, com o intuito de identificar o perfil das famílias atendidas neste local. Este Serviço pertence à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e foi fundado em agosto de 1999. Construído para oferecer um espaço de ensino-aprendizagem aos estudantes de graduação do Curso de Terapia Ocupacional na área de excepcionalidade, assim como em outras áreas, oferece atendimento gratuito para crianças e adolescentes que possuem alguma deficiência. As famílias caracterizam-se por possuir um baixo poder aquisitivo, com 21% recebendo de um até dois salários mínimos; a constituição familiar predominante é a de família nuclear, correspondendo a 53% das famílias, seguida de família extensa (29%), e aquelas compostas somente pela mãe e o filho (6%). A maioria das genitoras não exerce atividade remunerada, o que perfaz um percentual de 51% de donas de casa. Quanto ao diagnóstico das crianças e adolescentes atendidos, a Paralisia Cerebral aparece na maioria dos registros encontrados, além de casos de Síndrome de Down, Autismo, Deficiência Mental, entre outros.

Embora pertencentes a semelhantes condições socioeconômicas e culturais, a partir do levantamento dos dados foi possível selecionar famílias com características distintas, abrangendo, dessa forma, diferentes configurações familiares. Dentre as 80 famílias registradas, foram selecio-

nados quatro tipos de formação familiar caracterizadas por Osório (1996) e Bilac (1990 apud GUIMARÃES, 1996): uma família de tipo nuclear, uma de tipo extensa, e duas famílias chefiadas por mulheres, das quais uma com atividade remunerada e outra com renda proveniente de benefício.

Para a análise, foram utilizadas três categorias de análise: cuidados da criança com deficiência, atividades de trabalho, incluindo trabalho remunerado e afazeres domésticos (comumente compreendido como trabalho da mulher) e práticas de lazer.

No início do estudo, apresentou-se para todos os participantes o objetivo da pesquisa e a livre escolha entre participar ou não da pesquisa. Também foi assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), através do qual as entrevistadas concordavam em participar da pesquisa. Para preservar o anonimato das participantes, este trabalho não conterá seus nomes, mas, eventualmente, as iniciais do nome para identificá-las.

Os sujeitos da pesquisa

A primeira família resume-se à mãe e à criança, que tem nove anos de idade. A mãe relata que separou-se do marido quando o filho tinha 1 ano e 5 meses. Nessa época, contava com a ajuda de sua irmã, que cuidou da criança até os cinco anos de idade; atualmente, está sozinha, cuida do filho, não exerce nenhuma atividade remunerada e seu sustento é proveniente do benefício que a criança recebe do governo. O dia-a-dia da mãe é voltado para as necessidades da criança. Ao longo da entrevista nota-se uma expressão de fadiga, estresse e exaustão da mãe, em comparação com as outras famílias entrevistadas. Uma parte da entrevista foi realizada na presença da criança; nessa ocasião, a mãe demonstrou uma necessidade de ampará-la a todo o momento, protegê-la a cada movimento que realizava, voltando todo o seu cuidado e atenção para ela.

A segunda família possui uma particularidade, que é a presença de duas crianças deficientes, um menino e uma menina, de três e sete anos, respectivamente. Essa é uma típica família extensa composta pelo pai, mãe, as duas crianças, avós paternos, dois tios e a esposa e o filho de um dos tios. No entanto só participaram da entrevista a mãe e a avó das crianças. Apesar da família ser extensa, e de haver um maior número de integrantes na casa para auxiliar no cuidado com a criança, o fato de existirem duas crianças com deficiência implica em uma maior carga de cuidados dedicados pela família. A presença das crianças com deficiência não afetou o cotidiano dos membros da família na mesma forma e intensidade. Os principais responsáveis pelo cuidado com as crianças são a mãe, a avó paterna e o pai, sendo que os outros só ajudam eventualmente e não têm suas vidas tão afetadas. A mãe relata que tem total apoio do marido no cuidado com as crianças, mas a responsabilidade maior é dela, já que passa o dia inteiro tomando conta dos meninos. Percebe-se um enorme sofrimento da mãe e da avó pela chegada das crianças, fazendo com que sentimentos de tristeza e angústia se convertessem em lágrimas durante alguns momentos da entrevista.

A terceira família é do tipo nuclear, composta pelo pai, a mãe, a criança com deficiência, que tem 9 anos, e um irmão mais velho de 15 anos. A entrevista foi realizada com a mãe em seu domicílio. Ela é dona de casa e o pai é policial militar; como trabalha em dias alternados, ajuda a mãe no cuidado com o filho. Mesmo assim, a mãe refere que quando precisa, efetivamente, de ajuda, recorre à esposa de seu cunhado, a única entre todos os familiares que a auxilia. Relata que possui um problema visual, o que dificulta ainda mais o cuidado com a criança. Segundo ela, o irmão não se interessa em auxiliá-la no cuidado, "sentindo-se desprezado", uma vez que as atenções são voltadas para a outra criança.

A quarta família entrevistada apresenta um diferencial em relação às outras, visto que a mãe da criança trabalha, com atendimento ao público, e é a única genitora, entre as entrevistadas, que realiza uma atividade remunerada, sendo responsável pelo sustento da família. Na residência moram a mãe, a irmã e a criança com deficiência, que tem 9 anos. A entrevista foi realizada com a mãe e a irmã, responsável pelos cuidados da criança enquanto a mãe está trabalhando. O pai separou-se da mãe quando a criança tinha 10 meses e, segundo a mesma, não possui uma boa relação com o filho, costumando visitá-lo raras vezes. De todas as famílias entrevistadas, esta parece ser a que melhor se adaptou às mudanças ocorridas com o nascimento da criança. A mãe não expressa tristeza, nem lamentação pelas transformações ocorridas no seu dia-a-dia; refere que está satisfeita com a questão da maternidade, e que sente falta de sua vida anterior, tendo conseguido adaptar-se bem ao seu novo modo de viver. A irmã, por sua vez, refere que desde que começou a cuidar da criança passou a ter mais responsabilidade, mas que isso não implicou em nenhum impedimento ou alteração na sua vida.

Conhecendo o cotidiano das famílias

Na definição de Kujawsky (1998), citado por Takatori (2001), cotidiano, etimologicamente, quer dizer cada dia, um dia após o outro. É a seqüência de acontecimentos vividos no dia-a-dia, que abrangem espaços sociais, tempos diversos, indivíduos e objetos variados. Para Carvalho e Neto (1996), o cotidiano é a sucessão linear de gestos, atos e atividades repetidas no dia-a-dia, sendo que a rotina, que é característica da cotidianidade, é feita desse decurso linear e repetitivo. Nesta mesma perspectiva, Heller (1970) assevera que o cotidiano está presente em todas as esferas da vida do indivíduo, seja no trabalho, vida familiar, nas suas relações sociais, de lazer, etc. Ela retrata que a vida cotidiana é heterogênea, uma vez que inclui a organização do trabalho e da vida privada, lazer e descanso, e atividades sociais.

Assim sendo, o cotidiano é composto por atividades de trabalho e de lazer, necessidades e projetos pessoais dos membros de uma família. É importante salientar que na maioria das famílias entrevistadas, a mãe não exercia nenhuma atividade remunerada, sendo dona de casa, e estando encarregada de realizar os afazeres domésticos. Só ocorreu alteração nas atividades remunerativas dos integrantes do sexo feminino, não havendo qualquer modificação na atividade de

trabalho do pai da criança. Esse fato nos leva a refletir sobre as diferenças de papéis desempenhados por homens e mulheres, provenientes de uma concepção histórica que reforça o papel da mulher como responsável pelo cuidado da casa e do filho, enquanto ao homem é atribuído o sustento da família. Por outro lado, os diversos papéis desempenhados pelas mães que, muitas vezes, são donas-de-casa e mantenedoras do lar, aumentam sua sobrecarga de trabalho.

Durante as entrevistas, foi possível perceber que o cotidiano das famílias se desenrola em função dos cuidados da criança com deficiência, isto é, para atender as necessidades da mesma. De acordo com as entrevistadas, as outras atividades ficam relegadas em um segundo plano, com exceção das atividades remunerativas, quando são realizadas pelo pai. Ocorre uma maior alteração, portanto, na vida das mães, fato este já discutido por Buscaglia (1997).

Waldow (1998), em seus estudos sobre as definições de cuidar, afirma que cuidado tem o significado de zelo, responsabilidade, inquietação de espírito ocasionado pela vontade de cumprir algum dever, vigilância, solicitude e "preocupar-se com". De modo geral, o termo implica a idéia de fazer, de ação. Cuidar envolve também sentimentos de amor, carinho e aceitação, incluindo noções de compreensão e respeito pelo outro, além de desejo, intenção e ações. Na realidade, todos convivemos com o cuidar no dia-a-dia, mas quando nos referimos à criança com deficiência, trata-se de cuidados específicos, com uma maior demanda de tempo, disposição e renúncias, o que requer estar presente, e disponível, solicitude e preocupação.

Buscaglia (1997) afirma que haverá famílias que enfrentarão a deficiência de forma realista e equilibrada, possuindo formas alternativas de conviver com a situação, e famílias que permanecerão no isolamento auto-imposto:

"Meu dia-a-dia é saindo com ele, eu praticamente saio a semana toda com ele e aonde vou tenho que levar, é eu, ele, sozinho, aonde eu for tenho que levar. (...) Minha vida é essa! Só eu, ele, só (...) Mas é em casa, eu sozinha com ele, e com isso a vida vai levando" (mãe).

Nessa narrativa, é possível refletir sobre a relação que a mãe estabelece com seu filho. Durante seu discurso, pode-se observar que toda sua ação é realizada em função da criança com deficiência, e sua vida restrita aos cuidados com o filho. Sua fala expressa dependência em relação à criança: durante toda a entrevista, a mãe teve dificuldade de falar só de si em algum momento, referindo-se a ela e a criança quase como uma única pessoa.

Algumas famílias, porém, conseguem integrar esse novo membro, restabelecendo um novo equilíbrio e homeostase, com uma nova organização de seus padrões de vida (NEVES e PAIXÃO, 1994). Essas diversas formas de lidar com a criança acarretam maiores alterações, ou não, no cotidiano das famílias. É preciso compreender que cada família encontra diferentes maneiras de encarar as situações da vida cotidiana, e este fato acontece porque o cotidiano é vivido e realizado de modo pessoal.

Buscaglia (1997) aduz que a presença de um membro com deficiência suscita um senso de responsabilidade na fa-

mília que, às vezes, chega a ser sufocante. A presença desses sentimentos de responsabilidade e compromisso são inerentes a qualquer situação que precise de cuidado, mas no caso das crianças com deficiência há uma exigência maior de comprometimento com as ações, devido às suas necessidades, e isso pode ser percebido nas narrativas das entrevistadas.

Sabe-se que a presença de uma criança com deficiência envolve a noção de doação. Mas não num contexto de sacrifícios, e sim que possibilite que o outro cresça dentro de seus limites. A descrição abaixo sobre o dia-a-dia das famílias que possuem uma criança com deficiência leva-nos a pensar sobre as dificuldades destas em atender às necessidades da mesma, como as vidas das famílias se confundem com a vida dessas crianças, transformando essas relações em situações de extrema dependência.

"Ai, meu Deus!(rs). É agitado. Eu acordo quatro, cinco horas para chamar W. para ir para a escola, que ele estuda de manhã. Ai, W. acorda, aí tem que ficar do lado dos passos de W., aí tem que arrumar ele para ir pra a escola, aí eu fico lá na escola a manhã toda.(...). Eu anulei, me anulei, eu deixei de viver pra viver só para W" (mãe).

Para algumas famílias, os cuidados com a criança são confiados exclusivamente aos próprios integrantes do grupo familiar, os quais resistem em delegar certas tarefas a outros indivíduos que não façam parte da família; na maioria das vezes, os pais tomam essa tarefa exclusivamente para si, o que leva a uma super-proteção em relação ao filho, e um extremo cuidado que pode, inclusive, impedir o desenvolvimento da criança, além de modificar ainda mais a rotina da família.

Pode-se perceber, também, que, quando as mães, principais responsáveis pelos cuidados com a criança, precisam realizar alguma tarefa que não possa ser feita com os filhos (ir ao médico, comprar algo, por ex.), recorrem a ajuda de outros parentes, ficando à mercê da disponibilidade de outras pessoas. A ajuda de parentes mais distantes que não fazem parte do núcleo familiar, no entanto, é algo extremamente difícil, fato este observado nas famílias entrevistadas.

Os cuidados com a criança também têm que competir com as atividades de trabalho, que fazem parte, igualmente, da vida cotidiana e possuem um expressivo significado na vida das pessoas, sendo essencial para o sustento dos indivíduos.

De acordo com Ferreira (1988), trabalho é toda atividade coordenada, de caráter físico/intelectual, necessário à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. A partir do desenvolvimento do capitalismo, este começou a ser inserido na vida de todos os indivíduos, ocupando a maior parte do seu tempo. As atividades de trabalho podem ser divididas em duas subcategorias: atividades remuneradas e afazeres domésticos. Normalmente, não costumam acontecer alterações nas atividades produtivas dos integrantes das famílias do sexo masculino, mas as mães, muitas vezes, precisam abdicar de sua fonte de renda, para poder cuidar desse novo membro. Esta ausência de atividade produtiva pode gerar angústia e inquietação nas famílias, que começam a viver um cotidiano diferente do que estavam acostumadas.

A única entrevistada que realiza uma atividade remun-

nerada refere que, após o nascimento de seu filho, costuma chegar atrasada ou faltar com mais frequência ao trabalho, porque a criança nunca pode ficar sozinha, precisando de seus cuidados constantes. Observa-se também que as mães que deixaram de trabalhar para cuidar da criança almejam o retorno ao trabalho, uma vez que este é extremamente significativo na vida dessas pessoas.

A dificuldade em realizar uma atividade remunerada pode levar também a problemas financeiros. Soma-se a isso, o aumento de despesa ocasionado pela chegada da criança.

Em relação à realização dos afazeres domésticos, foi observado que, quando o núcleo familiar é extenso, há uma divisão das tarefas domésticas e dos cuidados com a criança, amenizando, dessa forma, as obrigações de cada integrante da família, uma vez que os cuidados dedicados à criança tomam a maior parte do tempo. Quando a família é caracterizada como nuclear, é comum a mãe executar tais atividades domésticas, além da atenção à criança. Na casa de uma das famílias entrevistadas, onde só moram a mãe e o filho, algumas tarefas domésticas são realizadas quando a criança está dormindo.

Além das obrigações inerentes ao cotidiano dessas mulheres, tais como os cuidados com a criança e as atividades de trabalho, sejam domésticas ou remuneradas, há também espaço para falar do lazer. Este, deve ser entendido no estudo como uma concepção de descanso das obrigações do dia-a-dia. Segundo Camargo (1999), o lazer é livre de obrigações, é uma busca pelo prazer, através do qual pretende-se compensar ou substituir algum esforço que a vida social impõe.

Sabe-se que o lazer sofre influência dos estilos de vida e do comportamento de cada indivíduo. Melo (2003) afirma que o lazer varia de acordo com o nível sócio-econômico de cada população, mas que não é determinado apenas pela base econômica, sendo também uma experiência cultural. A capitalização do mercado de lazer favorece a "escolha" por determinadas formas de descanso e prazer, para as populações de baixa renda, onde predominam atividades como: encontros familiares, eventos no campo de futebol, encontro nas praças, bares, entre outros.

Nas entrevistas, as famílias relataram que, antes do nascimento da criança, realizavam as atividades de lazer sem preocupação, divertindo-se integralmente. Com o nascimento do filho, os momentos de lazer acontecem junto com a criança, o que faz com que os pais não se envolvam completamente na realização dessa atividade. E quando existe a possibilidade de executar tais atividades sem a presença da criança, o cansaço decorrente dos cuidados com o filho torna-se mais um empecilho para que os pais desfrutem do lazer.

Apesar do lazer ser entendido como algo livre de obrigações, os entrevistados apontam para a realização dessas atividades direcionada às vontades e necessidades das crianças, não como um momento de total prazer e relaxamento. Alterações nas atividades de lazer aparecem em todas as entrevistas.

"É isso, minha filha, a vida mudou muito, mudou muito. Eu saía para passear, me divertia, hoje eu não saio mais, minhas colegas liga "vamos nos encontrar, vamos sair, venha aqui". Mas eu não posso, minha filha.

A vida já acabou, não foi culpa de Deus, mas já aconteceu, né?" (mãe).

Dentre as mães entrevistadas, apenas uma relatou não sentir falta das atividades de lazer realizadas antes do nascimento da criança; a maioria das famílias refere saudades do bem-estar que as atividades de lazer proporcionavam, e que, atualmente, essas vivências, quando acontecem, são praticadas com a criança, que necessita, todavia, sempre de atenção e cuidados. Outro aspecto referido em relação ao lazer foi a acessibilidade: difícil acesso pela existência de escadas, ladeiras, e problemas com o transporte público, foi levantado como barreira para a realização dessas atividades.

Durante a realização das entrevistas, pôde-se perceber como a presença de uma criança com deficiência repercute na experiência cotidiana das famílias, provocando ausência ou desorganização das atividades, transformando e/ou reorientando formas de vida. É necessário auxiliar os sujeitos que vivem estas situações, para que os mesmos criem e recriem possibilidades, a partir de mudanças reais em seus contextos, familiar, comunitário e de sociedade.

Considerações Finais

A família modifica-se em cada época histórica, de acordo com a sociedade a qual pertence, a fim de assegurar o bem estar de seus membros e garantir-lhes um ambiente seguro, acompanhando as transformações do mundo externo. As modificações que acontecem com algum membro do grupo familiar também altera essa instituição como um todo. Assim sendo, o nascimento de uma criança com deficiência ocasionará algumas transformações no grupo familiar ao qual ela pertence, como alterações no dia-a-dia dos seus integrantes.

Neste estudo, foi possível compreender que as atividades de trabalho, de lazer e os cuidados com a criança passam por transformações que repercutem no dia-a-dia dessas famílias. As entrevistas revelaram que há uma diminuição ou alteração nas atividades de lazer, realizadas, na maioria das vezes, com a presença da criança; em relação às atividades de trabalho, alguns integrantes das famílias foram obrigados a abdicar dessa atividade, principalmente as mulheres. Também são estas as maiores responsáveis pelos cuidados com a criança. Normalmente, as famílias passam por redefinições de papéis, atitudes e valores, mas a intensidade dessas mudanças vai sofrer influência da experiência, aspecto subjetivo e maneira como cada indivíduo vai lidar com a situação. Além disso, a intensificação de tais mudanças no cotidiano das famílias sofre influência do nível sócio-econômico. As entrevistas foram representativas para alcançar os objetivos deste trabalho, visto que cada família trazia características distintas em relação ao núcleo familiar e à maneira como se organizaram para atender às suas necessidades.

Em função disto, é de extrema importância que os profissionais que atuam com crianças com deficiência compreendam que, além deste indivíduo, existe uma estrutura familiar que oferece apoio e suporte à criança, e que também sofre com todas as dificuldades advindas dessa nova situação. É fundamental, portanto, entender as alterações ocasionadas no cotidiano dessas famílias, para que possamos au-

xiliar os membros desse grupo a reestruturarem suas vidas, de forma que a criança com deficiência não seja um fator para que estes abduquem a seus planos e aspirações. Acredita-se que um suporte para a família, além de proporcionar bem estar para a mesma, poderá garantir um ambiente mais seguro para o desenvolvimento da criança.

Referências Bibliográficas

BUSCAGLIA, L. Os Deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento. 3.ed. Rio de Janeiro: Record/Nova Era, 1997.

CAMARGO, L. O que é lazer. São Paulo: Brasiliense, 1999.

CARVALHO, M.C.B (Org). A família Contemporânea em Debate. 5.ed. São Paulo: Educ/Cortez, 2003.

CARVALHO, M.C; NETTO, J.P. Cotidiano: conhecimento e crítica. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

CAVALCANTE, F.G. Pessoas muitos especiais: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DESSEN, A.M; BRITO, W.A. Crianças surdas e suas famílias: um panorama geral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Porto Alegre, v.12, n.2, 1999.

FERREIRA, A. *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

GUIMARÃES, LB. Perspectivas Sociológicas da Família. *Bahia Análise e Dados*. Salvador, v.6, n.1, p. 5-13, junho, 1996.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 4. ed. São Paulo: Paz e terra, 1970.

MELO, V. A. *Lazer e Minorias Sociais*. São Paulo: Ibrasa, 2003.

NEVES, P.; PAIXÃO, R. Família e Deficiência Mental. *Revista Caesura*. Canoas, n.5, p.70-80, julho/dez, 1994.

OSORIO, C.L. *Família Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Revista O Mundo da Saúde*. São Paulo, v. 25, nº 4, 371-377, out / dez, 2001.

TIENGO, M. A. Reflexões sobre o processo de autonomia da criança com deficiência e sua família. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. São Paulo, v.9,n.3.p.133 - 136, set/dez, 1998.

WALDOW, V.R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, v.19, n.01, p. 20-32, jun, 1998.

Brincar é preciso: considerações sobre a atividade lúdica da criança deficiente visual

Sheila Correia Araújo¹

RESUMO

O artigo reflete sobre o significado das brincadeiras, jogos e atividades lúdicas para a aprendizagem e desenvolvimento da criança com deficiência visual. A partir do diálogo com autores expoentes da teoria do brincar, compreende-se a importância desta atividade numa perspectiva sócio-interacionista. O déficit visual é considerado uma das maiores perdas para a criança, interferindo no seu desenvolvimento global. Portanto, torna-se importante para o profissional que atua nesta área, particularmente o terapeuta ocupacional, analisar e adaptar as atividades lúdicas para que a criança compreenda, apreenda e ressignifique, a partir delas, o mundo e a sua cultura.

PALAVRAS-CHAVE: Brincadeira. Desenvolvimento. Deficiência Visual. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The aim of this work is to consider the meaning of games and playful activities for children's learning and growth, especially those ones with visual deficiency. Through experts of playing theory one can understand its importance, thus conceptualizing it on the social-interactionist concept. The visual deficiency is considered one of the biggest loss for the children, interfering their global growth making it therefore, important to the professional particularly the occupational therapist to analyze and adapt the playful activities, so that the children can be able to comprehend and resignify the world and their culture.

KEY WORDS: Game. Growth. Visual Deficiency. Occupational Therapy.

Introdução

Este texto tem como proposta refletir sobre o significado das brincadeiras, jogos e atividades lúdicas para a aprendizagem e desenvolvimento da criança, especificamente da criança com deficiência visual. Existem poucos trabalhos na

literatura sobre o brincar da criança deficiente visual, provavelmente devido à grande heterogeneidade na população.

Compreender qual a melhor forma de proporcionar à criança deficiente visual o conhecimento do mundo através do brincar torna-se uma tarefa árdua para os profissionais que atuam nesta área. A tentativa aqui é a de dialogar com

¹ Mestranda da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia - UFBA. Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Terapeuta Ocupacional do Centro de Intervenção Precoce do Instituto de Cegos da Bahia. Av. D. João VI, 274, Brotas, Salvador-Bahia. E-mail: shcaraujo@ig.com.br.

os teóricos expoentes que estudam o jogo infantil para elencar algumas alternativas de intervenção terapêutica ocupacional visando ampliar as possibilidades das crianças com deficiência visual.

Brincando é que a criança se desenvolve e apreende a sua cultura, ressignificando, tomando-se humana. A brincadeira não é um processo natural, apesar de uma predisposição da criança para a atividade lúdica, mas é um processo de interação, de aprendizagem social, que necessita do outro para que ocorra.

Brincar é preciso! É preciso *porque* é humano e *para ser* humano (CARVALHO et al, 2003).

Conceituando o brincar

A brincadeira da criança vem se constituindo em um amplo campo de pesquisa para quem quer compreender o desenvolvimento infantil dentro das concepções socioculturais, filosóficas e psicológicas. Huizinga (1996) refere que nas principais línguas européias o termo *brincar* se confunde com *jogar* (*to play, jouer, jugar* significam tanto brincar como jogar); na língua portuguesa, o significado de brincar e jogar tem conotações diferenciadas. Na cultura brasileira, todos os jogos são brincadeiras, mas nem todas as brincadeiras são jogos. O jogo é dependente de regras explícitas, enquanto na brincadeira a regra é implícita. E tanto a brincadeira quanto o jogo são atividades lúdicas.

A polissemia que gira em torno dos termos jogo e brincadeira gera, segundo Brougère (1998), uma noção aberta e às vezes ambígua. O autor se pergunta: O que há de comum entre duas pessoas jogando xadrez e um gato empurrando uma bola, entre dois peões pretos e brancos em um tabuleiro e uma criança embalando uma boneca? Para ele há, de fato, ato social de designação, há interpretação “[...] são os adultos que batizam de “jogo” certas atividades infantis, antes mesmo que a criança disponha do termo e ainda mesmo da noção” (Idem., p.17).

O brincar sempre foi visto pelo senso comum como uma atividade sem maior intencionalidade e que tem como único objetivo o lazer ou o entretenimento. Porém, antes de qualquer distração, as brincadeiras são experiências de vida para a criança.

A brincadeira é o que existe de mais sério e universal na linguagem infantil, pois quando as crianças brincam juntas, as barreiras culturais, sociais e de linguagem tendem a desaparecer. A criança entende o que a outra quer dizer, ou brinca com o objeto dando função e significado próprio. As brincadeiras são “ensinadas” para elas pelos adultos, ou a criança pequena imita a maior, ou ainda a aprendizagem se processa em grupo de coetâneos. Para Frieddman (1996), as brincadeiras fazem parte do patrimônio lúdico-cultural, traduzindo valores, costumes, formas de pensamento e

ensinamento.

Segundo Bichara (1994), o brincar evoluiu na espécie animal a partir de carnívoros especializados, predadores e primatas. Estes animais têm em comum a necessidade, na vida adulta, de terem habilidades para a caça, locomoção na vida arbórea ou para a vida social. Também são animais com infância prolongada e protegida, com expectativa de vida longa.

Para Fagen (1981 apud Bichara, 1994), a função do brincar é tornar o indivíduo flexível, versátil, criativo e capaz de lidar com o novo e o inesperado. Através da brincadeira, habilidades genéricas de aprendizagem seriam desenvolvidas, permitindo ao indivíduo a adaptação a novas situações e ambientes.

Bruner (1976), a partir dos seus estudos sobre a evolução dos primatas, propõe-se a ir e vir na filogênese dos primatas e na ontogênese dos humanos, para estabelecer contrastes na esperança de entender melhor a infância humana. O autor pesquisou a aprendizagem e a vida social dos chimpanzés concluindo que a brincadeira parece permitir a compreensão de comportamento em situação de baixo risco, logo, o jovem pode, através das brincadeiras, testar os limites com relativa impunidade. Também afirma que brincando surge a oportunidade para testar combinações já adquiridas, com o objetivo de criar funções mais complexas, como o da pesca de formiga por chimpanzés. Contudo, ele observou que o chimpanzé Sultão não variava a nova habilidade em outros contextos e nem memorizava. Aprendendo a usar a vara para pegar comida, tentou usá-la para cutucar outro animal, cavar etc, esquecendo-se da fruta (Kohler, 1925 apud Bichara, 1994), diferentemente da criança humana, que se interessa pela forma de utilizar o instrumento, incorporando, memorizando e criando novas funções para o mesmo.

Piaget e Inhelder (1993), após um longo estudo sobre como a criança aprende, identificou quatro períodos do desenvolvimento infantil. O autor sugere que a brincadeira é um estágio de desequilíbrio em que a assimilação² domina a acomodação³. Nessa perspectiva, as crianças não aprendem novas habilidades quando brincam, elas consolidam e praticam essas funções recentemente adquiridas.

Para Vygotsky (1991), o desenvolvimento emocional, cognitivo e social é inter-relacionado. A brincadeira é um instrumento entre dois níveis de desenvolvimento: o atual e o potencial. Nesse último nível, também chamado de ZDP (zona de desenvolvimento proximal) existe a transição, na qual a criança precisa de ajuda especial de crianças mais velhas, pais, professores, por exemplo, para avançar no uso da linguagem, memória, cooperação e outras habilidades e capacidades. Brincando, a criança projeta-se nas atividades dos adultos, ensaiando a sua participação social, aprendendo e ressignificando a sua cultura.

Então, podemos nos perguntar: como a criança cega imita? Como ela apreende a sua cultura? Como ela brinca? A partir daqui, é possível fazer algumas considerações so-

² Processo de receber do ambiente todas as informações, organizando-as e integrando-as às estruturas existentes no organismo, criando novas estruturas.

³ Processo de busca e ajustamento a condições novas e mutáveis no ambiente, de tal modo que os padrões comportamentais pré-existent são modificados, para lidar com as novas informações das situações externas.

bre o brincar da criança deficiente visual.

O brincar e a criança com deficiência visual

Quando um bebê nasce deverá adaptar-se a um mundo novo, ao qual deverá conhecer e aprender. Sua capacidade motora é limitada, porém seus canais sensoriais vão mostrando uma noção de mundo que, associado ao seu instinto de exploração, formarão a base para a atividade lúdica.

A deficiência visual é considerada uma das maiores perdas sensoriais que a criança possa vir a ter, e a limitação imposta pelo déficit visual vai desde a ausência total da percepção de luz até as limitações de apreensão do mundo externo, interferindo em seu desenvolvimento e ajustamento às situações comuns da vida (AMIRALIAN, 1997).

O conceito de deficiência visual envolve dois grupos distintos: cegueira e baixa visão (congenita ou adquirida), ou visão subnormal, como é mais conhecida em nosso meio. Neste trabalho será usada a revisão conceitual expressa nas últimas recomendações da OMS – Organização Mundial de Saúde e ICEVI - Conselho Internacional de Educação de Pessoas com Deficiência Visual. Em um encontro, ocorrido em 1992 na cidade de Bangkok, Tailândia, elaborou-se nova definição, contendo critérios mais qualitativos do ponto de vista clínico funcional e educacional. Assim, definiu-se a cegueira como a perda total da visão em ambos os olhos ou percepção luminosa. O Código Internacional das Doenças (CID) considera que a acuidade visual seja inferior a 0,05, ou campo visual inferior a 10 graus, mesmo após o melhor tratamento ou correção óptica específica. O processo educacional dessas pessoas implica na utilização do sistema braille, recursos didáticos, tecnológicos e equipamentos especiais para a comunicação e a leitura-escrita. A Baixa Visão ou Visão Subnormal ficou definida como sendo o comprometimento visual em ambos os olhos, mesmo após o tratamento e ou correção de erros refracionais comuns, com acuidade visual inferior a 20/70 (0,3) e ou restrição de campo visual que interfira na execução de tarefas visuais. Nestes casos, o processo educacional fará uso do resíduo visual com correção óptica específica (BRUNO, 1993, p.36).

Quando a família recebe a notícia de que o bebê nasceu sem enxergar, segundo Leonhardt (1992), a crise mais importante que os pais vivem, mas não a única, outras crises cíclicas irão surgir, principalmente em momentos de mudanças. Muitos pais relatam a sensação de que o bebê não é seu e não sentem necessidade de acariciar, mimar, abraçar e olhar a criança. Algumas mães sentem o fracasso de seu papel maternal e o desejo de renunciar à maternidade. Geralmente os pais, após confirmação do diagnóstico, apresentam várias emoções e sentimentos, entre eles culpa, depressão, negação, e acabam tendo, como consequência, alguns problemas familiares, o que acarreta menor ou maior adaptação à nova situação.

O comportamento visual do bebê tem sido fonte inesgotável de pesquisa para compreender as funções cerebrais inatas e adquiridas. Evidências sugerem que, ao nascer, o córtex visual primário será ativado com *inputs* do meio ambiente, tornando os circuitos mais especializados. A visão é

uma função que se aprende e para tanto a criança precisa ver (JOHNSON, 1999).

No início da vida de qualquer criança, o interesse é basicamente pela face humana, já que a mesma se apresenta com muitos contrastes e movimentos e, segundo alguns autores (BRUNO, 1997; JOHNSON, 1999; NEWCOMBE, 1999), este é o padrão preferido dos recém-nascidos. Com este interesse, inicia-se o jogo mais importante da relação mãe-bebê o "peek-a boo", que Bruner (1975; 1976; 1977 apud COSSETE et al, 1995) identificou como sendo a forma mais universal de jogo entre adulto e criança pequena. Esse jogo começa quando ambos os participantes estão envolvidos e termina quando um dos dois perde o interesse. Para Hay (apud COSSETE et al, 1995), são quatro as características desse jogo: envolvimento mútuo, tomar e dar, repetição de uma seqüência e não literalidade, ou seja, ele pode ocorrer com diversos instrumentos e de diversas formas como, por exemplo, com a fralda, com um brinquedo etc.

Neste jogo, Bruner e Sherwood (1976), citados por Cossete et al (1995) identificaram quatro elementos importantes: 1- fazer contato inicial com vocalização e interação face a face; 2- impedir de ver; 3-revelar; 4- refazer contato. Nessa brincadeira universal, a visão está sendo estimulada e os neurônios do córtex visual se especializando, além de proporcionar a base para uma boa interação mãe-bebê e, conseqüentemente, um adequado desenvolvimento psico-afetivo.

A partir do diagnóstico da deficiência visual, o vínculo com o bebê já se encontra alterado e em muitos casos ninguém brinca com o bebê, não estimula a descoberta do mundo, não fala e nem sorri para ele. O jogo de "peek-a-boo" não vai existir, pois será muito difícil para os pais estabelecerem uma relação de interação com um bebê que eles não sabem como lidar, pois ainda estão tendo que elaborar a notícia. Se o bebê não enxerga, como brincar de esconder para achar?

Dessa forma, o bebê cego já está duplamente prejudicado no seu brincar por não ter um canal sensorial importante e pela interação com o ambiente encontrar-se prejudicada. Sabemos que o recém-nascido cego ou de baixa visão tem os mesmos reflexos primários que o vidente e que a seqüência do desenvolvimento é igual para ambos, havendo diferença apenas de ritmo. Freedman (1976 apud Bichara, 1994) observou o comportamento de uma criança cega congênita aos três meses. Esta "olhava fixamente" para sua mãe, concluindo que outros canais sensoriais, como o tato e a audição, favorecem a interação da mãe com o seu bebê cego.

Além da interação com a mãe, no primeiro trimestre de vida a atividade lúdica do bebê será a de exercitar os reflexos inatos, construindo os esquemas de ação do seu próprio corpo. Ele formará o que Piaget (1979) chamou de Reação Circular Primária, aprendendo a segurar e coordenar olho-mão, olho-objeto, mão-objeto. Essas atividades são prazerosas para o bebê e ele as reproduz várias vezes pelo simples prazer da brincadeira.

Segundo Ochaita e Rosa (1995), a partir dos quatro primeiros meses é que começarão a aparecer as diferenças do desenvolvimento da criança cega. Neste período, a visão torna-se um suporte fundamental para o desenvolvimento. A criança vidente segura o objeto que vê no espaço, e a cega só terá noção do objeto que está fora do seu alcance visual,

se este emitir som. De acordo com as autoras,

Ao problema óbvio de que o som não é uma propriedade de todos os objetos, deve-se acrescentar o fato de que a coordenação audiomanual e, conseqüentemente, a busca dos objetos mediante o som ocorre com um atraso de cerca de seis meses em relação à coordenação viso-manual (Idem, p.187).

A partir do quarto mês, a criança começa a perceber que pode modificar o ambiente externo. Ao acaso, ela bate com os pés em um móvel e provoca um barulho. Essa ação é repetida e a criança descobre que foi ela que provocou essa ação e, a partir dessa atividade, ela começa a provocar formas diversas de exploração do meio, aprendendo e integrando os seus canais sensoriais. Esta é a fase do "espetáculo", que corresponde à Reação Circular Secundária, segundo Piaget (1979).

Para Piaget e Inhelder (1993), entre o nono e o décimo mês a criança antecipa acontecimentos interessantes, estabelece, desde o início, o objetivo a ser alcançado e utiliza todos os meios para atingi-lo, escolhendo voluntariamente a ação a ser executada, formando as Reações Circulares Terciárias.

Algumas crianças deficientes visuais acabam tendo o foco de brincadeira apenas nas suas próprias ações e movimentos. Essas crianças não conseguem perceber o seu entorno e interagir com pessoas e objetos, dessa forma elas têm dificuldades para imitar, estabelecer relação significado-significante, descobrir as relações de causalidade, e de brincar. Muitas crianças deficientes visuais não conseguem transcender as reações circulares primárias, preferindo ficar com movimentos rítmicos repetidos, de balanço com o próprio corpo.

[...] algumas dessas crianças podem apresentar formas ritualísticas de brincar. Sentem prazer e brincam com o som dos objetos no solo, com o barulho e vibração dos objetos nos dentes, cabeça e queixo. Isso não necessariamente significa retardo mental. Pode significar que a criança está muito só, está se encapsulando, buscando auto-satisfação, uma vez que o mundo não a satisfaz (BRUNO, 1993, p.48).

Assim como o brincar é vital para a criança vidente, para o deficiente visual também. Sendo que, para a criança com ausência da visão o brincar torna-se preventivo para outras patologias, como o autismo e a deficiência mental. Fraiberg (1977), nos seus estudos com crianças cegas, observou aumento na incidência de autismo na população de cegos congênitos⁴.

O aumento de outras patologias associado à deficiência visual provavelmente advém da falta de intervenção precoce concomitantemente com a desinformação da família sobre os potenciais da criança e a necessidade de brincar. Assim como para outras crianças, é preciso estar atento para a singularidade do déficit visual. Algumas brincadeiras e brinquedos terão de ser adaptados para que a criança cega e de baixa visão possa compreender e aprender.

Também será necessária a intervenção do adulto, descrevendo algumas situações, ações e imagens para que a criança realize, por exemplo, o jogo simbólico, que é uma ma-

nifestação do desenvolvimento intelectual. Para Piaget (1979), é imitando o seu ambiente que as ações são interiorizadas, sendo esta uma característica do período pré-operatório. Na concepção piagetiana, o início do pensamento acontece quando a criança aprende a representar o seu mundo, brincando de faz-de-conta. Ela conversa com a boneca, imita o carro, faz o bicho, constituindo-se estas em brincadeira de muita intensidade afetiva, sendo a base para o pensamento abstrato e hipotético-dedutivo.

Para Vygotsky (1991), as ações imaginárias já contêm normas de comportamento, apesar de não ser um jogo com regras formais estabelecidas. Para ele, não existe brincadeira sem regras e nem sempre esta é prazerosa. Também o autor compreende que é nas ações imaginárias da criança que ocorre o desenvolvimento e a aprendizagem, ele diz: "[...] sob o ponto de vista do desenvolvimento, a criação de uma situação imaginária pode ser considerada como um meio para desenvolver o pensamento abstrato" (idem, p.118).

Quando as brincadeiras se aproximam mais do real, por volta dos quatro anos, o símbolo representa a realidade e a criança imita a seqüência que ela conhece do seu cotidiano. O jogo de construção é intermediário entre o simbólico e o jogo de regras. Através desses jogos, a criança se insere no mundo social e se desenvolve para níveis mais elevados de cognição. Pensando na criança deficiente visual, como ela poderá desenvolver o jogo simbólico? Como ela irá saber o que se passa em sua volta? Como ela irá aprender sobre o mundo e ressignificá-lo?

Ochaita e Rosa (1995) afirmam que a carência ou a séria diminuição da captação da informação, por um canal sensorial da importância da visão, potencializa a utilização de outros canais sensoriais como a audição e o tato. A partir dessa substituição, existe a possibilidade de conhecer o mundo e a sua representação. Para as autoras, a linguagem tem uma importância determinante no desenvolvimento cognitivo dos deficientes visuais, pois será através dela que os indivíduos conhecerão e aprenderão sobre o mundo.

Para Sandler e Wills (apud SILVEIRA et al, 2000), existem divergências entre o desenvolvimento do brincar das crianças cegas e os das videntes, que são: 1^o- as crianças cegas apresentam um atraso na exploração do ambiente e dos objetos; 2^o- as crianças cegas não se engajam em rotinas de brincadeiras elaboradas com outros significantes e; 3^o- as imitações de ações e jogos de papéis aparecem, tardiamente, caso surjam nestas crianças o entendimento do faz-de-conta.

Nos estudos de Prisler (apud SILVEIRA et al, 2000), as crianças cegas se interessavam mais por brincadeiras semi-estruturadas do que por brincadeiras livres, pois elas tinham dificuldade de entender e de se engajar nessas atividades. Já as crianças videntes, movimentavam-se pela sala, comunicavam-se por sinais não verbais, imitavam a ação do outro e compreendiam o significado da brincadeira sem dificuldades. Leonhardt (1992), que estudou bebês cegos, observou que as crianças cegas preferem brincar com crianças maiores, pois estas proporcionam segurança e utilizam a linguagem verbal para explicar as brincadeiras.

⁴ Cega congênita é a criança que nasce cega ou adquire a cegueira até os cinco anos de idade.

Ainda segundo Ochaita e Rosa (1995), no jogo simbólico as crianças cegas se encontram bastantes atrasadas nas etapas do desenvolvimento se comparadas com as videntes. Segundo as autoras, essa diferença só será superada a partir dos seis anos e isso se explica devido à dificuldade para a construção de uma imagem de si mesmas e dos demais. Por outro lado, na ausência da visão, a imitação que se constitui no argumento do jogo simbólico está prejudicada no deficiente visual.

Revuelta et al (1992) estudaram o jogo simbólico de 14 crianças deficientes visuais que tinham feito intervenção precoce e concluíram que: 1) o jogo simbólico da criança deficiente visual tem qualidades específicas condicionado ao déficit sensorial, contudo isto não impede a função intrínseca do jogo; 2) o jogo simbólico na criança cega, assim como na vidente, fornece o desenvolvimento do pensamento simbólico, permitindo situar-se entre o mundo real e de fantasia, onde tudo é permitido para depois se diferenciar entre o que é do real e do imaginário; 3) e, por fim, no estudo, foi observada a dificuldade do jogo simbólico espontâneo, sendo necessária para a criança deficiente visual a orientação e ajuda do outro.

Após esta revisão bibliográfica, podemos concluir que a criança cega aprende como a criança vidente, mas com peculiaridades próprias da ausência de um canal sensorial da importância da visão. A linguagem do outro, concomitante com a utilização do tato e audição, é fundamental para a construção mental dos objetos e compreensão do mundo. As brincadeiras, brinquedos e jogos simbólicos deverão ser ensinados às crianças cegas, bem como estratégias precisam ser desenvolvidas para que a aprendizagem aconteça nas, e com as, atividades lúdicas.

Considerações finais

Conhecer mais as possibilidades da brincadeira como recurso da intervenção terapêutica ocupacional será fundamental para favorecer o desenvolvimento da criança deficiente visual, atentando para o fato de que a brincadeira além de se constituir em ferramenta para a aprendizagem do desenvolvimento infantil, também faz parte de uma cultura local e global. É significando esta cultura para a criança deficiente visual que estaremos possibilitando a sua inclusão social e ajudando na construção de sua própria história.

Fortalecer a família no início do diagnóstico da deficiência visual, empoderando-a no sentido de compreender a sua importância para o desenvolvimento integral da criança, e estimulando que as pessoas da família brinquem com ela, é o alicerce para o desenvolvimento e inclusão social do deficiente.

Cabe aqui ressaltar a importância do profissional que atua junto aos deficientes visuais, particularmente do terapeuta ocupacional, favorecendo o desenvolvimento integral da criança, através do uso dos outros sentidos ou estimulando o uso da visão residual. Esta intervenção deverá ocorrer através de brincadeiras e jogos que estimulem a compreensão do mundo, lembrando sempre de adequar a neces-

sidade, capacidade e potencialidade de cada um.

Também devemos orientar a família, mostrando a importância da sua atuação com a criança e lembrando que ela é o núcleo mais importante para interagir e brincar, criando, resgatando e favorecendo as brincadeiras. E, a partir das demandas familiares, as atividades sugeridas pela mesma deverão ser analisadas e, se necessário, adaptadas para serem melhor utilizadas.

A brincadeira é vital para a criança. Portanto, para o deficiente visual, estratégias e adaptações deverão ser criadas desde o nascimento, para que não exista déficit no seu desenvolvimento e para que o mesmo possa aprender a brincar a partir do outro e não apenas com o outro. Dessa forma, ele estará marcando o seu lugar na sociedade através de uma atividade que é própria da natureza humana: brincar.

Referências Bibliográficas

- AMIRALIAN, M. L. T. M. **Compreendendo o Cego** - uma visão psicanalítica da cegueira por meio de desenho-estórias. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.
- BICHARA, I. D. **Um estudo etológico da brincadeira de faz-de-conta em crianças de três a sete anos**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.
- BROUGÈRE, G. **Jogo e Educação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- BRUNER, J. S. Nature and Uses of Immaturity. In: BRUNER, J. S.; JOLLY, A.; SYLVA, E. K. **Play - Its Role in Development and Evolution**. Penguin Books, 1976.
- BRUNO, M. M. G. **O desenvolvimento Integral do Portador de Deficiência Visual**. São Paulo: Newswork, 1993.
- CARVALHO, A. M. A. et al. Brincar, é preciso. In: PEREIRA, M. A. P., CARVALHO, A. M. A. (Orgs.) **Brincadeira e cultura: viajando pelo Brasil que brinca**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. cap.XIV, p.117-130.
- COSSETE, L.; FLANDERS, T.; DÉCARIE, T.; RICARD, M. Comprehension of Rules and Structures in Mother-Infant Games: A Longitudinal Study of the First Two Years of Life. **International Journal Of Behavioral Development**, 18 (1) p.83-103, 1995.
- FRAIBERG, S. **Ninõs ciegos**. La deficiencia visual y el desarrollo inicial de la personalidad. Madrid: Fareso, 1977.
- FRIEDMANN, A. (Org). **O Direito de Brincar: A Brinquedoteca**. São Paulo: Página Aberta, 1996.
- HUIZINGA, J. **Homo Ludens**. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- JOHNSON, M. H. Developmental Neuroscience. In: BORNSTEIN, M. H. & LAMB, M. E. (Orgs). **Developmental Psychology: na advanced textbook**. Mahwah/London: LEA,

p. 199-230, 1999.

LEONHARDT, M. **El bebé ciego**-Primeira atención. Um enfoque psicopedagógico. Barcelona: Masson, 1992.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento Infantil**. Abordagem de Mussen. São Paulo: Artes Médicas Sul, 1999.

OCHAITA, E.; ROSA, A. Percepção, ação e conhecimento nas crianças cegas. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARECHESI, A.(Orgs.). **Desenvolvimento Psicológico e educação: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 183-197, 1995.

PIAGET, J. **A Construção do Real na Criança**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1979.

PIAGET, J.; INHELDER, B. **A psicologia da Criança**. Rio de Janeiro: Bertrand, 1993.

REVUELTA, R. M. L.; ANDRÉS, M. J. S.; PÉREZ, M. E.; RODRÍGUEZ-PORRERO, C. **Juego Simbolico y Deficiencia Visual**. Madrid: ONCE, 1992.

SILVEIRA, A D.; LOGUERCIO, L. C.; SPERB, T. M. A Brincadeira simbólica de crianças deficientes visuais pré-escolares. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v.6, n.1, p.133-146, 2000.

VYGOTSKI, L. S. **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Submetido em: Maio/2005

Aceito em: Agosto/2005

Um campo de práticas para o Terapeuta Ocupacional: notas sobre o estágio em educação com adolescentes e jovens em Salvador

Adriana Miranda Pimentel¹

RESUMO

O artigo reflete sobre os campos de prática em Terapia Ocupacional, particularizando a experiência de estágio curricular na área de educação, com adolescentes e jovens em um Centro de Referência na cidade de Salvador, Bahia, nos anos de 2000 e 2001. Parte-se de uma exposição sobre o surgimento da área de educação, seguindo-se para uma descrição sobre o campo de estágio, propostas e organização; discutem-se as dificuldades em atrelar o conteúdo da disciplina teórica à prática, a partir dos diferentes interesses e objetivos dos atores envolvidos – técnicos, docentes e alunos; por fim, apresenta-se uma experiência ocorrida em campo que pode ser ilustrativa para focalizar os elementos que constituem tanto uma prática real e, na maioria das vezes, não ideal; quanto, e principalmente, uma prática possível. A construção do texto deu-se a partir das observações registradas ao longo da supervisão de estágio, dos relatórios de prática dos alunos e de fragmentos desenvolvidos em Dissertação de Mestrado, realizada no período, sobre os discursos e práticas dos técnicos deste serviço.

PALAVRAS-CHAVE: Terapia Ocupacional. Recursos Humanos. Serviço de Saúde.

ABSTRACT

This article reflects upon the fields of practice in Occupational Therapy, particularizing the experience of curricular training in the educational area with adolescents and young people in a Care and Training Center in the city of Salvador, Bahia during the years 2000 and 2001. It begins by talking about the emergence of the educational area; proceeds to a description of the training field, proposals and organization in which the difficulties of joining together theory and practice of the subject matter are discussed, as per the different interests and objectives of those involved – professionals, academicians and students; and lastly presents an experience which occurred in the field that can be illustrative toward focusing on the elements that make up real practice (and, in most cases, not ideal) as well as, most importantly, possible practice. The text was elaborated by using the observations registered throughout the supervision of the training period, the practice reports of the students and fragments developed in Master's Thesis that was presented during this period regarding the declarations and experiences of professionals of this service.

KEY WORDS: Occupational Therapy. Human Resources. Health Care Center.

¹ Terapeuta Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail: dricapi@yahoo.com.br

Introdução

O presente artigo desenvolve-se a partir da experiência de estágio curricular na área de educação, do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, ocorrida nos anos 2000 e 2001, no Centro de Referência do Adolescente, na cidade de Salvador. Concomitantemente a esta experiência, estava em curso a construção de uma Dissertação de Mestrado focalizada na compreensão do discurso e das práticas dos profissionais do serviço sobre a questão da adolescência, dos ditos "problemas" do adolescente, assim como dos objetivos e princípios deste serviço, do ponto de vista dos seus atores. Este duplo papel na instituição, como supervisora de estágio e pesquisadora, contribuiu para repensar a prática profissional em um espaço de saúde que também tem como incumbência a interlocução com outros campos do saber, bem como para compreender o lugar que ocupamos no cenário de construção das políticas públicas.

Minhas peregrinações pelo universo das práticas em saúde se iniciam das experiências nos locais onde fui construindo a formação profissional. Desde então, venho transitando por diferentes instituições de saúde e repensando modelos e práticas tão criticados neste campo, no cotidiano dos serviços em que são construídos, reconstruídos, deformados e que se manifestam muito mais em discursos, do que em práticas de ação. À medida que repenso modelos e ações, revisito alguns autores como Foucault (1981; 1998), Goffman (1974), Canguilhem (1978), Basaglia (1985), entre outros, que se fizeram presentes no modo como eu fui, pouco a pouco, concebendo e percebendo a prática dentro dos serviços e, particularmente, as pessoas que circulavam por eles.

Ainda nesse período, a saúde, para mim, já ultrapassava os muros institucionais, ao menos na forma como eu pensava a minha prática e como a fazia existir. Os sujeitos não eram apenas 'objetos' das minhas ações e isto dificultava a realização das atividades propostas, como por exemplo em instituições do tipo asilares. Era mais complicado pensar e fazer saúde, tal como eu acreditava. Era um constante ir e vir, ser e estar, estar e não estar, andar e parar, fazer e não saber fazer, dizer e não saber. Não ter respostas, não ter receitas, não ter soluções imediatas, não ter caminhos certos por onde ir, tudo isso que tanto se diz e tão pouco se assume entre profissionais de saúde é o que de mais claro eu tinha. Porém, em um dado momento, vi-me em instituições não tradicionalmente próprias do campo da saúde, como organizações de cunho sócio-educativo, e nelas me deparei com formas de pensar a saúde em que a doença, o problema, o transtorno, não eram relevantes. Poderiam aparecer, manifestar, incomodar, todavia não se mostravam mais importantes do que os sujeitos. Estas instituições começavam a despontar para mim como possíveis espaços de prática. A partir delas, comecei a pensar que a minha atuação poderia ser de outro jeito, no sentido inverso do que costumamos pensar enquanto profissionais do campo da saúde. Esta foi a premissa que propulsou o estudo sobre os discursos e práticas dos profissionais do Centro de Referência do Adolescente (PIMENTEL, 2001).

Este serviço foi selecionado como campo de estágio

supervisionado na área de educação. Esta, assim denominada originalmente pelos docentes do Curso, não será objeto de análise neste texto. Porém, alguns aspectos relevantes para a discussão serão trazidos como um passo inicial para compreender como vão sendo criados e constituídos os espaços de prática nesta área. Antes de mais nada, refletir sobre esses espaços, os objetivos de determinados estágios e a formação que desejamos para os alunos da graduação quando elaboramos uma proposta de estágio, passa sim por uma compreensão das instituições onde propusemos estas práticas e pela avaliação sobre o processo lá experimentado. Assim, passo a descrever o processo de elaboração deste estágio supervisionado, a partir da instituição que o abrigou e dos "ideais" de prática para a área em questão. Em seguida, desdobra-se um relato sobre a experiência desenvolvida nesses dois anos - respaldado pelos registros dos alunos, incluindo comentários que poderão contribuir para a formação de futuros profissionais.

As práticas em saúde: aspectos preliminares para a composição de uma área de atuação

Acompanhei o estágio na área de educação com o quinto ano do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública desde o ano de 1998. De lá pra cá, venho refletindo sobre a definição desta área ou campo de prática e sobre a divisão que nós, enquanto corpo docente, fazemos das diferentes áreas de atuação do terapeuta ocupacional dentro do Curso. Para compreender esta particularidade, é relevante a discussão sobre o contexto em que se passou a refletir sobre a prática da Terapia Ocupacional a partir dos anos de 1970, envolvida pelas mudanças por que passava o campo da saúde, particularmente da saúde coletiva.

Em primeiro lugar, a divisão de áreas na estrutura do Curso, desde as disciplinas teóricas até os estágios supervisionados é, cada vez mais, controversa. Quanto a área de educação, ela surge no Curso com uma perspectiva de reflexão e crítica sobre a prática da Terapia Ocupacional tal como esta foi se constituindo na Bahia. Porém, ao longo dos anos, as disciplinas teóricas passaram por modificações e, atualmente, buscam discutir as políticas sociais e de saúde, com foco nas ações e organizações que desenvolvem programas e projetos para determinados grupos específicos. Essa discussão acaba sendo bastante ampla, o que dificulta a criação de um campo de estágio na área que dê conta das demandas desses locais, assim como dos alunos. Estes aspectos precisam ser aqui pontuados para uma maior compreensão sobre o cenário que deu origem ao estágio nesta área. É importante compreender também que esta particularidade do Curso não esteve isolada de um movimento mais amplo no campo da saúde, em função do descontentamento dos profissionais a respeito de suas práticas, das instituições e dos modelos de atenção aos quais práticas e instituições estavam envolvidas. A medida que o próprio campo da saúde passa por transição, seus valores e significados, isto também proporciona mudanças significativas na profissão.

Nas últimas décadas, não apenas terapeutas ocupacionais, mas outros profissionais da saúde, além de

movimentos sociais organizados, como o de estudantes, pesquisadores, trabalhadores, sindicatos, começaram a repensar esses modelos de atenção em saúde até então vigentes: o modelo assistencial-privatista e o modelo "sanitarista", tal como são denominados por Paim (2003). Aspectos como as condições precárias de vida das pessoas, a mercantilização do setor saúde e a desatenção do Estado eram aspectos fundamentais de crítica por parte destes grupos e desencadearam, a partir da década de 1980, uma série de conquistas, em particular no campo jurídico, com a promulgação da Constituição de 1988 e, em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde.

Para a Terapia Ocupacional esta reflexão vem acontecendo desde os anos de 1970 no Brasil, a partir de um grupo de terapeutas ocupacionais críticos quanto à fundamentação da profissão, campo de práticas e objetivos da Terapia Ocupacional, para além da sua condição de especialidade da área médica. Esta relação com a área médica tem início com o próprio surgimento da profissão em contextos hospitalares, diretamente relacionados às grandes áreas da medicina física e da psiquiatria, seguido pela vinculação da formação profissional aos cursos de medicina e, em grande medida, pela necessidade de legitimar-se através do crivo da cientificidade tal como é pautada a perspectiva biomédica. Por conta disto, grande parte dos estudos e práticas foram desenvolvendo-se dentro desta perspectiva, e isto impulsionou largamente a profissão, particularmente na área física, mais conhecida como reabilitação, e todas as tecnologias que vêm sendo desenvolvidas neste âmbito. Esta questão foi e até hoje é foco de muitas discussões e discordâncias. Barros et al (1999; 2002) discorrem amplamente sobre a trajetória de constituição da chamada área social, mas principalmente sobre a mudança nos rumos da Terapia Ocupacional no Brasil. Na Bahia, isto ocorre a partir das próprias inquietações dos terapeutas ocupacionais baianos quanto ao perfil do profissional no Estado, de forte tendência à clínica, a um olhar técnico e distante das preocupações mais afinadas às mudanças no campo da saúde como um todo.

É a partir deste contexto que eu gostaria de discutir como a Terapia Ocupacional começou a rever seu papel, até então situado no terceiro nível de atenção - na recuperação e reabilitação de pessoas que, até o momento da doença ou do agravo, estavam no mercado de trabalho, ou que demandavam um tratamento visando sua reinserção. Ou seja, dentro dessa nova ordem, era preciso compreender que o "problema" não estava situado no indivíduo, mas que existiam fatores sociais determinantes das suas condições de existência, aos quais ele estava sujeito, que impediam sua participação na sociedade.

Portanto, refletir sobre os diferentes espaços de atenção em que estamos sendo chamados a trabalhar ou onde historicamente atuamos significa não apenas repensar o que a Terapia Ocupacional poderia realizar ali, mas quem são os indivíduos que ali estão, quais os objetivos daquele espaço institucional e a quem serve, quais são os interesses deste serviço e, em particular, quais os interesses que os indivíduos têm ali. Parece um discurso óbvio, mas creio que, na prática, sujeitamos-nos muito mais a atender aos interesses desses espaços institucionais do que aos interesses e necessidades dos usuários. Temos também nossos próprios interesses

enquanto categoria profissional e necessitamos desse lugar socialmente reconhecido, que ainda hoje é regido pela racionalidade biomédica. Então, para compreender estes campos de atuação profissional e o modo como são constituídos, é necessário pensar sobre as práticas que lá ocorrem, como ocorrem, em que contexto elas se dão e para quem estão sendo dirigidas.

O campo da saúde é construído frente aos diversos interesses de grupos sociais e, a partir desta reflexão e das mudanças ocorridas inclusive com forte participação das organizações e movimentos sociais, o modo de pensar a saúde vem sendo reinventado e tem tomado novos rumos. Os espaços podem ser desde os historicamente conhecidos, como instituições asilares, hospitalares, ambulatoriais, até espaços construídos com certo grau de participação como organizações comunitárias, não-governamentais, centros de saúde ou de atenção integral a determinado grupo populacional. Não são estes espaços que devem definir a prática do terapeuta, mas sim a própria prática dentro de um determinado contexto, que proporcione mudanças significativas no entendimento do processo que leva ao adoecimento ou problemática de vida, buscando formas alternativas de resolução dos conflitos. É preciso que o terapeuta ocupacional possa intervir tecnicamente, utilizando seus conhecimentos prévios a respeito dos problemas de saúde mais comumente encontrados. É preciso, porém, que ele tenha uma intervenção que vá além, dando suporte aos indivíduos e criando instrumentos de controle de uma dada situação para que possam ser evitados problemas que não dizem respeito apenas a um indivíduo, mas de todo um grupo.

Neste sentido, como um espaço definido para campo de estágio na área de educação, foi selecionado o Centro de Referência do Adolescente, no ano 2000, serviço que atua junto a adolescentes e jovens, tanto no âmbito da assistência como da docência, formação e capacitação de técnicos e profissionais das áreas de educação, social e de saúde.

O estágio supervisionado no Centro de Referência do Adolescente

A experiência do estágio supervisionado buscou aprofundar a prática do aluno de Terapia Ocupacional do quinto ano na atenção a adolescentes e jovens em um serviço de referência, visando conhecer os princípios que o norteiam e o desenvolvimento de suas ações, junto aos técnicos, comunidades e entidades parceiras. Para compreender este processo, é necessário conhecer um pouco sobre este serviço.

O Centro de Referência do Adolescente é um órgão vinculado à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) e materializa as intenções e propostas do Programa de Saúde Integral do Adolescente - PROSAD, atendendo aos princípios e diretrizes, como integralidade, intersetorialidade e participação social, previstos pela Constituição de 1988. É um serviço que busca concentrar ações e especialistas capacitados para treinamentos e formações específicas sobre a saúde do adolescente, a fim de promover mudanças significativas na atenção a este grupo, especificamente na faixa

etária de 10 a 24 anos – abrangendo a população jovem, definida pela faixa entre 15 e 24 anos.

Atividades, acolhimentos, grupos, palestras, atendimentos, capacitações, eventos, reuniões, oficinas são ações desenvolvidas. Trata-se de um serviço que é a referência na saúde do adolescente para o Estado. Este espaço conta com um corpo técnico composto por profissionais de diferentes especialidades, como médico hebeatra, enfermeiro e terapeuta ocupacional, assim como assistentes sociais, sociólogos e psicólogos. Os técnicos se dividem para dar conta das atividades internas e externas, levando-se em conta as competências e as particularidades de cada um, dentro das suas possibilidades para o desempenho das funções exigidas.

Dentre as ações realizadas pelo serviço, nos anos 2000 e 2001, existiam os grupos educativos ou de crescimento. Estes, objetivavam a formação de adolescentes através de um eixo temático a ser abordado e trabalhado ao longo de três meses, discutindo o uso de substâncias psicoativas, DST/AIDS, gravidez na adolescência, sexualidade, auto-estima, identidade, família, violência, relações interpessoais, projeto de vida, entre outros aspectos a serem levantados no decorrer do processo. Cada grupo era composto por aproximadamente vinte adolescentes, na faixa etária determinada (13 e 14; 15 a 20 anos), e era coordenado por dois técnicos de diferentes formações, possuindo certa autonomia na abordagem dos temas.

Entre outras atividades, existiam as oficinas de arte que até o ano 2000 não faziam parte da proposta do Centro; porém, segundo a técnica que acompanhava a atividade, esta passou a ser uma resposta à demanda dos adolescentes por algum tipo de ocupação, atividade ou trabalho, e também uma estratégia para trazer e manter adolescentes nos grupos de crescimento. Essas oficinas eram realizadas por monitores voluntários, alguns deles adolescentes vinculados ao Centro, ou pessoas que possuíam algum tipo de conhecimento sobre o uso de determinados materiais, sem retorno financeiro.

Nesse período, foram realizadas oficinas de capoeira, bijuterias, cestas de papel jornal, história em quadrinhos e desenho. Os atendimentos psicoterapêuticos individuais ou em grupo para adolescentes e atendimento aos familiares também eram ações desenvolvidas pelo serviço. Foi criado também um serviço telefônico, o Disque Adolescente, um número gratuito ao qual o adolescente poderia ter acesso de qualquer localidade do Estado, para obter informações necessárias sobre o período da adolescência, entre outras de seu interesse. Algumas atividades que aconteceram ao longo de cada ano e que nortearam a existência do Centro não se restringiam à assistência propriamente dita no espaço interno do serviço. Foram capacitações e formações para profissionais da rede básica de ensino e saúde e também para adolescentes que serão multiplicadores de ações e informações nas comunidades ou entidades às quais pertencem. Essas capacitações ocorriam na capital ou em algumas cidades do interior a depender das solicitações, ou que já tinham implantado o Programa de Saúde Integral do Adolescente na organização do município. Tais ações de capacitação foram a mola propulsora para a criação do Centro e, com isto, ele passou também a ser considerado um Centro de docência que, por definição, deverá formar profissionais das diferen-

tes áreas de atuação para uma atenção voltada às questões específicas deste grupo. Nesta perspectiva, o Centro mostrou-se aberto a receber estagiários e aos poucos foi disponibilizando os espaços e ações que poderiam ser transformados pelos alunos.

O estágio supervisionado tinha como objetivos: conhecer o eixo temático desenvolvido pelo serviço como suporte necessário para o trabalho com os adolescentes e jovens; discutir com maior profundidade os conceitos básicos que norteiam a atenção integral ao adolescente e ao jovem; participar das ações realizadas com as entidades parceiras do serviço, movimentos sociais ligados à melhoria das políticas públicas de educação e saúde na cidade, como por exemplo o Movimento de Intercâmbio Artístico-Cultural pela Cidadania (MIAC), e das demais atividades externas em que o serviço estivesse presente; participar das atividades desenvolvidas dentro do serviço junto à equipe técnica, tais como acolhimentos, grupos, palestras, cursos de capacitação e grupos de estudo, quando possível; elaborar grupos ou oficinas direcionados à prática do terapeuta ocupacional, coordenados por estagiários e equipe técnica, integrando os conhecimentos da Terapia Ocupacional às necessidades e demandas do serviço e dos usuários.

Assim, os estagiários participavam do processo desde o momento em que os meninos e meninas chegavam ao serviço, o chamado acolhimento ou primeiro atendimento, acompanhavam-nos em grupos ou oficinas coordenados pelos técnicos do Centro e criaram grupos temáticos a partir da convivência e das demandas dos próprios jovens. A formação dos grupos específicos de Terapia Ocupacional não ocorreu de forma aleatória, mas ao contrário, surgiu da compreensão das necessidades colocadas pelos jovens em outros grupos aos quais estavam vinculados e nos atendimentos. Os estagiários buscaram subsídio teórico para compreender as questões colocadas nos grupos e atendimentos e elaboraram propostas que mobilizassem os jovens na perspectiva de suas próprias demandas. Cada equipe de estagiários se responsabilizou por um grupo temático e experimentou tanto a prática da observação, fazendo registro e devolvendo para os colegas as observações e comentários a respeito do grupo, como a prática de coordenação de grupo, preocupando-se com a produção dos recursos e procedimentos e com a tarefa, nada simples, de conduzir um grupo. Esta abordagem de trabalho foi orientada pela proposta de Grupo Operativo de Pichon-Riviere.

A prática em campo

O primeiro ano de estágio curricular na área de educação em saúde com adolescentes foi caracterizado por momentos de grande expectativa, descoberta de um novo espaço e de busca por uma forma de atuação do terapeuta ocupacional nesta área. Alguns aspectos desta experiência são cruciais para a presente discussão, entre eles:

- dificuldade de colocar em prática o conteúdo das disciplinas teóricas e ansiedade pela experiência de estágio na área de educação;
- espera e necessidade de conhecer o “terreno”, para plan-

tar uma atuação consistente e fundamentada;

- mudança de visão sobre os sujeitos: de visão "livresca" e pré-concebida sobre adolescentes e jovens aos sujeitos reais no campo.

Ao longo dos dois anos, um aspecto recorrente trazido pelos alunos (ao estágio) era o fato de que por muito tempo estiveram dentro da Escola, com breves incursões aos campos de estágio e outras instituições, o que acarretou muito receio do que seria a prática e, ao mesmo tempo, alimentou muita expectativa. Isto se multiplica quando se trata da área de educação, colocada pelos alunos como aquela de menor conhecimento, de muitas "ilusões" a respeito e poucos subsídios para dar conta da complexidade que advém quando chegamos ao campo. Neste sentido, tratou-se de discutir mais amplamente, no início do estágio, questões relacionadas às políticas públicas e criação de programas específicos para adolescentes e jovens e o modo como vão sendo implementados, muitas vezes, sem contextualização em relação aos locais e às singularidades dos sujeitos. Aos poucos, isto foi-se modificando. Todavia, a ansiedade em aproveitar o pouco tempo destinado à prática e a necessidade do "fazer" algo, como se esse "fazer" estivesse apenas relacionado a aplicar uma atividade a alguém que demandasse por ela, dificultavam o processo de preparação para uma prática mais fundante e consistente.

"Percebi as coisas na prática. (...) Quanto maior a relação, mais perto das pessoas, mais é possível buscar o que queremos. (...) Quando eu cheguei logo, eu queria ver logo a clientela. Mas por não estar acostumada, tomei um banho de água fria" (estagiária).

Neste sentido, já passo ao segundo ponto. Ou seja, a prática, para ser consistente e coerente com tantos objetivos, muitas vezes até contrários: do serviço; da formação - do ponto de vista do aluno e do Curso, dos usuários-, demanda um pouco mais de tempo, de conhecimento sobre a realidade na qual se pretende "intervir", de preparação e de negociação; de algum modo, em espaços como este, é necessário também livrar-se do lugar profissional para abrir-se ao novo, sem perder os objetivos:

"Aqui tiraram tudo o que eu aprendi. Fiquei de igual com o outro, é tirar as máscaras. Ver os objetivos" (estagiária).

Então, é necessário conhecer o espaço, desde a sua história de criação, significados e objetivos, conhecer os princípios e diretrizes que o norteiam; conhecer o modo como funciona, como se articula no campo onde está inserido; conhecer a clientela por ele atendida, os contextos de onde provém, as possibilidades e limitações para (dar conta de) resolver ou acolher as demandas ali presentes. Enfim, antes de "aplicar" a atividade, antes de saber "o que o T.O. faz ali", é necessário apropriar-se desses elementos. Assim, um ponto fundamental exigido durante o estágio foi a compreensão do PROSAD como proposta de atenção integral ao adolescente e como ele se traduz na prática do serviço, norteando todas as ações desenvolvidas.

Um último aspecto não menos importante diz respeito à mudança de visão que os alunos foram, pouco a pouco, permitindo-se ter em relação aos sujeitos de um serviço, no caso, os jovens. Muitas vezes, a expectativa passa a ser qua-

se de um indivíduo, com algum comprometimento ou problema específico para ser atendido no serviço, com todas as características trazidas nos manuais e livros clássicos, definindo o padrão do grupo adolescentes.

"A imagem do adolescente que eu tinha era de conflito, descobertas e revolta. Hoje é de trabalhar com pessoas questionadoras" (estagiária).

"Nunca trabalhei com adolescentes. Têm problemas que eu percebi que poderiam ser melhor trabalhados, mas falta integração. Não é só dar informações. Os adolescentes hoje não me causam tanto espanto, adolescente problema" (estagiária).

"Em cada encontro do grupo de crescimento fico surpreendida com os depoimentos dos adolescentes sobre suas dúvidas e como alguns adolescentes tão tímidos já estão participando das atividades grupais, e que neles também existem adolescentes engajados nas ações sociais, desmistificando o jargão "adolescente sinônimo de aborrecido" (estagiária).

A partir destes aspectos, que não cessam apenas com a compreensão sobre eles, os alunos foram-se envolvendo nas atividades junto com os técnicos. O estagiário sentia-se mais participante e atuante, construtor de uma prática, enquanto que para o técnico, diminuía o receio de estar sendo observado e julgado por um olhar externo, permitindo a troca de experiências, conhecimentos e a produção de mudanças. Neste processo, duas experiências particulares aconteceram: O Grupo "Brincando e Aprendendo" e o Grupo "Troca de Conhecimentos", que serão brevemente relatadas a seguir.

A prática como ela pode ser...

Os alunos iniciaram a construção dos projetos de grupo elaborando uma ficha de entrevista para uso do terapeuta ocupacional, acompanhando os acolhimentos junto aos técnicos, realizando visitas externas ao Conselho Tutelar e também participando da seleção dos adolescentes. Por fim, realizaram uma reunião com os técnicos e coordenadores do serviço para apresentação das propostas.

O primeiro grupo a ser relatado foi denominado "Grupo Brincando e Aprendendo", para a faixa etária de 10 a 12 anos. As alunas escolheram o grupo a partir de suas próprias experiências no estágio e temas de estudo. O grupo objetivava o resgate da infância, da importância do brincar e do brinquedo como atividades da criança, que vem se reduzindo pelas próprias condições de vida e de possibilidades - bem como da importância gradual de compreender como ocorre o início da adolescência - os principais aspectos a serem abordados e como é vivido diferentemente por cada um no grupo. A proposta previa dez encontros aproximadamente, realizados sempre na presença de um coordenador (estagiário) e um co-coordenador (supervisor de estágio), além de dois observadores e relatores da vivência (estagiários).

A cada semana o grupo iniciava com uma caminhada,

da comunidade ao serviço, pelas coordenadoras e adolescentes, a fim de conhecer um pouco mais sobre os espaços da comunidade e a história de cada adolescente no lugar onde vive. Essas caminhadas eram fundamentais para o vínculo do grupo com os coordenadores e com as atividades desenvolvidas no serviço. Em alguns momentos, as narrativas dos adolescentes explicitavam situações do cotidiano da comunidade às quais jamais teríamos acesso de outro modo.

"Tal percurso caracteriza-se por momentos importantes de interação, em que podemos estar em contato mais próximo com a realidade e o contexto cotidiano de cada um. Esse espaço, sendo muito próprio deles, permite que tenham uma autonomia para nos guiar durante todo o caminho, de forma que alguns identificam ao longo do trajeto, locais e pessoas que fazem parte de suas vidas" (estagiária).

"...estávamos saindo (...), explicamos porque precisávamos tirar as fotos, eles ouviram e não se exaltaram muito quando começamos a tira-las. Estavam um pouco calados, dois deles reclamaram de dor de cabeça e alguns comentaram que muitas casas de vizinhança estavam sendo derrubadas. Um deles falou com lamento que a de sua tia havia sido demolida no dia anterior. Nesse momento estávamos passando por um caminho onde dava para ver as casas demolidas. Eles nos levaram até lá e nos mostraram cada uma delas. (...) Foi o primeiro dia, no grupo, em que tiveram contato com tinta, cola, revistas, pincel, papel crepom, etc. M. trouxe duas dinâmicas interessantes (...) Mais adiante houve a proposta de construir um mural com desenhos e representações. Um aspecto que me chamou a atenção foi a quantidade de casas desenhadas no mural, percebi que talvez estivessem associadas às casas demolidas que tinham nos mostrado" (estagiária).

Outro aspecto que chamou a atenção no grupo foi a necessidade de exploração do espaço físico e dos recursos utilizados. Cada temática era trabalhada a partir do uso de diferentes materiais dos quais, muitos adolescentes, não tinham acesso ou disponibilidade. Havia certa dificuldade entre os adolescentes com o uso de tinta plástica, material reciclado e o recurso da dramatização, porém demonstravam interesse e criatividade na experimentação dos mesmos.

"As coisas só ficaram mais fáceis quando passamos para a maquete. Eles ficaram encantados com tanto material, muitos não conheciam a argila e os que estavam resistindo, em poucos instantes começaram a participar. (...) Pudemos discutir sobre o perfil de alguns que nos chamaram mais atenção e notamos que através desse tipo de atividade – mais expressiva e lúdica – percebemos com mais propriedade as características e o perfil individual de cada um" (estagiária).

O grupo foi demonstrando que já conhecia muitas das brincadeiras propostas, mesmo assim os participantes pareciam interessar-se e brincavam quando solicitados. Alguns adolescentes demonstravam desinteresse pelas brincadeiras de roda, entre outras, mas, ao começarem, envolviam-se na vivência e "embarcavam" com os outros. Isto, de certa forma, era preocupante e trazia questionamentos: será que os meninos e meninas desta faixa etária ainda têm interesse pelo brincar, pela brincadeira? Percebia-se que brincar era algo

presente no cotidiano da maioria dos meninos e meninas do grupo. Para os demais, um certo incômodo. Com isto, foram trazidas novas propostas para discussão, re-adequando os objetivos iniciais e enriquecendo seus repertórios de jogos e brincadeiras.

"Na supervisão percebemos que o resgate das brincadeiras não foi atingido, porque eles ainda brincam com as mesmas brincadeiras de alguns anos atrás, quando eram menores... (...) Outra situação que nos atentou foi o fato de estarem mais centrados no grupo e não saírem (para beber água ou ir ao banheiro) com tanta frequência como nas semanas anteriores. Mas o que marcou mesmo neste dia foi a descoberta de que são adolescentes que ainda brincam" (estagiária).

As atividades em sala contemplaram basicamente: reconhecimento da importância da brincadeira e do brincar como formas de expressão, diversão, aprendizagem e de relação; criação e uso dos recursos disponíveis, como forma de construção dos próprios brinquedos; e elaboração sobre as possibilidades de estar coletivamente. Foram realizadas também algumas discussões sobre o lazer e os espaços públicos de lazer no bairro que nem sempre são utilizados, além de uma visita à Biblioteca Municipal do Rio Vermelho, para apreciar uma manhã de a "Hora do Conto".

Nos últimos encontros do grupo, ocorreram discussões sobre a adolescência e como esse período estava sendo vivido por cada um deles. Foi muito interessante observar que, ao contrário do que se pensava, o grupo trouxe elementos importantes para a discussão, tais como namoro e o interesse por meninos e meninas, a percepção sobre o aparecimento de pêlos no rosto dos meninos, a mudança no corpo das meninas, o desejo de ter dinheiro e comprar o que quiser, entre outros elementos. Estava presente também uma certa preocupação com a impossibilidade do brincar diante da idade que atingiam e as pressões com o fato de crescer.

O segundo grupo foi denominado pelos próprios adolescentes "Grupo de Troca de Conhecimentos". Foi criado a partir de experiências anteriores em outros grupos, discussões sobre a situação atual dos jovens entre 15 e 24 anos (dados estatísticos dos documentos selecionados e demanda dos usuários do serviço), bem como da relação que a Terapia Ocupacional tem com a questão do trabalho e do lazer. Objetivava conhecer e compreender as questões que estão envolvidas quando os adolescentes chegam ao serviço com uma demanda por participação em oficinas profissionalizantes, estágio, trabalho mas que, muitas vezes, são traduzidas pelos técnicos como ocupação do tempo livre. Além disso, pensávamos em criar possibilidades de discussão sobre este tema e propostas que pudessem ser viabilizadas junto ao grupo a partir de suas próprias necessidades. Conhecíamos muito pouco a respeito da história de vida desses jovens e menos ainda sobre suas expectativas quando buscam o serviço apresentando este tipo de demanda. A partir daí, iniciamos o grupo com aproximadamente 15 meninos e meninas de diferentes localidades da cidade. Percebíamos que alguns adolescentes acreditavam que ali teriam uma possibilidade de estágio, emprego, ou um curso qualquer. Todavia, a proposta era discutir o lugar que o trabalho ocupa na vida deles, como estão vivendo essa situação

muitas vezes de cobrança social pela idade e dificuldade de conseguir um emprego. Tratava-se de conhecer as dificuldades, trocar experiências de atividades que realizam, descobrir talentos e habilidades entre eles, refletir sobre seus projetos de vida e, a partir daí, pensar propostas a serem viabilizadas. Além disso, o grupo tinha como finalidade discutir o lazer e suas implicações em uma cidade como Salvador, para os jovens dessa faixa etária, com suas necessidades e desejos.

"...havia respostas por parte dos adolescentes, falo de reflexões feitas por eles durante as discussões e atividades expressas por frases como: "projeto de vida é usar o que aprendi no passado e o que aprendo no presente para programar o futuro", "hoje tem que se trabalhar por necessidade e não por prazer ou por vontade", "não existe lazer sem ter feito suas obrigações". Nota-se que a "tarefa estava sendo cumprida" de ambas as partes. Nós estávamos cumprindo um cronograma abordando os temas previstos e eles estavam cumprindo o que lhes era solicitado. Porém, ao serem questionados sobre o objetivo do grupo e o porque deles estarem ali, não havia uma resposta concreta, ou melhor, as respostas não condiziam com nossas expectativas" (estagiário).

Existia uma grande frustração por parte dos estagiários que pareciam descontentes com a resposta do grupo em relação às atividades propostas. A cada supervisão, eles refletiam sobre os objetivos de cada encontro, a perspectiva de alteração na programação, a "ineficácia" do grupo. Porém, foi preciso discutir intensamente esse momento, a ousadia da proposta e a dificuldade de lidar com necessidades e possibilidades que, muitas vezes, não caminham juntas. Enfim, para os estagiários, a proposta foi viável à medida que os adolescentes puderam ser ouvidos e os objetivos reconsiderados a partir disto.

"Não acredito que o grupo tenha saído dos objetivos do projeto, mas mesmo que tivéssemos saído não vejo problemas, se for para atingir a demanda do grupo. Esse foi um grupo com demandas diversas e em momentos muito diferentes, tínhamos um universo dentro dessa faixa etária, tínhamos também realidades diferentes e até opostas" (estagiária).

"Acredito que os objetivos que traçamos para o grupo não tenham sido atingidos o tanto que esperávamos, mas o que ocorreu nos encontros foi o bastante para fomentar mudanças em todos que lá estavam. Não tenho a destreza para estar visualizando estas mudanças hoje, mas vislumbro que com o tempo elas irão aparecer" (estagiário).

Os estagiários, muitas vezes, queixam-se das respostas dos jovens que vêem o grupo como um espaço de troca, de amizade, de convivência, quando deveriam expressar sentimentos a respeito da temática proposta. Isto aparece no início da atividade, quando vários meninos e meninas sugerem nomes para o grupo como: "Unidos para sempre".

"Uma das contradições foi o fato de, logo no primeiro encontro, ao se questionar as expectativas deles em relação ao grupo, ter surgido coisas do tipo: "espero que o grupo seja unido", "espero que todos sejam amigos sem hipocrisia", "que a gente seja feliz e amigo, unido". Em nenhum momento foi falado sobre os objetivos do grupo que já haviam sido passados anteriormente..." (estagiário).

Mesmo assim, apesar das expectativas, os estagiários conseguiam estar no grupo, ouvindo os adolescentes e propondo novas situações. Conseguiram ser flexíveis e criar a partir das descobertas. Assim, discutimos novas ações com o grupo, tentando trazer um pouco de suas realidades particulares. Propusemos um trabalho de investigação nas comunidades, a fim de conhecer um pouco os espaços onde moravam, associações para jovens, cursos, atividades vinculadas a entidades religiosas, governamentais ou não, enfim, montar um painel informativo sobre iniciativas, projetos e espaços existentes para os jovens na cidade.

"Os adolescentes identificaram nos seus bairros os equipamentos de lazer e de formação (cursos, escolas, etc.) para o adolescente, o que havia nestes locais voltado para o bem-estar da comunidade (e especificamente para o adolescente) e o que faltava e possíveis soluções para os problemas apontados" (estagiário).

"...teve o objetivo de ser um grande painel ilustrativo sobre alguns bairros e mesmo municípios em que os componentes do grupo moravam. O mapa foi montado com informações que eram trazidas pelo grupo, por nós estagiários e pela supervisora. Utilizamos colagem, pintura, desenho, etc., para a confecção do mapa e, ao fim do trabalho, era possível observar no mapa informações sobre: centros comunitários, projetos de assistência à criança, localização de organizações de prevenção a DST's, pontos turísticos, locais públicos de lazer, escolas, etc." (estagiário).

Para finalizar o grupo, havia também a proposta de realizar atividades de lazer em locais públicos da cidade. Um deles foi ao Jardim Zoológico, para uma tarde de diversão com jogos e brincadeiras como forma de discutir o lazer na cidade, a possibilidade de estar juntos e criar situações a partir disto. Outro, foi o Museu de Arte Moderna da Bahia (MAM); além de conhecermos o Museu através de uma visita guiada, descobrir sua história, importância e atividades que desenvolve, foi possível também facilitar o acesso dos adolescentes às oficinas artísticas, visto que, muitos dos jovens do grupo demonstravam interesse e habilidades para as artes plásticas.

É importante salientar o quanto foi imprescindível para os estagiários desenvolver um projeto de grupo, relacionar teoria e prática da profissão com teoria e prática de um serviço; refletir sobre problemas, não apenas através da literatura mas, naquele momento, a partir do enfrentamento das situações que iam surgindo, foi fundamental o apoio da equipe do serviço no estímulo às propostas, acreditando na possibilidade de efetivá-las e oferecendo idéias. Colocar em prática uma proposta, um projeto, com todas as dificuldades, frustrações, contradições que vão sendo levantadas no percurso é sempre gratificante, quando avaliada a cada momento. Coordenar grupo, observar o colega e não apenas o supervisor ou o técnico foi também essencial para a construção desta prática.

Considerações Finais

A pretensão deste diálogo é marcar um espaço para discussão sobre o tema da formação e, mais precisamen-

te, sobre o campo das práticas em Terapia Ocupacional. Não é tarefa fácil pois, a cada dia, novos campos se abrem, novos cursos avançam por todo o país, novos profissionais são preparados para o desafio de tentar fazer diferente, ao se confrontarem com todos os vícios, dificuldades, faltas e problemas já existentes nos serviços que encontram pela frente.

Pensar a prática profissional implica construir, junto com o aluno e serviço, um modo de interrogar-se sobre a prática que está sendo proposta, sobre o serviço e as práticas lá existentes, muitas vezes sedimentadas e inquestionáveis, e estar aberto para as questões que virão do próprio processo que será vivido.

Há um desgaste nos discursos sobre a ineficiência das instituições; o descaso do Estado; a lentidão no campo da saúde para promover mudanças significativas; a imobilização dos profissionais; o desinteresse dos alunos; o desestímulo dos professores; enfim, há muitos motivos para deixar que as coisas continuem como estão. Porém, mesmo assim, não é isto que acontece. Porque este é um processo contínuo, de idas e vindas, de sucessos e êxitos e também de fracassos e retrocessos, com o surgimento de novas idéias e novas formas de fazer, mas também de velhas estratégias que são resgatadas e de outras apenas ajeitadas. São estas diferentes formas de criar e recriar as práticas que vão, mesmo lentamente, fazendo mudanças. Mas estas mudanças, para serem de fato orientadoras de uma outra forma de fazer, devem priorizar uma noção de sujeito construída na relação com o outro. Como refere Ayres (2001), o discurso sobre o sujeito no campo da saúde ainda está repleto de jargões que acabam por colocar a pessoa num lugar isolado, de responsabilidades próprias sobre seus problemas e formas de resolução capazes de transformar, por si só, a realidade em que vive. Assim, também, o profissional, o aluno, são colocados no lugar de quem deve ou tem a competência para resolver, desde que o outro faça a sua parte. Para o autor: "nós, efetivamente, não temos nos perguntado, quando dialogamos sobre saúde, sobre o que sonham as pessoas (nós mesmos) para a vida, para o bem viver, para a saúde" (p.69). Assim, prendemo-nos a nossas técnicas, especialidades, a discursos desgastados que não favorecem "sucessos práticos". Estes só podem acontecer a partir de sujeitos dotados de desejos, de sonhos, de interesses, de projetos de felicidade próprios, dos quais fala o autor.

Referências Bibliográficas

- AYRES, J.R. de C.M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, n. 6, v. 1, p.63-72, 2001.
- BARROS, D.D.; GHIRARD, M.I.G.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional e Sociedade. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. v. 10, n.2/3, p.69-74, 1999.
- BARROS, D.D.; GHIRARD, M.I.G.; LOPES, R.E. Terapia Ocupacional Social. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*. v. 13, n.3, p.95-103, 2002.
- BASAGLIA, F. (Coord.) *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. RJ:Graal, 1985.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. RJ:Forense, 1978.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. RJ:Graal, 1981.
- FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. RJ:Forense Universitária, 1998.
- GOFFMAN, E. *Prisões, manicômios e conventos*. SP:Perspectiva, 1974.
- PAIM, J. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol, M.Z.; Almeida Filho, N. *Epidemiologia & Saúde*. 6.ed., RJ:Medsa, 2003.
- PIMENTEL, A.M. *Um olhar sobre os olhares: uma etnografia do Centro de Referência do Adolescente em Salvador, BAHIA, BRASIL*. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.
- PIMENTEL, A.M. *Relatório de estágio supervisionado no Centro de Referência do Adolescente*. Salvador, 2000 e 2001. (texto não publicado)

Agradecimentos

Aos estagiários do Curso de Terapia Ocupacional e técnicos do Centro de Referência do Adolescente de Salvador.

Submetido em: Julho/2005

Aceito em: Agosto/2005

Ensaio

Da ideologia do reparo à ideologia dos direitos: uma abordagem sobre o legado da incapacidade e o direito a cidadania da pessoa com deficiência

Carina Brandão Araújo¹

RESUMO

Este trabalho parte de uma análise sobre o lugar que é delegado a pessoa com deficiência por uma sociedade organizada pelos parâmetros da massificação. Trata-se de uma investigação bibliográfica de caráter teórico, centrada principalmente nas idéias da Reabilitação Psicossocial que defende uma dinâmica que integra todos os aspectos do homem e é contrária a visão especializada, fragmentada pelo conhecimento reducionista e disciplinar. A proposta deste ensaio é contribuir para a transformação do paradigma da exclusão das pessoas com deficiência para o paradigma do respeito à diferença, a partir de uma reflexão sobre o estigma da deficiência, e a busca da cidadania. Conclui-se, portanto, que a sociedade, e num aspecto micro, a comunidade, deve compreender a importância do convívio familiar para a qualidade de vida do sujeito com deficiência, a fim de evitar o abandono e internação em abrigos. Entender a relevância do convívio social como espaço de negociação e ampliação do poder contratual também faz parte desta proposta. A idéia é de que todos, diferentes ou não, possam conviver em trocas permanentes de experiências.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa com deficiência. Reabilitação Psicossocial.

ABSTRACT

This study has left of an analysis on the place that is delegated to the deficient for a society organized for the parameters of the generalization. This is a bibliographical inquiry of theoretical character centered mainly in the ideas of the psycho-social rehabilitation that understands to exist a dynamics that integrates all the aspects of the man and is contrary the vision specialized, broken up for the limited knowledge. The purpose of this study is to contribute for the transformation of the paradigm of the exclusion of deficient, for the paradigm of the respect to the difference, from a reflection on the stigma to the deficient, and the search of the citizenship. It is concluded, therefore that the society, and in a aspect micron, the community, must understand the importance of the familiar conviviality for the quality of life of the citizen and as form to prevent the abandonment and internment in shelters. To understand the importance of the social conviviality, as space of negotiation and magnifying of the contractual power also it is part of this proposal. The idea is of that all, different or not, can coexist in permanent exchanges of experiences.

KEY WORDS: Deficient. Psycho-social Rehabilitation.

Percorrer o caminho da história da deficiência e suas várias representações sociais é uma forma de compreender porque os indivíduos com deficiência foram, e continuam

sendo, afastados do convívio social, não sendo possível (re) conhecê-los. No imaginário das pessoas é bastante forte a representação e categorização generalizada desses sujeitos. Fala-

¹ Terapeuta Ocupacional. E-mail: cbrandao26@yahoo.com.br

se mais alto com um cego, por exemplo, acreditando que a deficiência visual interfere na audição, ou se dirigem ao seu acompanhante para pedir informações sobre o mesmo. Dessa forma, generalizam a deficiência e desacreditam na autonomia dessas pessoas. Com isso, é estabelecida uma única maneira de relação baseada no estigma da incapacidade.

A fim de contribuir para a desmistificação da deficiência, este ensaio vem propor uma reflexão acerca do lugar que é delegado a pessoa com deficiência por uma sociedade organizada pelos parâmetros da massificação, bem como, colaborar com as discussões sobre o direito de exercer a cidadania.

Antes de realizar qualquer abordagem sobre o tema, torna-se pertinente definir o que é deficiência e incapacidade.

De acordo com Fávero (2004), deficiência é uma limitação significativa, física, sensorial ou mental e não se confunde com incapacidade. Por sua vez, a incapacidade para alguma coisa (andar, subir escadas, ver, ouvir, etc.) é uma consequência da deficiência, que deve ser vista de forma localizada, pois não implica em incapacidade para outras atividades.

O estigma acerca das pessoas com deficiência é bem antigo, mas, poucas são as informações encontradas sobre a deficiência nos séculos passados. Entretanto, é assustador saber que indivíduos que nasciam diferentes ou deficientes, por não serem reconhecidos como humanos, eram mortos ou abandonados à própria sorte. Foucault (2004), percorrendo a história da loucura, afirma que do século XIV ao século XVII, a exclusão de indivíduos, embasada em valores éticos, morais e no modelo médico, era uma prática constante dessa época. A política pública predominante nesse período da história era expulsar os desvalidos (loucos, bêbados, mendigos, velhos, deficientes, etc.) do convívio social, enviando-os em embarcações marinhas à deriva, ou fechando-os em celas e calabouços, asilos e hospitais. A lei vigente era a normatização da sociedade. Somente os "normais" tinham o direito de circular livremente. Os desviantes deviam ser mantidos, quando não eram mortos, em instituições asilares, sobre o signo imponente do estigma da incapacidade e da inabilidade para o convívio social. "Pessoas marcadas, virtualmente poluídas, que deviam ser evitadas, especialmente em lugares públicos" (GOFFMAN, 1980, p. 11).

Torna-se imprescindível contextualizar o percurso histórico das pessoas com deficiência, para compreender melhor os sentimentos de negação e de não pertencimento dessas pessoas à organização social. Estes sentimentos podem iniciar-se desde o momento da descoberta da deficiência pela família, já que todos os casais desejam um bebê "perfeito". A ausência do padrão de "normalidade" provoca um estranhamento da família em relação à criança, pois a mesma já não é considerada saudável. A associação feita é com a doença, não se consegue, pelo menos no momento em que se recebe a notícia, compreender a deficiência como uma condição de vida.

Quando um casal espera o nascimento de um filho, este nunca corresponde exatamente às expectativas dos pais. É na falta de um filho ideal que os pais buscam no filho gerado, identificação e semelhança com as figuras familiares, resignificando dessa forma, o seu desejo. No caso de um casal que gera um filho deficiente, há um duplo luto: o primeiro, é

o de não ter gerado o filho idealizado, processo que a princípio todos os pais vivenciam, e o segundo, é o de ter gerado um filho deficiente. Re-elaborar o desejo e o discurso sobre um ser que não provoca sentimento de identificação, reconhecimento, ressonância... espelho, não parece tarefa simples. Sobre isso, Mannoni (1923) traz contribuições importantes quando afirma que a relação de amor mãe-filho terá, neste caso, um sopro de morte, de morte negada, disfarçada a maior parte das vezes em amor sublime, algumas vezes em indiferença patológica, outras vezes em recusa consciente.

O legado, instituído à pessoa com deficiência, da incapacidade de gerenciar a própria vida e da inabilidade ao convívio social, desenvolve-se nestes parâmetros e espaços de trocas relacionais e sociais, onde "a criança é naturalmente alienada como sujeito autônomo, para se transformar num objeto a ser cuidado" (MANNONI, 1923, p. 08).

A relação que se estabelece com essas pessoas é impregnada de sentimentos de piedade e compaixão. A infância desses indivíduos é marcada pela busca incessante de tratamento. A rotina intensa e estressante dos consultórios médicos e dos centros de reabilitação fazem parte do mundo infantil das crianças com deficiência. "Meu filho vai andar?" É a pergunta que mais se ouve nos consultórios de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. "Ele vai falar?" É a dúvida freqüente da família acompanhada pela Fonoaudiologia. "Ele vai ser uma criança normal?" É a angústia manifestada nos atendimentos de Psicologia. Brinquedos, jogos, escola, amigos, nada disso faz parte desta realidade. A criança com deficiência tem um destino: o REPARO.

O modelo de saúde preconizado pela sociedade é o do corpo são. A prática aceita, legitimizada por uma sociedade de massificação, é a da funcionalidade. Individualidade e subjetividade não são aspectos contemplados em intervenções técnicas pontuais (reducionistas), caracterizadas por recortes sem contexto da complexa história de um sujeito.

A vida adulta não parece mais fácil para as pessoas com deficiência. A exigência de corpo e mente sadios vai dando espaço à exigência de um corpo produtivo, lucrativo. A ordem social é gerenciada pela ordem econômica. Tem valor aquele que produz, que contribui para o desenvolvimento econômico de uma sociedade.

Nas sociedades, a brasileira em especial, a pobreza de investimentos na área social irá determinar que alguns recebam cuidados e outros sejam rejeitados pelo sistema de atenção. Serão mais rejeitados os que revelarem uma absoluta inaptidão para o trabalho, já que no horizonte de expectativas, a inserção no mercado formal ou informal de trabalho entra como indicador positivo em quase todos os projetos de cuidados (PITTA, 2001, p. 24).

Os séculos passaram, mas a assistência às pessoas com deficiência parece ter se enraizado nas práticas asilares e excludentes. Ainda é muito comum encontrarem-se instituições totais para deficientes. Essas instituições continuam tendo o valor social creditado a elas no seu surgimento. Afastar os indivíduos com deficiência, sob a justificativa de uma assistência mais adequada às necessidades dessas pessoas, ainda é o pano de fundo para manutenção e abertura de abrigos; atitudes tidas como "humanitárias" que escondem o peso da segregação e reincidem nas práticas de normatização

da sociedade dos séculos passados.

O momento atual, pode-se afirmar, é de transição. Já é reconhecida, timidamente é verdade, pela sociedade civil e pelo poder público, a necessidade de desconstruir ideologias segmentárias e apoiar paradigmas de respeito à diferença, de direito ao convívio familiar, comunitário e social. Desconstruir paradigmas é tarefa de todos os atores sociais implicados com a questão do direito à cidadania das pessoas com deficiência. Paralelo à desconstrução das estruturas físicas destinadas aos deficientes, como por exemplo o asilo, torna-se urgente uma prática de desconstrução mental. Convidar a sociedade a refletir acerca dos deficientes, não mais como pessoas que precisam ser protegidas e assistidas com paternalismo, e sim como sujeitos ativos dos processos de transformação, deve ser prática constante destes atores.

A mudança de paradigma impõe mudanças práticas na direção das ações: requer-se dos profissionais (...) a consciência de que seu papel não é o de preparar instâncias para as pessoas portadoras de deficiência viverem, mas possibilitar que aquelas pessoas levando consigo diferenças, freqüentem espaços comuns aos outros cidadãos (BARRETO, 2000, p.44).

Inúmeras abordagens e estratégias estão sendo utilizadas com este fim. A reabilitação psicossocial é uma das que se encontra em processo de consolidação, apresentando-se como uma boa alternativa na transformação do cenário social. Para seguir com esta reflexão, vale definir o que é reabilitação psicossocial, onde, como surge e de que forma vem contribuindo para a construção da cidadania da pessoa com deficiência.

De acordo com Pitta (2001), a reabilitação psicossocial representa um conjunto de programas e serviços que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Afirma, ainda, que não se trata de técnicas específicas para população específica. Reabilitação psicossocial é uma atitude estratégica, política, uma modalidade complexa e delicada de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidades habituais.

A reabilitação psicossocial é uma abordagem que nasce com os trabalhadores de saúde mental engajados na Reforma Psiquiátrica. Elaborar e efetivar estratégias de enfrentamento à lógica asilar foi o motor propulsor dessa corrente, que defende a equidade de oportunidades.

A reabilitação é um processo que implica a abertura de espaço de negociação para o paciente, para sua família, para a comunidade circundante e para os serviços que se ocupam do paciente: a dinâmica da negociação é contínua e não pode ser codificada de uma vez por todas, já que os atores (e os poderes) em jogo são muitos e reciprocamente multiplicantes (SARACENO, 2001, p.112).

Neste enfoque, Kinoshita (2001) desenvolve a idéia de que no universo social as relações de troca são realizadas a partir de um valor previamente atribuído a cada indivíduo dentro do campo social, como pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. Esse valor pressuposto é o que daria o poder contratual. Conclui, então, que reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do sujeito, com vistas a ampliar a sua autonomia. De acordo com as idéias dos autores citados acima, os atores sociais do processo de inclusão têm um árduo trabalho, uma

vez que o valor previamente atribuído à pessoa com deficiência é o do desvalido. Portanto, o poder contratual dessas pessoas já está comprometido por uma visão reducionista do sujeito. Reverter este paradigma é, antes de tudo, uma questão de direitos.

Para favorecer a (re) instituição desse poder, é necessário ampliar as oportunidades para que esses indivíduos possam estabelecer as suas trocas. O contexto para os espaços de negociação (que são todos aqueles onde seja possível estabelecer trocas), só pode ser a rede social. A vivência do mundo de fora é inerente à concepção de reabilitação. O supermercado, o posto de saúde, a escola, o banco, a casa do vizinho, todos esses são espaços vitais de negociação, onde é possível ampliar o poder contratual, respeitando sempre os modos diferenciados de participação.

Estas concepções encontram ressonância em todos que defendem a inclusão social como alternativa do exercício da cidadania. No caso dos movimentos em defesa dos direitos das pessoas com deficiência, estratégias significativas vêm sendo utilizadas na construção de um caminho coeso, rumo à inclusão social como, por exemplo, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). O programa de RBC atua semelhante ao PSF, ou seja, os profissionais envolvidos mapeiam as deficiências e verificam questões relacionadas à acessibilidade, orientam as famílias quanto à documentação e realizam encaminhamento tanto do usuário quanto da sua família à serviços de saúde, educação e de geração de renda. Com base neste contexto, Barreto (2000) afirma que o programa de reabilitação em comunidade tem como perspectiva habilitar as próprias comunidades para a relação com as pessoas com deficiência, enfatizando suas potencialidades e seus direitos de serem diferentes. O que se pretende é substituir o preconceito, mesmo irrefletido, que ainda permeia essas relações, pela espontaneidade e naturalidade no trato com a pessoa com deficiência. Com isso, espera-se superar atitudes de pena ou proteção desmedida que não deixam de ser uma forma de recusar a cidadania àquela pessoa tocada por uma diferença em seu modo de ser ou pensar.

Dessa forma, inicia-se um outro olhar para as pessoas que apresentam alguma deficiência. Aos poucos, de forma lenta e gradual, mas "sem que para isso seja necessária alguma inacreditável, fantástica ou mirabolante invenção médica ou tecnológica" (ELIA e GALVÃO, 2000, p. 86), o paradigma da incapacidade, da interdição, da tutela, vai dando espaço para que novas práticas sejam construídas, baseadas na equidade de oportunidades, no direito de viver em comunidade e, enfim, no direito à cidadania.

Considerações Finais

A concepção de sociedade que não prioriza a diversidade como legado, e se mantém estabelecendo relações de desigualdade, afasta a possibilidade do exercício pleno da cidadania. Esta é uma questão que surge com este estudo o qual não tem a intenção de esgotar o assunto. Ao contrário, fomentar reflexões é uma das finalidades deste ensaio.

Nesta discussão, pode-se afirmar que, mesmo com todas as leis sancionadas (muitas vezes ainda inseridas em uma

perspectiva funcionalista), quem as valida é a sociedade civil. Portanto, a sociedade, e num aspecto micro, a comunidade, onde a pessoa com deficiência está ou será inserida, tem um papel fundamental na construção deste caminho. A sensibilização destas instâncias deve ser foco de intervenção das pessoas que trabalham no processo de inclusão. Acredita-se que a internação em abrigos é provocada, em parte, pelo desconhecimento e descrença nas possibilidades de ser e estar no mundo das pessoas com deficiência. É preciso, além de um trabalho de base (educação para a saúde), cujo objetivo é favorecer a disseminação de informações e trocas de experiências em busca de uma conscientização da população, avaliar criticamente os dispositivos alternativos e substitutivos à internação na atenção a esta clientela.

A proposta deste trabalho é contribuir para a transformação do paradigma da exclusão de pessoas com deficiência, sustentado pela ideologia do reparo, para o paradigma do respeito à diferença, da importância do convívio familiar, comunitário e social, sustentado pela ideologia dos direitos, a partir de uma reflexão sobre o lugar delegado, historicamente, à pessoa com deficiência e a busca da cidadania.

Referências Bibliográficas

- BARRETO, M. Â. de A. A. FUNLAR e a Construção da Cidadania das Pessoas Portadoras de Deficiência no Município do Rio de Janeiro. In: ALMEIDA, N. C. de; DELGADO, P. G. (Orgs.). De Volta a Cidadania: Políticas Públicas para Crianças e Adolescentes. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia e Funlar, 2000, p. 39-59.
- ELIA, L.; GALVÃO, M. S. E. Estratégias de Desconstrução da Instituição Fechada e Produção de Subjetividade. In: ALMEIDA, N. C. de; DELGADO, P. G. (Orgs.). De Volta a Cidadania: Políticas Públicas para Crianças e Adolescentes. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia e Funlar, 2000, p. 71-93.
- FÁVERO, E. A. G. Direitos das Pessoas com Deficiência – Garantia de Igualdade na Diversidade. Rio de Janeiro: WVA Editora, 2004.
- FOUCALT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 7. ed., 2004.
- GOFFMAN, E. Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.
- KINOSHITA, R.T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. M. F. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001, p.55-59.
- MANNONI, M. A Criança Retardada e a Mãe. São Paulo: Martins Fontes, 1923.
- PITTA, A M. F. Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SARACENO, B. Libertando Identidades: Da Reabilitação Psicossocial à Cidadania Possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, 2001.

Submetido em: Maio/2005

Aceito em: Agosto/2005

Resumo Ampliado

A plasticidade cerebral no tratamento Terapêutico Ocupacional em crianças com paralisia cerebral¹

Ana Marta V. Ponte²

Esse trabalho discute os processos da plasticidade cerebral na criança com Paralisia Cerebral e sua relação com a prática da Terapia Ocupacional e crianças com paralisia cerebral. Considerando a complexidade do sistema nervoso central e a variedade das respostas a diferentes estímulos, faz-se necessário um estudo sobre os aspectos plásticos deste sistema, com o objetivo de procurar, por meio da revisão da literatura, uma fundamentação teórica, a qual trará bases para a atuação da Terapia Ocupacional.

Até pouco tempo, acreditava-se que o cérebro era composto por complexas áreas as quais tinham seu funcionamento e desenvolvimento independente umas das outras. Os neurocientistas acreditavam que uma vez terminado seu desenvolvimento, o cérebro era incapaz de mudar. Contudo, a proliferação de novos e sofisticados métodos para explorar os aspectos da organização e da função neural modificaram alguns conceitos. Hoje, sabe-se que as conexões sinápticas são modificáveis, e é essa capacidade de modificação que proporciona tanto a aprendizagem como a recuperação após uma lesão neurológica (HALLET, 1999).

Essas modificações podem ser justificadas pela plasticidade cerebral que Solsona (1997) explica como sinônimo de adaptações do sistema nervoso em suas constantes relações e inter-relações com o meio, observando assim a grande capacidade que o ser humano tem de aprender. Essa capacidade de adaptação está presente ao longo de toda a vida, entretanto, na primeira infância, graças à maturação do Sistema Nervoso Central, os processos de aprendizagem, motricidade, cognição, linguagem, afetivo e social acontecem de maneira mais intensificada.

Existem algumas possibilidades para o processo de reorganização da plasticidade cerebral que

Anunciato (1998, p.356) descreve como sendo de dois tipos: um deles refere-se aos **processos de reorganização** que ocorrem quando há alterações dos campos corticais; segundo o autor, caso apenas uma parte do campo seja comprometida, a parte funcional e homogênea que permanece pode restabelecer a função da parte perdida e/ou injuriada, o outro tipo refere-se aos **processos microscópicos** que subdividem-se em a) recuperação de sinapses que perderam sua atividade: após um acidente vascular, traumatismo ou cirurgia do Sistema Nervoso (SN), muitas sinapses se tornam inativas, simplesmente por estarem muito próximas às áreas de lesão, sendo, dessa maneira, comprimidas pelo edema. Dentro de uma ou duas semanas, quando o edema diminuiu sensivelmente, há uma considerável recuperação das funções sensitivas, motoras e cognitivas; b) Potencialização sináptica: Acontece quando um ou mais ramos de um mesmo axônio são lesados e os outros ramos se mantêm íntegros. Neste caso, as substâncias neuroativas (neurotransmissores e neuromoduladores) sintetizados no corpo celular são transportados para os terminais não lesados, levando a um aumento na concentração dessas substâncias nesses terminais; c) Aumento da sensibilidade de células desaferentadas: A remoção de botões sinápticos é seguida pelo aparecimento adicional de receptores da membrana pós-sináptica. Esses novos receptores têm a capacidade de responder a substâncias neuroativas que são sintetizadas por botões vizinhos; d) Persistência de hiperinervação: O SN possui, durante o desenvolvimento embrionário, um número extremamente grande de células nervosas. Estima-se que este número é de 50 a 60% maior durante esse desenvolvimento que o número registrado no indivíduo adulto. Aquelas células que estabelecem conexões adequadas sobrevive, enquanto que as restan-

¹ Resumo baseado no Trabalho de Conclusão de Curso de Terapia Ocupacional, defendido em 2001 na Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências e orientado pela professora Sheila Correia Araújo. Este trabalho foi apresentado na 10ª Semana de Terapia Ocupacional em 2003.

² Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail:anamartaponte@yahoo.com.br

tes, por um mecanismo de competição, desaparecem. Entretanto, estímulos ambientais podem manter vivos e funcionais alguns neurônios que teoricamente teriam morrido; e) Recrutamento de sinapses: O SN possui mecanismos que fortalecem conexões que, até então, foram "pouco utilizadas" ou que se manifestavam "fracamente"; f) Brotamento regenerativo e de colaterais: Significa novo crescimento de ramificações (dendritos e axônios) neurais. g) Adaptações: Acontecem compensações que acabam por diminuir alguns déficits neurológicos. Conhecendo os mecanismos que constituem a base para uma reorganização e reabilitação neural funcional, é importante salientar que o indivíduo precisa de informações do meio ambiente, para que os circuitos neurais possam se formar.

A importância desses processos para a Terapia Ocupacional é observada quando se entende que essa prática é, por definição, a utilização de atividades propositais ou de intervenções que promovam saúde e desenvolvam resultados funcionais (MEYERHOF e PRADO, 1998), sendo um tratamento importante na atenção às crianças com Paralisia Cerebral.

A Paralisia Cerebral é uma patologia que acomete o Sistema Nervoso Central (SNC) durante o período de acelerada maturação. Conseqüentemente, essa patologia que compromete as funções do sistema músculo esquelético pode apresentar manifestações variadas influenciando no desempenho de atividades e tarefas do cotidiano da criança e interferindo na forma como participa da vida social (ALLEGRETTI et al, 2004).

Segundo Meyerhof e Prado (1998), o bebê com paralisia cerebral por conta da dificuldade motora não vivenciará todas as experiências de uma criança "normal", ou pelo menos não o fará com a mesma qualidade e por isso o aspecto cognitivo poderá ficar comprometido não pela lesão, mas pela falta dessas experiências.

Pensando na plasticidade cerebral como um substrato da aprendizagem do indivíduo em sua interação com o ambiente, podemos relacioná-la com a prática do terapeuta ocupacional que deverá estar sempre atento para que a criança com paralisia cerebral vivencie experiências adequadas a sua idade possibilitando-a explorar o mundo que a cerca da melhor maneira possível. Santos (1998) explica que o terapeuta ocupacional deverá levar em consideração todo o contexto de vida da criança, que se dá através do brincar; das atividades da vida diária e das atividades da vida prática que, por sua vez, traz pré-requisitos motores (adequação postural, capacidade manipulativa...) e perceptuais (capacidade de organização/ memória /atenção/ concentração...), facilitando assim o processo de sinaptogênese (formação de brotos sinápticos para organizar a função, representando uma resposta a determinado estímulo).

O recurso do brincar, que o terapeuta usa com essas crianças, também reforça a ligação com a plasticidade cerebral. Segundo Umphred e Appley (1994) sem motivação o cérebro não se auto-orienta para o aprendizado. Brincando, a criança se motivará a realizar a atividade e, ao executá-la, trabalhará diversas posturas, movimentos e conceitos. Os aspectos cognitivos e afetivos serão prioritários concomitante com os brinquedos que devem ser adequados à idade e a

situação socioeconômica da família. Portanto, o papel do terapeuta ocupacional é proporcionar à criança os movimentos e contribuir para que vivencie as posturas com uma melhor qualidade, promovendo planejamento motor, orientações de tarefa e funções e participação ativa nas resoluções de problemas. Assim, a criança com paralisia cerebral terá a oportunidade de, ao experimentar um movimento com qualidade, mandar informações para o cérebro sobre essas experiências e, assim, novas sinapses acontecerão fortalecendo uma melhor qualidade de movimento e postura.

Outra intervenção se dará no ambiente familiar. Segundo Meyerhof e Prado (1998), durante a visita domiciliar deverão ser avaliados recursos disponíveis (móveis, utensílios domésticos, brinquedos, área disponível para brincar), e de que forma podemos utilizá-los ou modificá-los, possibilitando melhor ajuste e independência na casa da criança. Outro aspecto importante da visita domiciliar é observar se a criança possui brinquedos, como brinca com os mesmos e de que forma tem acesso a eles. Também é importante conhecer a relação dessa criança com outras crianças.

Para concluir, é importante reafirmar que a intervenção terapêutica ocupacional se propõe a intervir nos diversos meios que essa criança vive, favorecendo informações motoras, sensoriais, cognitivas e perceptivas mais adequadas ao seu cérebro, gerando assim o impacto da plasticidade cerebral funcional no SNC.

As pesquisas sobre a plasticidade cerebral evidenciam implicações clínicas, caso o paciente permaneça sem tratamento durante várias semanas ou meses. O cérebro irá exibir mudanças organizacionais que refletem no desuso que seriam absolutamente prejudiciais para esse paciente. A reabilitação parece fazer grande diferença, independente do momento em que é instituída, uma vez que o cérebro continua mudando durante todo o decorrer da vida (COOK E WOOLLACOTT, 2003, p.101).

Sendo assim, podemos ver o tratamento de Terapia Ocupacional como um processo de aprendizagem e adaptação da criança ao mundo em que vive.

Referências Bibliográficas

ALLEGRETTI, A.C. MANCINI, M.C., SCHWARTZMAN, J.S. Estudo do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral diparética espástica utilizando o Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Rev. Arquivos Brasileiros de Paralisia Cerebral*. São Paulo: Memnon. v. 1, p. 37-40, Set/Dez, 2004.

ANNUNCIATO, N.F. A Plasticidade do Sistema Nervoso. In DOUGLAS, C. R. et al.

Patofisiologia Oral: Fisiologia Normal e Patológica Aplicada à Odontologia e Fonoaudiologia. São Paulo: Pancast, v.1, 1998, p.355-369.

COOK, A.S.; WOOLLACOTT, M.H. *Controle Motor: Teorias e aplicações práticas*. 2 ed. São Paulo: Manole, 2003.

HALLET, M. Motor Cortex Plasticity Electroencephalogr. **Clinic Neurophysiol.** Switzerland. v.50, p.85-91, Mai. 1999. p.188-196.

MEYERHOF, P. G.; PRADO, T. F. A. Intervenção Precoce em Paralisia Cerebral . In: **Paralisia Cerebral: aspectos práticos.** São Paulo:Memnon, 1998, p.251-269.

SANTOS, L.S. B.; Adaptações em Paralisia Cerebral. In: **Paralisia Cerebral: aspectos práticos.** São Paulo; Memnon, 1998. p. 270-296.

SOLSONA, L. A. Plasticidad Cerebral, Período Sensible, Estimulación Precoz y Desarrollo Infantil. **Revista de Neurologia.** Espanha, v. 25, n. 138, Dez, 1997, p. 86-94.

UMPHRED, D. A; APPLEY, M. B. Sistema Límbico: influência sobre o controle motor e aprendizagem. In: UMPHRED, D. A. **Fisioterapia Neurológica** São Paulo:Manole, 1994, p. 53-67.

Submetido em: Outubro/2004

Aceito em: Agosto/2005

Normas para publicação de trabalhos

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana é uma publicação semestral do Núcleo de Pesquisas em Terapia Ocupacional, vinculado ao Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências – FBDC. A Revista tem como propósito incentivar a produção e divulgação do conhecimento em Terapia Ocupacional na e da Bahia, Nordeste, e em todo o país, buscando enfrentar os desafios que se colocam para a produção de textos, particularmente neste campo.

Publica trabalhos originais e de revisão, na área e outras afins, assim como trabalhos de divulgação de projetos e experiências, resumos ampliados de monografias, resenhas, entrevistas e ensaios.

Artigos: trabalhos de revisão da literatura ou resultados de pesquisas empíricas (máximo de 15 laudas). **Projetos e Relatos de Experiência:** trabalho que verse sobre uma experiência ocorrida ou que vem ocorrendo no momento, acompanhada de revisão da literatura de referência (máximo de 10 laudas). **Ensaio:** texto que expresse opinião qualificada sobre uma determinada temática (máximo de 7 laudas). **Resenha:** resenha crítica de livros, dissertações ou teses, relacionada ao campo temático da Revista, publicados nos últimos dois anos (máximo de 5 laudas). **Resumo Ampliado:** trabalhos que se dirijam a síntese de monografias, dissertações ou teses, apresentando objetivos, revisão da literatura de referência, metodologia e conclusão. Não é necessário apresentar resumo e abstract para essa modalidade de texto (máximo de 3 laudas).

Direitos Autorais: Os trabalhos enviados para a publicação devem ser inéditos e são de prioridade da FBDC. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados de declaração de transferência dos direitos autorais. O modelo deste documento é fornecido pela Revista.

Apresentação dos trabalhos: Os originais devem ser digitados no programa Word for Windows, espaço 1,5, justificado, sem hifenização, fonte Times New Roman, tamanho 12. Todos os parágrafos devem começar na coluna 1, sem tabulação. Devem ser submetidos em três vias e um disquete ao Núcleo de Pesquisas em Terapia Ocupacional Arupemba - Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências – FBDC. Curso de Terapia Ocupacional, sala 1 do Pavilhão 1, situado à Av. D. João VI, n.º 276 - Brotas - Salvador, Bahia - CEP. 40.290-000.

As cópias impressas devem estar adequadas quanto a:

a) página de rosto: título do trabalho, que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto com termos que possam ser adequadamente indexados pelos serviços de recuperação da informação; nome(s) do(s) autor(es), credenciais, endereço institucional e eletrônico. Identificar a instituição na qual o trabalho foi realizado (quando necessário). Se foi subvencionado, indicar o nome da agência de fomento. Se foi baseado em Tese ou Dissertação, indicar título, ano e instituição onde foi apresentada. Se foi apresentado em reunião científica, indicar nome do evento, local e data de realização. Indicar a modalidade do trabalho apresentado, ex. artigo de revisão, resenha, etc.). INDICAR NOME(S) DO(S) AUTOR(ES) E DADOS INSTITUCIONAIS APENAS EM UMA VIA DO TRABALHO.

b) segunda página do trabalho: Resumo e Palavras-chave em língua original, assim como Abstract e Key Words em língua inglesa. O Resumo e Abstract devem conter, no máximo, 250 palavras. Devem apresentar informações referentes a: objetivos, metodologia, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto ao estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª pessoa do singular, evitar locuções como “o autor descreve”, “neste artigo”, etc., não adjetivar e não usar parágrafos. Em relação às Palavras-chave e Key words, citar, no máximo, seis descritores.

c) estrutura do texto:

- **Introdução:** estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o a trabalhos anteriores, deixando claro o estado atual em que se encontra o objeto investigado;
- **Método e Técnicas de Investigação:** descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e amostra (ou sujeitos da pesquisa), detalhar técnicas e instrumentos;
- **Resultados:** exposição atual da observação, apresentada na seqüência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas, quando necessário;
- **Discussão:** apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores;
- **Conclusões/Considerações Finais:** são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

d) referências bibliográficas: devem ser apresentadas de acordo com as recomendações da NBR-6023, da ABNT. Recomenda-se que nas referências bibliográficas devem constar apenas as fontes citadas no texto. Se um artigo estiver em vias de publicação indique o título do peri-

ódico, o ano e outros dados disponíveis, seguidos da expressão, entre aspas, "no prelo". As publicações não convencionais, de difícil acesso, podem ser citadas desde que o(s) autor(es) do manuscrito indique ao leitor onde localizá-las. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade do(s) autor(es). Citações bibliográficas deverão ser colocadas no sistema autor-data após a citação, e deve constar da lista de referências bibliográficas.

e) anexos e/ou apêndices: incluir apenas quando imprescindível à compreensão do texto. Caberá ao Conselho Editorial julgar a necessidade de sua publicação.

f) tabelas, quadros: devem estar o mais próximo possível do local em que aparecem mencionados e apresentar legendas próprias, escritas em letra maiúscula e os títulos em minúsculo, numeradas independentemente em algarismos arábicos. O limite de tabelas é de 5 (cinco). As tabelas não possuem linhas verticais externas traçadas e as verticais internas são facultativas, enquanto os quadros podem apresentar laterais fechadas. A diferença entre eles está no fato da tabela possuir tratamento estatístico, enquanto os quadros apresentam números e palavras. Os títulos são centrados na largura útil da página, e colocados na parte superior da tabela e/ou quadro. Como os dados das tabelas não devem ficar em branco, são adotados os seguintes sinais para preenchimento:

- (traço) indica dado não existente

... indica dado desconhecido

0 (zero) quando o valor numérico do dado for menor do que a metade da unidade ou fração para expressão do dado.

h) figuras: correspondem as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc. Adotar o mesmo procedimento das tabelas quanto à numeração, sendo que os títulos devem ser colocados abaixo das mesmas. Usar a abreviatura figura (Fig.) para todas as ilustrações. Devem ser enviadas em arquivos separados (1 arquivo para cada foto, gráfico, etc), escaneadas e salvas em extensão TIF ou JPG não coloridas.

i) abreviaturas e siglas: deve ser evitado o uso de abreviaturas na redação do texto, mas quando utilizadas, a primeira ocorrência deve apresentar a forma completa, acompanhada da abreviatura entre parênteses ou logo após o traço. Não se faz uso de ponto (.) separando as letras da sigla.

j) agradecimentos: quando pertinentes, dirigidos à pessoa ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, em parágrafo não superior a três linhas. Devem ser apresentados no final do texto e antes das referências bibliográficas.

l) colocar data de submissão do artigo no final do texto.



IX CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Tema: Terapia Ocupacional – Narrativas Contemporâneas

Local: Recife, Pernambuco.

Data: 27 a 30 Setembro 2005

SEMANA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA BAHIANA

A atuação na Terapia Ocupacional

Local: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Campus Brotas

Data: Outubro de 2005

MOSTRA DE SAÚDE MENTAL

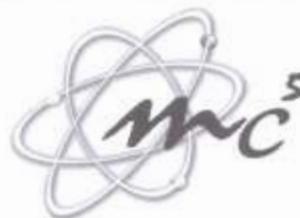
Local: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Campus Brotas

Data: Outubro de 2005

FÓRUM DE SAÚDE DO TRABALHADOR

Local: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Campus Brotas

Data: Outubro de 2005



V Mostra Científica e Cultural da FBDC

III Jornada de Iniciação Científica - PIBIC

Local: Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Campus Brotas

Data: Outubro de 2005

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO: TERAPIA OCUPACIONAL EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Objetivo: Qualificar profissionais para que possam atuar de forma competente na gestão e execução de serviços voltados a pessoas com transtornos mentais.

Público Alvo: Terapeutas Ocupacionais

Coordenação: Márcia Queiroz de Carvalho Gomes

Início Previsto: Março de 2006

Carga Horária: 380 horas

Informações: (71) 3357.3454

fbdcposgraduação@hotmail.com

CURSO: AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DO PACIENTE HEMIPLÉGICO - CONCEITO BOBATH

Público Alvo: Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas e Fonaudiólogos

(com no mínimo 1 ano de formado)

Período: 11 a 28 de outubro de 2006

Informações: (81) 2126.8931



Presidente

Prof. Agnaldo David de Souza

Coordenador Geral

Prof. Dr. Humberto de Castro Lima

Coordenador de Graduação

Prof. Gaspare Saraceno

**Coordenadora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão
Diretora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública**

Profa. Maria Luiza Carvalho Soliani

Coordenador de Administração e Finanças

Dr. Júlio Daltro de Carvalho

Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional

Profa. Ana Joaquina Mariani Passos



**Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências**

**Av. D. João VI, 274 - Brotas - CEP 40285-001
Salvador BA Tel.: (71) 2101-1900
<http://www.fbdc.edu.br>
e-mail: fbdc@fbdc.edu.br**