

# Terapia Ocupacional *da Bahiana*

## Editorial

---

**Novos rumos para a Terapia Ocupacional na Bahia**

*Adriana Miranda Pimentel*

## Artigos

---

**Atenção às pessoas com deficiências no território: uma experiência da Terapia Ocupacional no Programa de Saúde da Família em um bairro periférico da cidade de São Paulo**

*Stella Maris Nicolau, Marta Aoki e Fátima Correa Oliver*

**Demandas a um serviço de saúde do trabalhador: questões de competência intersetorial**

*Ana Joaquina Mariani Passos*

**Considerações sobre o brincar e sua possibilidade terapêutica em um relato de caso de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Infantil**

*Adriana Lima Balaguer*

**A Terapia Ocupacional em uma proposta ecológica e funcional com crianças e jovens com múltipla deficiência**

*Carina Marques Vieira e Marilvia Almeida de Oliveira Claudino*

**Atenção da Terapia Ocupacional com gestantes de alto risco: uma experiência no Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia**

*Ana Marta Vieira Ponte*

## Comunicação

---

**A-tua-ação em Terapia Ocupacional: retomando discussões**

*Sofia Campos dos Santos*

**Normas para Publicação de Trabalhos**

---

**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 Mariar i 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 elaborada pela  
Biblioteca Central da EBMSP / FBDC

Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. V3, n. 1. (Jan/dez) Salvador: FBDC/EBMSP, 2007.

40f.

Annual

1.Terapia Ocupacional. I. Título

CDU 615.851.3

## Sumário

---

### Editorial

- Novos rumos para a Terapia Ocupacional na Bahia ..... 03  
*Adriana Miranda Pimentel*

### Artigos

- Atenção às pessoas com deficiências no território: uma experiência da Terapia Ocupacional no Programa de Saúde da Família em um bairro periférico da cidade de São Paulo ..... 05  
*Stella Maris Nicolau, Marta Aoki e Fátima Correa Oliver*

- Demandas a um serviço de saúde do trabalhador: questões de competência intersetorial ..... 11  
*Ana Joaquina Mariani Passos*

- Considerações sobre o brincar e sua possibilidade terapêutica em um relato de caso de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Infantil ..... 17  
*Adriana Lima Balaguer*

- A Terapia Ocupacional em uma proposta ecológica e funcional com crianças e jovens com múltipla deficiência ..... 22  
*Carina Marques Vieira e Marilvia Almeida de Oliveira Claudino*

- Atenção da Terapia Ocupacional com gestantes de alto risco: uma experiência no Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia ..... 28  
*Ana Marta Vieira Ponte*

### Comunicação

- A-tua-ação em Terapia Ocupacional: retomando discussões ..... 33  
*Sofia Campos dos Santos*

- Normas para Publicação de Trabalhos ..... 37

## Editorial

# Novos rumos da Terapia Ocupacional na Bahia

Depois de algum tempo, voltamos a lançar mais um número da Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana. O tempo para sua publicação não equivale apenas às dificuldades já conhecidas para disponibilizar um periódico na nossa área, mas também a uma série de situações que temos nos colocado como terapeutas ocupacionais, profissionais de saúde e docentes de um Curso de Terapia Ocupacional na Bahia.

Posso me lembrar que há quase dez anos, meu tempo de docência na Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, nós éramos poucos. Nós, professores, nos reuníamos semanalmente para tomar decisões sobre o Curso, sobre a formação desejada, sobre os novos campos de estágio, enfim, sobre o que seria a Terapia Ocupacional na Bahia pós alguns anos de fechamento do curso no estado.

De lá para cá, muita coisa mudou. Nós mudamos. Não somos tão poucos assim e já estamos bastante mobilizados para o que devemos enfrentar num futuro próximo. Um mercado competitivo, tantos novos cursos e especialistas em formação, uma exigência em demarcar espaços e, ao mesmo tempo, um discurso de interdisciplinaridade que não se intimida diante desses novos tempos. Porém, nós não somos os mesmos. Também estamos enfrentando as mudanças com mudanças. Temos três doutorandos no Curso, quando só existe um professor doutor na região nordeste. Já temos cinco mestres e dois mestrandos, quando há dez anos atrás não existia nenhum. Temos uma Revista que oportuniza aos terapeutas ocupacionais um espaço de expressão e reflexão da sua atuação profissional. Temos participado com mais frequência dos Fóruns, Congressos, Grupos e Reuniões Científicas em nosso campo, como também em outras áreas de conhecimento com as quais compartilhamos interesses. Iniciamos três grupos de pesquisa no Curso, que vêm possibilitando a formação de alunos e professores para a produção científica na Bahia, articulando com grupos de outros estados e nos colocando em um outro cenário. E temos nos posicionado diferentemente em relação ao que queremos como Terapia Ocupacional na Bahia.

Este número da Revista reflete um pouco isto tudo que estou falando. Recentemente, realizamos a XIII Semana de Terapia Ocupacional e pudemos contar com a participação de Stella Maris Nicolau e Sandra Galheigo para discutirmos a questão territorial na atuação do terapeuta ocupacional. Este feliz encontro pode ser lembrado através do artigo de Stella Maris, Marta Aoki e Fátima Oliver, sobre a experiência da Terapia Ocupacional em uma Unidade de Saúde da Família em São Paulo na atuação territorial com pessoas com deficiência.

O trabalho de Ana Joaquina Passos expõe uma problemática bastante atual na Saúde do Trabalhador, área que tem crescido no campo da Terapia Ocupacional. O artigo é parte de sua dissertação de mestrado e porta uma discussão de extrema relevância para os alunos e profissionais da área. Novos campos e práticas do

terapeuta ocupacional na Bahia podem ser conhecidos e "experimentados" através dos artigos de Adriana Balaguer, Carina Vieira e Marilvia Claudino, além do trabalho de Ana Marta Ponte. Elas abrem novas possibilidades de atuação e novos espaços. Passam a reconhecer outras formas de olhar para as pessoas atendidas e isto fortalece uma prática diferenciada que tem sido conquistada pelos terapeutas ocupacionais.

Por fim, nós encerramos este número com uma comunicação livre de Sofia Campos, ocorrida na XII Semana de Terapia Ocupacional da Bahiana. Sofia nos propõe uma reflexão sobre a nossa atuação, nossos limites e nossas aspirações. Ela nos possibilita viajar, ao encontro de autores e poetas, para refletir sobre nós, os outros com quem nos relacionamos cotidianamente e a nossa atuação profissional.

Estes ensaios são apenas escritos, alguns de experiências consolidadas e outros que buscam por isto. O que eles têm em comum é a possibilidade de abrir caminhos para experimentações, reflexões e intercâmbios. Mais que isto, eles deixam um registro na nossa história.

**Adriana Miranda Pimentel**  
Editora da Revista

# Atenção às pessoas com deficiências no território: uma experiência da Terapia Ocupacional no Programa de Saúde da Família em um bairro periférico da cidade de São Paulo

Stella Maris Nicolau<sup>1</sup>  
Marta Aoki<sup>2</sup>  
Fátima Correa Oliver<sup>3</sup>

*"A utopia está no horizonte: quando caminho dois passos,  
ela se afasta dois passos. Eu caminho dez passos e ela está dez passos mais longe.  
Então, para que serve a utopia? Serve para caminhar".*  
Eduardo Galeano

**RESUMO:** Trata-se da experiência de terapeutas ocupacionais em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de São Paulo que implantou o Programa de Saúde da Família (PSF) em 2001. Estas desenvolvem um projeto de reabilitação com ênfase no território a partir do levantamento das necessidades das pessoas com deficiências e pessoas em situação de vulnerabilidade social, promovendo o empoderamento, o exercício da cidadania e a participação na vida social.

**DESCRITORES:** Reabilitação. Território. Atenção Primária em Saúde. Terapia Ocupacional.

**ABSTRACT:** This article introduces the occupational therapists experience in a Sao Paulo City Health Basic Center where the Family Health Program was implanted in 2001. They develop a territory emphasis rehabilitation project that arises by the necessities of disability people and people who lives in social vulnerability, enabling empowerment, citizenship and increasing their social life.

**KEY WORDS:** Rehabilitation. Territory. Primary Health Care. Occupational Therapy.

O objetivo deste relato é o de apresentar e tecer algumas reflexões acerca de um itinerário de transformação e construção de uma prática de atuação de terapeutas ocupacionais em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da periferia da cidade de São Paulo. Este processo iniciou com

a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 2001, onde tivemos o privilégio de participar desde seu início: nas discussões sobre a mudança de modelo com os gestores e as lideranças comunitárias, no reconhecimento do território a fim de avaliar o número de equipes que seri-

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Mestre em Psicologia Social (USP). Endereço eletrônico: stellanicolau@uol.com.br

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional do Laboratório de Reabilitação com Ênfase no Território do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestranda em Ciências da Reabilitação (USP). Endereço eletrônico: aoki@usp.br

<sup>3</sup> Docente do curso de Terapia Ocupacional da USP. Coordenadora do Laboratório de Reabilitação com Ênfase no Território do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestre e Doutora em Saúde Pública. Endereço eletrônico: fcoliver@usp.br

am necessárias para a área de abrangência da UBS Jardim Boa Vista<sup>4</sup>, bem como na seleção dos Agentes Comunitários de Saúde para as seis equipes que foram implantadas. Nesse sentido, vamos tentar resgatar o quanto já conseguimos caminhar nesses cinco anos, e também buscar identificar quais os atuais desafios e perspectivas da continuidade de nossas ações.

Pensamos ser importante frisar que nos últimos anos o Ministério da Saúde tem investido na revitalização e fortalecimento da Atenção Básica a fim de que esta se torne efetivamente a porta de entrada preferencial da população no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006). Esse investimento se traduz na gradativa expansão do Programa Saúde da Família desde 1994, e que no final de 2005 já conta com 24 mil equipes, sendo que em 12 mil destas há Equipe de Saúde Bucal. O PSF está presente em 90% dos municípios brasileiros e cobre 44% da população, isto é, 78 milhões de pessoas. Uma pesquisa recente apontou que no Brasil, a cada 10% no aumento de cobertura resultou na redução no índice de mortalidade infantil em 4,6% (ANDRADE et al, 2006).

A revalorização da Atenção Primária em Saúde (APS) tem surgido como resposta à crise do modelo centrado nas ações curativas, centrado na assistência médica de natureza hospitalar e com uma visão biologicista do processo saúde-doença. A Declaração de Alma Ata, de 1978, já defendia a necessidade de investimentos nos cuidados primários em saúde, entendendo-os como "essenciais, baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis (Declaração de Alma Ata apud MERHY & FRANCO, 2003, p.80). Documentos recentes do Ministério da Saúde caracterizam a atenção básica como um (...) conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação (BRASIL, 2006, p.10).

A pesquisadora Bárbara Starfield realizou estudos comparativos entre diferentes nações, e estes apontam que "um sistema de saúde com forte referencial na APS é mais efetivo e equitativo, mais satisfatório para a população e tem menores custos – mesmo em contextos de grande iniquida-

de social" (ANDRADE et al, 2006, p.90). São atributos da APS: o acesso de primeiro contato, a integralidade, a longitudinalidade e a orientação familiar e comunitária (ANDRADE et al, 2006). Trocando em miúdos, a UBS deve ser o serviço de saúde mais próximo de nossa residência – de preferência onde possamos chegar caminhando. Deve ter uma equipe de saúde que nos acompanhe em todos os momentos do nosso ciclo de vida, e que aborde nossas problemáticas de forma sistêmica, relacionando-as ao território em que vivemos nos seus aspectos demográficos, epidemiológicos, sociais, culturais e econômicos.

Retomando o que foi dito anteriormente, o PSF vem sendo o modelo privilegiado para o reordenamento da prática assistencial na Atenção Primária em Saúde no Brasil. É um modelo substitutivo, ou seja, as práticas tradicionais desenvolvidas nas UBSs são substituídas por um outro processo de trabalho, com eixo centrado na epidemiologia, na vigilância à saúde e no trabalho em equipes, sendo que cada uma destas é composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Cada equipe é responsável pelo acompanhamento de 600 a 1000 famílias em um território geograficamente delimitado. O território é o *locus* operacional do programa, sendo que os moradores de uma determinada área devem ser cadastrados e seus cuidados em saúde passam a ser da responsabilidade desta equipe. (MERHY & FRANCO, 2003) Os agentes comunitários são os responsáveis pelo cadastramento da população, realizam visitas domiciliares periódicas com principal atenção a determinadas problemáticas (como por exemplo: crianças até 2 anos, gestantes, hipertensos e diabéticos) e também participam de grupos de prevenção às doenças e atividades de promoção à saúde. Os médicos e profissionais de enfermagem realizam consultas, visitas domiciliares aos usuários que não conseguem chegar à UBS (como por exemplo os mais idosos, pessoas com deficiências e acamados) e também realizam grupos para determinadas problemáticas, como por exemplo grupos de orientação a diabéticos e hipertensos, além de participar de atividades de promoção à saúde, tais como grupos de caminhada, reeducação alimentar, planejamento familiar entre outros.

Tentamos com este breve apanhado apresentar as principais características do Programa de Saúde da Família que consiste atualmente na estratégia privilegiada pelo Ministério da Saúde para o reordenamento dos serviços em Atenção Primária em Saúde no Brasil. Como foi dito nos parágrafos anteriores, os documentos oficiais do Ministério da Saúde afirmam que a atenção básica deve responder pelo diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde. Por outro lado somente garantem recursos para a contratação de algumas categorias profissionais, deixando de fora categorias que já apresentaram valiosas contribuições junto à rede básica de saúde, tais como assistentes sociais, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais.

Vale ressaltar que a rede municipal de saúde da cida-

<sup>4</sup> Trata-se de UBS da região oeste da cidade de São Paulo, situando-se no Distrito Raposo Tavares, que possui os maiores índices de exclusão social em relação aos outros quatro distritos da região do Butantã (Vila Sônia, Morumbi, Rio Pequeno e Butantã) segundo Mapa da Exclusão Social da cidade de São Paulo, ano 2000.

de de São Paulo ainda conta com um número significativo destes profissionais em seu quadro funcional. Dizemos "ainda" porque muitos desses profissionais, que foram maciçamente incorporados à rede por concurso público entre 1989 e 1992 – como foi o caso dos fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais – migraram para outras secretarias, aposentaram-se ou mesmo exoneraram-se frente ao achatamento salarial e à falta de projetos assistenciais consistentes que incorporassem essas categorias profissionais nas administrações que se seguiram. Cabe também lembrar que a grande maioria dessas categorias profissionais, os chamados "multi" encontram-se alocados nos serviços mais centralizados da cidade e também nos mais especializados, tais como CAPS, Centros de Convivência, Centros de Saúde do Trabalhador, Hospitais e Ambulatórios de Especialidades. Muitos desses profissionais ainda são vistos como especialistas para os quais as equipes de saúde da família devem encaminhar os casos, e estes devem proceder a uma abordagem clínica e individualizada da problemática em questão, ou seja, um modelo que Emerson Merhy denomina de procedimento-centrado no qual o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a aplicação de técnicas, com a produção de procedimentos, o que nem sempre responde às necessidades de saúde e nem

(...) sempre este processo produtivo impacta ganhos dos graus de autonomia no modo de o usuário andar na sua vida, que é o que entendemos como Saúde em sua última instância, pois aquele processo de produção de atos de Saúde pode ser simplesmente procedimento-centrada e não usuário-centrada (MERHY & FRANCO, 2003, p.73).

Embora o PSF se coloque como um modelo que visa a superação do modelo médico hegemônico centrado nos procedimentos e na atenção curativa, o cotidiano dos serviços nos mostra que nem sempre a micropolítica dos processos de trabalho é alterada, e a complexidade dos cuidados primários em saúde fica reduzida a ações centradas nos procedimentos. Como exemplo podemos citar a crença de algumas equipes de que a simples orientação grupal de dietas e a dispensação de medicação é o suficiente para se abordar a complexa problemática da hipertensão arterial.

Uma primeira questão que devemos buscar responder é a seguinte: nós, terapeutas ocupacionais somos profissionais importantes e necessários na Atenção Primária em Saúde? Quais as nossas contribuições para esses serviços? Com qual bagagem de conhecimentos devemos operar? Aquela que acumulamos nos manicômios, centros de reabilitação, serviços especializados? Ou aquela que acumulamos na construção da Reforma Sanitária que resultou na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) que, em que pese suas limitações, é ainda uma das mais generosas políticas sociais no Brasil por seu compromisso com a universalidade, integralidade, equidade e participação social?

Entendemos que temos muito a contribuir na Atenção Primária à Saúde, mas também temos que rever o arcabouço conceitual que embasa nossas práticas. Como terapeutas ocupacionais da rede básica de saúde, partimos da premissa que a UBS enquanto um serviço público local deve articular ações no território onde está inserido. Compreendemos território como "espaço demográfico,

epidemiológico, tecnológico, econômico, social e político, inserido numa totalidade histórica na qual diferentes sujeitos se articulam em torno de suas necessidades e interesses" (ALMEIDA & OLIVER, 2001). O território é um espaço de conflitos, de carências, mas também de recursos e de possibilidades.

Nossa profissão vem sendo redefinida no Brasil como um (...) campo de conhecimento e de intervenção em saúde, em educação e na ação social, que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e a autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais), apresentam, temporária ou definitivamente, dificuldades de inserção e de participação na vida social (BARROS et al, 2002).

Nesse sentido, nossa ação junto ao PSF prioriza populações com dificuldades de inserção e participação na vida social, tais como as pessoas com deficiências, as pessoas com sofrimento mental, as pessoas em situação de vulnerabilidade e com redes sociais empobrecidas. Nossa ação no território visa antes de tudo à autonomia, ao enraizamento e ao fortalecimento de laços comunitários. Como nos ensina a filósofa Simone Weil

O enraizamento é talvez a necessidade mais importante e desconhecida da alma humana (...) O ser humano tem uma raiz por sua participação real, ativa e natural na existência de uma coletividade que conserva vivos certos tesouros do passado e certos pressentimentos do futuro (WEIL, 1993, p. 411).

Fortalecer laços sociais é uma tarefa desafiadora, sobretudo em uma sociedade com o grau de concentração de renda como a brasileira e na periferia de uma metrópole como São Paulo, onde grande parte da população não se fixa no território devido à própria especulação imobiliária e mesmo pelas constantes idas e vindas para outros bairros, cidades e mesmo outros Estados em busca de oportunidades de trabalho ou apoio de familiares. Fortalecer laços sociais é um desafio frente ao quadro de privação coletiva que se instala nos bairros empobrecidos, e diz respeito não só a carências de bens materiais, mas a rupturas no tecido relacional, a vivências de injustiças, de humilhações, de não-equidade, de não-acessibilidade a serviços básicos e de não-representação pública (SPOSATI apud WANDERLEY, 2001).

Nossa perspectiva afilia-se a uma nova tendência na Terapia Ocupacional brasileira que a partir dos anos 80 tem incluído em sua produção teórica a questão social. Tal preocupação é fruto do engajamento de muitos terapeutas ocupacionais nos movimentos pela redemocratização da sociedade, por direitos humanos, por acesso a serviços públicos e pela desinstitucionalização da assistência psiquiátrica (BARROS, 2000).

Esses profissionais críticos, inspirados nas idéias de Basaglia, Gramsci, Sartre e Foucault passam a explicitar a dimensão política dos procedimentos técnico-assistenciais nas instituições manicômiais, de reabilitação, asilares e de reclusão, que contribuem para a manutenção da hegemonia dos grupos dominantes através da segregação e do aniquilamento daqueles a quem os técnicos julgavam estar tratando.

reabilitando (BARROS, 2000).

Como desdobramento desses movimentos, estes profissionais – que inicialmente se restringiam a atuar no interior das instituições fechadas – passam a inserir-se em serviços ambulatoriais e instituições comunitárias, engendrando novas práticas em Terapia Ocupacional cujas características principais são: a responsabilidade territorial na assistência, o reconhecimento de que o usuário é um sujeito de direitos, a compreensão das demandas por referenciais sociológicos e antropológicos, o reconhecimento de que o profissional é um ator político e social, a valorização das atividades em terapia ocupacional como meios de socialização e expressão, bem como de inserção no universo do trabalho e conseqüentemente de emancipação pessoal e social. (BARROS, 2000).

Retomando especificamente nossas ações na UBS Jardim Boa Vista, é importante destacar que foi fundamental a parceria entre a terapeuta ocupacional da UBS e o Laboratório de Reabilitação com Ênfase no Território do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP). Com a parceria passamos a desenvolver além da assistência, atividades de ensino e pesquisa. A vinda de alunos é sempre estimulante, pois conseguimos aumentar frentes de atuação e ter assim mais pessoas apoiando as atividades de assistência individuais e grupais. Nossa UBS também tem recebido graduandos de Enfermagem e Medicina, assim como médicos residentes em Medicina de Família e Comunidade, todos da Universidade de São Paulo, e gradativamente temos conseguido desenvolver atividades didáticas e assistenciais de forma multiprofissional, envolvendo alunos desses três cursos. Cabe frisar que também temos investido no desenvolvimento de ações junto aos outros profissionais da UBS, tais como os agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, assistente social, fonoaudióloga e psicóloga.

O Laboratório de Reabilitação com ênfase no Território, além da parceria com a UBS Jardim Boa Vista, também desenvolveu uma experiência junto às pessoas com deficiências em um bairro próximo da região, entre 1998 e 2004. Embora também envolvesse profissionais da UBS local, a experiência desenvolveu-se principalmente junto a organizações comunitárias, onde as pessoas com deficiências foram identificadas a partir da busca ativa na comunidade, envolvendo informantes-chave, tais como lideranças comunitárias, profissionais dos equipamentos sociais locais e as próprias pessoas com deficiências e familiares que indicavam conhecidos que tinham a mesma problemática. A partir desse mapeamento e reconhecimento das necessidades das pessoas com deficiências foram criados grupos de convivência, de produção de objetos artesanais com objetivo de gerar renda, bem como uma brinquedoteca comunitária e fóruns de discussão de direitos das pessoas com deficiências. Alguns participantes dessa experiência tornaram-se lideranças na luta pelos direitos das pessoas com deficiências e hoje são membros do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, além de parceiros em nossas atividades no Jardim Boa Vista.

Já em nossa UBS, o mapeamento e levantamento das necessidades das pessoas com deficiências foi realizado a

partir dos dados colhidos no cadastramento das famílias pelos agentes comunitários de saúde, mas também foi necessária busca ativa e contato com lideranças comunitárias e informantes-chave, pois houve sub-registro, e somente os casos com maiores incapacidades eram notificados. Os casos de transtornos mentais, de deficiências que resultam em menor grau de incapacidade, ou mesmo de dependência de álcool e drogas são em geral omitidos, pois no início do PSF os agentes comunitários estavam pouco sensibilizados para identificar essa população e nem sempre as famílias sentem a confiança necessária no serviço de saúde para revelar problemáticas dessa ordem em um primeiro contato. Em uma população cadastrada pela UBS de cerca de 18 mil pessoas, já identificamos até o momento 163 pessoas com deficiências e transtornos psíquicos graves.

A abordagem junto às pessoas com deficiências apóia-se no referencial teórico da Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC). Esta abordagem consiste em uma proposição da Organização Mundial de Saúde no final dos anos 70 que objetiva a ampliação da cobertura assistencial através da mobilização comunitária no sentido de realizar ações simplificadas de reabilitação envolvendo familiares e voluntários. Além disto, visa estimular a participação das pessoas com deficiências e seus familiares em atividades comunitárias, promovendo assim a visibilidade social e uma cultura de validação deste segmento. Entretanto guardamos algumas restrições às proposições iniciais da RBC, sobretudo quanto ao envolvimento de trabalhadores voluntários na assistência, o que pode desresponsabilizar o poder público de financiar alternativas assistenciais nos lugares desprovidos de serviços de reabilitação. Os documentos mais recentes da OMS e demais organismos internacionais consideram os governos, as organizações não-governamentais e organizações de pessoas com deficiências como atores primordiais na gestão e desenvolvimento das atividades. Este protagonismo das pessoas com deficiências tem sido cada vez maior nas últimas três décadas e foi fruto de mobilizações em defesa ao acesso a direitos e ao exercício de cidadania por esse segmento (WHO, ILO, UNICEF, 2004)

Em nossa experiência consideramos que a ênfase do trabalho deve estar:

- no desenvolvimento da proposta como responsabilidade do setor público, compartilhada com outros atores, mas de sua responsabilidade no que diz respeito a viabilização da maior parte dos recursos materiais e humanos necessários para seu desenvolvimento;
- na sua construção a partir do contexto sociocultural das pessoas com deficiências tendo o território – espaço geográfico, socioeconômico e cultural - como lugar para o seu desenvolvimento.
- em tornar visível as demandas das pessoas com deficiências para os serviços de saúde, educação, e ação social que compõem o território, para elas próprias, seus familiares e comunidade.
- na construção de processos de validação de pessoas com deficiência a partir da identificação das necessidades e possibilidades colocadas por pessoas com deficiências, familiares e serviços públicos.
- na minimização de processos de exclusão social

vivenciados por esse segmento.

- na sensibilização de profissionais e estudantes para a problemática das pessoas com deficiências. (OLIVER et al, 2006)

Criamos nesses anos uma série de dispositivos assistenciais, tais como:

- acompanhamento individual e domiciliar em Terapia Ocupacional, a fim de levantar necessidades das pessoas com deficiências, desenvolver ações de reabilitação e fomentar a circulação social e a construção de projetos de vida significativos para estas e seus familiares.
- grupos de atividades corporais abertos à comunidade, onde são realizadas sequências do Tai Chi Pai Lin, exercícios de alongamento, técnicas de relaxamento e danças circulares.
- grupos de Terapia Comunitária aberto a todos. Visa a partilha, a validação e a superação de situações de sofrimento, onde as pessoas são estimuladas a se expressar e se ajudam a partir da troca de experiências de vida. Buscam o fortalecimento da resiliência e a criação de redes sociais solidárias.
- grupos compostos por jovens e adultos com deficiências, familiares e cuidadores, e também pessoas com rede social empobrecida. Objetivam reunir pessoas com problemáticas semelhantes para produzir peças em mosaico e bijuterias, desenvolver a criatividade, as habilidades manuais, a capacidade de administrar projetos individuais e coletivos e promover geração de renda.
- festas e saraus que surgem do desejo de convivência, do desejo de fruição e produção cultural de funcionários e usuários. A festa junina e o auto de natal com o presépio vivo já são uma tradição desde 2002 na UBS. A comida, a música e a decoração são providenciadas pela comunidade e funcionários de diversos setores da UBS que se cotizam para a produção desses encontros mágicos e revitalizadores.
- passeios a fim de promover a circulação para outros territórios, a apropriação da grande cidade, a ampliação do universo cultural, o direito ao lazer. A cada semestre visita-se um espaço da cidade: parque do Ibirapuera, jardim botânico, zoológico, solo sagrado na represa de Guarapiranga, parque ecológico do Tietê. Realizam-se aos domingos e destinam-se a pessoas com deficiência, seus familiares, cuidadores, e também a pessoas com rede social empobrecida. As coordenadoras da atividade visitam previamente os locais para verificar acessibilidade às pessoas com deficiências.
- fóruns das pessoas com deficiências, que congrega também familiares e demais interessados para discutir assuntos de interesse comum, tais como transporte, acesso a escola regular e ao trabalho, acesso a equipamentos de apoio e serviços especializados de reabilitação. São passadas informações de outros fóruns da cidade, tal como o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência. É um espaço de estímulo ao protagonismo e à participação cidadã.
- tardes de brincadeiras para as crianças do bairro, pois é fato que as crianças dos bairros empobrecidos muitas vezes são impedidas de brincar. Muitas devem realizar

serviços domésticos e cuidar de irmãos menores, e nem sempre contam com adultos sensibilizados quanto a importância e o direito de brincar. Terapeutas ocupacionais, estudantes e agentes comunitários desenvolvem atividades lúdicas e brincadeiras dirigidas abertas às crianças do bairro. Estimula-se e apóia-se a vinda das crianças com deficiência a fim de promover o convívio com as demais.

É importante ressaltar que a circulação das pessoas com mobilidade reduzida e dos cadeirantes só se efetiva se houver transporte adaptado. Contamos com o serviço do ATENDE (vans com elevador que buscam os usuários na residência). Para utilizar este serviço cada usuário deve levar laudo médico em órgão público e passar por avaliação do serviço social. Contamos também com uma perua Kombi da rede municipal de saúde que foi adaptada com recurso da Universidade e que realiza o transporte dos usuários até a unidade. É sempre um recurso escasso, que depende de constante negociação e pressão junto às instâncias superiores, pois convive-se cotidianamente com a escassez de motoristas e a descontinuidade no serviço de manutenção da viatura, tirando-a de circulação periodicamente.

Embora ainda avaliemos que estamos em fase de construção de uma metodologia de trabalho junto a pessoas com deficiências em um serviço de Atenção Primária em Saúde, já podemos observar alguns resultados positivos, tais como a ampliação do acesso aos cuidados de saúde por essa população, assim como um incremento na participação social e empoderamento do grupo e familiares, indicando menor discriminação da deficiência/diversidade e possibilidades de incorporação da experiência no SUS (OLIVER et al, 2006)

Pelo perfil de morbi-mortalidade da população brasileira, o contingente de pessoas com necessidade de atenção em reabilitação aumentará significativamente nas próximas décadas. Dessa forma, há necessidade de formação de profissionais sensíveis e preparados para compreender reabilitação como uma prática social e que deve fomentar a participação na vida social das pessoas com deficiências, familiares e comunidade.(OLIVER et al, 2006)

Ao SUS compete possibilitar estratégias para acompanhamento desse segmento, constituindo e apoiando um campo de atenção em saúde e reabilitação específico com objetivos, estratégias, metas e recursos materiais e humanos previamente definidos e integrados à rede de atenção básica em saúde. Entretanto não devemos perder de vista a consciência de que as ações e processos de reabilitação são de natureza intersetorial, envolvendo setores como saúde, educação, ação social, trabalho e cultura, e que estes devem possibilitar processos de validação da pessoa com deficiência e afirmação de seus direitos (OLIVER et al, 2006).

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA, M. & OLIVER, F. Abordagens territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a Terapia Ocupacional. In: DE CARLO, M. & BARTALOTTI, C. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. São Paulo, Plexus, 2001.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C.; FONSECA; HARZHEIM, E. A Estratégia Saúde da Família. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E.R.J et cols. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**, 3.ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, 4a reimpressão, 2006.

BARROS, D.D. **Terapia Ocupacional Social: história e método**. São Paulo, 2000 (mimeo).

BARROS, D.D., LOPES, R.E., GALHEIGO, S.M. Projeto Metuía: Terapia Ocupacional no campo social. **O mundo da saúde**. São Paulo, v 26, n.3, p. 365-369, jul/set 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília; Ministério da Saúde, 2006.

MEHRY, E.E.; FRANCO, T.B. Programa da Saúde da Família (PSF): contradições de um modelo destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MEHRY, E.E. et al. **O tra-**

**balho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano**. São Paulo:Hucitec, 2003.

OLIVER, F. C; AOKI, M.; NICOLAU, S.M. **Pessoas com deficiências e participação na vida social: a emergência de um campo de atenção em saúde**, mimeo, 2006.

WANDERLEY, M.B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (org) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**, 2.ed., Petrópolis:Vozes, 2001.

WEIL, S. **A condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1993.

WHO.WORLDHEALTHORGANIZATION,INTERNATIONAL LABOR ORGANIZATION, UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. **CBR:a strategy for rehabilitation, equalization of opportunities, poverty reduction and social inclusion of people with disabilities: joint position paper**. 2004. Disponível em <http://www.ilo.org/public/english/employment/skills/download/jointpaper.pdf> Acesso em: 20 jan 2005

# Demandas a um serviço de Saúde do Trabalhador: questões de competência intersetorial

Ana Joaquina Mariani Passos<sup>1</sup>

**RESUMO:** Este artigo discute o campo da Saúde do Trabalhador no SUS, as competências intersetoriais dos órgãos do governo responsáveis pela saúde do trabalhador e a *via crucis* do trabalhador em busca de sua saúde, tendo como cenário desta, as demandas a um serviço de Saúde do Trabalhador no Município de Salvador nos anos de 2000 e 2005. Os dados aqui apresentados foram retirados de dois estudos realizados com trabalhadores que se encontravam na sala de espera do referido serviço aguardando atendimento.

**DESCRIPTORES:** SUS. Saúde do Trabalhador. Intersetorialidade.

**ABSTRACT:** This article discusses the issue of workers' health at SUS – Sistema Único de Saúde (The Brazilian health authority), the intersectional duties among the governmental sectors, responsible for health care and the workers' struggle for their health in the city of Salvador-BA, in the years of 2000 and 2005. The data herein presented were collected from two studies with workers who were in the waiting room of the mentioned body, waiting for attendance.

**KEY WORDS:** SUS. Workers' Health. Intersection of Duties.

Os anos 60 assistem, em várias partes do mundo, a grandes transformações nos diversos campos do saber. No bojo dos movimentos sociais em prol de melhoria das condições nos diversos setores da vida cotidiana, a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho deflagra inúmeros estudos que vão orientar as balizas de um novo campo: a Saúde do Trabalhador.

Na Itália, Oddone (1986) desenvolve um modelo de investigação das condições de trabalho pautado no saber operário; Dejours et al. (1994), na França, desenvolve os estudos sobre o sofrimento psíquico no trabalho; Laurell e Noriega

(1989), no México, discutem os modos de desgaste e de reprodução da força de trabalho; Passos (1981), no Brasil, em pesquisa de cunho antropológico, defende que a questão da saúde sob o capitalismo está determinada pela inserção dos distintos grupos populacionais no processo produtivo.

Na América Latina, é desenvolvido um pensamento crítico sobre o modelo da prática da medicina do trabalho, atentando para a determinação histórica e social dos modos de trabalhar e de adoecer no trabalho, ao tempo em que se critica também o envolvimento dos médicos do trabalho na defesa do capital, em detrimento da saúde dos trabalhado-

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (CESAT/SESAB), docente do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (EBMSP/FBDC), Mestre em Família na Sociedade Contemporânea, UCSAL, Bahia. E-mail: anajoquina@ig.com.br

res. Este modelo toma o conceito de saúde-doença como parte de um mesmo processo social e histórico, no qual os modos de organização da vida social determinam os modos de adoecer e morrer dos grupos humanos (LAURELL, 1985).

O Campo da Saúde do Trabalhador nasce, então, da articulação de diversos campos como Medicina Social, Saúde Coletiva, Medicina do Trabalho, Sociologia do Trabalho, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, Ergonomia, entre outros, que aliados ao saber do trabalhador sobre seu ambiente de trabalho e suas vivências das situações de desgaste neste contexto, estabelecem uma nova forma de compreensão das relações entre saúde e trabalho. É característico desta área o lugar ocupado pelo trabalhador como sujeito ativo na construção deste campo.

O termo surge, no Brasil, no bojo do Movimento Sindical na década de 70. Mas é no Movimento da Reforma Sanitária, nos anos 80, que se desenvolve como contraponto às práticas hegemônicas de "intervenção e regulação das relações saúde-trabalho da Medicina do Trabalho, Engenharia de Segurança e Saúde Ocupacional" (NARDI, 1997, p. 220), vigentes nos serviços de assistência ao trabalhador, como os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT).

A união de profissionais da saúde, professores universitários, sindicalistas e outros segmentos da sociedade civil em prol da Reforma Sanitária fez acontecer debates e discussões na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) e na I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1986), que culminaram com a incorporação, na Carta Constitucional de 1988, do direito à saúde, considerando, inclusive, a saúde no ambiente de trabalho.

Consolidava-se, então, a Saúde do Trabalhador enquanto conceito nos textos legais, na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080) de 1990 como:

Conjunto de atividades que se destina, através de ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. (BAHIA, 2001)

Este conceito apresenta-se, então, como modelo teórico para as ações na área da atenção à saúde do trabalhador em seu sentido mais amplo, desde a promoção e a prevenção, à cura e reabilitação. Baseada neste conceito, a Saúde do Trabalhador passa a ser concebida como um campo interdisciplinar e intersetorial (MENDES, 2003; DIAS, 1997; NARDI, 1997).

No Brasil, no âmbito do governo, as ações de atenção à saúde dos trabalhadores são de responsabilidade do Sistema Único de Saúde, da Previdência Social e do Trabalho, cabendo ao Ministério da Saúde (MS/SUS) a responsabilidade pela saúde ambiental e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores; ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) a gestão do acidente de trabalho, e ao Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) a fiscalização dos

ambientes e condições de trabalho, a política salarial, a segurança e a saúde no trabalho (BRASIL, 2002).

As definições legais de doença do trabalho, doença profissional e acidente de trabalho são competência da Previdência Social. A Lei Federal de nº 8.213 de 24.07.91<sup>2</sup>, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social, considera Acidente de Trabalho aquele que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause morte, perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BAHIA, 2001). É a Previdência Social que detém o monopólio do Seguro Acidente de Trabalho (SAT). Assim, quando um trabalhador se torna incapacitado para o trabalho em decorrência de um acidente ou doença do trabalho, é o MPAS/INSS que, em princípio, lhe garante a manutenção das condições básicas de vida e também de sua família. A População Economicamente Ativa - PEA do Brasil, em 2002, era de 82,9 milhões de pessoas. Destas, cerca de 41,7 milhões eram consideradas empregadas. Deste universo, somente 22,9 milhões eram segurados do SAT da Previdência Social (BRASIL, 2005).

Há bem pouco tempo, a situação de saúde da classe trabalhadora brasileira não era muito conhecida. Os registros eram precários, as estatísticas oficiais sobre acidentes e doenças do trabalho referiam-se apenas aos segurados da Previdência Social, exclusividade dos trabalhadores que possuíam carteira assinada. No período de 1999 a 2003, a Previdência Social registrou 1.875.190 acidentes de trabalho, sendo 15.293 com óbitos e 72.020 com incapacidade permanente. Vale ressaltar que estes dados são referentes a trabalhadores do mercado formal, contribuintes da Previdência e que estes acidentes são, em geral, previsíveis, logo evitáveis. Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde - OMS, apenas 1% a 4% das doenças do trabalho são notificadas na América Latina (BRASIL, 2005).

Para a classe trabalhadora, ser segurado da Previdência Social, no entanto, não significa ter cobertura do SAT. A Lei de nº 8.213 de 1991 e o Decreto de nº 3.048 de 1999 excluem dos benefícios do SAT milhões de trabalhadores, ainda que contribuintes do Regime Geral da MPAS, quando estes estiverem nas categorias de empregados domésticos, empresários e trabalhadores autônomos.

Até a criação do SUS, cabia ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e sua rede credenciada, a assistência aos trabalhadores acidentados. Era de competência do INAMPS//INPS/MPAS tanto a garantia do seguro acidentário quanto a assistência curativa e reabilitadora destes trabalhadores. Conseqüentemente, também ficavam sem cobertura de assistência à saúde todos os trabalhadores não registrados. Apesar de a rede pública de serviços de saúde vir atendendo trabalhadores ao longo de sua existência, esta atenção ao trabalhador enquanto prática diferenciada aparece somente nos anos 80, inserida em um amplo processo de reorganização política e social do país e vinculada a Movimentos Internacionais, particularmente o da Reforma Sanitária Italiana (DIAS, 1995).

<sup>2</sup> Regulamentada pelo Decreto Federal de nº 611 de 1992 e posteriormente pelo Decreto Federal de nº 3.048 de 1999.

Os Programas de Saúde do Trabalhador (PSTs) enquanto serviços da rede pública de saúde surgiram nos anos 80 e vieram derrubar o monopólio do setor Trabalho e das empresas, tanto no que se refere a fiscalização e normatização executadas pelas DRTs, quanto à assistência prestada pelos SESMT (LACAZ, 2005). Ainda segundo este autor

(...) esse movimento de articulação interno e externo ao setor Saúde prenunciava a preocupação intra e intersetorial que vai acompanhar a trajetória da saúde do trabalhador no SUS até os dias de hoje, questão esta complexa do ponto de vista das políticas públicas e ainda longe de ser resolvida (LACAZ, 2005, p. 145).

A transferência de responsabilidade do atendimento ao trabalhador acidentado ou com doença do trabalho segurado da Previdência Social e assistido pelo Inamps para o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS/SUS) acarretou algumas dificuldades, "uma vez que estes trabalhadores foram privados da assistência diferenciada a que tinham direito do Inamps através do Grupo Médico Assistencial (GMA)" (DIAS, 1995, p.78). Essas dificuldades foram mais sentidas nos atendimentos emergencial, ambulatorial e hospitalar do SUDS/SUS, inclusive por haver um desconhecimento, pelos profissionais da saúde, das questões da saúde-doença do trabalhador.

Além das questões relacionadas aos procedimentos e diagnósticos das doenças do trabalho, a assistência prestada pelo SUS, que envolve todos os trabalhadores, sejam eles do mercado formal ou informal, vem sendo usada - seja por demanda espontânea ou por encaminhamento de outros setores, basicamente como meio para a obtenção dos benefícios previdenciários. Esta, respaldada pelo modelo da Medicina do Seguro e no princípio da reparação pecuniária do infortúnio, introduz, no âmbito do cotidiano dos serviços de saúde, questões de diversas ordens, inclusive trabalhistas.

O não reconhecimento das atribuições do SUS no tocante às ações de vigilância dos ambientes de trabalho (competência também do Ministério do Trabalho e Emprego), tanto no âmbito do SUS quanto em outros setores do governo, é apontado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) como uma das maiores dificuldades enfrentadas na implantação da atenção à saúde do trabalhador na rede do SUS. Isto vem corroborar um dos princípios deste campo, aquele que prega que suas ações devem ser efetivamente intersetoriais. Segundo Lacaz (2005), a tensão estabelecida entre os setores da Saúde, Previdência Social e Trabalho caracterizou a trajetória da Saúde do Trabalhador da I CNST à II CNST, demonstrando "uma teimosa incompreensão, por parte dos dois últimos interlocutores, do que é a proposta sistêmica e os princípios e diretrizes que regem o SUS enquanto política de Estado" (LACAZ, 2005, p.146).

O que fica aqui explícito é que a integração intersetorial deve se dar a partir dos princípios e diretrizes do SUS, particularmente a universalidade, a integralidade e o controle social, algo muito longe de ser incorporado pela prática dos

órgãos do setor Trabalho e Previdência Social, daí a proposta de coordenação sistêmica do modelo a partir do SUS (LACAZ, 2005, p.146).

## Demandas a um Serviço de Saúde do Trabalhador

Na Bahia, as Conferências Estaduais de Saúde e de Saúde do Trabalhador foram decisivas para a elaboração de uma política de Saúde do Trabalhador no Estado. A elaboração e implantação de um Programa Integrado de Prevenção e Assistência a Doenças Ocupacionais - PRODO, embrião do Programa de Saúde do Trabalhador - PROSAT (1987), leva ao surgimento do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador Salvador Allende - CESAT, criado ainda em 1987 através de um convênio de parceria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - SESAB e a Associação Italiana para a Solidariedade entre Povos - AISPO (CARVALHO, 1997). Em entrevista relatada por Carvalho (1997), o médico do trabalho e ex-diretor do CESAT, Marcos Rêgo, atesta o envolvimento dos vários segmentos da sociedade civil na fundação deste Centro.

A criação do CESAT atendeu à necessidade que se colocou à época porque não existia em Salvador e no Estado da Bahia nenhuma estrutura que lidasse com a Saúde do Trabalhador do ponto de vista do Setor Saúde. (...) o movimento sindical foi fundamental (...) resultante das ações desencadeadas no período de 86/87 quando começaram a ser constatados os primeiros casos de doenças profissionais relacionadas ao Pólo Petroquímico (RÊGO apud CARVALHO, 1997, p. 28).

Os dois estudos que servirão como norteadores das discussões sobre a Saúde do Trabalhador e a Intersetorialidade foram desenvolvidos no Ambulatório de Doenças do Trabalho (ADT) do CESAT, que trabalha na identificação e estabelecimento denexo causal.

O primeiro deles foi motivado pela constatação de que na demanda dos trabalhadores ao Ambulatório de Doenças do Trabalho do CESAT, no período compreendido entre 1999 e 2000, havia sempre um pedido de emissão de relatório<sup>3</sup> para o INSS. Surgiu, portanto, a necessidade de se estudar esta demanda, resultando daí a pesquisa "O olhar do usuário acerca de um Serviço de Saúde do Trabalhador / SUS" (OLIVEIRA, 2001).

Neste estudo, três questões referentes ao Serviço de Saúde do Trabalhador/CESAT foram aplicadas aos trabalhadores que se encontravam no espaço da sala de espera do serviço: a primeira (o que sabe sobre...) foi aplicada a usuários que estavam vindo pela primeira vez ao serviço no dia da aplicação da pesquisa; a segunda (o que espera...), a qualquer usuário, independente do momento de entrada no serviço e a terceira questão (o que achou do serviço), aos usuários que tiveram a investigação diagnóstica concluída<sup>4</sup>.

Participaram da pesquisa 339 trabalhadores. Dos 194

<sup>3</sup> O relatório é uma atribuição dos Serviços de Saúde do Trabalhador (SST) e consiste num parecer baseado na investigação clínica, história ocupacional e do posto de trabalho ocupacional de diagnóstico de doença do trabalho ou não.

<sup>4</sup> A primeira questão foi respondida por 130 trabalhadores, a segunda, por 194 e a terceira, por 15.

que responderam à segunda questão (o que você espera do serviço), 117 (61%) afirmaram que esperavam amparo e ajuda para resolver seus problemas, sendo estes de quatro ordens: problemas previdenciários, 38 (32%), problemas em geral, 37 (32%), problemas de saúde, 24 (21%) e problemas trabalhistas, 18 (15%). Os demais trabalhadores responderam que esperavam atendimento, 33 (17%), orientação, 28 (14%) e outros, 16 (8%).

Chama atenção, nestes dados, o fato dos problemas previdenciários virem em primeiro lugar, mesmo com o trabalhador sabendo que este é um serviço de saúde/doença do trabalho, conforme os achados da primeira questão. Os problemas previdenciários são aqueles de reconhecimento da doença do trabalho e conseqüente afastamento do ambiente de trabalho.

O critério de reconhecimento previdenciário da doença do trabalho obedece a legislação específica da Previdência Social que já dispõe, inclusive, de uma Lista de Doenças do Trabalho. Em 1999, o Ministério da Saúde instituiu uma Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho através da Portaria Federal nº1.339/GM-MS, de 18 de novembro de 1999, como referência dos agravos originados no processo de trabalho no SUS para uso clínico e epidemiológico (BAHIA, 2001). Esta lista, que contém aproximadamente 200 patologias, é similar à utilizada pela Previdência Social.

A adoção de novas tecnologias e de métodos de gerenciamento aliados a fatores outros como a instabilidade no emprego vem modificando o "perfil de adoecimento e sofrimento dos trabalhadores, expressando-se, entre outros, pelo aumento da prevalência de doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER)" (BRASIL, 2001). Novas formas de adoecer vêm surgindo junto com as novas formas de organização do trabalho; o estresse, a fadiga e outras formas de sofrimento atestam esta relação (DEJOURS et al., 1994; LANCMAN, 2004; SELIGMAN, 1997).

Segundo Mendes (2003), estas mudanças são devidas principalmente aos estudos epidemiológicos realizados na segunda metade do séc. XX, alimentados pela demanda do movimento dos trabalhadores que foram abrindo espaço para o território das chamadas "outras doenças relacionadas ao trabalho", ou simplesmente "doenças relacionadas ao trabalho".

O estudo de Souto e Estrela (2003) sobre a evolução da morbidade e do perfil dos trabalhadores atendidos no ambulatório do Cesat, no período de 1991 a 2000, fundamentado em dados de 10.133 prontuários, confirma essa tendência da alteração do perfil de morbidade da população trabalhadora. Segundo a pesquisa, o setor da economia que predominou em 1991 foi o da indústria (86%); em 2000, foi o setor de serviço/comércio (65%). Quanto à ocupação, em 1991, a principal foi a de operador, e em 2000, auxiliar de serviços gerais.

Em relação às doenças relacionadas ao trabalho, a Perda Auditiva Induzida por Ruído - PAIR (56,6%), seguida das Alterações Hematológicas (17,5%) e das Doenças das Vias Aéreas Superiores (5,2%) predominaram em 1991. Já no ano de 2000, houve uma alteração com as Lesões por Esforços Repetitivos/Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho - LER/DORT vindo em primeiro lugar (51,6%),

seguidas da PAIR (12,3%) e dos Transtornos dos Discos Vertebrais (11,9%). Estes dados sugerem que a situação de saúde do trabalhador no Estado da Bahia não é muito diferente da situação de seus pares no resto do país.

A pesquisa "A construção do sujeito doente em LER", de Verthein e Minayo-Gomes (2003), discute a questão do nexo entre a doença e o trabalho a partir da polêmica trazida pela posição adotada pelo INSS, desde 1997, quando as lesões por esforços repetitivos (LER) passam a ser denominadas "distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho" (DORT). Segundo os autores, no afunilamento marcado pelas DORT, passa a haver o privilégio dos aspectos subjetivos na análise da doença. Este privilégio, entretanto, tem como pressuposto "a noção de um sujeito predisposto a adoecer e de uma saúde como capacidade para o trabalho" (VERTHEIN e MINAYO-GOMES, 2003, p. 2). Os autores chamam a atenção para a armadilha dessa estratégia, que tem como lógica a redução dos custos com as LER no pagamento de indenizações aos trabalhadores. Este posicionamento com ênfase no indivíduo predisposto a adoecer traz também a lógica da culpabilização e a conseqüente responsabilidade do trabalhador com sua saúde/doença, prática ainda muito presente nos espaços da clínica e da perícia na saúde do trabalhador.

O segundo estudo, realizado pela autora e aqui utilizado como desdobramento das questões levantadas por Oliveira (2001), faz parte da dissertação "Trabalho, doença e família: interfaces da vulnerabilidade do trabalhador" (PASSOS, 2005), que buscou conhecer/compreender o que leva o trabalhador com doença do trabalho a procurar um Serviço de Saúde do Trabalhador para resolver prioritariamente problemas previdenciários. Os sujeitos da pesquisa foram trabalhadores usuários do CESAT/SESAB que se encontravam no ambulatório aguardando a consulta médica de investigação de doença do trabalho. Foram realizadas dez entrevistas e análise dos 289 prontuários de usuários que ingressaram neste serviço entre janeiro e abril de 2005.

Nesse estudo, a principal demanda dos trabalhadores não era mais a de um relatório de doença do trabalho para se afastar, mas sim um relatório de transformação do benefício B31 para B91, ou seja, de doença comum (DC) para doença do trabalho (DT). Entre os entrevistados, sete estavam afastados do trabalho pelo INSS, com Auxílio Doença Comum (B31) e três estavam desempregados. A análise dos dados dos prontuários também indicou que a situação trabalhista mais encontrada foi a de afastado (63%).

A análise das entrevistas revelou que a procura por ajuda diante da doença do trabalho deflagra uma verdadeira *viacrucis* em busca de atenção à saúde. As principais referências, nessa trajetória, foram a procura pelo médico clínico, mesmo que este adotasse uma postura de descaso/desconhecimento acerca da doença do trabalho, e a conseqüente manutenção dos problemas de saúde do trabalhador, atrelados a uso de medicamentos: "*Fazia Raios X mas o médico dizia que era normal... passavam remédios; vivia tomando injeções*".

São vários os caminhos trilhados pelo trabalhador. A procura da CAT e do LEM (laudo médico constatando a doença do trabalho), o levam a percorrer incansavelmente inúmeras clínicas e serviços, ouvindo recusas sistemáticas,

até que um médico estabeleça o nexo entre a doença e o trabalho, dê o diagnóstico e preencha esses instrumentos de notificação. A identificação da doença levará, impreterivelmente, o trabalhador ao órgão que representa a instância de registro e reconhecimento da doença, o Instituto Nacional de Seguro Social. É a busca pelo tão esperado "afastamento", situação que vai permitir que ele possa se tratar, se encostar<sup>5</sup>, que o impele para o INSS.

A relação dos trabalhadores com a Previdência é marcada por muita desconfiança. As perícias são fonte de muito desgaste, quase sempre acompanhadas de situações consideradas humilhantes: "Eles dizem que a gente tá fazendo manha"; "fazem uns exames que parece que vão tirar o braço, é pra ver se a gente tá mentindo."

Esta procura pelo reconhecimento da doença, pelo nexo de doença do trabalho, é uma caminhada tão desgastante que é considerada pelos trabalhadores como fonte de mais adoecimento: "Quando vou fazer a perícia, fico com o corpo todo doendo"; "quando a perícia está se aproximando, o nervoso aparece, a tensão é muita, eles não acreditam na gente." A passagem pela perícia desestrutura o trabalhador. Esta é apontada como o momento em que a vergonha de precisar desta assistência "faz a gente ter vontade de fugir e morrer"; "maltratam, é como animal."

Esta situação de estar mendigando por algo que é seu direito, não só por ter contribuído com a Previdência, mas também porque estar doente é uma decorrência das condições inadequadas de trabalho, é vivida pelo trabalhador como uma injustiça, um desrespeito. Este não reconhecimento de uma vida dedicada ao trabalho o faz sentir-se "insignificante".

Na trajetória dos trabalhadores adoecidos em busca de proteção social, o ADT/CESAT aparece – em seguida ao INSS e, muitas vezes, com encaminhamento do próprio INSS – para resolver os problemas, "(...) avaliar os exames e ver que a gente não está mentindo"; "(...) e transformar o benefício B31 para B91 pra gente ter garantia de não ser demitido"; "...foi o médico do INSS que me mandou para o CESAT."

A situação de doente do trabalho oferece garantias ao trabalhador em função do Decreto Federal nº 2.172, de 5 de março de 1997, revogado pelo DF nº 3.048, de 6 de maio de 1999, que aprova o Regulamento da Previdência Social, e estabelece que este, quando portador de (B91), após alta da Previdência, terá 12 meses de estabilidade no emprego (no caso das DC (B31), inexistente esta garantia). O medo da demissão, no entanto, continua, uma vez que esta estabilidade nem sempre é respeitada, ocorrendo a demissão logo após a alta. Por isso ele insiste, mesmo tendo que negar a vergonha, a humilhação de pedir por um direito que lhe assiste.

Dizem (...) mas você ainda tem sorte de estar encostado! O que eu recebo do INSS não dá pra nada (...) mas eu não consigo fazer mais nada, sinto muita dor, o dinheiro só dá para o remédio (...) antes eu fazia bico, trabalhava nos domingos, agora fico em casa ou nas filas dos médicos.

O que esperar de uma situação como esta, em que, estando doente por DT, se é afastado por DC? É a ameaça da demissão que é vislumbrada e, junto com ela, o medo da

nova situação, a de inválido e inútil. O trabalhador agora também enfrenta os olhares desta condição:

O médico do INSS botou um benefício que deixa a gente à toa (...) incapacitada por invalidez (...) eu entrei boa no trabalho, não faltava, fazia 20 quartos, fazia tudo com amor, nunca tive problema de saúde (...) não trabalhei 12 anos pra ficar à toa, tem meus direitos.

O problema das demissões e dos direitos trabalhistas quase nunca é enfrentado no âmbito dos órgãos competentes como as DRT. Os trabalhadores são assistidos por advogados que ficam com parte daquilo a que eles tinham direito: "o dinheiro da indenização foi dividido com o advogado."

Diante destas duas situações, a de portador de doença comum e a de doente do trabalho, a DC é percebida pelo trabalhador como uma "invalidez", "uma fraqueza", ao passo que a DT significa o "registro" de que este não é ou não era um inútil. A busca pela CAT e a conseqüente transformação do benefício vem mostrar a tentativa de escolha pela identidade de trabalhador, mesmo sendo esta a de um "encostado". A DT é a comprovação de que o paciente de hoje, no passado, foi um trabalhador dedicado, responsável.

## Comentários Finais

A procura do trabalhador por proteção social diante da condição de doente do trabalho, o faz "correr atrás" de uma identidade de doente do trabalho não como fuga do trabalho, mas como estratégia de vida no enfrentamento do problema. Os suportes de proteção social como os da Saúde e da Previdência, ao fornecerem esta identidade - quando a fornecem, o fazem dentro de uma perspectiva que não permite o reconhecimento deste conflito, legitimando e perpetuando assim o medo da exclusão, o sofrimento, a culpa pela situação em detrimento das discussões acerca das relações de trabalho e dos modos de adoecer e morrer da população trabalhadora.

Em 2005, a convocação para a III Conferência Nacional em Saúde do Trabalhador saiu sob a chancela dos três Ministérios, o que pode indicar que novos tempos estão surgindo. Espera-se que estes novos tempos favoreçam o enfrentamento das barreiras institucionais em prol da saúde do trabalhador e que a trajetória hoje enfrentada pelo trabalhador na busca da legitimação do seu adoecimento deixe de ser uma *via crucis* para se tornar um caminho de reflexão, descobertas e crescimento, apesar dos sofrimentos.

## Referências Bibliográficas

BAHIA, Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância da Saúde. CESAT. **Coletânea de legislação em saúde do trabalhador e meio ambiente**. Salvador, 2001.

BRASIL, Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. **"Trabalhar, sim! Adoecer, não! (Coletânea de textos)"**. Brasília, 2005.

<sup>5</sup> Encostar é a expressão que os trabalhadores usam para se referir à condição em que ficam, ao serem afastados do trabalho, com o auxílio acidentário que o INSS/MPAS concede àqueles trabalhadores que sofreram acidente ou doença do trabalho.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde.** Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do trabalhador.** Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 5).

CARVALHO, G. B. M. **Saúde do trabalhador na Bahia, o caso CESAT: 1988/1996.** Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 1997, 104 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo: Atlas, 1994.

DIAS, E. O Manejo dos agravos à saúde relacionados com o trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho.** São Paulo: Atheneu, 1995.

LACAZ F.A.C. Saúde do Trabalhador: vinte anos de história e trajetória. In: BRASIL, Ministérios da Saúde, Trabalho e Emprego e da Previdência e Assistência Social. **"Trabalhar, sim! Adoecer, não! (Coletânea de textos)".** Brasília, 2005, p.145-148.

LANCMAN, S. **Saúde mental e trabalho: repensando a ação em terapia ocupacional.** (Tese de livre docência). Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

LAURELL, A.C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). **As ciências sociais em saúde na América Latina: tendências e perspectivas.** OPAS, 1985.

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. **Processo de trabalho e saúde: trabalho e desgaste operário.** São Paulo: Hucitec, 1989.

MENDES, R. **Patologia do trabalho: atualizado e ampliado.** 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. NARDI, H. C. Saúde do trabalhador. In: CATTANI, A. (Org.). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico.** Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: UFRGS, 1997, p.219-224.

ODDONE, I. et al. **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: Hucitec, 1986.

OLIVEIRA, AJ. **O olhar do usuário acerca de um serviço de saúde do trabalhador/SUS.** Salvador, 2001.(mimeo.)

PASSOS, AJ. **Trabalho, doença e família: interfaces da vulnerabilidade do trabalhador.** Dissertação (Mestrado em Família na Sociedade Contemporânea). Universidade Católica do Salvador (UCSAL). Salvador, 2005, 125 p.

POSSAS, C. **Saúde e trabalho: a crise da previdência.** São Paulo: Hucitec, 1981.

SELIGMANN-SILVA, E. A Interface desemprego prolongado e saúde psicossocial. In: SILVA FILHO, J. F.; JARDIM, S. (Orgs.). **A danação do trabalho: organização do trabalho e sofrimento psíquico.** Rio de Janeiro: Te Corá, 1997.

SOUTO, N. S.; ESTRELA, T. Evolução da morbidade e do perfil dos trabalhadores atendidos em um centro de referência de saúde do trabalhador no estado da Bahia no período de 1991 a 2000. In: BAHIA, Secretaria da Saúde. Superintendência de Vigilância da Saúde. CESAT. **Saúde do trabalhador na Bahia: construindo a informação.** 2003.

VERTHEIN, M. A.R e MINAYO-GOMES, C. A construção do sujeito-doente em LER. **Historia, ciências, saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 7, n.2, jul/out. 2000. Disponível em: < [http:// www.scielo.br](http://www.scielo.br)>. Acesso em: 23 mai.2005.

# Considerações sobre o brincar e sua possibilidade terapêutica em um relato de caso de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Infantil

Adriana Lima Balaguer<sup>1</sup>

**RESUMO:** O presente artigo relata uma experiência clínica de Terapia Ocupacional voltada para a infância com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. Por ser a psicanálise uma das teorias que pesquisa o brincar, especialmente na infância com transtornos, esta vem a contribuir na prática clínica e na construção teórica, buscando assim refletir sobre a importância do brincar enquanto intervenção terapêutica e reafirmar sua importância enquanto instrumento de trabalho na clínica da Terapia Ocupacional voltada para o público infantil.

**DESCRITORES:** Terapia Ocupacional. Brincar. Transtorno Invasivo do Desenvolvimento. *Holding*.

**ABSTRACT:** This article is about an Occupational Therapy clinical experiment related to pervasive development disorder. Since psychoanalysis is one of the theories that handles the importance of playing, specially for children with disorders, its contribution on clinical practice and theoretical construction leads, on one hand, a reflexion on the importance of playing as a therapeutic intervention, and, on the other, it confirms its value when used on the Occupational Therapy clinic for children.

**KEY WORDS:** Occupational Therapy. Play. Pervasive Development Disorder. *Holding*.

O brincar oferece à criança possibilidade de desenvolver diversas funções que abrangem sua maturação, portanto acredita-se que este universo lúdico pode e deve ser usado de forma terapêutica enquanto instrumento de intervenção no desenvolvimento infantil.

Crianças com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID) apresentam dificuldade de se relacionar e de integrar-se socialmente, além de transtornos de ordem cognitiva e possivelmente de ordem afetiva e motora. Tal conjunto de transtornos impossibilita que o curso da infância ocorra de forma natural nos aspectos relacionais, dentre outros que

fazem parte da construção do sujeito ao longo da vida, enquanto ser social e cultural. Assim, a criança com Transtorno Invasivo do Desenvolvimento precisa de auxílio terapêutico para que possa desenvolver-se em suas atividades da vida diária, nos aspectos cognitivos, sociais, bem como em sua própria constituição enquanto sujeito.

A psicanálise é um campo do saber que permite a interdisciplinaridade teorizando a respeito da estrutura e desenvolvimento psíquico do sujeito. De acordo com a psicanálise, para que um sujeito se estruture enquanto ser social, cultural e sujeito da linguagem, este deve ser simboli-

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional. Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail: albalaguer@hotmail.com

camente castrado pela função paterna, chamada "Lei-do-Pai", que realiza uma separação simbólica proporcionando um corte necessário da fusão simbiótica que o bebê vive com a mãe (ou aquele que realiza essa função) nos primeiros meses de vida.

Segundo Fuks (2003), o sujeito não é apenas filho da carne, mas principalmente, do simbólico. Esse simbólico é o simbólico da cultura, das leis e das interdições exigidas para que um sujeito permaneça lúcido e mantenedor de sua saúde mental dentro do ambiente social, respeitando e vivendo de acordo com as normas básicas instituídas pela cultura.

Quando há dificuldade na vivência mãe-bebê em realizar o deslocamento dessa relação simbiótica, pode ocorrer um distúrbio no desenvolvimento afetivo e, posteriormente, se este continuar, outros distúrbios podem surgir, como atrasos na cognição e/ou na psicomotricidade. Esse tipo de distúrbio (quando não há a entrada da função paterna e há permanência da simbiose mãe-bebê) pode ser classificado pela psicanálise, em determinados casos, como psicose infantil.

Este artigo apresenta um caso de TID, que traz como peculiaridade a continuidade da simbiose, de forma prejudicial ao desenvolvimento infantil. Sabe-se que TID é uma terminologia de orientação psiquiátrica, e que isto pode parecer contraditório, em alguns momentos, já que a orientação teórica deste trabalho é baseada na psicanálise. Porém, tal nomenclatura foi escolhida, pois não foi possível situar o diagnóstico da criança especificamente em psicose infantil ou em autismo, já que a mesma apresenta características de ambos.

## O brincar e sua função no desenvolvimento infantil

A criança começa seu aprendizado através da brincadeira. Para Piaget (1978), o jogo enquanto ato do brincar é essencialmente processo de assimilação ou, ao menos, assimilação predominando sobre acomodação.<sup>3</sup> Assimilação é o processo cognitivo pelo qual uma pessoa integra um novo dado perceptual, motor ou conceitual nos esquemas ou padrões de comportamento já existentes. Acomodação é a criação de novos esquemas ou a modificação de velhos esquemas. Ambas resultam em uma mudança na estrutura cognitiva (esquemas) ou no seu desenvolvimento (WADSWORTH, 1995, p.5-6).

Isso significa que o brincar oferece à criança novas experiências e novos dados concretos sobre o mundo no qual ela vive, favorecendo assim seu conhecimento a respeito desse mundo, ampliando suas funções cognitivas e psíquicas, já que proporciona uma elaboração subjetiva das situações vivenciadas.

Freud via a brincadeira como o meio pelo qual a criança efetua suas primeiras grandes realizações culturais e psicológicas, e dizia que através da brincadeira ela expressa

a si própria (BETTELHEIM, 1988).

Inicialmente, esse brincar ocorre entre a criança e o corpo da mãe (ou daquele que se ocupa da criança - maternagem), ao qual passa um tempo "colada". Por conta de necessidades biológicas e afetivas, no primeiro momento de vida a criança precisa dessa simbiose, onde ela "alucina" que a mãe é parte de si mesma. Este é o primeiro marco do brincar infantil, onde a criança brinca com seu corpo e com o corpo do outro, vivenciando experiências únicas de prazer e indissociação, através da simbiose materna. O desenvolvimento cognitivo e psíquico da criança dá-se por meio dessa troca relacional que é proporcionada e favorecida pelo brincar. Após esse período, a criança começa a perceber que, além da mãe, ela tem a si mesma, no sentido de corporeidade.

Assim, ela passa a brincar com seu próprio corpo. Este se constitui em um segundo marco no desenvolvimento do brincar infantil, pois ela descobre a si mesma e percebe que suas ações podem interferir no meio em que vive. Neste momento, ela começa a marcar seu lugar no mundo, é um momento de separação da mãe e de entrada no social e no simbólico.

Assim, descobrindo-se progressivamente da cabeça aos pés é que o bebê manifesta seu despertar: brinca com as mãos durante horas e horas, explora todo o seu corpo. Em seguida, quando começa a andar, no auge de sua explosão motora, a criança ultrapassa o prazer de descobrir seu corpo; outras descobertas, não menos apaixonantes a esperam (LÉVI, 1985).

A infância é um período estruturante na vida do sujeito sob diversos aspectos do desenvolvimento humano. O brincar situa-se nessa estruturação fazendo uma inter-relação entre infância e saúde mental. O lúdico marca o lugar da criança na infância e lhe possibilita elaborar seus medos e desejos sendo uma fonte de prazer e trabalho psíquico, emocional, cognitivo e motor, bem como uma via de expressão da criança, ofertando-lhe uma forma de elaborar as situações vividas no seu cotidiano e no seu psiquismo. Brinca-se por alguma coisa que é da ordem do subjetivo, da busca de saúde física, mental e emocional. O brincar afirma o prazer e o desejo da criança de existir e de investir no mundo social, saindo da simbiose materna para si mesma e, posteriormente, podendo deslocar-se concomitantemente, de si para o mundo e do mundo para si, sempre através do lúdico, que é sua motivação principal de deslocamento e investimento. Huizinga (2004) afirma que no jogo existe alguma coisa "em jogo" que transcende as necessidades imediatas da vida e confere um sentido à ação. Todo jogo significa alguma coisa.

Lévi (1985) constata que é através do brincar que a criança faz muitas aprendizagens, sendo confrontada continuamente com a realidade de seu meio e de suas próprias limitações; com a realidade da vida, em síntese. Segundo Winnicott (1975), é no brincar, e talvez apenas no brincar, que a criança ou o adulto desenvolvem-se na sua liberdade de criação. Somente no brincar o indivíduo pode ser criati-

<sup>3</sup> "Lei-do-Pai"; Função paterna: O pai é aquele que interdita a simbiose na relação mãe-bebê, trazendo à criança um sentimento de frustração. Tal interdição é fundante para estabelecer o sujeito, pois constitui um marco de separação onde antes, simbolicamente, havia um sujeito em dois corpos unidos pela simbiose: após a interdição funda-se mais um sujeito, ou seja: após essa interdição simbólica, mãe e bebê se tornam pessoas diferenciadas.

<sup>4</sup> Assimilação é o processo cognitivo pelo qual uma pessoa integra um novo dado perceptual, motor ou conceitual nos esquemas ou padrões de comportamento já existentes. Acomodação é a criação de novos esquemas ou a modificação de velhos esquemas. Ambas resultam em uma mudança na estrutura cognitiva (esquemas) ou no seu desenvolvimento (WADSWORTH, 1995, p.5-6).

vo e utilizar sua personalidade integral; e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (self).

Se a criança não for capaz de encontrar um brinquedo, denominado por Winnicott (1975) como objeto transicional<sup>1</sup>, ela não será capaz de deslocar-se da simbiose materna para si mesma, e se a criança não for capaz de encontrar um interesse no mundo externo (social) que lhe auxilie e lhe chame atenção, ela não sentirá necessidade e desejo de descentrar-se de si mesma para atuar e existir nesse social. No meio de tudo isso, intrinsecamente está o brincar – centro maior do desejo e olhar infantil (fora a mãe, é claro).

Segundo Winnicott (1975), a criança traz para dentro da área da brincadeira objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa, usando-os a serviço de alguma amostra derivada da realidade interna ou pessoal. Sem alucinar, a criança externaliza uma amostra do potencial onírico e vive com essa amostra num ambiente escolhido de fragmentos vindos da realidade externa. Há uma evolução direta dos fenômenos transicionais para o brincar, do brincar para o brincar compartilhado e do brincar compartilhado para as experiências culturais.

O brincar se estabelece enquanto fenômeno fundante do sujeito, pois vivenciá-lo proporciona ao sujeito contatar realidade interna e externa de forma criativa. Na brincadeira tudo é possível, fantasia e realidade co-habitam e desejos conscientes e inconscientes são manifestados e vividos.

A criança precisa ter espaço na sua vida para a brincadeira. Isto deve ser estimulado e ofertado a ela de forma que esse brincar possibilite emergir sua criatividade. Para isto, esse brincar deve ser capaz de lhe despertar o sonho, o prazer, desenhando seus desejos inconscientes, aqueles que sua consciência não é capaz de dar-se conta, e um brincar que possibilite a esse sujeito trazer à tona, ao consciente, esse prazer de movimento ou quietude, essas elaborações psíquicas, essa saúde física e mental, enfim, esses fenômenos que o brincar possibilita com maestria única.

## Relato de uma experiência em atendimento infantil de Terapia Ocupacional

Segundo Leão e Aguiar (2002), os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) são um grupo de doenças que se caracteriza por deficiências em múltiplas áreas do desenvolvimento neuropsicomotor onde incluem-se perda ou dificuldade na comunicação e na interação social geral, podendo apresentar estereotípias tanto na realização das atividades como na forma de expressar-se. De acordo com a classificação do DSM IV (1995), os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento caracterizam-se por prejuízo severo e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação ou presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados. Os prejuízos qualitativos que definem essas condi-

ções representam um desvio acentuado em relação ao nível de desenvolvimento ou idade mental do indivíduo.

L.C. é uma menina de 5 anos, terceira filha de uma prole de 3. Vive em uma tranqüila cidade do interior do estado da Bahia, onde mora com seus pais e irmãos tendo oportunidade de conviver com a natureza e de gozar de liberdade e espaço para brincar. Sua vivência diária nesse meio ambiente (onde pode subir em árvores, pular, correr...) favorece seu desenvolvimento psicomotor de forma que ela apresenta excelente domínio corporal, tendo capacidade de realizar qualquer movimento proposto. Apesar desse adequado desenvolvimento psicomotor, L.C. apresenta grave déficit na comunicação e interação social. Além disso, a criança também apresenta aspectos sugestivos de uma relação simbiótica ainda forte com a mãe.

A criança chega ao atendimento de Terapia Ocupacional sendo trazida por seus pais. Eles relatam dificuldades diárias com a filha que, segundo eles, é muito agitada e não dá sentido às palavras que diz, não constrói frases e não brinca. São encaminhados à Terapia Ocupacional por um psiquiatra infantil que suspeita que a criança seja portadora de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID). Durante a observação clínica da terapeuta ocupacional, foi possível observar que a criança tem dificuldade de estabelecer relações e de dar continuidade a elas, tanto no que diz respeito a pessoas quanto a objetos. Ela chega ao atendimento demonstrando confusão mental e quadro hiperativo. Sua fala está desconexa, pronominal e ela se fixa em um nome "M e M" para nomear todas as coisas, inclusive a si mesma. Não constrói frases, falando apenas palavras soltas. Tem dificuldade de brincar, pois não consegue parar para fazê-lo.

Durante as duas primeiras sessões foi difícil estabelecer vínculo com a criança e esta não permitia a saída dos pais da sala. A partir da terceira sessão, a terapeuta ocupacional decidiu realizar uma intervenção concreta, baseada na teoria psicanalítica, que iremos chamar de "Nome-do-Pai". "Nome-do-Pai" é a função que instaura o corte fundamental na relação de simbiose mãe-bebê, para proporcionar a marca de falta no sujeito. Isso se constitui como um limite nessa relação, uma lei que se apresenta e que o sujeito precisa obedecer. Tal intervenção foi realizada porque era visível a continuidade prejudicial da simbiose que permanecia na relação mãe-criança.

Isso se constituiu em uma proposta que foi colocada a L.C. assim que ela chegou ao atendimento: "Hoje, papai e mamãe vão esperar você fora da sala, eles estarão aqui, se você precisar você pode sair para falar com eles." Proposta aceita, deu-se sua entrada na sala. O ambiente terapêutico havia sido previamente preparado para recebê-la. As luzes focavam apenas um espaço da sala, onde foi feita uma espécie de "contenção" acolhedora com bancos, almofadas, colchão e brinquedos pelos quais ela havia demonstrado interesse, no intuito de oferecer-lhe mais uma intervenção terapêutica: o acolhimento, remetendo-nos ao que Winnicott fala

<sup>1</sup> Objeto Transicional descreve um objeto eleito pela criança pequena para servir como auxiliar e suporte afetivo no período em que a criança começa a separar-se da mãe. Esse é um momento de construção da autonomia da criança que representa a transição do bebê de um estado em que está fundido, simbiótico, com a mãe para um estado em que está em relação com ela como algo externo e separado.

sobre "Holding". *Holding*, em inglês, significa segurar, sustentar, conter. Winnicott (1975) descreve-o como atitude fundamental da mãe durante a maternagem. O *holding* fala de uma sustentação física e psíquica. O físico é segurado de forma a dar também uma sustentação psíquica para a criança. Na clínica, essa atitude remete ao cuidado materno mostrando, através do espaço físico e do acolhimento terapêutico, que a criança pode sentir-se segura física e afetivamente, que aquele é um lugar para sustentá-la e acolhê-la, especificamente num nível psíquico e subjetivo.

Somente após oferecer à criança um espaço de segurança física e psíquica, tornou-se possível estabelecer uma relação afetiva e de transferência com L.C. Estabelecida a transferência, criou-se um nível de confiança que abriu espaço para que o brincar se configurasse de forma a promover mudanças relacionais e afetivas no cotidiano da criança atendida.

Segundo Takatori (2003), de acordo com a teoria de Winnicott, o brincar não envolve, necessariamente, brinquedos. O brincar vivenciado por L.C. durante as sessões iniciais se fez dessa forma, com poucos brinquedos, ainda centrado em seu próprio corpo e no prazer sensorio-motor de vivenciá-lo.

Foi relatado pelos pais de L.C. que no dia da ocorrência da sessão descrita anteriormente, houve visível mudança em seu comportamento. A criança ficou algum tempo conversando sozinha, remetendo-se ao atendimento e referindo-se a si mesma na primeira pessoa, fato que não acontecia antes. Foi relatado, também, que a criança ficou elaborando frases sobre as brincadeiras e experiências vividas durante a sessão. A partir desse momento, L.C. começou a brincar de forma mais prolongada, concentrando-se por mais tempo em suas atividades em casa e no atendimento de Terapia Ocupacional.

Ferland (2005) descreve um modelo de atuação do Terapeuta Ocupacional criado por ela, ao qual chama de Modelo Lúdico. Trata-se de uma abordagem que compreende a criança em sua globalidade, na qual é convidada a tornar-se um participante ativo da terapia. Essa forma de intervenção se interessa pelo comportamento lúdico infantil, de modo a propiciar sua capacidade ativa e autônoma. Percebe-se, na abordagem do caso aqui relatado, uma semelhança com o modelo lúdico, na medida em que há preocupação com a forma de brincar, mas também com os resultados que esse brincar traz na vida de L.C. em sua globalidade, nos aspectos psicomotores, afetivos, relacionais, familiares e sociais. Os objetivos terapêuticos se aproximam, tanto no que se refere a favorecer a autonomia da criança, quanto em oferecer o brincar como objeto de prazer, ação e tratamento.

Após esse contato inicial, baseado no acolhimento e no brincar como atitude e intervenção terapêuticas, foi possível ajudar L.C. a lidar com fenômenos do cotidiano e com as pessoas ao seu redor. Ela começou, logo nas primeiras sessões, a realizar o jogo simbólico proposto pela terapeuta ocupacional, ainda que muitas vezes de forma repetitiva, trazendo para esse contexto falas e fragmentos musicais aparentemente descontextualizados, mas que remetem a sua vivência diária. O **jogo simbólico** é a representação do faz-de-conta, onde há predomínio da fantasia, sem perda de consciência da realidade. Esse é um momento importantíssimo na brincadeira infantil, pois proporciona a expressão e a vivência

de desejos e fantasias através da ação lúdica. Este jogo também traz consigo um pressuposto fundamental que é o ingresso no mundo do simbólico. O sujeito só ingressa no simbólico quando começa a aceitar e compreender normas da cultura, do social, que só existem num mundo de símbolos.

O desejo infantil expresso através do jogo simbólico nos mostra a importância de acolher, dentro do espaço do brincar, os conteúdos trazidos pela criança a fim de possibilitar a compreensão de sua linguagem na vida cotidiana, e viabilizar a expressão de seus anseios e fantasias. Baseado nisso, a terapeuta ocupacional buscou favorecer o uso da fala de forma social, propiciando a L.C. o encontro de um lugar certo para as palavras ditas, o que significava encontrar também um lugar para si num mundo no qual, anteriormente, ela se mantinha "presa" no espaço materno, ainda fundida na relação simbiótica. Pensamos que favorecer a entrada de L.C. no mundo dos símbolos e, naturalmente da linguagem, permitiu sua expressão enquanto ser social, diferenciado e em processo de conquista da autonomia, sujeito que pode existir sem estar imerso na simbiose materna. Constatamos, a partir do relato dos pais exposto acima, que quando L.C. começa a referir-se a si mesma na primeira pessoa, ela inicia aí um processo de reconhecimento de si enquanto sujeito.

A quebra dessa simbiose tem se dado gradativamente, através de orientações à família (muito colaborativa e também em processo terapêutico), do brincar e das situações que surgem dentro desse espaço de segurança que é o espaço terapêutico. Pode-se dizer que atualmente (após 6 meses de terapia entrecortada por períodos de festas e viagens por parte da família), L.C. está muito mais organizada, alternando períodos de hiperatividade com períodos de "calmaria". Já consegue passar longos períodos de seu dia brincando sozinha, criando situações lúdicas com suas bonecas e jogos, reforçando a importância do jogo simbólico em sua vivência. L.C. vem conseguindo se fazer compreender através da fala, construir pequenas frases e dar respostas que fazem sentido no ambiente social do qual ela participa. Tal progresso promoveu uma melhora em sua forma de se relacionar com os pais e com pessoas de seu cotidiano. Na escola, a professora relata que ela está mais tranqüila, suportando realizar melhor as tarefas e ficar com a turma por mais tempo, favorecendo assim seu processo de inclusão no grupo onde anteriormente ela permanecia à parte.

Takatori (2003) afirma que no brincar aparecem elementos da singularidade do sujeito, essenciais para direcionar as ações de um processo terapêutico preocupado em atender às necessidades do paciente. Tem-se um longo caminho a percorrer ainda, mas pode-se perceber que através de um espaço acolhedor e permissivo para o brincar, e de atitudes terapêuticas voltadas para o lúdico, L.C. pôde começar a perceber-se mais como sujeito, capaz de brincar e de usar alguns símbolos compreendidos pela cultura à qual ela pertence, podendo assim re-contar e elaborar parte de sua própria história, estando mais incluída no social e mais independente em todos os aspectos de seu cotidiano.

## Considerações Finais

Percebendo que a Terapia Ocupacional é uma área do

conhecimento que tem na atividade humana seu objeto de prática e campo de estudo, e considerando que o brincar é a principal atividade da criança, escolhemos esse brincar como principal fonte de intervenção do terapeuta ocupacional junto à criança com transtornos.

Bettelheim (1988) fala que as crianças exprimem bem seus sentimentos e pensamentos por meio das brincadeiras. São, por vezes, sentimentos e pensamentos sobre os quais a criança permaneceria ignorante, ou sob os quais estaria esmagada se não lidasse com eles representando-os sob forma de fantasia lúdica.

Assim, o *setting* da Terapia Ocupacional vem se colocar como um espaço de realização desse brincar, acolhendo-o e incentivando-o, para que através dele se promova um fator fundamental da infância - seja ela com ou sem transtornos, que é a elaboração de determinados fenômenos psíquicos que encontram, no espaço lúdico, uma saída e fonte de expressão. Este oferece um brincar não diretivo, mas conectado com experiências da cultura. Isto favorece a entrada da criança no simbólico, o que facilita sua organização mental e afetiva e lhe abre as portas do social.

### Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. Porto Alegre: Artes Médicas. **Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais. (DSM IV)**. 1995.

BETTELHEIM, Bruno. **Uma vida para seu filho**. 8. ed. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1988.

FUKS, Betty B. **Freud e a cultura**. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2003.

HUIZINGA, Johan. **Homo Ludens**. São Paulo, SP: Perspectiva, 2004.

LEÃO, Leticia. AGUIAR, Marcos José. In CAMARGOS, Walter e col. **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3.º Milênio**. Ministério da Justiça, CORDE. Brasília, D.F., 2002.

LÉVI, Janine. **O despertar para o mundo**. Os três primeiros anos da vida. São Paulo, SP: Martins Fontes, 1985.

PIAGET, Jean. **A formação do símbolo na criança**. 3.ed. Rio de Janeiro, RJ: Zahar editores, 1978.

WADSWORTH, Barry. **Inteligência e afetividade da criança na teoria de Piaget**. 3.ed. São Paulo, SP: Pioneira, 1995.

WINNICOTT, Donald W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro, RJ: Imago Editora, 1975.

TAKATORI, Marisa. **O brincar no cotidiano da criança com deficiência física. Reflexões sobre a clínica da Terapia Ocupacional**. São Paulo: Atheneu, 2003.

# A Terapia Ocupacional em uma proposta ecológica e funcional com crianças e jovens com múltipla deficiência<sup>1</sup>

Carina Marques Vieira<sup>2</sup>  
Marilvia Almeida de Oliveira Claudino<sup>3</sup>

**RESUMO:** O presente texto é o relato do trabalho desenvolvido no Centro de Educação Complementar (CEC) do Instituto de Cegos da Bahia (ICB) com crianças e adolescentes com deficiência múltipla. Descreve o desenvolvimento de uma prática fundamentada no Modelo Ecológico Funcional que engloba o contexto de vida, as potencialidades, as principais necessidades e interesses dos alunos e familiares, visando o desenvolvimento de autonomia e inclusão social. Esse relato de experiência pretende abordar o papel do Terapeuta Ocupacional, que através dos acompanhamentos semanais na escola, domicílio e/ou na comunidade realiza orientações e adaptações necessárias referentes às áreas de comunicação alternativa e atividade da vida diária. Essa experiência destaca a relevância do Terapeuta Ocupacional neste processo, profissional que se dispõe a conhecer e compreender o contexto sócio-cultural dos usuários, auxiliando-os na solução de seus problemas.

**DESCRIPTORIOS:** Terapia Ocupacional. Múltipla Deficiência. Modelo Ecológico Funcional. Comunicação. Inclusão Social.

**ABSTRACT:** The present text is the story of the work developed in the Center of Educação Complementar (CEC) of the Bahian Institute for the Blind (ICB) with children and adolescents with multiple deficiency. It describes the development of the practical, based on the functional ecological model that engloba the context of life, the potentialities, and the main necessities and interests of the family and students, aiming at the development of its autonomy and social inclusion. This story of experience intends to approach the paper of the Occupational Therapist that through the weekly accompaniments in the school, domicile and/or in the community, provide guidelines and necessary adaptations to the areas of alternative communication and activity of the daily life. This experience detaches the relevance of the Occupational Therapist in this process, professional who if makes use to know and to understand the partner-cultural context of the users, assisting them in the solution of its problems.

**KEY WORDS:** Occupational Therapy, Multiple Deficiency, Ecological Functional Model, Communication, Social Inclusion.

<sup>1</sup> Relato de experiência desenvolvida no Instituto de Cegos da Bahia - Rua São José de Baixo, nº 55, Barbalho, Salvador - BA - CEP: 40.300-770. Tel: (71) 3242-1073 - e-mail: icb@institutodecegos.org.br

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional do Instituto de Cegos da Bahia. E-mail: carinamvieira@yahoo.com.br

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional do Instituto de Cegos da Bahia. E-mail: marilvia@uol.com.br

## Introdução

O Instituto de Cegos da Bahia (ICB) é uma instituição não governamental, que atua na área da deficiência visual há setenta e quatro anos e tem como principal meta a inclusão educacional e social do deficiente visual. O acompanhamento às crianças no ICB inicia-se no Centro de Intervenção Precoce (0 a 5 anos), seguido do atendimento no Centro de Educação Complementar (CEC), onde é oferecido o currículo complementar para o aluno deficiente visual através das aulas de braille, sorobã, escrita cursiva, orientação e mobilidade (OM), atividade de vida diária (AVD), atividades esportivas adaptadas, educação musical, informática e oficina pré-profissionalizante. O CEC também oferece atendimento a crianças e adolescentes com múltiplas deficiências sensoriais.

De acordo com a Cartilha "A Educação Especial na Classe Regular", publicada pela Secretaria Municipal da Educação e Cultura (SALVADOR, 1999), são chamados portadores de deficiências múltiplas aqueles que apresentam duas ou mais deficiências primárias (mental, visual, auditiva ou física) com comprometimentos que acarretam atrasos no desenvolvimento global e na capacidade adaptativa. Essa definição amplia a caracterização da deficiência múltipla, não restringindo à junção de duas ou mais deficiências, mas abrangendo as consequências destas "limitações" para o desenvolvimento, realização das atividades cotidianas e inclusão social.

O termo múltipla deficiência tem sido utilizado, com frequência, para caracterizar o conjunto de duas ou mais deficiências associadas de ordem física, sensorial, mental, emocional ou de comportamento social. No entanto, não é a somatória dessas alterações que caracterizam a múltipla deficiência, mas sim o nível de desenvolvimento, as possibilidades funcionais, de comunicação, interação social e de aprendizagem é que determinam as necessidades educacionais dessas pessoas (BRASIL, 2002, p.11).

O trabalho na área da deficiência múltipla do CEC iniciou-se há oito anos, a partir do aumento do número de alunos<sup>1</sup> com este diagnóstico, matriculados na instituição. O perfil destes alunos era composto de crianças e adolescentes, com histórias de fracasso ou rejeição no processo de inclusão escolar e provenientes de famílias de baixa renda. Até 2003, esses alunos eram acompanhados por duas professoras em dois grupos (um de crianças e outro de adolescentes) e participavam de atendimentos individuais de Terapia Ocupacional e Educação Física, numa perspectiva multidisciplinar.

Nos quatro anos iniciais, foram observados pequenos avanços na comunicação, desempenho ocupacional, motricidade, aprendizagem e inclusão escolar da clientela, levando a equipe a refletir, discutir, estudar e repensar novas propostas de trabalho que se adequassem às necessidades reais dos alunos e familiares.

A partir dos dados colhidos em entrevistas com os genitores e durante a avaliação técnico-pedagógica do tra-

balho desenvolvido em 2003, foi evidenciada a necessidade de focarmos o nosso trabalho em três grandes áreas: comunicação, orientação e mobilidade, e atividades da vida diária, sendo a primeira apontada como a principal.

Em 2004, com a equipe atuando de forma interdisciplinar (duas terapeutas ocupacionais, um educador físico e duas professoras), foi iniciado um novo programa para as crianças e jovens com deficiência múltipla, fundamentado no Modelo Ecológico Funcional, visando o desenvolvimento da autonomia e inclusão social desses usuários.

## Compreendendo o Modelo Ecológico Funcional

O Modelo Ecológico Funcional, descrito e utilizado em trabalhos desenvolvidos na área da deficiência múltipla, surge da combinação de duas concepções teóricas: a abordagem ecológica e o currículo funcional, que enfatizam a interdependência existente entre a pessoa em desenvolvimento e o contexto em que se insere.

Nas últimas décadas os programas educacionais voltados ao atendimento de crianças com múltipla deficiência como o programa Hilton Perkins, EUA, para crianças surdocegas e com alterações neuromotoras, ICEVI - Conselho Internacional de Educação de Pessoas com Deficiência Visual e Múltipla (1992), o SHI, Suécia e o Instituto Bartiméus, Holanda, recomendam para educação de alunos com múltipla deficiência, proposta pedagógica na abordagem ecológica voltada a modificação do meio e participação ativa da família e do sistema comunitário (BRASIL, 2002, p.44).

A partir de uma perspectiva sistêmica, as ações humanas são vistas como dependentes e relacionadas diretamente com os aspectos do meio em que o indivíduo vive ou se relaciona. Assim, eventos que ocorrem num determinado ambiente poderão oferecer influências positivas ou negativas no processo de desenvolvimento dos indivíduos que se relacionam de maneira direta ou indireta com este ambiente.

A abordagem ecológica envolve a criança na sua família, os valores pessoais, a cultura, o meio social, a creche, a pré-escola e os próprios recursos comunitários disponíveis para oferecer apoio e suporte nas interações, no desenvolvimento e aprendizagem da criança (BRASIL, 2002, p. 44).

Esse modelo se dedica a observar o comportamento das pessoas e auxiliá-las em mais de um ambiente, ou seja, nos diversos sistemas que ela convive. Bronfenbrenner (1996) relata que a estrutura do ambiente ecológico é concebida como se estendendo muito além da situação imediata. Para esse autor, deve ser dada igual importância às interconexões existentes nos diversos ambientes e aos vínculos entre eles. Não só ao ambiente em que o indivíduo participa diretamente, mas também naqueles que talvez ele nunca entre, nos quais ocorrem eventos que podem afetá-lo, como por

<sup>1</sup> Durante o texto daremos preferência à utilização da nomenclatura "aluno" para referir à clientela em questão, por ser o termo utilizado usualmente no ICB, instituição com caráter clínico e educacional.

exemplo, as condições de trabalho dos pais. A mediação e a modificação do meio são fundamentais para propiciar oportunidades de aprendizagem (BRASIL, 2002).

Conhecer, então, as características do ambiente familiar, escolar e a comunidade, considerados ambientes naturais dos alunos, seus interesses e necessidades e as expectativas dos familiares, torna-se fundamental dentro de uma abordagem ecológica. O foco central nessa abordagem é o processo de interação, comunicação e relação da criança e sua família, que está de acordo com o documento oficial.

O currículo funcional sugere a estimulação de habilidades que possam ser utilizadas no ambiente natural do aluno. Jesus (1998) descreve como habilidades funcionais aquelas freqüentemente exigidas nos ambientes domésticos e na comunidade. Em outras palavras, esse currículo prioriza a utilização de atividades significativas e que contemplem as seguintes áreas: AVD's, lazer, educação, vida comunitária e trabalho, oferecendo oportunidades para o aluno utilizar seus estilos de aprendizagem.

O currículo chama-se funcional porque busca meios úteis e funcionais para melhorar o desempenho global, o desenvolvimento de competência social, o acesso ao conhecimento, à cultura e às formas de trabalho valorizadas pela comunidade à qual os educandos pertencem (BRASIL, 2002, p.46).

Assim como a abordagem ecológica, a proposta funcional também é centrada nas necessidades atuais do aluno e de sua família, valoriza a construção do conhecimento em grupo, considera o ambiente em que o aluno vive e sua faixa etária; as atividades desenvolvidas apresentam relação com a sua vida diária e as famílias participam ativamente no processo de aprendizagem da criança ou adolescente.

O trabalho fundamentado no Modelo Ecológico Funcional do CEC ressalta o ambiente natural da criança como local propício ao ensino das habilidades de linguagem e comunicação (PAULA e NUNES, 2003) e sugere que a proposta pedagógica abranja três áreas do currículo funcional: Orientação e Mobilidade (OM), Atividades da Vida Diária (AVD) e Comunicação, escolhidas diante da análise das principais necessidades e interesses dos alunos e familiares, já descrita anteriormente.

## A Abordagem Ecológica e Funcional no CEC

Atualmente, os dois grupos de múltipla deficiência do CEC possuem, no total, sete alunos, sendo um grupo com três crianças e outro com quatro adolescentes, coordenados

por duas professoras e uma equipe de suporte formada por duas terapeutas ocupacionais e um educador físico. Para uma melhor caracterização da clientela atendida, segue o quadro abaixo, composto por diagnóstico, faixa etária e gênero dos sete alunos.

**Quadro 1. PERFIL DOS ALUNOS COM MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA DO CEC**

SEXO	DIAGNÓSTICO	IDADE
Feminino	Transtorno invasivo do desenvolvimento (autismo) e deficiência visual (cegueira)	18
Feminino	Transtorno invasivo do desenvolvimento (autismo) e deficiência visual (cegueira)	18
Masculino	Deficiência mental e deficiência visual (cegueira)	17
Feminino	Síndrome de Down e deficiência visual (cegueira)	15
Masculino	Microcefalia e deficiência visual (baixa visão)	10
Feminino	Síndrome de Goltz-Gorlin e deficiência visual (cegueira)	09
Feminino	Síndrome da fenda facial mediana, deficiência mental e deficiência visual (cegueira)	08

Ancorado nessa abordagem teórica, o objetivo geral do trabalho com os alunos é possibilitar oportunidades para o desenvolvimento da capacidade de comunicação, orientação espacial e temporal e independência nas atividades cotidianas, visando a inclusão em seu grupo social (família, escola e comunidade). Na busca incessante de ajudar a criança e o adolescente a adquirirem autonomia nos ambientes onde se encontram inseridos, a equipe trabalha com algumas metas a serem alcançadas, como:

- possibilitar a formação de habilidades sociais garantindo a integração da criança e do adolescente no grupo de sua convivência;
- favorecer o desenvolvimento de hábitos adequados de higiene, vestuário e alimentação;
- estimular o desenvolvimento cognitivo por meio da ludicidade e de atividades funcionais;
- estimular o uso da comunicação alternativa (objetos de referência) facilitando a expressão e a compreensão dos desejos, sentimentos e troca de informações;
- proporcionar o desenvolvimento de maior independência nas atividades de orientação e mobilidade;
- identificar o que ocasiona condutas inadequadas tentando neutralizá-las e oferecer outras formas de comunicação.

Com relação aos aspectos metodológicos, o Modelo Ecológico Funcional aplicado no CEC busca alcançar estas metas expostas através da realização de atividades significativas que abranjam concomitantemente os aspectos relacionados à AVD, OM e à Comunicação. Essas áreas são trabalhadas de forma contextualizada durante as atividades internas, visitas domiciliares e atividades externas.

Diante da dificuldade dos familiares e profissionais em compreender os desejos dos alunos, que não se expressam de maneira efetiva pela comunicação oral e conhecendo a importância desta para o desenvolvimento humano, a busca por formas de comunicação alternativa para pessoas com deficiência visual passou a ser um investimento da equipe. O grande obstáculo, muitas vezes, não é a deficiência, mas a inadequação na forma que os adultos utilizam para se comunicar, interagir e lidar com essas crianças e adolescentes (BRASIL, 2002).

Levando-se em conta que 86% do alunado possui di-

agnóstico de cegueira associada a outras deficiências, decidimos iniciar nosso trabalho com a utilização de objetos de referência. De acordo com Ockelford (2002), objetos de referência são aqueles que têm significados especiais associados a eles. Servem para antecipar horários, lugares, pessoas e ações, ou seja, representam simbolicamente estas atividades, antecipam acontecimentos e favorecem a organização da pessoa com relação ao tempo e ao espaço.

Para exemplificar esta ação, propomos a análise da atividade de brincar na piscina do ICB: antes de realizar a atividade, junto com a informação oral, os alunos tocam numa bóia (objeto de referência da piscina). No momento em que os alunos se deslocam da sala para o banheiro e do banheiro para a piscina, são passadas orientações sobre técnicas básicas de orientação e mobilidade. Ao trocar de roupa, são estimulados a realizar a AVD de vestuário com independência, e na atividade lúdica na água, vivenciam situações que demandam a utilização dos diversos tipos de comunicação, para escolher um brinquedo, sair da atividade, pedir ajuda, reclamar, entre outras.

Nesse exemplo, tentamos criar situações reais e significativas para que os alunos se comuniquem com os parceiros, fazendo uso de formas alternativas de comunicação (no caso, objetos de referência). Sabemos que a comunicação se dá em todos os contextos: ao estabelecer uma relação com outra pessoa, escutar orientações, receber informações e ao se expressar. Porém, para haver comunicação, temos que ter algo significativo a dizer, a quem falar, uma forma de dizer e uma razão para dizer, necessitando assim que o aluno participe de vivências que o estimulem a comunicar.

Semanalmente, a família participa de alguma atividade com o aluno, pois é preciso envolvê-la para que o trabalho seja funcional, tendo continuidade no ambiente extra-escolar. Assim, ela também nos auxilia fornecendo dados que ajudam na elaboração das estratégias de ação. Acreditamos que os familiares, profissionais e toda comunidade escolar poderão se engajar nesta proposta, pois a comunicação só terá significado e utilidade se for compreendida em todos os espaços nos quais os alunos transitam.

Outro aspecto importante desta abordagem é a organização do ambiente e das atividades: as salas do ICB foram sinalizadas com objetos de

referência, oferecendo pistas para os alunos; além disto, foi necessário organizar uma rotina, que envolvesse as principais demandas relatadas pelos familiares. Elaboramos uma rotina para os três dias de atendimentos semanais e reservamos os outros dois dias para as visitas domiciliares, acompanhamento no processo de inclusão escolar dos alunos e/ou atividades de lazer na comunidade, que serão descritas posteriormente.

Serpa (2002) relata que as atividades de rotina permitem à criança entender o mundo e aprender através da repetição. Castro (2001) complementa que a vida é uma rede de trocas e de relações humanas; portanto, aí, o cotidiano se forma e é produzido; é o mundo da rotina, no qual a repetição das atividades permite a recriação permanente da vida social.

Para maior compreensão da organização do trabalho com atividades de rotina, será apresentado o Quadro 2, descrevendo as atividades de um turno do CEC, os objetos de referência utilizados para antecipá-las e seus objetivos. Ressaltamos que as rotinas estabelecidas poderão sofrer alterações diante das demandas dos usuários, familiares e instituição.

As Terapeutas Ocupacionais acompanham semanalmente as atividades do grupo para realização de orientações e adaptações necessárias referentes às áreas de comunicação alternativa e atividade da vida diária. Discutem ainda com os professores e familiares sobre a metodologia utilizada, novos projetos e questões específicas do usuário.

Na Terapia Ocupacional, as atividades são recursos que proporcionam um conhecimento e uma experiência que auxiliam na transformação de rotinas e ordens estabelecidas e oferecem às pessoas instrumentos que sejam para seu próprio uso, ampliando a comunicação, permitindo crescimento pessoal, autonomia, interação social e inclusão cultural (CASTRO, 2001, p.56-57).

## Quadro 2. ROTINA DA SEGUNDA-FEIRA

ATIVIDADES	OBJETOS DE REFERÊNCIA OU PISTA	OBJETIVOS
Acolhimento	Crachás com nomes e objetos de referência	Organização espacial e temporal. Identificação.
Música com reconhecimento das pessoas presentes	Música	Noção temporal e espacial. Socialização.
Preenchimento dos murais: tempo, calendário e datas comemorativas.	Música: "Como está o tempo"	Noção temporal e espacial. Contato com a escrita e com a leitura (negro e Braille).
Relato do final de semana e registro no caderno de experiências reais	Objetos referentes aos locais frequentados no final de semana	Estimular as atividades de lazer. Participação da família. Contato com a escrita.
Brinquedoteca ou Oficina literária	Brinquedo ou livro adaptado	Estimulação sensorial. Concentração. Exploração adequada de objetos. Contato com a escrita e com a leitura (negro e Braille).
Lanche no refeitório	Sirene	Independência nas AVD's. Socialização.
Preparar para atividade lúdica na piscina	Bóia	Independência nas AVD's.
Atividade na piscina	Deslocamento e espaço diferente	Contato com jogos. Socialização. Mobilidade.
Tomar banho e se arrumar	Sabonete	Independência nas AVD's. Estimulação multissensorial.
Ir embora	Mochila	Noção temporal e espacial. Independência nas AVD's.

Apesar da proposta ser realizada através de atendimentos em grupo de alunos, quando é detectada pela equipe a necessidade de um atendimento individual com algum especialista, o aluno é encaminhado. As aulas de educação física usualmente são realizadas em grupo, e nas atividades mensais de lazer na comunidade, toda a equipe participa.

As atividades devem ser vistas e valorizadas como elemento articulador entre o sujeito e sua comunidade, representando assim, oportunidades de encontro e diálogo entre os diferentes indivíduos da sociedade e possibilitando a emergência de produções significativas e desalienadoras, que envolvem um sujeito inserido em determinado tempo e espaço (CASTRO, 2001, p.45).

As atividades de lazer, acompanhamento a creches e escolas e visitas domiciliares nos fornecem informações sobre o real contexto dos alunos e tornam-se ambientes propícios por serem mais significativos. Até o momento, já foram realizados passeios para a praia, praças da comunidade, mercado, zoológico, museu, trem do subúrbio ferroviário, *shopping*, parque da cidade, casa de familiares ou colegas e clube.

Nas visitas domiciliares, conhecemos melhor o ambiente, a rotina, os valores e os hábitos das famílias; mapeamos e fazemos contato com recursos na comunidade que são úteis para o aluno; estimulamos a família a se empenhar e a ajudar na aprendizagem da pessoa com deficiência; observamos a participação do aluno em sua casa e em outros ambientes; auxiliamos na estruturação do ambiente, considerando fatores como iluminação, organização dos móveis e materiais, acústica, rotina e organização do calendário; avaliamos os aspectos relacionados à comunicação, AVD e OM; orientamos o aluno na realização das atividades da vida diária, sugerindo e criando adaptações de baixo custo, quando necessário.

Além disso, no CEC desenvolvemos o programa de inclusão escolar, que inicia logo após a matrícula do aluno na escola regular. Esse programa é composto por acompanhamentos periódicos nas escolas e cursos de formação continuada para os professores das escolas regulares. A partir da demanda do aluno e da escola, desenvolvemos nossa proposta de trabalho que envolve sensibilizações, palestras, orientações, adaptações de materiais, indicações de recursos de tecnologia assistiva, sugestões para organização dos ambientes e adaptações curriculares.

## Considerações Finais

A criança e o adolescente com múltipla deficiência necessitam de programas e estratégias pedagógicas diferenciadas, adequadas à sua faixa etária e a necessidades específicas.

A criança multideficiente com deficiência visual tem o acesso à informação mais limitado, podendo diminuir a sua motivação para explorar o mundo que a rodeia, iniciar interações e participar ativamente em todas as atividades do seu dia a dia. Através de estratégias educativas adequadas às suas capacidades e necessidades e com a criação de ambientes e oportunidades de aprendizagem adequadas, o educador pode ajudá-la a compreender melhor os cenários que a envolvem (NUNES, 2000, p.2).

O Modelo Ecológico Funcional tem contribuído para a estruturação e fundamentação das propostas de trabalho desenvolvidas para esta clientela, priorizando o desenvolvimento de habilidades funcionais, de preferência nos ambientes que essas pessoas vivem, respeitando a individualidade do aluno e favorecendo a participação ativa das famílias nos processos de aprendizagem destes usuários. Surge, contestando o modelo curricular tradicional e desenvolvimentista, ainda utilizado nas escolas regulares, tirando o foco dos livros de textos e se detendo em conteúdos significativos que poderão ser utilizados nas atividades cotidianas.

Dentro desta perspectiva, os desejos dos alunos do CEC e familiares são respeitados e eles são estimulados a participarem ativamente na construção de seu próprio conhecimento. Dessa forma, acreditamos que a família e os educadores são facilitadores da aprendizagem e devem oportunizar ao usuário experiências significativas e possibilidades de escolha.

Semanalmente, a equipe técnico-pedagógica, envolvendo os familiares, tem se reunido para planejar as atividades, partilhar os diferentes tipos de saberes, discutir e avaliar as ações desenvolvidas. Essa organização atual da equipe demonstra a existência de um processo de transformação de um trabalho interdisciplinar para uma abordagem transdisciplinar, onde se recusa toda atitude que evite o diálogo e a discussão.

Nessa experiência de trabalho do CEC percebemos que o referencial teórico, a organização da equipe e a metodologia utilizada têm contribuído para a participação mais ativa dos familiares e desenvolvimento dos alunos nas áreas de comunicação, orientação e mobilidade e atividade da vida diária, três aspectos do currículo funcional importantes para aquisição de capacidades básicas de autonomia.

A Terapia Ocupacional, nesta perspectiva ecológica e funcional, busca analisar as atividades cotidianas, educacionais e de lazer desses alunos e propor meios que favoreçam a participação e independência destes sujeitos nas ações. Em conjunto com a equipe, esse profissional propõe e elabora estratégias para realização das atividades da vida diária, organização do ambiente, estabelecimentos de rotinas, utilização de objetos de referência e/ou outras formas de comunicação alternativa, adaptações de mobiliário, instrumentos e atividades.

Com relação aos resultados, em 2004 havia apenas um aluno incluído em escola regular; atualmente, três dos alunos atendidos pelo CEC estão incluídos nessas escolas, havendo ainda dificuldades dos familiares em matriculá-los em escolas públicas, pois estas alegam não possuírem classes especiais. Acreditamos que o aumento desse número deve-se ao trabalho de parceria que o ICB vem desenvolvendo com as escolas e familiares.

Podemos perceber um maior envolvimento dos familiares, a partir da participação dos mesmos como membros da equipe na elaboração da proposta funcional e pedagógica.

Na área de AVD, percebemos alguns avanços: três alunos que antes se alimentavam apenas de pastosos, estão iniciando a alimentação sólida; dois deles tentam levar a colher à boca e aceitam sentar em cadeiras durante esta atividade; todos auxiliam durante a troca de roupas e cinco

participam mais ativamente das atividades ligadas à higiene (escovar os dentes e banho), necessitando ainda de orientações verbais. O envolvimento da família e a realização destas atividades nos ambientes cotidianos favoreceram o interesse e consequente aprendizado destes usuários, que passaram a ocupar um outro lugar na família, sendo respeitados nos seus direitos, desejos e necessidades.

Com a utilização dos objetos de referência, os alunos passaram a demonstrar melhor compreensão das rotinas e menor ansiedade, o que sinaliza um avanço na comunicação.

Esse trabalho não poderia ser funcional sem os dados oferecidos pela avaliação oftalmológica como: diagnóstico, acuidade e campo visual, recursos ópticos e não ópticos indicados e luminosidade. Da mesma forma, a família, a escola, os profissionais e principalmente o sujeito envolvido, auxiliam no trabalho deste médico através de informações sobre o uso funcional da visão ou dos outros sentidos.

Compreendemos que cada ser é único e que as estratégias educativas adequadas para uma pessoa não necessariamente estarão adequadas à outra, porém reforçamos que a abordagem e a metodologia descritas anteriormente têm auxiliado no desenvolvimento dos alunos dos grupos de múltipla deficiência do CEC.

Conclui-se que o Terapeuta Ocupacional, fundamentado no Modelo Ecológico e Funcional, contribui para a efetivação de trabalhos com crianças e adolescentes com múltipla deficiência, ao considerar seus contextos de vida, conhecer as necessidades dos alunos e familiares e propor atividades que eles possam desenvolver nos seus cotidianos.

## Referências Bibliográficas

BRASIL, Ministério da Educação. **Estratégias e Orientações Pedagógicas para a Educação de Crianças com Necessidades Educacionais Especiais: Dificuldades Acentuadas de Aprendizagem: Deficiência Múltipla**. Secretária de Educação Especial – Brasília: MEC; SEESP, 2002.

BRONFENBRENNER, Urie. **A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados**. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes

Médicas, 1996.

CASTRO, Eliane Dias D. et al. **Atividades Humanas e Terapia Ocupacional**. In: DE CARLO, Marysia Mara R. do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo (Orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001, p. 41-59.

JESUS, Elisabeth Ferreira de. **Deficiência Múltipla e o Modelo Ecológico Funcional**. *Revista Benjamin Constant/MEC*, Rio de Janeiro: IBCENTRO, v. 1, n.1, 1998.

NUNES, Maria Clarisse Alexandrino. **Aprendizagem Activa na Criança Multideficiente com Deficiência Visual: Um Guia para Educadores**. WATERTOWN, MASS.U.S.A: Educational Leadership Program - Perkins School for the Blind, 2000.

OCKELFORD, Adam. **Objects of reference**; Royal National Institute for the Blind, 1993. **Objetos de Referência, Promovendo o Desenvolvimento de Conceitos e Habilidades de Comunicação em Crianças com Deficiência Visual e Dificuldades de Aprendizagem**. Tradução: Sylvia Miguel – Projeto AHIMSA – HILTON PERKINS, 2002.

PAULA, Kely & NUNES, Leila Regina. **A Comunicação Alternativa no Contexto do Ensino Naturalístico**. In: NUNES, Leila Regina (Org.). **Favorecendo o Desenvolvimento da Comunicação em Crianças e Jovens com Necessidades Educacionais Especiais**. Rio de Janeiro: Dunya, 2003, p.93-109.

SALVADOR, Secretaria Municipal da Educação e Cultura. **A Educação Especial na Classe Regular: Fundamentos para a Prática Educacional na Rede Municipal**, 2ª ed., Salvador: Secretaria Municipal de Educação e Cultura, 1999, 20 p.

SERPA, Ximena. **Manual para Pais de Surdocegos e Múltiplos Deficientes Sensoriais: Ensino a criança surdocega**. 2002; Apoio: SENSE Internacional; Tradutora: Lilia Giacomini; Tradução em português: Grupo Brasil de Apoio ao Surdocego e ao Múltiplo Deficiente Sensorial; Colaboração e revisão: Isabel Amaral. Brasil: Editora Liotti Del Arco, 2003.

# Atenção da terapia ocupacional com gestantes de alto risco: uma experiência no Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia

Ana Marta Vieira Ponte<sup>1</sup>

**RESUMO:** Esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência do estágio de Terapia Ocupacional em Neonatologia do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. O trabalho foi realizado no Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia – Iperba. Serão enfocados os grupos de Terapia Ocupacional com gestantes de alto risco.

**DESCRIPTORIOS:** Gestantes de alto risco. Terapia Ocupacional.

**ABSTRACT:** This work has as objective to tell the experience of the period of training of Occupational Therapy in Neonatology of the course of Occupational Therapy of Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. The work was carried through in the Institute of Perinatologia of the State of the Bahia, having distinguished the performance of the Occupational Therapy with gestantes of high risk.

**KEY WORDS:** Gestantes of risk. Occupational Therapy.

## Introdução

O presente artigo desenvolve-se a partir da experiência de estágio curricular na área de Atenção à Criança e Adolescente - Neonatologia, do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC). Esta experiência ocorreu nos anos de 2005 e 2006, no Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia (Iperba), situado na cidade de Salvador, por onde passaram 22 alunos do Curso.

A Terapia Ocupacional em Neonatologia está inserida não exclusivamente na atenção ao recém nascido (RN), mas em todos os processos que interferem na integridade do bebê e de sua mãe: as condições da gravidez, do nascimento e do desenvolvimento. O objetivo do terapeuta ocupacional, nesta área, é oferecer assistência ao RN e a sua família nas principais fases que influenciarão na condição motora, sensorial e

de interação do RN com o ambiente. O estágio acontece na maternidade, local que apresenta as mais precoces situações que envolvem o RN e sua mãe, podendo-se atuar muito cedo nesta diáde.

O estágio em Neonatologia possibilita ao aluno de Terapia Ocupacional vivenciar a intervenção nesta área já que, na cidade, este tipo de assistência não está disponibilizada. Em outros estados, tais como Alagoas, Pernambuco e Ceará, isto já acontece há algum tempo. O estágio tem como objetivo possibilitar ao estagiário a experiência de intervenção da Terapia Ocupacional na área de Neonatologia com base no conhecimento teórico-curricular, e proporcionar aos alunos o exercício de identificação de problemas, elaboração e operacionalização de ações dentro da maternidade.

Durante o estágio foram criados três projetos de atuação: a) Projeto Gestantes de Risco, que utilizou os grupos com gestantes de risco como recurso para proporcionar às

<sup>1</sup> Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail: anamartaponte@yahoo.com.br

mulheres um espaço de troca de experiências e reflexão sobre a gestação, diminuindo o impacto da hospitalização; b) Projeto Mãe Canguru<sup>2</sup>, de assistência às mães do Programa Mãe Canguru, tendo como objetivo potencializar as vantagens pré estabelecidas pelo Método Canguru, reforçar para os pais a importância do Método no desenvolvimento do bebê e proporcionar maior interação entre as mães; c) Projeto Alojamento Conjunto<sup>3</sup>, com avaliações padronizadas identificando alterações nos RNs e encaminhamento para serviços especializados, no intuito de atenção preventiva que evite tratamentos tardios. Quando necessário, é realizado o acompanhamento domiciliar das crianças. Esse trabalho favoreceu a realização de ações preventivas e contribuiu para diminuição dos efeitos da hospitalização. Assim, obteve-se uma assistência mais global ao processo que envolve o recém nascido e sua mãe.

Este artigo apresenta e discute o Projeto Gestante de Risco. O trabalho realizado durante o estágio com as gestantes de risco internadas no Iperba trouxe reflexões e discussões sobre o papel da mulher na família, a influência da gravidez na vida cotidiana e o impacto da hospitalização.

## Conhecendo a gestação de risco no processo de hospitalização

A gravidez é um processo natural, que normalmente transcorre sem problemas ou traumas. Apesar desse fato, há pequena parcela de gestantes que, por terem características específicas, ou por sofrerem algum agravo, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para a mãe. Essa parcela constitui o grupo chamado de "gestantes de alto risco". Há quatro fatores de risco para gestantes na população brasileira: 1) aquele com características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; 2) com história reprodutiva anterior à gestação atual; 3) ocorrência de doenças obstétricas na gestação atual, e 4) intercorrências clínicas (BRASIL, 2000). Hipertensão arterial materna, diabetes mellitus, diabete gestacional, síndromes hemorrágicas, trabalho de parto prematuro, alteração do volume do líquido amniótico, gestação múltipla, toxoplasmose, rubéola, sífilis, entre outros, são alguns exemplos de doenças obstétricas e intercorrências clínicas.

Sabe-se que a gestação de alto risco é uma ameaça ao bebê no período pré, peri e pós natal, podendo trazer desvios no desenvolvimento da criança. Segundo Kuban e Leviton (1994), os fatores acima fazem parte da etiopatogenia de crianças com paralisia cerebral.

Segundo Reis e Ribeiro (2006), essas situações nos lembram que nem todas as pessoas são iguais e que nem toda gestação decorre tranquilamente. Algumas podem trazer danos permanentes à saúde da mãe ou comprometer a saúde do bebê. Outras podem resultar em morte ou em aborto. Para a maioria das mulheres, suas necessidades de saúde são re-

solvidas com cuidados e procedimentos simples. Para outras, as necessidades a serem resolvidas exigem cuidados, exames, equipamentos mais complexos e, até mesmo, a hospitalização.

A hospitalização, tão comum quanto por vezes necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como fator estressante adicional. A gestante é inserida num ambiente em que o foco é a doença, é afastada do suporte familiar, privada do seu cotidiano, vivendo a dependência imposta e a perda de autonomia.

Guimarães (1998) diz que no contexto do tratamento hospitalar as pacientes são submetidas aos mais variados procedimentos técnicos muitas vezes dolorosos e estressantes, tais como exames invasivos, medicações, curativos e cirurgias. Ficam temporária ou permanentemente dependentes dos cuidados e decisões de pessoas que lhes são estranhas, o que faz com que sua privacidade seja interrompida. O ambiente não lhes é familiar, sujeitam-se a uma série de normas e rotinas pré estabelecidas e não tomam suas próprias decisões. A doença e todo o estresse gerado pela internação e tratamento podem levar as pacientes a se sentirem inseguras, com medo, ansiosas, deprimidas, com baixa auto-estima, envergonhadas de si mesmas e com sensação de inutilidade. Diante de todos esses aspectos, a experiência de ter um filho em situação de risco é desgastante e desafiadora para os pais, fazendo com que estes procurem apoio formalmente nos profissionais de saúde para suportar as dificuldades dessa experiência.

O Instituto de Perinatologia do Estado da Bahia (IPERBA) oferece atendimento à gestante de alto risco durante a permanência desta ou de seu filho hospitalizado. O tratamento ou internação de gestantes de alto risco no IPERBA pode se dar por período curto ou se prolongar por dias, semanas e até meses, de acordo com a complexidade do mesmo. As pacientes são afastadas de sua vida de relações cotidianas, de sua casa, família, amigos, trabalho, escola, lazer. Estão desprovidas de sua autonomia para tomar algumas decisões e fazer escolhas. Na maioria das vezes, a internação leva as mulheres a voltarem-se somente para a doença e todos estes fatores, isolados ou somados, podem acarretar ou exacerbar estados de ansiedade e/ou depressão.

## Quem são as gestantes de risco do IPERBA

Refletindo sobre os aspectos levantados acima, foi desenvolvido um trabalho voltado à assistência das gestantes de alto risco internadas no Iperba. Esta Maternidade foi fundada em 12 de janeiro de 1975 e é uma instituição pública integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), considerada modelo na assistência obstétrica, neonatal e ginecológica no Estado da Bahia e também referência no atendimento às gestantes de risco e mulheres vítimas de violência sexual. Além dessa área hospitalar com atendimento 24 horas, há

<sup>1</sup> O Projeto Mãe Canguru é um tipo de assistência neonatal que implica em contato pele a pele precoce entre a mãe e o recém nascido de baixo peso, de forma crescente e pelo tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, uma maior participação dos pais no cuidado a seu recém nascido (BRASIL, 2001).

<sup>2</sup> Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2007), Alojamento Conjunto é um sistema hospitalar em que o recém nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, em um mesmo ambiente até a alta hospitalar.

um atendimento ambulatorial que é realizado por profissionais de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Medicina. Estes técnicos acompanham o desenvolvimento dos bebês que apresentam situação de risco (bebê pré-termo) ou com algum comprometimento após alta hospitalar.

O Projeto Gestante de Risco iniciou-se a partir de um levantamento sobre o perfil sócio-demográfico e sobre a demanda dessas mulheres para, a partir dessas informações, desenvolver um plano de ação efetivo e contextualizado.

Para realização do levantamento foi utilizado um questionário semi aberto que teve como objetivo conhecer alguns aspectos que envolvem a gestante no processo de hospitalização: a) identificação da gestante (estado civil, idade, número de filhos; escolaridade, profissão, renda familiar, condições de moradia), b) internação (período da gravidez; gravidez planejada, fez pré-natal; motivo da internação, tempo da internação, sente falta de alguma atividade, qual atividade gostaria de desenvolver), e c) questões relacionadas a possíveis situações de violência ou agressão ocorridas durante a gestação.

Entre os anos de 2005 e 2006 foram identificadas 233 gestantes de risco. Quando se compara o perfil das gestantes neste período, percebe-se que as mulheres situavam-se na faixa etária entre 19 e 34 anos, com segundo grau incompleto, trabalhavam fora, possuíam renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos, não planejaram a gravidez, estavam no terceiro trimestre de gestação, apresentavam diabetes e estavam internadas a menos de 5 dias.

A partir do perfil apresentado, um ponto que chama a atenção nos dois anos são as respostas em relação à violência. Cerca de 15% das mulheres identificadas já tinham sofrido violência, mas não referiram tal situação nos prontuários. Segundo Morvant (2006), as mulheres vítimas de violência demonstram resistência em procurar ajuda e discutir sobre a situação, mesmo quando sofrem de doenças físicas e psicológicas. A violência é mobilizadora de angústia, ansiedade e conflitos éticos, morais, religiosos e legais, tanto para a paciente, como para alguns profissionais. O autor ainda afirma que os profissionais de saúde frequentemente são os primeiros contatos das mulheres vítimas de violência, por isso é importante que a abordagem desses profissionais seja pragmática e sensível, facilitando a identificação dos sinais de violência e prestação de cuidados necessários. A grande demanda de gestante de risco no Iperba pode ser um fator que dificulta a identificação desses sinais pela equipe do hospital.

Outro aspecto observado é que as gestantes permanecem internadas sem realizar nenhum tipo de atividade além da rotina do hospital (exames, alimentação e assistir TV). A maioria referia necessidade para realizar alguma atividade e ter informações sobre o desenvolvimento e cuidados com o bebê. As mulheres que responderam não sentir vontade de realizar atividades referiam-se ao Iperba como local de "cura", associando o hospital somente a tratamento médico. Segundo Pimentel (2006), a paciente no período de internação hospitalar vivencia um intenso sofrimento e, diante do processo de doença, muitas vezes imobiliza-se e a única saída encontrada é a passividade.

Segundo Viçosa (1997), durante a gestação acontecem

mudanças rápidas e significativas, a imagem corporal se modifica e a mulher tem que se adaptar às mudanças físicas e emocionais. Porém, todas as mulheres pensam em ter uma gestação tranqüila e um bebê sadio e bonito. No caso das gestantes de risco, as mudanças são acompanhadas pela expectativa e pelo medo da perda do bebê. Além disso, no Iperba, cerca de 72% das mulheres entrevistadas não tiveram uma gravidez planejada, tornando esse momento de mudanças ainda mais significativo.

Um aspecto interessante foi a mudança do foco de interesse das gestantes. No ano de 2005, 77% das gestantes entrevistadas falavam do desejo por atividades relacionadas ao bebê. No ano de 2006, as gestantes não estavam tão focadas no bebê, mas nas mudanças do corpo, nos riscos da gestação, auto cuidado durante a gestação e mudança do cotidiano de suas vidas. Expressavam preocupação com a família que estava em casa e o medo de perder o emprego: *"Eu estou me sentindo muito mal porque a vida das pessoas está andando e a minha vida parou lá fora."* (Z. E.). Demonstravam angústia por sentirem-se presas a um lugar – o hospital, onde vestiam roupas que não lhes pertenciam e deveriam submeter-se a regras da rotina hospitalar, tais como horários e imposições relacionadas à alimentação e visitas, por exemplo: *"Eu me sinto no Carandiru."* (M. C.). Segundo Pimentel (2006), durante o processo de hospitalização experimenta-se o sofrimento em toda amplitude, solidão, dependência dos outros, medo, o encontro com as limitações, as incapacidades, as regras e horários, o abandono, o estar no mundo sem poder expor seu estilo de ser.

A partir do levantamento, foi possível planejar os grupos. Segundo Munari e Rodrigues (1997), "um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamento a mudanças, no tratamento de crises ou ainda na manutenção ou adaptação a novas situações" (MUNARI e RODRIGUES, 1997, p. 14).

## Os Grupos com as Gestantes de Risco

Foram realizados, nos anos de 2005 e 2006, 50 grupos abertos acontecendo uma vez por semana, com duração de 1 hora. Todas as gestantes internadas no Iperba tinham acesso. Os objetivos dos grupos realizados em 2005 se diferenciaram dos grupos de 2006, pois a construção das ações centrava-se de acordo com a demanda das gestantes.

Em 2005, o trabalho teve como objetivo geral proporcionar às gestantes conhecimento sobre o desenvolvimento normal do bebê, para que tivessem a possibilidade de perceber possíveis desvios no desenvolvimento de seus filhos, facilitando a intervenção precoce e minimizando seqüelas. Além disso, visava proporcionar um momento de troca entre as mulheres, minimizando os efeitos da hospitalização. Já em 2006, o objetivo era diminuir o impacto da hospitalização e promover um espaço para discussões sobre questões relacionadas à gestante (direitos da gestante, auto cuidado, doenças, etc.). A mudança quanto aos objetivos dos grupos se deu em função da identificação de aspectos como baixa auto-estima e dificuldades na aceitação da gestante como mulher. Além destes, a fragili-

dade por estar grávida e em uma situação de "doente". Por isso, introduziu-se nos grupos a atividade de confecção de bijuteria. A possibilidade de construir algo para si ou para o outro, trouxe uma nova perspectiva para essas mulheres.

À medida em que os encontros aconteciam, novas perspectivas, dúvidas e dificuldades apareciam e foi a partir da demanda das gestantes que o grupo foi direcionado. No começo do trabalho, algumas gestantes não se motivaram para participar do grupo. Para elas, não era possível realizar atividades que não fossem da rotina hospitalar. Foram realizados alguns atendimentos individuais e outros, na própria enfermaria, resgatando a possibilidade de "fazer" das mulheres, de se sentirem ativas no hospital, no tratamento e em suas escolhas.

Para a realização dos grupos, foram utilizadas atividades de confecção de bijuteria, colagem, construção de mural, brinquedos e confecção de cartilhas sobre cuidados com o bebê. Os encontros abordaram temas variados, como: primeiros cuidados e desenvolvimento do bebê; importância do brincar para o desenvolvimento da criança; alterações do corpo decorrentes da gestação; direito das gestantes; planejamento familiar; internação e parto; hospitalização; auto-cuidado durante a gravidez; violência; patologias relacionadas à gestação de risco; sintomas da gestação, entre outros. Ao término de cada grupo, os trabalhos construídos pelas gestantes eram expostos por elas em espaço determinado nas dependências do hospital.

As atividades permitem viver um processo que possibilite dar forma às desordens internas vividas já que, por meio do fazer (atos, ações, atividades), o paciente pode conhecer-se como um sujeito que cria, atua, reconhece, organiza e gerencia o seu cotidiano concreto (FRANCISCO, 2001, p. 54).

No primeiro grupo, durante os encontros, houve melhor interação entre as gestantes, havendo uma maior procura e assiduidade. As mulheres comentavam sobre as atividades e discussões com as gestantes que não participavam do grupo e isso fez com que o número de participantes aumentasse a cada encontro. Através das atividades, as participantes trouxeram dúvidas e experiências sobre os temas propostos. As gestantes se mostravam participativas, comprometidas e expressavam contentamento pelas atividades, que minimizavam os efeitos da hospitalização. Muitas vezes as gestantes sugeriram temas para os encontros como "primeiros cuidados com o bebê", "como carregar o bebê", "como o bebê se desenvolve", "os direitos das gestantes", entre outros, o que enriqueceu ainda mais o trabalho realizado. Segundo Viçosa (1997), a combinação do dizer, refletir e receber informações contribui para redução dos medos do desconhecido e, conseqüentemente, para alívio da ansiedade.

Foi observado que a gestação de risco traz grandes preocupações em relação à vida do bebê e à própria vida da mãe. Assim, o momento que deveria ser de expectativa, troca entre os pais e planos para o bebê, é interrompido, pois os pais se separam fisicamente e as expectativas restringem-se à sobrevivência. A partir disto, percebeu-se a importância de dis-

cutir a relação mãe-bebê. Segundo Winnicott (2002), a mãe imatura ou doente precisa de algum tipo de ajuda. Ainda refere que a saúde mental do indivíduo está sendo construída desde o início pela mãe, a qual oferece um ambiente facilitador. Esses grupos proporcionaram um espaço no qual as gestantes puderam trazer os desejos, expectativas e planos para esse bebê, fortalecendo a interação saudável mãe e filho.

Uma das atividades proposta foi a confecção de brinquedos. Discutiu-se como a criança explora cada brinquedo, enfocando os aspectos motores, cognitivos e sensoriais de acordo com a idade. A partir daí, cada participante construiu um brinquedo para o próprio bebê. A proposta centrava-se em chamar a atenção das mulheres para o desenvolvimento de seus bebês. Através da observação da mãe sobre a exploração que a criança faria do brinquedo por ela confeccionado, objetivava-se que ela seria capaz de identificar possíveis alterações no desenvolvimento da criança. Os bebês de uma gestação de risco também estão expostos a riscos de alterações no desenvolvimento. Muitas vezes, precisam ser encaminhados para tratamento precoce. Porém, em grande medida, essas alterações são identificadas tardiamente, restringindo a possibilidade da criança para a aquisição de algumas habilidades motoras, cognitivas e/ou sociais.

Já no segundo grupo, durante as discussões as gestantes confeccionavam bijuterias, tiravam dúvidas e trocavam experiências. A confecção de bijuteria foi escolhida por ser uma forma de representar a vaidade feminina e o auto cuidado. Durante os grupos surgiram questões sobre a sexualidade do casal, perda da libido e da vaidade. A confecção da bijuteria resgatou sentimentos de auto-estima: "*Já não me lembrava como era bom me arrumar para ficar bonita*" (B.C). Segundo Pimentel (2006, p. 3), "o "fazer" possibilita que a paciente conecte-se com o momento vivido, pense no que está acontecendo, fale de seus medos e simbólica e concretamente lide com essas questões".

## Algumas considerações

O grupo proporcionou maior interação entre as gestantes que dividiam o mesmo quarto, mas mantinham uma relação formal. Durante os encontros, além da atividade proporcionar ajuda mútua, as mulheres tiveram a oportunidade de trocar experiências, percebendo que problemas, angústias e medos não eram situações individuais e traziam um momento de reflexão sobre a própria vida. Em um dos grupos, uma gestante trouxe a experiência de ter sofrido violência. Esse tema foi discutido com opiniões e outras experiências, levando a um momento de troca e reflexão. Munari e Rodrigues (1997) afirmam que a universalidade se coloca através da interação do grupo, quando seus participantes percebem que não são os únicos que têm dúvidas e ansiedades e essa percepção parece ser reconfortante.

Como foi dito anteriormente, a hospitalização está associada a doença, dor e sofrimento. O quadro clínico de algumas gestantes de risco não apresenta sintomas de dor ou mal estar, dificultando o entendimento quanto a precisar permanecer no hospital. Essas gestantes se angustiam com cada dia da internação e referem falta da família e do

cotidiano de suas vidas: "Não sinto nada para estar aqui, sinto falta de fazer faxina, comida..." (D.A). Durante o grupo, essas situações são discutidas e as gestantes têm a oportunidade de tirar dúvidas e pensar a melhor forma de solucioná-las.

Este trabalho proporcionou, para as gestantes, outra possibilidade de estar no hospital, evidenciando o lado criativo e saudável e favorecendo uma melhora na relação dessas mulheres com sua internação, com a equipe e com o momento vivido. As gestantes passaram a solicitar um número maior de encontros e expressaram a importância desse momento para sua estrutura emocional. Os profissionais do hospital relataram que, depois dos grupos, as mulheres ficavam mais tranquilas e referiam melhora no relacionamento entre elas e os profissionais.

A gestação é um dos momentos mais significativos na vida da maioria das mulheres. É uma oportunidade de crescimento pessoal e de maturidade, que traz sentimentos de felicidade por construir uma família e de receio e medos por ser responsável por outro ser humano. A mulher, quando imagina o seu bebê, pensa em uma criança bonita, saudável e com fisionomia parecida com a sua ou a do pai. A junção desses sentimentos reforça a relação dessa mãe com o filho que irá nascer.

Quando a gestação não ocorre como esperado, a expectativa da mulher em relação ao bebê se modifica e o sentimento principal que rodeia esse momento é o medo e a ansiedade. Esse estado pode se agravar com a possível internação que evidencia a doença, e toda a rotina preparada para aquele momento é interrompida. Desse modo, a gestante precisa de um suporte para superar a situação de forma mais saudável.

Durante o trabalho realizado no Iperba, foi observado que as intervenções da Terapia Ocupacional neste contexto são possíveis, mas deve-se estar atento à realidade da população assistida e aos seus desejos. É importante ouvir cada gestante, pois apesar de estarem passando por momentos semelhantes, isso não significa que têm as mesmas necessidades; isto pôde ser visto na diferente demanda entre 2005 e 2006.

O trabalho possibilitou às gestantes manterem-se ativas, resignificando vivências e trilhando caminhos possíveis, o que foi importante para a relação saudável com o bebê e até mesmo para uma recuperação mais rápida.

## Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. Secretaria de Políticas de Saúde. 3.ed., Brasília, 2000.

BRASIL. 1. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso – Método Canguru**. Secretaria de Políticas de Saúde, Brasília, 2001.

FRANCISCO, B. R. **Terapia Ocupacional**. 2.ed. Campinas, SP: Papyrus, 2001.

GUIMARÃES, W. A. **Terapia Ocupacional na Unidade de Internação da UFMG – Hospital-Geral, Universitário**. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte, GESTO, ano X, n.1 out., 1998.

KUBAN, K., LEVITON, A. Cerebral Plasy. **N. England Journal Medicine**, v. 20, p.188-195, 1994.

MORVANT, C. **Caso ilustrativo Dathne**. Disponível em: [http://ec.europa.eu/justice\\_home](http://ec.europa.eu/justice_home). Acesso em: 03 nov. 2006.

MUNARI, D. B. e RODRIGUES, A. R. F. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: AB, 1997.

PIMENTEL, F. A. **A ruptura do cotidiano na internação hospitalar: as contribuições da Terapia Ocupacional no serviço de interconsulta em saúde mental**. Disponível em: <http://www.unifesp.br>. Acesso em: 04 nov. 2006.

REIS, A.O. e RIBEIRO, A. R. **Gestação de Alto Risco**. Disponível em: <http://www.fozdoiguacu.pr.gov.br>. Acesso em: 06 nov. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria**. Disponível em: <http://www.sbp.com.br>. Acesso em: 07 set. 2007.

VIÇOSA, G.R., **Grupos com gestantes**. In: ZIMMERMAN, D.E., OSÓRIO, L.C. **Como Trabalhamos em grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WINNICOTT, D.W.. **Os Bebês e suas Mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

## Comunicação

A-tua-ação em Terapia Ocupacional: retomando discussões<sup>1</sup>Sofia Campos dos Santos<sup>2</sup>

**RESUMO:** As reflexões sobre a atuação do terapeuta ocupacional são apresentadas a partir de uma analogia com o papel do escritor. Através do seu fazer o terapeuta ocupacional pode ajudar a escrever narrativas e acrescentar artefatos ao mundo.

**DESCRIPTORES:** Terapeuta Ocupacional. Atuação profissional.

**ABSTRACT:** The reflections about the performance of the occupational therapist are represented making an analogy to play a role the writer. Through your work, the occupational therapist can help write narratives and add artefacts to the world.

**KEY WORDS:** Occupational Therapist. Professional performance.

Quero, inicialmente, agradecer o convite para realizar a conferência de abertura da XII Semana de Terapia Ocupacional e parabenizar a comissão organizadora, especialmente às professoras Moniere Caroso e Francesca Brito. É muito interessante reencontrá-las num novo lugar: na condição de professoras do curso, organizando um evento que tantas vezes estive à frente e contando com a colaboração de vocês, quando alunas. Isso me faz pensar na grande roda que é a vida – roda viva...

A-tua-ação em Terapia Ocupacional: retomando discussões. Inicialmente perguntei-me sobre o que precisamos, devemos e queremos retomar. O que não foi discutido, avaliado, elaborado? O que precisa ser esclarecido?

Se nos prendemos à primeira proposição, remeteremos, invariavelmente, a nós mesmos. Suponho que foi esta a intenção – pelo menos foi a leitura que fiz.

Ao re-tomar a minha história, deparei-me com muitas outras histórias, cenários e personagens. Cada um, com os seus enredos... E em meio a tantas tramas e re-visões, a vida real lembrou-me da tarefa que havia assumido realizar: fazer uma conferência sobre A-tua-ação em Terapia

Ocupacional e re-tomar algumas discussões. Ou seja, era necessário definir quais as discussões que seriam retomadas, organizar idéias, minhas e de outros, para compartilhar com vocês.

Identifiquei, pelo menos, dois caminhos: um, aponta para a retomada panorâmica dos nossos fazeres e afazeres, sua importância social, aspectos éticos, mercado de trabalho etc. O outro, chama à compreensão dos elementos constitutivos da atuação, seja qual for a especialidade, área ou campo de conhecimento. Nesta fala, vou seguir o chamado e tentar retomar esta discussão.

Retomar a discussão sobre a-tua-ação em Terapia Ocupacional como se fosse possível fazer um resumo de nossa história - venturas e desventuras, pode nos levar a maniqueísmos ou apologias das idéias, pois entender a-tua-ação em Terapia Ocupacional apenas a partir de sua trama mais evidente, seria desconsiderar as diversas camadas que a constituem singular.

Em seu livro *Homens em Tempos Sombrios*, Hannah Arendt (1999) traz uma contribuição adequada ao momento. Ela se refere à tarefa de debruçar-se sobre o registro da

<sup>1</sup> Conferência de abertura da XII Semana de Terapia Ocupacional – Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, 25 de outubro de 2005.

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, Especialista em Saúde do Trabalhador e Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. E-mail: softcampos@gmail.com

história dos indivíduos, onde a história temporal é o cenário. Ou seja, o principal interesse deve ser a história de vida de homens e mulheres. Aqui, o que tem sentido e significado são, principalmente, as obras, os "artefatos" que homens e mulheres acrescentaram/acrescentam ao mundo.

Podemos pensar a-tua-ação em Terapia Ocupacional como histórias que se entrecruzam: a do terapeuta ocupacional; a dos colegas de profissão e de trabalho; a história dos usuários dos serviços e a do próprio ato de fazer Terapia Ocupacional. O ato se destaca como um tema, que se entrecruza com o que é feito. Assim, a-tua-ação em Terapia Ocupacional é uma constante narrativa sobre as mulheres e os homens que a compõem, sobre os seus atos e também sobre o processo de fazer.

Sim, lidamos com fazeres e afazeres. E "é preciso estar atento e forte" (VELOSO, 2005) para que a-tua-ação não se restrinja à mera reprodução sem a compreensão do que se fez/faz e sem compreender o mundo e enfrentá-lo, limitando o viver a um "ir vivendo à toa" (LISPECTOR, 1999, p. 29). É preciso estar atento ao "ato, à criação e seu momento" (GIL, 1979).

Lembremos, pois, que é também pelo fazer que o EU e o OUTRO vão ter acesso ao íntimo, aos sentimentos que conferem uma humanidade que, às vezes, não consegue se exteriorizar. A-tua-ação pode revelar as sensações finas, as quais nem sempre se tem acesso, porque "sangue é coisa secreta de cada um" (LISPECTOR, 1999, p. 89). Neste sentido, é fundamental refletir a-tua-ação, também, como um espaço de criação. Buscar a capacidade de "ser o outro", de despersonalizar-se para captar a existência do outro. Algo como uma despersonalização, segundo a autora, mediante a qual o poeta, superando os seus limites, reconhecendo o outro, busca expressar não a sua subjetividade, mas a condição humana.

Pensando a-tua-ação do terapeuta ocupacional análoga a do escritor, em relação a sua narrativa e personagens, cito Barthes, quando afirma que a palavra escritor designa, na origem, "aquele que escreve no lugar dos outros" (BARTHES, 1999, p. 33), que escreve para e a partir da perspectiva do outro. Assim, escrever não é simplesmente descrever, afastado de seu objeto como um observador neutro, mas "dizer através de si", ser capaz de entregar a própria individualidade ao outro para lhe dar voz. Ou seja, refiro-me à possibilidade do terapeuta ocupacional poder ir ao encontro do outro, sem máscaras, "*sin cera*". No entanto, esse doar-se ao outro não se faz sem riscos. Para mergulhar na alteridade é preciso desnudar-se a si próprio.

Desse modo, o distanciamento entre autor e personagem se rompe. Ao buscar a verdade do outro, buscamos, também, a própria verdade. "é sempre um contato interior e inexplicável e não tem uma só palavra que a signifique" (LISPECTOR, 1999, p. 25). Ao investigar a verdade, busca-se uma construção que alcance superar a defasagem entre o dizer e o ser, entre a palavra e a ação, entre o eu e o outro. Neste ponto, vale lembrar que mesmo a subjetividade é construída, fruto de um diálogo contínuo e permanentemente renovado

com as coisas e com o outro e nesse movimento de identidades, as visões de mundo se sucedem e se transformam.

Esse processo instaura, desse modo, um grande círculo onde as respostas conduzem sempre a mais perguntas, convidando-nos a participar de um jogo, onde a ambigüidade decorrente da transfiguração de identidades permite que cada um, uma vez jogando o jogo proposto, formule a sua verdade, de acordo com a sua singular experiência.

Outro aspecto que quero retomar é que a-tua-ação envolve as dimensões pessoais, institucionais e interpessoal. Estou convencida de que as ações estão marcadas pela subjetividade. Estou, também, convencida da relação dialética entre objetividade e subjetividade. Uma está relacionada à outra. Assim, a-tua-ação é a síntese que expressa como realmente trabalhamos as contradições nas dimensões pessoal, institucional e interpessoal.

A subjetividade envolve todos os aspectos da vida social em suas esferas econômicas, sociológicas, antropológicas, privada e pública, individual e coletiva. Neste sentido, devemos considerar o indivíduo em sua relação com os outros e em relação às instituições, cujo caráter permeia sua singularidade e determina a sua subjetividade.

É possível afirmar que a identidade é definida pela relação do indivíduo na relação com outros indivíduos, isto é, cada indivíduo se completa e se efetiva no relacionamento com os que estão a sua volta, em seu convívio. É na relação entre o EU e o OUTRO que se constrói a identidade do EU. Ou como Clarice Lispector assume: "não agüento ser apenas mim, preciso dos outros para me manter de pé, tão tonto que sou eu enviesado" (1999, p. 21). Não estamos tratando de indivíduos abstratos isolados do contexto social. Na relação entre os indivíduos há uma estrutura econômica que interage e influencia a efetivação da identidade. Guatarri (1986) oferece uma contribuição importante para a compreensão das relações entre os indivíduos e as estruturas sócio-econômicas, quando diferencia identidade e singularidade.

Segundo o autor, a identidade diz respeito ao reconhecimento; a singularidade refere-se a tudo o que diz respeito ao nosso ego, isto é, como nos sentimos, nossos desejos, nossas atitudes em determinados contextos. Quando afirmo: "sou Sofia e estou aqui", apenas me identifico. A minha singularidade é muito mais complexa do que a afirmação de quem sou eu; ela resulta do cruzamento das várias formas do meu SER em relação às pessoas e às estruturas que me cercam. Neste sentido, a identidade, como assinala, está relacionada a *processos de identificação*, desde um simples "meu nome é Sofia" até a sujeição a procedimentos burocráticos, institucionais, etc.

Podemos parecer absurdo determinar o EU pelo que o OUTRO pensa dele. De fato, nossas ações são determinadas na relação com os outros. Desempenhamos papéis diferenciados de acordo com a influência daqueles com os quais nos relacionamos. Nossa auto-identidade é fortemente influenciada pelo que pensamos sobre o que o outro pensa sobre nós. É só na relação com o outro que pode ocorrer a complementaridade.

<sup>1</sup> *sin cera*: expressão que significa "sem máscaras"; "de forma verdadeira".

Porém, esta complementaridade nem sempre é genuína. Ela pode ser negativa, no sentido da anulação do EU em função do OUTRO.

Identificar as pessoas pelas características que as diferenciam é como colocá-las em oposição aos demais. Terminamos por construir dualidades que se excluem. Assim, definir os indivíduos pela cor, opção sexual, etnia, diagnósticos, significa afirmar identidades não necessariamente *complementares* ou *singulares*.

Neste caso, podemos afirmar que o termo mais adequado é "*processo de singularização*". É mais apropriado nos referirmos às *singularidades*. Significa reconhecer as pessoas pela qualidade que nos iguala: o fato de sermos humanos.

Contudo, sejamos francos: por mais que reconheçamos este ideal igualitário, a problemática se mantém. Que é ser negro, deficiente, mulher ou homossexual em sociedades como a nossa? O negro reconhece-se como negro, o deficiente enquanto tal e assim sucessivamente. A questão é: se eu não vejo o outro como uma singularidade, mas simplesmente como um membro da espécie humana, isto evita que ele se veja como uma singularidade? Por que não reconhecer que o OUTRO é uma alteridade singular que se diferencia de mim por 'n' características culturais? Por acaso isto impede que o veja como um igual no sentido de que pertencemos à mesma humanidade?

Aqui, cabe interrogar: se considerarmos a nossa realidade, até que ponto a-tua-ação conseguirá escapar às garras das tramas e subjetividades dos dias de hoje, arraigadas em todos os poros do nosso ser? Até que ponto a crítica ao *status quo* não se resume à retórica? Qual a exata medida da nossa coerência se escondemos, *no e pelo* discurso pretensamente revolucionário, o desejo de dominar, de controlar o poder, de submeter as coisas e as pessoas aos designios burocráticos e particularistas? Em suma, é possível escapar?

São perguntas necessárias para delimitar claramente o ser contraditório que somos.

Jelin afirma que

Tentar compreender a alteridade, isto é, a relação com os/as outros/as, é um tema candente no cenário internacional contemporâneo. A xenofobia e o racismo, as guerras étnicas, o preconceito e os estigmas, a segregação e a discriminação baseadas na raça, na etnia, no gênero, na idade ou na classe social são todos fenômenos amplamente disseminados no mundo, e que implicam em altos graus de violência. Todos eles são manifestações de não reconhecimento dos/das outros/as como seres humanos cabais, com os mesmos direitos que os nossos (1996, p. 22).

Os valores, as ideologias, submetem nossa singularidade e influenciam nossa práxis. No entanto, não somos apenas reflexos do meio. A capacidade de interação com o meio, também, nos dá as condições não apenas de compreendê-lo criticamente, mas também a possibilidade de nos libertarmos das suas amarras e transformá-lo.

Por outro lado, não tenho mais a ingenuidade de acreditar que na vida real, os fatos ocorrem sempre assim. Goffman (1982) nos mostra como a sociedade estabelece meios que categorizam as pessoas de acordo com atributos

que ela reconhece válidos para que sejamos identificados como *normais*. Se temos alguma característica considerada incomum ou anti-natural, então imputam-nos um *estigma*.

A palavra *estigma* se origina, curiosamente, entre os gregos. O povo que nos legou a filosofia e uma idéia de política democrática usava este termo quando se referia

(...) a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o portador era um escravo, criminoso ou traidor – uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (GOFFMAN, 1982, p. 11).

O termo estigma indica um atributo depreciativo, que pode ser visível ou imputado ao outro pelos que se consideram "normais". Em casos como raça, religião, postura político-ideológica, classe social, o estigma expressa uma postura não apenas de animosidade, mas também percepção ideológica valorativa de quem se considera superior ou normal. O outro é categorizado como não natural, fora do comum.

Em muitos casos, a tendência é que os estigmatizados agrupem-se, o que lhes dá o sentimento de pertencimento a uma comunidade de iguais. Os iguais defendem-se e estabelecem formas de reação aos que os estigmatizam. Por compartilharem o estigma, apóiam-se uns aos outros.

Mas, há também a possibilidade deste apoio vir dos *informados*, que na definição de Goffman

(...) são normais, mas cuja situação especial levou a privar intimamente da vida secreta do indivíduo estigmatizado e a simpatizar com ela, e que gozam, ao mesmo tempo, de uma certa aceitação, uma certa pertinência cortês ao clã. Os "informados" são os homens marginais diante dos quais o indivíduo que tem defeito não precisa se envergonhar nem se autocontrolar, porque sabe que será considerado como uma pessoa comum (1982, p. 37).

Os *informados* são as pessoas que trabalham diretamente com os estigmatizados: terapeutas ocupacionais, enfermeiras, psicólogos, dentre outros, treinados para agir diante de determinados públicos. Um segundo grupo de *informados* é composto por aqueles que se relacionam intimamente com o que sofre o estigma: seus amigos mais próximos, sua família. Nestes casos, compartilham o estigma.

Baseada nessa abordagem, proponho que a-tua-ação não peque pelo exagero do tecnicismo frio e aparentemente impessoal, nem também pelo apologismo e condenações *a priori*!

Hannah Arendt nos lembra que

A pluralidade humana, condição básica da ação e do discurso, tem o duplo aspecto da igualdade e diferença. Se não fossem iguais, os homens seriam incapazes de compreender-se entre si e aos seus antepassados, ou de fazer planos para o futuro e prever as necessidades das gerações vindouras. Se não fossem diferentes, se cada ser humano não diferísse de todos os que existiram, existem ou virão a existir, os homens não precisariam do discurso ou da ação para se fazerem entender. Alteridade seria, portanto, a capacidade de conviver com o diferente, de se proporcionar um olhar

interior a partir das diferenças (1999, p. 35).

No sentido inverso à alteridade, a intolerância busca uma "solução", de preferência imediata, para um problema e não um tratamento permanente, um caminho a ser seguido, principalmente com vistas a evitar sua repetição no futuro. A intolerância, geralmente pela incapacidade de perceber o universo de inter-relações sociais e culturais determinantes de uma dada situação, exige um culpado para satisfazer um erro.

Diante de tudo que foi dito, e considerando a sua complexidade, esta reflexão não pretende esgotar o tema, não está pronta e nunca vai estar. Aprendi com Drummond que "o problema não é inventar, mas ser inventado hora após hora e nunca ficar pronta nossa edição convincente" (1992, p. 995).

Concluo dizendo que a-tua-ação pode conduzir à consciência do lugar que re-tomaremos no mundo e qual a ética a ser adotada. A-tua-ação é o reflexo desse lugar e dessa ética.

Não é simples, nem o caminho fácil de percorrer, eu sei. Mas é urgente tentarmos aprender e re-tomar estas questões, dia após dia, se, verdadeiramente, queremos preservar a espécie e a sua condição humana e se é também verdade que escolhemos, com os nossos fazeres, acrescentar os melhores artefatos ao mundo.

## Referências Bibliográficas

ANDRADE, Carlos Drummond. **Poesia e prosa**. 8. ed. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1992.

ARENDT, Hannah. **Homens em tempos sombrios**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARENDT, Hannah. **A condição humana**. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999.

BARTHES, Roland. Escritores e escreventes. In: **Crítica e verdade**. Trad. de Leyla Perrone-Moysés. São Paulo: Perspectiva, 1999.

GIL, Gilberto. Realce. Produtor: Mazola. Warner Music, 1979. Lado A. Faixa 6.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GUATTARI, Félix e ROLNIK, Sueli. **Micropolítica - cartografia do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

JELIN E. Cidadania e alteridade: o reconhecimento da pluralidade. In: **Cidadania Revista do Patrimônio Histórico e Artístico Nacional** nº 24, Iphan, Minc, Rio de Janeiro, 1996.

LISPECTOR, Clarice. **A hora da estrela**. 18. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

VELOSO C. Divino Maravilhoso. Intérprete: Gal Costa. In: Gal Costa Divino Maravilhoso, Universal Music, 2005. Duplo. Remasterizado em digital. CD 1. Faixa 6.

## Normas para Publicação da Revista

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana é uma publicação semestral do Núcleo Curricular 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 resultado 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 (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. Quanto ao Resumo e Abstract; exceto para a modalidade Resumos Ampliados, com, 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. Quanto 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 periódico, 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(m) 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 cita-

- ção, 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.



**Presidente**

Prof. Agnaldo David de Souza

**Coordenador Geral**

Prof. Dr. Humberto de Castro Lima

**Coordenadora de Pós-graduação, Pesquisa e Extensão  
Diretora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública  
Profa. Maria Luiza Carvalho Soliani**

**Coordenador de Graduação**

Prof. Gaspare Saraceno

**Coordenador de Administração e Finanças**

Dr. Júlio Daltro de Carvalho

**Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional**

Profa. Ana Joaquina Mariani Passos



# BAHIANA

ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA



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](mailto:fbdc@fbdc.edu.br)