

Terapia Ocupacional *da Bahiana*

Editorial

Uma revista de Terapia Ocupacional produzida na Bahia

Ana Joaquina Mariani Passos

Artigos

O Trabalho de Conclusão de Curso: uma via de reflexão sobre a formação do Terapeuta Ocupacional na Bahiana

Adriana Miranda Pimentel

Projeto Inclusão: Uma Experiência em Construção

Andréa Corrêa Lima/Sofia Campos dos Santos

Velhice e "Corpo-re-idade"

Márcia Queiroz de Carvalho Gomes

Gravidez de alto risco - Algumas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional

Francisco Leal Andrade/Sofia Campos Santos

Canteiros do município de Santaluz- uma intervenção de Terapia Ocupacional

Iramaia Duarte Nunes/Ana Joaquina Mariani Passos/Ana Márcia D. N. Nascimento

Comunicação Oral

A Identidade da Terapia Ocupacional

Maria Heloisa da Rocha Medeiros

Resumo

Trabalho Infantil: aspectos históricos e repercussões na saúde

Selma Viana Lessa/Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento

1

Revista de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências

Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências / FBDC

Presidente

Prof^o. Agnaldo David de Souza

Coordenador Geral

Prof^o. Dr. Humberto de Castro Lima

Coordenador de Graduação

Prof^o. Gaspare Saraceno

Coordenador de Pós-graduação e Diretora da EBMSP

Prof^a. Maria Luiza Carvalho Soliani

Coordenador de Administração e Finanças

Dr. Júlio Daltro de Carvalho

Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional

Prof^a. Ana Joaquina Mariani Passos

Comissão Editorial

Prof^a. Ana Joaquina Mariani Passos - Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional

Prof^o. Gaspare Saraceno - Coordenador de Graduação

Conselho Editorial

Prof^a. Adriana Miranda Pimentel - Curso de Terapia Ocupacional da EBMSP

Prof^a. Ana Márcia Duarte Nunes - Curso de Terapia Ocupacional da EBMSP

Prof^o. Márcia Queiroz de Carvalho Gomes - Curso de Terapia Ocupacional da EBMSP

Prof^a. Dr^a. Rosângela Machado - Curso de Terapia Ocupacional da EBMSP

Prof^a. Sofia Campos dos Santos - Curso de Terapia Ocupacional da EBMSP

Diagramação

Josy Pereira

Digitação

Klaus Kowalski

Ficha Catalográfica

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

1(1): 1-40. Salvador, 2004

1.Terapia Ocupacional / Periódicos

CDU 615.851.3

Sumário

Editorial

- Uma revista de Terapia Ocupacional produzida na Bahia**
Ana Joaquina Mariani Passos 2

Artigos

- O Trabalho de Conclusão de Curso: uma via de reflexão sobre a formação de Terapeuta Ocupacional na Bahiana**
Adriana Miranda Pimentel 3
- Projeto Inclusão: Uma Experiência em Construção**
Andréa Corrêa Lima / Sofia Campos dos Santos 11
- Velhice e “Corpo- re- idade**
Márcia Queiroz de Carvalho Gomes 14
- Gravidez de alto risco – Algumas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional**
Francisco Leal Andrade / Sofia Campos Santos 20
- Canteiros do município de Santaluz- uma intervenção de Terapia Ocupacional**
Iramaia Duarte Nunes / Ana Joaquina Mariani Passos / Ana Márcia D. N. Nascimento 25

Comunicação Oral

- A Identidade da Terapia Ocupacional**
Maria Heloisa da Rocha Medeiros 30

Resumo

- Trabalho Infantil: aspectos históricos e repercussões na saúde**
Selma Viana Lessa / Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento 35

Normas para Publicação de Trabalhos

Editorial

Uma Revista de Terapia Ocupacional produzida na Bahia

Uma Revista de Terapia Ocupacional produzida na Bahia? Bem poderia ser o tema deste editorial: a surpresa em ver o Curso de Terapia Ocupacional da Bahiana produzindo conhecimento, mas, sendo assim não estaríamos contemplando nossas comemorações e apresentando nossos trabalhos.

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana é uma produção que surge como reflexo/espelho das nossas conquistas nestes 10 anos de reabertura do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. O trabalho de um grupo de professores que tem como marca a preocupação sempre presente com a formação dos nossos discentes para a investigação científica, para o desempenho competente das técnicas específicas e para o conhecimento dos problemas de saúde de nossa população.

Esta Revista é uma evidência daquilo que professores e alunos têm discutido e produzido nos Fóruns, nos TCCs e no Serviço de Terapia Ocupacional (SERTO) da FBDC.

Apresentamos neste exemplar algumas produções: o processo de construção do trabalho monográfico do Curso; um projeto em construção para a inclusão de crianças especiais na rede de ensino; um olhar sobre o corpo na velhice; a saúde de uma categoria de trabalhadores, os canteiros de uma localidade no agreste da Bahia; uma atenção à saúde de gestantes em situação de risco; as repercussões do trabalho sobre a saúde da criança trabalhadora e a contribuição da Prof^a Maria Heloisa da Rocha Medeiros sobre a Identidade da Terapia Ocupacional.

Esperamos que vocês aproveitem.

Ana Joaquina Mariani Passos
Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional

O trabalho de conclusão de curso:

uma via de reflexão sobre a formação de Terapeuta Ocupacional

Adriana Miranda Pimentel¹

RESUMO

O presente artigo discorre sobre a trajetória de construção dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências, em Salvador, no período compreendido entre 1998 e 2003, a partir da descrição e análise do processo de elaboração dos trabalhos, bem como da produção resultante desse processo. Para compreender essa trajetória, é necessário conhecer o modo como os alunos vão desenvolvendo um "pensar científico" através da disciplina de Metodologia da Pesquisa Científica, elaborando um projeto de pesquisa que culmina com a realização do trabalho monográfico propriamente dito. Busca-se assim refletir sobre a produção do conhecimento em Terapia Ocupacional e a necessidade de se identificar dispositivos que estimulem uma produção em especial na Bahia.

PALAVRAS CHAVES: Trabalho de Conclusão de Curso; Prática Científica; Terapia Ocupacional;

ABSTRACT

This article talks about the way for the construction of the Occupational Therapy degree research, at the Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (Foundation for Development of Science from Bahia), in Salvador, from 1998 to 2003. It goes from the description to the analysis of the process of elaboration of the researches, and also of existent production. In order to comprehend this process, it is necessary to know how students gradually develop a scientific way of thinking within the discipline Methodology in Scientific Research: from the elaboration of a research project to, eventually, the elaboration of the degree research itself. This analysis allows us to reflect about the production of knowledge in Occupational Therapy and the necessity of instruments which can stimulate this sort of production in Bahia.

KEY WORDS: Degree research; scientific practice; Occupational Therapy

INTRODUÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é uma possibilidade de iniciação à pesquisa científica dentro do Curso de Terapia Ocupacional da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC), em Salvador, bem como um instrumento para fomentar a prática da pesquisa na for-

mação profissional. A Terapia Ocupacional existe no Brasil há 47 anos, porém sua expressão na pesquisa é bastante recente; inicia-se a partir dos anos de 1980 (BARROS e OLIVER, 1997), com as primeiras articulações com Institutos e Programas de Pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, através de mestrados e doutorados que começaram a despontar e potencializar a elaboração dos primeiros periódicos brasilei-

¹ Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Professora Assistente do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Endereço para correspondência: Curso de Terapia Ocupacional da EBMS. Av. D. João VI, 276, Brotas. Salvador, BA. e-mail: dricapi@yahoo.com.br

ros em Terapia Ocupacional, a exemplo da Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo-USP. Nesse processo, a Universidade Pública destaca-se no incentivo a estas atividades (PÁDUA e PALM, 1997). Entretanto, esta produção no campo da Terapia Ocupacional no Brasil não atingiu todas as regiões. Ocorreu de modo bastante desigual seguindo a orientação geral das outras áreas de conhecimento, concentrando-se no eixo Sul-Sudeste. Neste contexto, a Terapia Ocupacional na Bahia possui algumas especificidades na sua historiografia, determinantes para a ausência de uma produção científica capaz de lhe dar corpo e notoriedade.

O Curso de Terapia Ocupacional na Bahia possui uma história de constituição bastante peculiar. Ele foi criado em 1962 na Universidade Federal da Bahia, passando posteriormente para o Instituto Bahiano de Reabilitação, e finalmente sendo implantado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública em 1969. Nesta Escola esteve até 1984 quando foi fechado por dez anos, e a partir de 1993 foi reaberto com o primeiro ingresso de alunos a partir de 1994, deixando profissionais e campos de atuação órfãos deste espaço de interlocução e produção do saber que é a universidade (LANCMAN, 1998).

Apesar de a Bahia ter abrigado o terceiro curso de formação de terapeutas ocupacionais no país, assim como a primeira Escola de Medicina, e palco de importantes movimentos na Saúde Pública, mesmo assim a produção em Terapia Ocupacional é escassa e, ao mesmo tempo, permeada de práticas e de profissionais desejantes.

Desde a sua reabertura até o presente, o Curso está completando dez anos de existência, e neste processo vem se constituindo como um importante veículo de formação. Tem formado não apenas terapeutas ocupacionais, mas profissionais da saúde comprometidos com as necessidades sociais da população; assim como educadores, pois já existem ex-alunos que fazem parte do corpo docente do Curso, e profissionais capazes de produzir conhecimento científico.

Este trabalho discute os seis anos em que vem sendo desenvolvido o TCC, propondo uma reflexão sobre sua relevância como estratégia para dar início a uma formação centrada na construção de um saber próprio em Terapia Ocupacional.

UMA HISTÓRIA A SER CONHECIDA

No ano de 1997, os docentes do Curso de Terapia Ocupacional se reuniram para discutir sobre a exigência do Trabalho de Conclusão de Curso como atividade curricular obrigatória na formação do aluno, tendo sido incorporado em 1998. Até então, existia na grade curricular a disciplina Metodologia da Pesquisa Científica, ministrada pela professora Maria Emília Sardelich, com a proposta de formar o discente para a prática científica. Maria Emília, apesar de não ser terapeuta ocupacional, sempre se mostrou envolvida com as questões mais prementes da categoria, em particular do Curso, e contribuiu para a efetivação deste processo na formação dos alunos e professores.

Em 1998, foram iniciados os primeiros trabalhos; os alunos contavam com orientações metodológicas do professor de Metodologia da Pesquisa Científica, e orientações de conteúdo, oferecidas por um professor, terapeuta

ocupacional, do Curso. Além disso, alunos e professores contavam com a professora Márcia Queiroz, articuladora do TCC nesse período, e responsável pela organização das atividades no processo de elaboração dos trabalhos. Naquele ano, havia sete professores orientadores de conteúdo para as cinco principais áreas de concentração: saúde mental, saúde do trabalhador, educação, excepcionalidade e clínica geral. Este início foi marcado por algumas dificuldades, entre elas o número insuficiente de professores no Curso, bem como a escassa experiência dos mesmos em orientação de pesquisa. Com o passar dos anos, novos professores orientadores foram sendo incorporados e também foram criadas novas áreas de concentração. Inicialmente, os trabalhos baseavam-se em revisões bibliográficas sobre um tema livre (de escolha dos próprios alunos), visando instrumentalizá-los para a realização de um trabalho monográfico a partir da busca e organização de material bibliográfico através das diferentes fontes de documentação disponíveis.

A partir do ano de 2001, houve mudanças neste processo. Uma delas se refere à saída da professora Maria Emília do Curso, e a assunção da disciplina de Metodologia da Pesquisa Científica e da organização do TCC por um mesmo professor, terapeuta ocupacional, que passa a adotar novos procedimentos, partindo da construção de um instrumento (Manual do TCC), que sistematiza objetivos, programação, calendário de atividades e regulamento próprio (PIMENTEL, 2001). Este instrumento de normatização do TCC é avaliado pelos discentes e docentes a cada ano. A partir deste período, todos os professores do Curso, num total de dezoito terapeutas ocupacionais, passaram a orientar trabalhos também, o que propiciou uma maior coerência entre os campos de atuação destes profissionais e as suas respectivas áreas de orientações. Outro aspecto importante diz respeito aos novos formatos dos trabalhos científicos aceitos pelo Curso a partir desse período: além dos trabalhos de análise teórica, realizados através de revisões bibliográficas, são aceitos também trabalhos de análise teórico-empírica, projetos de intervenção, e artigos científicos, que se baseiam em trabalhos de campo, incorporando novas metodologias e abordagens, tanto em uma perspectiva de abordagem quantitativa quanto qualitativa.

Essas mudanças são fruto de um processo dinâmico, em construção, em que a cada ano surgem novas questões, dificuldades e novos desafios a serem superados. Dentre eles, as mudanças no processo de formação do aluno para a prática científica.

Aprendendo a pensar cientificamente: a disciplina de Metodologia de Pesquisa Científica

Como um dispositivo para instrumentalizar o aluno na produção de conhecimentos em Terapia Ocupacional, a disciplina Metodologia da Pesquisa Científica visa favorecer uma reflexão não só sobre os elementos que norteiam a prática científica, mas também sobre o modo como a formação de professores e alunos interfere na condução desse processo. Para falar de uma disciplina que tem como finalidade construir um modo de pensar e compreender a realidade através de deter-

minados procedimentos lógicos, ou seja, de uma Metodologia de Pesquisa que se propõe Científica, é preciso refletir sobre o papel de quem se predispõe a fazer isto: o professor.

Ao professor desta disciplina cabe enfrentar desafios, não apenas em instrumentalizar o aluno para pesquisar, mas, antes de tudo, o de propor um novo modo de ver, ouvir, perceber e ler o mundo. De construir, junto ao aluno, novos modos de aprender, de descobrir coisas e, o mais importante, re-aprender a se inquietar com as coisas. Parece pretensão, mas na verdade acredito que esta é, ou deveria ser, a pretensão de boa parte dos professores de metodologia científica: desconstruir verdades, construir incertezas, reconstruir universos de possibilidades. Para tanto, caberá antes identificar se há espaço para isto entre nós, tão cheios de certezas e verdades. Digo nós, professores e alunos, atores nesse processo. Nós não sabemos exatamente como fazer isto, não fomos formados para isto. Vale destacar que a grande maioria dos professores do Curso é composta por técnicos que trabalham em espaços, tais como hospitais, clínicas, instituições públicas ou privadas, entre outros locais.

Penso que, dia após dia, nós, professores e alunos, vamos perdendo a capacidade de nos inquietar com o mundo. A capacidade, de certo modo, de voltar a ser criança, com o desejo específico de entender: por que as coisas estão assim? Por que se faz isto deste modo e não de outro? Tentar compreender o que está nas entrelinhas. Este é um questionamento constante entre professores em relação aos alunos. Mas me pergunto ainda: será que nós, professores, não apenas universitários, temos contribuído para ler nas entrelinhas? Não há nada de novo neste questionamento, nada de que já não temos conhecimento, e até arriscamos algumas possíveis respostas para ele. O fato é que, como professores, deparamos-nos com dificuldades para dar nosso "conteúdo programático", para ter "bons resultados" ao final da disciplina; dificuldades de nos sentirmos realizando "um bom trabalho" e, é claro, tendo sempre uma certa sensação de frustração. É uma evidente generalização e tudo isto parte muito mais das conversas de corredores e das próprias experiências como professora, que de algo construído "teoricamente".

A disciplina, então, se propõe a re-aprender a estudar, a ler textos teóricos, a descobrir formas de analisar, interpretar e problematizar o que se lê. Parece simples e óbvio, mas não é. O próximo passo é falar, então, de técnicas que possam ajudar a compreender o que se lê. Porém, são os alunos que identificam onde residem as dificuldades. E aí, vão recordando o período escolar, o modo como liam, faziam as tarefas de casa, realizavam exames, como decoravam conteúdos. Começam a perceber que continuam estudando desse modo, que, muitas vezes, só entendem desse modo, e buscam os mesmos mecanismos para "aprender" e serem "aprovados". Ao chegar à elaboração de um plano de estudo, ou "projeto de pesquisa", segunda etapa da disciplina, começam a surgir os problemas... Eis aqui um deles que vai persistir durante todo o Curso: o problema de pesquisa. Inicia-se a discussão sobre o projeto de pesquisa e pergunto ao aluno: então, qual é o seu problema? O que você quer saber? Por que realizar um estudo sobre isto? Para que? Eis aí, definitivamente, um problema. E eles dizem: o que você quer

dizer com problema? Nesse instante, a próxima pergunta é: por que pesquisar? Por que conhecer algo? O que motiva buscar conhecimento sobre algo? E eles têm respostas. Também têm motivações. Porém, no momento de sistematizá-las e buscar formas de compreender um determinado aspecto da realidade a que se propõem, esbarram com as dificuldades inerentes ao processo de conhecer. Esbarram com dificuldades que estão lá atrás, no seu processo de aprendizagem, e que necessariamente têm que ser enfrentadas e revistas, de algum modo. Isto implica em mudanças, em novos aprendizados, em novos mecanismos que deverão ser incorporados e outros resgatados. Implica, enfim, em desordem, ou seja, tirar da ordem, desarranjar, confundir-se, para encontrar-se. Isto dá trabalho porque produzir conhecimento dá trabalho.

Pensando na formação profissional, não apenas como técnico mas como pessoa capaz de refletir sobre a própria realidade, são realizados seminários, ao longo da disciplina, com o intuito de aprender ou descobrir a finalidade deste trabalho acadêmico, através de uma discussão sobre a formação profissional, o lugar da pesquisa nesse processo e a produção do conhecimento em Terapia Ocupacional. É preciso que o aluno perceba a importância de rever elementos que estão ligados ao seu processo de aprendizagem, que incorpore técnicas e instrumentos que lhe forneçam subsídio para a prática científica, mas é fundamental que conheça e compreenda o modo como isto está intrinsecamente relacionado ao tipo de estrutura social que vai permitir ou não que este processo se dê. Ou seja, que profissional está sendo formado? Como está sendo formado? O que determina esta formação? Qual a importância de um projeto pedagógico nesta formação e de uma determinada estrutura curricular? Qual o significado da pesquisa científica nesta formação? O que determina a produção de conhecimento já na graduação e posteriormente a ela? Qual o significado do conhecimento que vem sendo produzido no campo da Terapia Ocupacional para a profissão? Que produção é esta? Como está sendo realizada? Onde? Por quem? É fundamental começar a pensar nisso, para dar sentido a algo que, muitas vezes, passa como mais uma mera exigência acadêmica. Desta forma, é possível re-significar a proposta de seminários, que às vezes são considerados como mais um trabalho entre outros, "igual a qualquer outro, só que com apresentação" (fala dos alunos em sala de aula), e não como uma possibilidade de problematização, de questionamentos, de troca sobre um dado objeto que se pretende conhecer, uma possibilidade de lançar sementes!

Um dos sentidos da palavra seminário mais próximo da sua origem etimológica é: "um viveiro de plantas onde fazem as sementeiras". Este significado já indica a força criadora do seminário, aponta o seu papel de lançar sementes, novas idéias, novas perspectivas de pesquisa para os participantes (HÜHME, 2000, p.142).

A partir desse momento, é possível transitar pelo universo da pesquisa propriamente dita. Assim, iniciamos a elaboração de um plano de estudo, mais do que de um projeto

de pesquisa, pelo tempo de sua realização e suas características. Percebo que a cada etapa, novas dificuldades vão aparecendo, as quais remetem, na maioria das vezes, à compreensão do que se quer desenvolver, à busca de clareza nos objetivos, em particular à busca do equilíbrio entre o desejo e o que efetivamente é possível realizar, à organização do pensamento, à prática de leitura, à dificuldade para redigir um texto e a uma disciplina necessária para este tipo de atividade. Estes aspectos, se não incorporados gradativamente ao longo da formação, vão repercutir na realização do Trabalho de Conclusão de Curso.

O Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional da Bahiana

Falar do Trabalho de Conclusão de Curso, TCC, é, talvez, retomar todos estes aspectos que já foram abordados anteriormente. Porém é necessário conhecer algumas particularidades sobre o TCC que, a cada ano vivido, tem revelado muito mais sobre ele, e tem mostrado muito sobre o Curso, sobre as expectativas dos professores, sobre os alunos, sobre a formação que está sendo oferecida.

O Trabalho de Conclusão de Curso é uma das etapas finais da formação do aluno, concomitantemente aos estágios curriculares. Este trabalho inicia com a elaboração de um projeto de pesquisa, que ocorria nos últimos dois meses do quarto ano e que, a partir de 2004, passou a ser efetuado no oitavo semestre. O trabalho propriamente dito é realizado no último ano, e será acompanhado por um orientador de conteúdo e outro de orientação metodológica ao longo do ano letivo.

A experiência de seis anos de TCC tem fornecido elementos que ajudam a aprimorar a realização desses trabalhos. Neste sentido, algumas atividades e procedimentos foram pensados para facilitar o processo e torná-lo menos solitário. Ao longo do quinto ano, são realizados, portanto, seminários e grupos de estudo por áreas de concentração, com a participação de alunos e professores que colaboram na execução do trabalho. Estes espaços de discussão objetivam ampliar o conhecimento, pelos professores, dos trabalhos que estão sendo realizados pelos alunos, e propor questões, sugestões, orientações; enfim, propor um debate que possa abrir caminhos visando enriquecer o universo muitas vezes limitado em que o trabalho se desenvolve. Estes espaços de troca são cruciais para a fluidez das idéias, para desatar nós, para novas descobertas. No entanto, sentimentos em relação a esses espaços não são um consenso entre todos os professores e alunos. Para alguns docentes, estes espaços potencializam a troca de informações, ajudam os professores em questões de orientação, mas para outros pode ser também um espaço de conflito e desentendimento. Alguns alunos atribuem angústia, ansiedade e medo a estes encontros, referindo incômodo para falar do seu trabalho, e receio dos comentários e questionamentos que poderão ser feitos. Percebo que estes sentimentos e sensações em relação aos seminários e grupos de trabalho, bem como em relação à apresentação final do TCC são comuns a todos que fazem parte do meio acadêmico. Observo, também, que há mudan-

ças substanciais à medida que as pessoas vão se dispondo a fazer diferente, a ser diferente, deixando de ser aluno para tornar-se profissional. É como um rito de passagem. Para isso é indispensável assumir novas posturas de enfrentamento dos problemas existentes e outros que foram deixados para trás, mas que precisam ser re-elaborados. Pensar, talvez, que muitos desses medos, receios, entre outros sentimentos, possam ser fruto da insegurança, do desconhecimento relativo ao que está sendo feito, da falta de clareza sobre o que se quer fazer, de pouco trabalho desenvolvido no âmbito do TCC. Todavia, é necessário salientar que o TCC tanto potencializa certas dificuldades que o aluno vai encontrar na realização do trabalho, quanto incorpora novos saberes e práticas no processo de aprendizagem. Assim, realizar um trabalho monográfico requer do aluno determinadas habilidades e uma nova postura que seja disciplinada, inquietante, crítica, informada, curiosa, sensível ao mundo ao seu redor, não que estas características não devam acompanhá-lo ao longo de toda sua formação, porém serão essenciais para a qualidade do trabalho final a ser desenvolvido.

É nesta perspectiva que os Trabalhos de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional estão sendo construídos. Este processo pode ser compreendido a partir da história de formação desses profissionais no Brasil, e, particularmente na Bahia, através da trajetória do Curso nesses dez anos, além de outros tantos já vividos, e pela condição estrutural na qual os professores estão envolvidos. É possível, portanto, compreender ou tentar explicar essas dificuldades e conquistas utilizando diferentes pontos de referências. Coube aqui trazer à luz alguns deles, mas penso que existe algo mais a ser discutido e registrado: o produto deste processo todo que são os trabalhos realizados, os alunos formados e uma pequena, mas evidente experiência que vem sendo constituída ao longo deste período.

Assim, entre 1998 e 2003, foram realizados 145 Trabalhos de Conclusão de Curso. Um aspecto interessante é a relação entre o número de ingressos no Curso e o número de concluintes (Figura 1). No intuito de avaliar se havia alguma evidência que corroborasse a tese de que o maior número de alunos ingressantes resultava em um maior número de trabalhos concluídos, foi realizada uma análise de correlação (procedimento utilizado para avaliar a associação entre duas variáveis) que evidenciou que não há correlação significativa entre os pares de variáveis analisados (número de alunos ingressos no Curso e número de trabalhos concluídos) durante estes seis anos (coeficiente de correlação de Pearson (r), $p > 0,050$). Este resultado mostra que o incremento no número de vagas não favorece um aumento no número de alunos formados.

Esses dados representam também o total de alunos formados neste período, dentro das exigências do Curso, mas há mudanças em relação às turmas que ingressam e as que concluem. Até o ano 2000 todos os alunos que chegaram ao quinto ano, concluíram o Curso e produziram trabalhos. A partir de 2001 nem todos os alunos chegaram a concluir os trabalhos, estando ainda na dependência desta etapa para finalizar a formação. Outros finalizaram esta etapa em anos posteriores. Acredita-se que isso vem ocorrendo em função das mudanças nos

critérios de avaliação para os trabalhos realizados.

Os trabalhos foram classificados nas áreas de concen-

ente hospitalar, na atuação com grupos populacionais específicos (crianças e idosos), bem como no âmbito de especialidades como infectologia, oncologia e neonatologia. Há um forte interesse, entre os alunos, em discutir a necessidade, ou "marcar a presença" do terapeuta ocupacional nos hospitais clínicos e especializados, e em Unidades de Terapia Intensiva. Em envelhecimento, os trabalhos têm se concentrado em aspectos inerentes à velhice, qualidade de vida e processos sociais (aposentadoria, sexualidade, relações sociais), ao chamado envelhecimento saudável.

No entanto, a sobreposição dos temas torna esta categorização pouco precisa e um tanto, empírica. Por exemplo, a existência de trabalhos com temáticas relacionadas à hospitalização de crianças tanto poderiam estar classificados na área de excepcionalidade, quanto na área de clínica geral. O mesmo ocorre em relação à temática da inclusão que por vezes pode ser classificada em excepcionalidade, assim

como em educação.

A partir dessa descrição sobre as áreas de concentração, pode-se iniciar a análise desse processo destacando dois momentos: a produção de trabalhos de 1998 a 2000, e a produção entre 2001 e 2003.

Entre os anos 1998 e 2000, foram produzidos 58 trabalhos nas seis áreas de concentração: Excepcionalidade, Clínica Geral, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador, Educação e Fundamentos de Terapia Ocupacional (Figura 2). A distribuição dos trabalhos nestas áreas de concentração, ao longo deste período, não é uniforme (Figura 3). O teste de qui-quadrado foi utilizado para testar a distribuição dos trabalhos por áreas, com base no número de trabalhos a cada ano ($\chi^2 = 6,650$ com 10 graus de liberdade ($P = 0,758$); $p < 0,05$). Esse dado pode evidenciar que a escolha por determinadas áreas de concentração não segue um padrão definido, ocorrendo ao acaso, e pode refletir uma ausência de áreas consolidadas

tração de acordo com os seguintes parâmetros: em excepcionalidade, geralmente com trabalhos voltados para a saúde e/ou desenvolvimento da criança deficiente ou em situação de risco ao nascer, e também vinculados a aspectos familiares, educacionais e sociais com os quais esta clientela está envolvida; em clínica geral, com trabalhos orientados para a população adulta e idosa, com diferentes quadros clínicos, e voltados para a atuação do terapeuta ocupacional nos diferentes espaços institucionais; em saúde mental, com trabalhos que discutem questões referentes tanto às instituições psiquiátricas e serviços de atenção a pessoas com sofrimento psíquico, quanto a problemas específicos dessa população, relacionando tais questões a abordagens, técnicas e procedimentos utilizados em Terapia Ocupacional; em saúde do trabalhador, com trabalhos voltados para o estudo de categorias profissionais expostas a determinados fatores de risco, sobre os serviços de atenção a saúde do trabalhador, mas também trabalhos de discussão teórica sobre a área; em educação, com trabalhos que envolvem questões relacionadas a populações em situação de risco pessoal e social em geral crianças e adolescentes, a serviços de saúde, a organizações não governamentais, movimentos sociais, entre outros; enfim, fundamentos de terapia ocupacional, que inclui trabalhos de discussão teórica, como a história da profissão, aspectos epistemológicos e atividades.

Em 2001 houve a necessidade de se criar novas áreas de concentração para trabalhos com maior especificidade, tais como hospitalização, envelhecimento, e atividades e recursos terapêuticos. Na realidade, até o ano 2000, já havia trabalhos que poderiam ser classificados nessas áreas, em função de mudanças que foram ocorrendo dentro do próprio Curso. Em hospitalização, os trabalhos tratam de questões relacionadas à atuação do terapeuta ocupacional em ambi-

Figura 1. Distribuição dos Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC de Terapia Ocupacional/ FBDC no período de 1998-2003 (n=145)

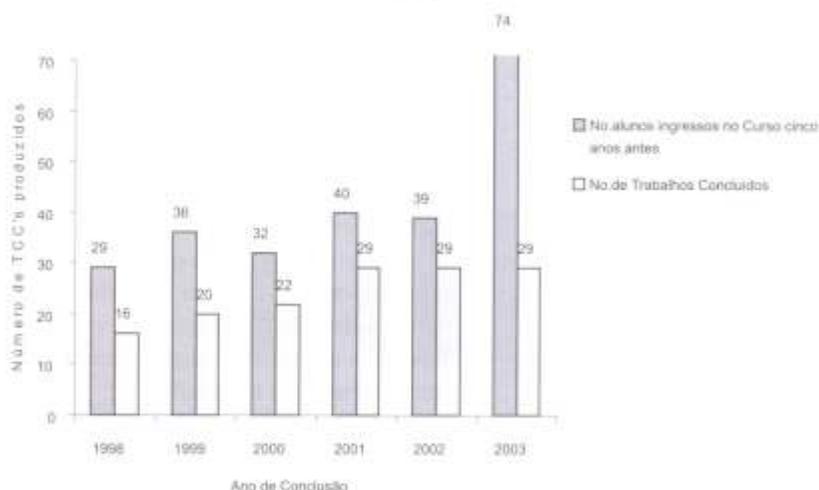


Figura 2. Distribuição percentual (%) de Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC de Terapia Ocupacional/ FBDC por áreas de concentração entre 1998-2000 (n= 58).

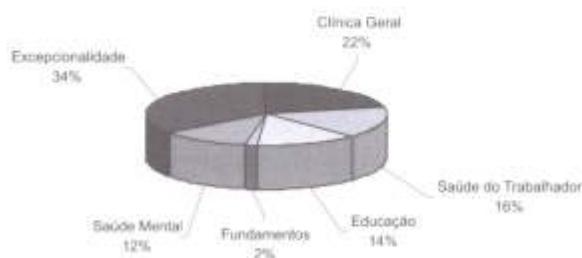
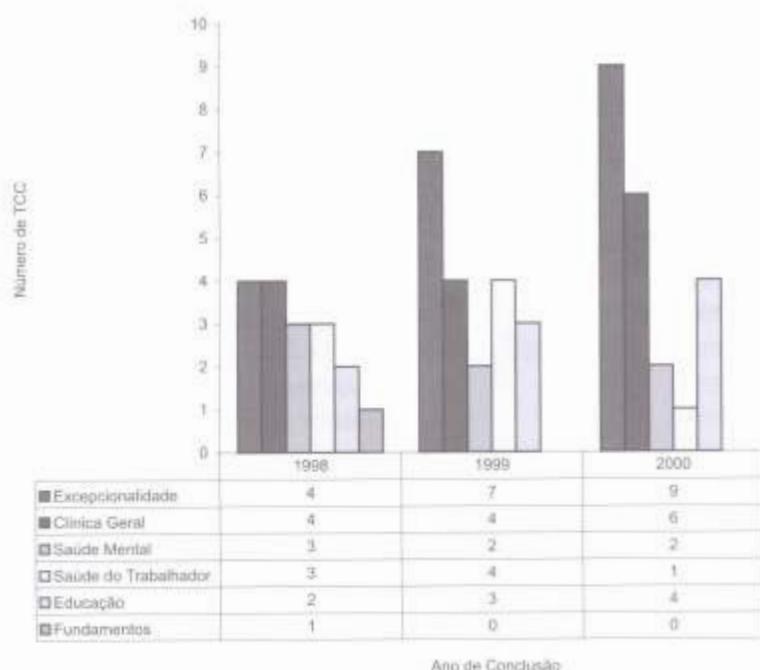


Figura 3: Áreas de concentração dos Trabalhos de Conclusão de Curso-TCC de Terapia Ocupacional/ FDC no período de 1998-2000 (n=58).



até o momento, dentro do Curso. Mas há comparativamente uma preferência por excepcionalidade e clínica geral. Essas duas áreas totalizam 56% de todos os trabalhos produzidos no período (Figura 2). Cabe ressaltar que nesse período, a maioria dos docentes estava vinculada a essas áreas. Além do fato de que a atuação da Terapia Ocupacional na Bahia é caracterizada por uma prática clínica, com um número expressivo de profissionais atuando nessas duas áreas, o que possivelmente contribuiu para as escolhas e preferências dos alunos, não apenas no que diz respeito ao TCC, mas também à escolha dos estágios curriculares.

De 2001 a 2003 foram produzidos 87 trabalhos, que se desenvolveram em nove áreas de concentração: excepcionalidade, clínica geral, saúde mental, saúde do trabalhador, educação, hospitalização, envelhecimento, atividades e recursos terapêuticos (ART) e fundamentos de terapia ocupacional (Figura 4). Comparando a distribuição dos trabalhos nas nove áreas de concentração no período 2001-2003 nota-se que esta não é uniforme, assim como no período anterior (Figura 5). O teste de qui-quadrado foi utilizado para avaliar a distribuição dos trabalhos por áreas, com base no número de trabalhos a cada ano ($\chi^2=19,416$ com 16 graus de liberdade ($P = 0,248$); $p < 0,05$).

Apesar da expansão no número de áreas, excepcionalidade e clínica geral continuam sendo as áreas com maior percentual de traba-

lhos desenvolvidos, 40%. É importante salientar que dentre os trabalhos anteriormente classificados em clínica geral, alguns foram distribuídos em novas áreas, tais como hospitalização e envelhecimento, e que totalizam agora 16%. Porém começa a existir uma especificidade em relação aos trabalhos referentes à população idosa cada vez menos clínicos e mais voltados para a perspectiva social do envelhecimento. Assim como, um incremento de trabalhos na área de hospitalização, mais propriamente em Unidades de Terapia Intensiva.

Isso também vem ocorrendo com determinados trabalhos que até então estavam distribuídos em diversas áreas, e que agora passam a ser classificados na área de atividades e recursos terapêuticos.

Comparando-se com o processo anterior, a criação dessas "novas áreas" não repercute, por exemplo, na área de saúde mental (Figuras 3 e 5). Nota-se que houve um aumento de trabalhos produzidos nesta área entre um período e outro, que pode ser atribuído ao aumento no número de

orientadores a partir de 2001, mas também podemos remeter esse fato a um evento que vem ocorrendo, a partir de 2002, a Mostra de Saúde Mental, no quarto ano do Curso, como um importante estímulo que possivelmente pode estar associado às escolhas por trabalhos nessa área. Além, é claro, do fato de que é a área, na Bahia, que mais tem absorvido terapeutas ocupacionais no mercado de trabalho. Também em saúde do trabalhador observa-se um leve crescimento, a partir de 2001, que pode ser remetido ao aumento no número de orientadores, bem como aos novos campos de estágio na área oferecendo possibilidades de atuação além da tradicional "reabilitação profissional", assim como o

Figura 4 - Distribuição percentual (%) de Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC de Terapia Ocupacional/ FBDC por áreas de concentração entre 2001-2003 (n=87).

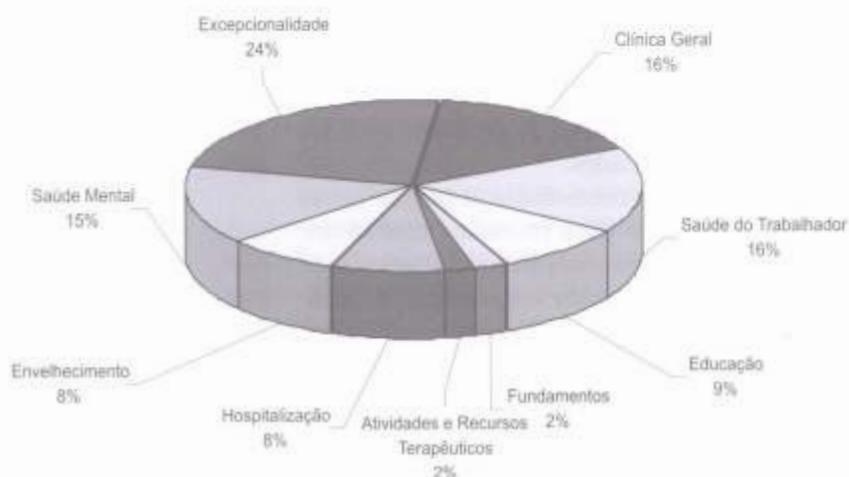
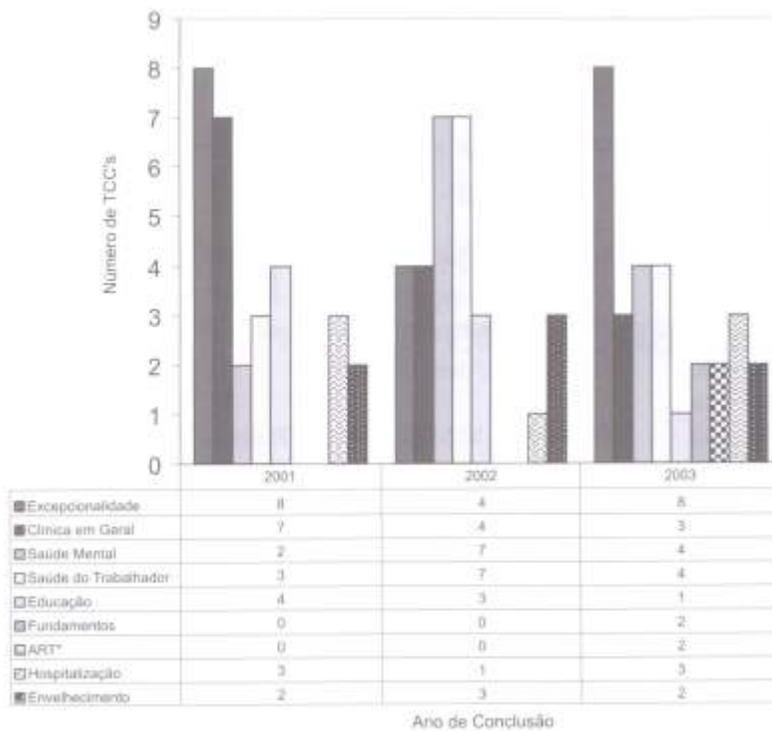


Figura 5. Áreas de concentração dos Trabalhos de Conclusão de Curso - TCC de Terapia Ocupacional/ FDC no período de 2001-2003 (n=87).



surgimento de espaços de discussão através de Fóruns, Encontros e produção científica em Terapia Ocupacional. Na área de educação há uma tendência de crescimento no período entre 1999 e 2002, com uma diversidade de trabalhos que permitem um trânsito maior do aluno por diferentes áreas do conhecimento (Sociologia, Antropologia, Saúde Coletiva), com um enfoque, na sua maioria, em projetos sócio-educativos para crianças e adolescentes na cidade. Porém, também surgem novos grupos e temáticas de interesse tais como mulheres, violência, trabalho infantil, entre outros.

As áreas de fundamentos de terapia ocupacional, e de atividades e recursos terapêuticos são áreas inexpressivas no conjunto dos trabalhos produzidos, totalizando um percentual de 2%. Entretanto, esse quadro vem se modificando a partir de 2003. Quanto à primeira, podemos atribuir o fato à necessidade dos alunos por práticas de atuação da Terapia Ocupacional realizando trabalhos que se dirigem a determinados grupos populacionais, campos de atuação, e não tanto que discutem os aspectos teóricos que fundamentam a profissão. Quanto às ART, pode-se dizer que há, ao longo do período analisado, uma série de trabalhos que poderiam ser incorporados à área, mas somente agora isto começa a ser discutido mais amplamente. Porém, percebo que há também uma certa dificuldade entre os alunos para uma discussão mais aprofundada sobre métodos em Terapia Ocupacional, o que começa a mudar a partir dos anos de 2003.

Outro aspecto interessante refere-se aos formatos de trabalhos produzidos, tais como trabalhos de análise teóri-

co-empírica, projetos de intervenção, e artigos científicos. Ainda em número bastante inferior aos trabalhos de revisão bibliográfica, esses trabalhos começam a despertar o interesse do aluno, como forma de tornar mais estreita a relação entre os aspectos teóricos estudados e a complexidade do campo que se deseja conhecer. Esses trabalhos têm-se direcionado para estudos de casos clínicos e institucionais, utilizando técnicas de coleta de dados como entrevistas, questionários, diários de observação, entre outros, contribuindo para a produção de trabalhos que revelem o universo da Terapia Ocupacional na Bahia.

O que também vem contribuindo na mudança de perspectiva dos trabalhos produzidos ao longo deste período diz respeito à capacitação docente. Ao longo desses seis anos, os professores vêm dando continuidade às suas formações, através de cursos de especialização em diferentes áreas do conhecimento, o que pode ser evidenciado pela conclusão de três mestrados nas áreas de saúde coletiva e ciências sociais, e um doutorado em andamento. Além disso, começam a despontar publicações, dissertações,

monografias e trabalhos de significativa importância dentro do meio acadêmico e para a própria categoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Terapia Ocupacional na Bahia possui uma história marcada por rupturas e transições que implicam na consolidação da profissão nesse local. Nota-se que a cada ruptura ocorrem perdas substanciais para a categoria no que tange à desativação de campos de atuação, a falta de veículos que estimulem a capacitação dos profissionais, e de espaços de discussão que fomentem uma produção de conhecimento eminentemente baiano.

A reabertura do Curso e seus dez anos de existência atualiza a Terapia Ocupacional na Bahia, propondo repensar a formação profissional e fornecendo subsídios para a construção de práticas e saberes próprios. Isso passa pela formação dos alunos e futuros profissionais, num processo lento e gradual, que também repercute em mudanças para os profissionais já formados, de meros técnicos para profissionais capazes de produzir conhecimento.

Nesse sentido, desde o início, após a reabertura do Curso, houve a necessidade de preparar o aluno não apenas para realizar um TCC, mas para refletir criticamente sobre sua formação como aluno e sua prática profissional. Há dificuldades nesse processo que acabam por irromper, muitas vezes, durante a realização do TCC. Entretanto, esses seis anos refletem parte do que vem sendo desenvolvido no Curso: a partir dos Trabalhos de Conclusão de Curso já produzi-

dos; das contribuições desses trabalhos para os campos de atuação; na consolidação de áreas de concentração; assim como em melhorias na capacitação de professores.

Essa produção já é expressiva, reflete um perfil do aluno, do Curso e da trajetória da Terapia Ocupacional ao longo destes anos. É uma produção que começa a delinear: áreas de concentração dentro do Curso; temáticas desenvolvidas durante a formação; dificuldades para sistematizar conteúdos de interesse do aluno ao campo da Terapia Ocupacional; e aspectos que precisam ser revistos na formação de um profissional que seja capaz de produzir conhecimento dentro da profissão.

Em 2004 estão sendo finalizados mais 36 trabalhos, com uma relevante concentração desses em pesquisa de campo, sendo aplicadas novas metodologias e abordagens, adentrando em universos de pesquisa inovadores para a Terapia Ocupacional. Isso é um avanço e nos mobiliza como profissionais na perspectiva de criarmos espaços que, cada vez mais, abram caminhos para uma Terapia Ocupacional diferente, atualizada, criativa e transformadora.

AGRADECIMENTOS: Milson dos Anjos Batista pela postura inquietante com que abre horizontes. Iara Morata Martines pela cuidadosa leitura que faz de um texto. Maria Emília Sardelich pelo passo inicial a tudo isto que foi descrito neste artigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARROS, D.D.; OLIVER, F.C. Monografias dos alunos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo entre 1985 e 1992. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v.8, n.2/3, p.67-74, maio/dez., 1997.

HÜHME, L.M. (Org.) *Cadernos de textos e técnicas*, 7. ed. Rio de Janeiro:Agir, 2000.

LANCMAN, S. A influência da capacitação dos terapeutas ocupacionais no processo de constituição da profissão no Brasil. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR*. Ano VII, v. 7, n.2, jul/dez, 1998.

PÁDUA, E.M.M.de; PALM, R.del C.M. A monografia no curso de terapia ocupacional: uma experiência que está dando certo. *Revista de Terapia Ocupacional. PUCCAMP*, Comemorativa dos 20 anos (1977/1997), 1997.

PIMENTEL, A.M. *Manual dos Trabalhos de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional*. Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências. Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. 2001.

Projeto Inclusão: Uma experiência em construção¹

Andréa Corrêa Lima²
Sofia Campos dos Santos³

RESUMO

O presente texto é o relato das atividades do Projeto Inclusão, no período de 1999 até 2004. Através de uma prática docente assistencial, o Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP) da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências (FBDC) tem desenvolvido um conjunto de ações voltado para a inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência. Esta experiência tem sido uma oportunidade, de juntamente com os estudantes de Terapia Ocupacional, associar a teoria à prática, onde conceitos, modelos de atenção, de educação e a atuação interdisciplinar são desafios constantes.

PALAVRAS-CHAVES: Terapia Ocupacional; inclusão; educação.

ABSTRACT

Through one practical assistencial teaching, the course of Occupational Therapy of the Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP), of the Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências (FBDC) has developed one set of actions pertaining to school inclusion of children and adolescents with deficiency. The Projeto Inclusão has been a chance of, together with Occupational Therapy students, to associate the theory and practice, where concepts, health care models, education and the interdiscipline work are continous challenges.

Keywords: Occupational Therapy; inclusion; education; deficiency.

¹ Projeto realizado no Serviço de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública da Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - Av. D. João VI, 275 - Brotas - Salvador-Ba CEP 40.290-000 - Tel.: (71) 276-8250 - e-mail: fdc@e-net.com.br

² Terapeuta Ocupacional, Supervisora do Estágio do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Endereço para correspondência: andreaceadi@hotmail.com

³ Terapeuta Ocupacional, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Endereço para correspondência: sofiacampos@ig.com.br

Nos últimos anos observa-se o desenvolvimento de ações voltadas para a inclusão social e o exercício da cidadania de pessoas em situação de exclusão. Contudo, o que se tem observado é a existência de propostas diferentes, encaminhadas por setores políticos e profissionais com objetivos, muitas vezes, opostos.

A discussão em torno dos processos de exclusão social está presente em toda a formação do terapeuta ocupacional, que tem na pessoa excluída, um dos focos de atenção e cuidados. O estudo e compreensão da evolução do homem nos esclarecem, também, sobre os mecanismos de exclusão utilizados ao longo da história. Entre esses grupos de excluídos estão as pessoas com deficiência, que por conta de suas limitações, estão comumente fora dos processos de participação social, de educação, trabalho e lazer.

Os asilos, presídios, manicômios e escolas de educação especial, surgiram como mecanismos de manutenção da ordem social diante da impossibilidade de convivência entre os diferentes, os marginais, os excluídos e as "pessoas comuns". Nos casos das escolas especiais, estas se constituíram como espaços com recursos específicos para atender às necessidades de uma população específica. Nessa perspectiva, segundo Carvalho (2000), a educação especial tem se constituído como um subsistema à parte, tão segregado teórico e metodologicamente das discussões sobre o processo educativo em geral, quanto tem estado seus alunos, seja na escola ou na ordem social.

O processo de inclusão escolar - alunos com deficiência na escola de ensino regular - pode cumprir um importante papel na modificação dessa realidade. "A educação inclusiva evoluiu como um movimento cuja vocação é questionar e modificar as políticas e práticas de exclusão (...). O estabelecimento de tais escolas é um passo fundamental no sentido de modificar atitudes discriminatórias, de criar comunidades acolhedoras e de desenvolver uma sociedade inclusiva" (Dias, 2002).

Indivíduos que convivem, desde muito cedo, com as diferenças, podem aprender, mais facilmente, conceitos ligados à solidariedade, respeito e cidadania. Além disso, essa prática vem ajudando a difundir informações sobre a deficiência, rompendo as barreiras do desconhecimento, colocando a "diversidade como algo natural, inerente à condição humana" (Dias, 2002).

A partir do trabalho com crianças e adolescentes com deficiências e acreditando nessa proposta, o Projeto Inclusão foi criado no ano de 1999, dentro do programa de Estágio Supervisionado em Excepcionalidade, no Serviço de Terapia Ocupacional da FBDC, para atender às demandas dos professores das escolas que recebem nossa clientela.

O acompanhamento às escolas é um dos procedimentos adotados no programa de atenção às crianças e adolescentes com deficiência do Serviço. Através da análise do ambiente, dos recursos materiais e do projeto pedagógico, é possível realizar as adaptações necessárias ao processo de inclusão escolar desses indivíduos.

Essa atividade nos colocou em contato com diferentes necessidades: de um lado, crianças e adolescentes que têm o direito à escola, de preferência do ensino regular, conforme preconiza a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). De

outro, educadores despreparados, assustados, inseguros e mal remunerados, em instituições com dificuldades e problemas anteriores ao processo de inclusão. Havia muita insatisfação, questões relacionadas à auto-estima e reconhecimento social da profissão, além de uma formação rígida, tradicional, que interferia na construção, no entendimento de uma ideologia e prática de ensino, onde coubessem os diferentes. Era preciso rever o foco de atenção, "desculpabilizar" o deficiente da sua dificuldade de ser incluído.

Esses professores geraram uma demanda que nos parecia possível contemplar. Os encontros foram organizados com o objetivo de aprofundar as discussões em torno do tema e contribuir com esse processo. Além disso, estaríamos oferecendo ao estudante de Terapia Ocupacional a diversificação da sua prática, numa área tradicionalmente voltada para a clínica, através de uma intervenção junto à comunidade.

Inicialmente, a proposta era capacitar/informar os professores sobre as deficiências, adequação do mobiliário e material didático utilizados na escola. Em pouco tempo avaliávamos que isso era insuficiente. Os encontros tiveram uma repercussão maior do que esperávamos, tamanha a necessidade de informação e apoio dos educadores. Além dos professores das crianças e adolescentes atendidos no Serviço de T.O., fomos procurados por outros profissionais da rede pública e privada, do ensino regular e especial. Nos confrontamos com as diferentes realidades dessas instituições, mas com semelhantes questionamentos e anseios.

Os primeiros encontros foram marcados pelas discussões em torno do próprio processo de inclusão: será que devemos realmente incluir essas crianças? Isso é possível? É bom para elas? O lugar delas não seria a escola especial, com profissionais capacitados para isso? Os professores traziam suas inquietações e, a partir daí, a proposta foi redimensionada.

Passamos a discutir os fatores de exclusão social, o surgimento das instituições totais, principalmente das escolas especiais e o seu papel na sociedade. Também foi importante o debate sobre a representação social das deficiências, associada aos conceitos de incapacidade, dependência e inferioridade, que justificaram, durante muito tempo, o confinamento dessas pessoas e as práticas de educação e saúde, refletindo o momento histórico e a ideologia vigente.

O caminho seguinte foi a discussão sobre os conceitos de educação, função da escola e do educador. Foi preciso, ao aprofundar essas questões, compreender que ainda temos uma escola seletiva, que atende apenas aos interesses de uma sociedade competitiva e de consumo; temos parâmetros curriculares rígidos, sistemas de avaliação padronizados, que desconsideram a individualidade, os diferentes interesses e competências de todos os alunos. Ou seja, uma educação que obriga o aluno a adaptar-se a determinado modelo social. "As políticas educacionais, enquanto políticas públicas são definidas, implementadas e avaliadas em estreita relação com o desenvolvimento social dos países. Elas retratam os tipos de regulação adotados por determinada sociedade, segundo a ideologia vigente" (Carvalho, 2000).

Para que serve a escola? Ela está inserida em um contexto sócio-político que dá significado à formação e informação? Por que tem sido, cada vez mais, desinteressante para os educandos? Por que tanto fracasso escolar? Era preciso

compreender que é nesse modelo de escola que é difícil incluir. O problema não são os "alunos especiais", mas as escolas que não atendem às necessidades individuais da maioria de seus alunos, com um ensino massificado e, às vezes, descontextualizado. No entanto, se concebemos a escola, também, como lugar de construção da cidadania, de convivência, de reflexão crítica e de criação, além da apreensão de conteúdos, aí, sim, poderemos incluir todos.

Considerando que inclusão escolar abrange os níveis social, político, econômico, ambiental e cultural, podemos afirmar que a pobreza é um dos empecilhos desse processo. Não são apenas as pessoas com deficiência que não têm acesso a uma educação plena, mas todas as pessoas em situação de pobreza. As escolas são insuficientes e inadequadas, em sua maioria; os professores têm lacunas em sua formação, inclusive para lidar com pessoas com deficiência.

Conhecemos inúmeras escolas públicas, comunitárias e privadas. Encontramos, nas primeiras, muitos problemas: inadequação do ambiente, no que se refere à ventilação, luminosidade, e acústica ou paredes com infiltração - insalubres para os alunos e para o professor; sem área de recreação e lanche; bebedouros "que dão choque", cadeiras quebradas no fundo das salas; armários servindo de divisória, e até esgotos a céu aberto. Em algumas, observamos a ausência de recursos materiais e humanos; grande número de alunos por sala; professores insatisfeitos e desestimulados. No caso específico das escolas comunitárias, constatamos irregularidades, como a falta de registro ou funcionando na casa da diretora. Foi verificada, também, a inexistência de escolas públicas de educação infantil, de transporte adaptado para crianças pobres com dificuldades motoras; crianças inquietas, amontoadas, algumas agressivas com problemas familiares, relacionados ao desemprego, violência doméstica, além da falta de segurança no ambiente escolar. Ouvimos, com frequência, que "lidar com certos alunos era mais difícil do que lidar com a criança especial".

Nas escolas privadas, com melhor estrutura física, os problemas eram de outra ordem: projeto pedagógico voltado para o acúmulo de conhecimentos previamente estabelecidos, que avalia com critérios de "boa" ou "ruim" a possibilidade de apreensão desse conteúdo. Por questões de competitividade, não é incentivado aprender a pensar e construir o conhecimento, de forma crítica; criar e se expressar, de maneira diferente, ou ser diferente.

Ao mesmo tempo, encontramos muitas iniciativas isoladas de professores com ideologia e práticas inclusivas, que foram convidados para colaborar, compartilhando experiências.

Registramos, nos primeiros encontros, um maior número de profissionais de escolas privadas. Precisávamos incluir os professores das escolas públicas e comunitárias, que tinham dificuldades de participar dos encontros à noite, de deslocamento, não tinham apoio institucional e longas jor-

nadas de trabalho, segundo informações dos participantes.

A estratégia adotada foi realizar os encontros aos sábados, nos dois turnos. Em média, eram realizados dois encontros por semestre, com, aproximadamente, 80 participantes, entre profissionais, estudantes de diversas áreas e familiares. Os temas eram abordados através de palestras, oficinas e grupos de estudo.

A partir dos encontros foram criados alguns instrumentos de apoio às escolas inclusivas, como, por exemplo, indicação de bibliografia, de profissionais e serviços, da rede pública e privada, para encaminhamento dos alunos, quando necessário, além da divulgação de ações desenvolvidas pela secretaria municipal de educação, organizações governamentais e não governamentais.

Ao longo desse tempo, verificam-se mudanças nas atitudes dos professores e técnicos. Eles não buscam, apenas, "como fazer". Os temas tornaram-se mais abrangentes com debates sobre políticas públicas voltadas para crianças, adolescentes e pessoas com deficiência, sistema educacional, parâmetros e adaptações curriculares, direito à informação, acessibilidade, ações intersetoriais e interdisciplinar, dentre outros.

Esta experiência tem sido, também, fundamental para os terapeutas ocupacionais e estudantes envolvidos, pois é, mais uma oportunidade, para reflexão acerca dos processos de construção do conhecimento e desenvolvimento uma prática, onde os usuários do serviço encontram interlocutores e parceiros para a resolução de questões e problemas da vida cotidiana e o saber é instrumento de articulação para possibilitar o acesso às oportunidades que a sociedade oferece.

Concluindo, entendemos a inclusão escolar como um processo sem volta, que nos lança inúmeros desafios e que não pode esperar para acontecer quando o sistema de ensino melhorar, quando estivermos suficientemente capacitados, como pensam alguns. Ou seja, estamos diante de fatos e processos que ocorrem simultaneamente e as ações voltadas para a inclusão escolar denunciam nossas falhas de (in)formação e questionam as instituições que segregam, discriminam e desconsideram as diferenças, que são fatores de desenvolvimento para os homens.

REFERÊNCIAS

- CARVALHO, Rosita E. Removendo barreiras para a aprendizagem: educação inclusiva, Porto Alegre, Ed. Meditação, 2000.
- DIAS, Vera L. L., Inclusão: Um Compromisso. Palestra proferida na Universidade Estácio de Sá, para estudantes do Curso de Fonoaudiologia, Rio de Janeiro, 2002. Disponível em <http://www.veradias.pro.br/inclusao/Artigos.htm> - Acesso em julho de 2004.

Velhice e “corpo-re-idade”¹

Márcia Queiroz de Carvalho Gomes²

RESUMO

Este trabalho pretende refletir sobre a reconstrução da corporeidade de mulheres idosas, através da introdução de práticas corporais – dança, biodança, ginástica, etc. – vivenciadas nos programas destinados a idosos. Considerando que as transformações nas representações da velhice passam necessariamente pelas mudanças nas relações com o corpo, supomos que as novas técnicas corporais impingidas às idosas vise deslocar a imagem do corpo do lugar de instrumento de trabalho para a sobrevivência, da dor e doença na velhice, para o lugar do prazer, da auto-estima e da saúde, aspectos estes entendidos como de responsabilidade individual e condição necessária para manter-se longe da velhice. O trabalho teve como campo empírico idosas participantes de um grupo de convivência de um bairro popular de Salvador.

PALAVRAS CHAVE : Corpo, Velhice, , Identidade Social, imagem corporal, gênero.

ABSTRACT

This work has the intention to reflect the reconstruction of the body aging in elderly women, through introduction of body practices- dance, biodance, gym, etc.- experienced in programs focused in elderly ones. Taking into account that the oldness transformation passes necessarily through body relation changes, we can supposed that new body techniques applied to the elderly ones aim to shift the body image from work tool to the survival, the headache in the oldage to the pleasure, self-esteem and health, aspects regarded as of individual responsibility and necessary condition to keep oldness away. This work used as empiric field elderly participants in a joined group in a popular district of Salvador

KEY WORDS : Body, Aging, Social identity, body image, gender.

INTRODUÇÃO

O corpo como construção social carrega um conjunto de signos denotadores de gênero, raça, classe e idade.

O sentido de corporeidade da mulher, mais que a do homem, sofre, ao longo do curso da vida ou em diferentes idades, uma série de mudanças que a obriga a uma constante atualização, tanto de sua auto-imagem quanto de sua identidade social. Tais mudanças que se operam no campo biológico ganham diferentes significados sociais.

Das transformações que o corpo passa podemos apontar como de grande importância as seguintes: por volta dos 8 a 10 anos ocorre o chamado “estirão”, período no qual a criança tem acelerado seu crescimento corporal, deixando-a com formas pouco nítidas. Aproximadamente entre 12 e 14 anos o corpo é marcado por intensas mudanças: crescimentos de pêlos, aparecimento de seios, alarguecimento dos quadris, mudanças de traços faciais, etc. Na idade adulta, em geral, é a gestação a responsável pelas transformações corporais: aumento dos seios, crescimento da barriga, perda

¹ Artigo baseado na Dissertação de Mestrado - Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, sob o título: “Velhas e velhos : a busca de novos espaços de sociabilidades”- 2001.

² Terapeuta Ocupacional, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Av. D. João VI, 274, Brotas -Salvador, Ba. E-mail: marciagomes10@terra.com.br

da linha de cintura, aumento do peso, etc. Ao chegar aos 60, as marcas do tempo são mais visíveis no corpo: rugas, embranquecimento dos cabelos, diminuição do tamanho, encurvamento etc.

A biomedicina não cansa de apontar as agruras da "fisiologia do envelhecimento" deixando parecer que a "entrada" na velhice e não o transcorrer da vida, é responsável por tais alterações.

Este trabalho pretende refletir sobre a reconstrução da corporeidade de mulheres idosas, de classes populares, frequentadoras de um grupo para idosos. O grupo em questão constituiu-se objeto de estudo etnográfico realizando para a dissertação de mestrado. No trabalho de campo observou-se que o corpo ocupa uma posição central nas atividades propostas.

CORPO E ENVELHECIMENTO

A ênfase no corpo no processo de envelhecimento não é recente, sempre houve uma grande preocupação com os aspectos visíveis do envelhecimento, procurando retardá-lo, adiá-lo ou evitá-lo. Os estudos sobre a velhice se iniciam, muito antes que nas ciências sociais, nas ciências biológicas e médicas.

A biomedicina que vê o corpo como objeto a ser tratado ou curado paralisa-se diante de sua impotência em deter o processo de envelhecimento. Encontramos uma vasta bibliografia (Cohen, 1994, Hayflick, 1996, entre outros) que tenta dar explicações para tal processo, as chamadas teorias do envelhecimento. Nas últimas décadas, no entanto, vários estudos têm se dedicado a distinguir os aspectos próprios do envelhecimento normal dos aspectos patológicos, procurando assim caminhos para a chamada velhice "bem-sucedida", como veremos mais adiante.

As imagens do corpo, na atualidade, vêm sendo amplamente exploradas como em nenhum outro período da história. A mídia usa tais imagens – especialmente femininas – para as mais diversas finalidades e nem sempre vinculadas a produtos ligados ao corpo. Há uma, cada vez mais acentuada, preocupação com as formas e usos do corpo. Corpos moldados, rígidos, ágeis e jovens, mostrados como modelos exemplares, ocupam o imaginário de jovens (cada vez mais jovens, e alguns nem tanto), alargando assim o fosso entre as gerações.

Mas tais preocupações se estendem também no sentido da velhice (ou do como não ser velho), procurando, em certa medida, diminuir essa distância. Busca-se reconstruir a imagem tradicional da velhice, ou melhor, distanciar a imagem do velho apático, pouco ágil, do geral das pessoas atualmente acima de 60 anos, pessoas que também passam a ser classificadas como de terceira idade.

O corpo, nessa nova representação da velhice, precisa ser revisto, pois é nele que se expressam mais claramente as marcas do tempo. É no corpo que está impressa nossa identidade pessoal e social, como homem ou mulher, branco ou

negro, bem cuidado ou mal cuidado, jovem ou velho. As marcas da velhice, por vezes, sobrepõem-se às demais. Comumente ouvimos expressões do tipo: "Tem uma velha pedindo informações", "A velha chegou acompanhada", etc. que põe em primeiro plano a localização no tempo antes que no gênero, classe ou raça.

Featherstone (1994:52) nos lembra como a visibilidade dos corpos influencia na comunicação e interação social, ainda mais na velhice: "... o processo de envelhecimento transforma a estrutura visível do corpo humano de muitas maneiras que podem mudar nossa percepção do valor do ser humano".

A imagem do corpo interfere diretamente nas relações que mantemos com os outros, atribuindo-lhe qualificações ou desqualificações de acordo com o que é também estabelecido, culturalmente, como bonito/feio, agradável/desagradável, e todos os signos de feminilidade/masculinidade, de juventude ou velhice.

A velhice, ou a imagem corporal, sempre mutante, produzida ao longo do curso da vida, nos é sempre revelada pelos outros, nos causando, muitas vezes, espanto e surpresa (Beauvoir, 1990). Tais imagens vindas de fora repercutem fortemente na nossa identidade, pois "a construção das identidades depende da construção das imagens do corpo" (Featherstone, 1994:50).

Neste sentido Giddens (1994) aponta alguns aspectos do corpo que considera relevantes para o self, a auto-identidade e a identidade social: a aparência corporal, o comportamento, a sensualidade do corpo, e os regimes a que os corpos são submetidos. Os aspectos levantados por esse autor, nos ajudam a compreender o processo de reconstrução da imagem da velhice a partir do corpo.

A aparência corporal "afeta todos aqueles aspectos da superfície do corpo, incluindo modos de vestir e enfeitar-se, que são visíveis para o indivíduo e outros agentes e que são ordinariamente usados como indícios para interpretar ações" (Giddens, 1994:99).

A aparência designa a identidade social e sinaliza as diferenças de gênero, posições de classe e status ocupacional, e por muito tempo sinalizou as diferenças de idade. Tomando como exemplo o modo de vestir, Vianna (1994:133) descreve com exatidão as roupas que distinguem as mulheres velhas das mulheres jovens:

"Roupa de velho significava um conjunto austero com o saião compridão, lambendo o tacão dos sapatos, um recheio de anáguas feitas com a finalidade de não deixar vislumbrar o jeito das pernas, mangonas lá embaixo, cintura apenas marcada, se a dona já tivesse perdido a forma. O decote necessariamente tem de ser rente ao pescoço, protegendo de vistas indiscretas as injúrias do tempo. A fazenda? Pesada, naturalmente. De tecido durável, desde que uma mulher decente não iria usar roupa esvoaçante como as de menina moça sem governo. A cor? Preto, azul-marinho, marrom-escuro, cor-de-cinza... Lilás, se fosse viúva de muitos anos".

¹ Tradução livre nossa

A referida autora ainda assinala a diferença de classe dizendo: "Velha pobre não fugia ao tradicional das peças de roupas de velha – saia, casaco, camiseta ou plastrão. Apenas o chapéu é que faltava, comumente substituído pelo fichu – mantilha preta comprida eternamente enrolada ao pescoço e posta na cabeça nos momentos necessários" Vianna (1994:134).

Escondia-se o corpo velho assim como escondia-se a velhice no espaço doméstico, atrás das longas e espessas roupas. A velhice não era algo a ser mostrado. Hoje mulheres de quase todas as idades vestem-se semelhantemente. Não há muita distinção no modo de vestir-se ou enfeitar-se de uma mulher adulta (e até adolescentes) e uma mulher idosa.

Mulheres idosas usam calças, saias, blusas com ou sem mangas, mais ou menos decotadas, bermudas ou shorts, jeans e outros tecidos de todas as cores, cabelos curtos ou longos, soltos ou presos, de várias cores.

A aparência das mulheres velhas iguala-se às das mais jovens, assim também a do homem em relação aos mais novos. Ao homem idoso de hoje já é permitido usar bermuda, short, camisas de cores vibrantes, tênis, vestimentas até pouco tempo só ao alcance dos homens jovens. Chegam hoje até a desfrutar de artifícios, anteriormente só permitidos às mulheres, tais como os cuidados com a pele, cirurgia plástica, pintura de cabelo.

Um dos homens entrevistados revela sua preocupação com a aparência, com uma clara noção do que ela representa socialmente. "Me preocupo. Quando eu vou sair para dançar, eu quero sair de uma forma que nego note que estou ali, que sou gente". Mas quanto à pintura do cabelo, justifica imediatamente "Passo loção para escurecer o cabelo, mais por causa da mulher".

Mas, para os homens idosos ainda é difícil admitir os cuidados com o corpo e com a aparência, eles ou reagem com um displicente não, ou referem-se à saúde. "Cuido de mim mesmo. Tenho muito medo de pegar doença" diz Carlos (60 anos). Todos eles, no entanto demonstram cuidados com a aparência, especialmente nas festas.

As mulheres do grupo, como já era de se esperar, preocupam-se mais, já que elas "sempre foram, tradicionalmente, avaliadas pela aparência física e pela capacidade reprodutiva – em suma pelo estado do seu corpo" (Britto da Motta, 2000:12). Revelam os cuidados com a aparência nos limites do permitido às mulheres de classes populares. Usam cremes, mas em grande parte negam-se a esconder os cabelos brancos.

"Me cuidar eu me cuido. Creme pra ruga não uso, não. Pinto o cabelo, mas não vou mais pintar não, cansei" (Helena, 73 anos).

"Uso creme no corpo. Deus me livre de pintar o cabelo, acho ridículo". (Deusuita, 71 anos)

"Sou muito vaidosa, sempre uso creme. Não pinto o cabelo, às vezes passo creme". (Marta, 80 anos).

"Passo creme no corpo, mas não pinto o cabelo, não vou pintar, a pessoa tem que aceitar". (Nadir, 64 anos).

"Gosto de andar arrumadinha, cheirosa. Uso creme de cacau no corpo e shampoo Colorcharme". (Hilda, 72 anos).

Mas o corpo também precisa ser trabalhado para que possa manter um comportamento apropriado nos ambien-

tes que passam a frequentar.

Segundo Giddens (1994:99) o "comportamento determina como a aparência é usada pelo indivíduo como moldura genérica de atividades diárias: é como o corpo é mobilizado em relação a convenções constitutivas da vida diária".

O comportamento das mulheres idosas, de confido, recatado, confinado dentro de casa, passa a ser expansivo, participativo, alegre. Não é à toa que quando indagamos sobre sua autopercepção de mudança assinalam com entusiasmo as ocorridas na esfera do comportamento. O grupo exerce uma importante função nesta mudança, pois é através dele que o comportamento encontra espaço para se manifestar.

"Tenho mais independência pra fazer o que quero, estou melhor do que era. A vida está melhor". (Hilda, 72 anos, viúva).

"Mudei pra melhor. Viviam trabalhando, não tinha tempo pra nada, agora tenho minha liberdade. Tenho que agradecer a Deus. Trabalhei 47 anos". (Eliseu, 81 anos, namora uma idosa do grupo).

"Dona Francisca renasceu, principalmente depois do amor" (Francisca, 67 anos, viúva, namora um idoso do grupo há 10 anos).

"Eu sou mais atencioso nas coisas, agora, que antes. Relevo mais as coisas, de primeiro não engolia nada. Procu-ro evitar ao máximo confusão. A mulher acha que agora estou pior em matéria de mulher". (Agildo, 68 anos, casado, a mulher às vezes vai às festas do grupo).

"Eu era muito séria, agora estou mais expansiva, mais alegre". (Elza, 62 anos, casada, atribui a mudança, principalmente ao trabalho de biodança que fez no grupo)

O comportamento dos idosos ajusta-se às novas demandas e às novas expectativas sociais. Exige-se da velhice novas competências que permitam lidar com os espaços públicos agora frequentados. Corpos ágeis, aparências jovens e alegres, e independência são requisitos básicos. Mais fácil para os que dão continuidade ao curso da vida, ainda pouco afetado pelos limites corporais impostos pelo tempo ou pela imposição social de inatividade.

Além disso, como nos alerta Featherstone (1994), é necessário, durante a vida, e mais ainda na velhice, a manutenção de competências e controles adquiridos na infância. O autor aponta três principais competências socialmente desenvolvidas:

1. Habilidades Cognitivas – baseadas no uso da linguagem e nas capacidades de comunicação, vitais para uma pessoa tornar-se autônoma e aceita;
2. Controles do Corpo – a necessidade de controlar os movimentos do corpo, os movimentos dos nossos membros, rosto e cabeça, o grau de capacidades motoras que envolvem sentar, ficar em pé e andar, tanto quanto a capacidade de conter e reter os fluidos corporais.
3. Controles Emocionais – a necessidade de controlar a expressão das emoções – raiva, ira, inveja, ódio, choro, piedade, amor e desejo – de modo que explosões emocionais e a perda de controle somente tomem lugar em ocasiões e de formas que possam ser socialmente sancionadas e aceitáveis". (Featherstone, 1994:64).

Tais competências são expressas no comportamento

durante as interações sociais e seu controle é cobrado do/a velho/a muitas vezes em nome da saúde, como é o caso, inclusive, do controle emocional, "você não pode se aborrecer", "você não pode ter emoções fortes", "olha sua pressão!". Ao velho não é permitido esquecer, tropeçar, ficar muito triste ou muito alegre.

A manutenção das competências e controles é vital para a permanência do idoso no convívio social, porém esta é ameaçada seja pela incidência de doenças, seja pelo próprio processo fisiológico do envelhecimento – limitações da visão, audição, mobilidade. Diz ainda Featherstone: "A redução dessas capacidades (...) ameaça os direitos dos cidadãos idosos e sua capacidade de ser um adulto válido", e mais adiante "É a perda desses controles do corpo tanto quanto da capacidade de atingir uma conduta e um procedimento mais jovem que leva à estigmatização das pessoas idosas e à efetiva perda do seu direito de ser tratada como pessoa valorizada" (Featherstone, 1994:66/67). A velhice é inaceitável, o corpo precisa ser cuidado para manter-se longe dela.

Retornando aos aspectos do corpo que Giddens identifica como relevantes para a constituição da identidade, temos a sensualidade do corpo. Refere-se ao manuseio disposicional do prazer e da dor (Giddens, 1994:99). O corpo na velhice atual parece estar sendo usado na busca do prazer, tanto através da dança e outras atividades ligadas ao corpo, quanto nas relações mais íntimas. A velhice também deixa de ser assexuada, e a sexualidade encontra tempo e espaço para expressar-se, ainda que timidamente. Surgem "paqueras", namoros ou compromissos entre mulheres e homens velhos, que agora, se revelam mais abertamente, com menos vergonha ou culpa.

O corpo, entretanto, está submetido a regimes ditados por especialistas, de variadas formações, que dizem possuir a "fórmula certa" de como viver mais e melhor. É grande o volume de informações que pretendem ensinar as pessoas a comer, beber e comportarem-se, o que fazer e o que não fazer para ter uma vida saudável ou uma "velhice bem-sucedida".

Neri e Cachioni (1999) distinguem três conotações para o conceito de velhice bem-sucedida. A primeira está associada "à idéia de realização do potencial individual para o alcance do grau de bem-estar físico, social e psicológico avaliado como adequado pelo indivíduo e pelo seu grupo de idade". Essa conotação parece aproximar o conceito de velhice bem-sucedida ao conceito de saúde, e apesar das autoras acrescentarem que "os parâmetros são oferecidos pelas condições objetivas disponíveis, pelo *juízo* que indivíduos e instituições fazem a respeito dessas condições e pelo que *juizam* como *desejável* à realização do *pleno potencial* pelas pessoas",³ ela comporta uma série de aspectos bastante subjetivos e susceptíveis de influência dos padrões sócio-culturais de saúde e de corpo (húido, ágil e belos).

A segunda conotação associada

"(...) à velhice bem-sucedida é de funcionamento parecido com o da média da população mais jovem. Esse conceito refere-se a práticas médicas, cirúrgicas, cosméticas, físicas, sociais e educacionais destinadas a preservar a juventude, retardar os efeitos do envelhecimento, mascarar ou reabilitar as conseqüências desse processo e promover

o envolvimento dos mais velhos em atividades julgadas a eles apropriadas". (Neri e Cachioni, 1999:115)

Essa perspectiva parece predominar no pensamento atual da nossa sociedade. O ideal de juventude eterna está fortemente presente nos discursos e nas práticas cotidianas, em especial das mulheres das classes superiores. A velhice da mulher é vista como feia, degradante, sinal de descuido ou de baixa estima. No homem a velhice tem o poder de torna-los mais belos, ou melhor, homem não envelhece, fica maduro.

O corpo, especialmente o feminino, ocupa cada vez mais espaço no cenário cotidiano. O culto ao corpo é francamente estimulado pelos meios de comunicação. A cada dia são apresentadas novas técnicas, cada vez mais "simples", de "reforma" corporal. Cirurgias plásticas, colocação de silicone, lipoaspiração, musculação, etc. estão disponíveis para remodelar e transformar o corpo velho em novo. Corpos arduamente trabalhados são apresentados como modelos de beleza e até mesmo como sinônimos de saúde e de amor próprio.

Diante disso, como aceitar as marcas corporais do tempo?

Realizar exercícios físicos, participar de atividades de lazer que requerem corpos ágeis – dança, hidroginástica, ginástica, ioga, etc. – tornou-se imperativo para o apagamento de uma imagem de velhice, ao mesmo tempo em que o aproxima da juventude, ou a faz crer que assim é. Porém, tais prescrições estão fora do alcance da maior parte da população idosa, ou seja, dos velhos/as de baixa renda, restando a estes atuações improvisadas ou a caridade de voluntários.

A última conotação do conceito de velhice bem-sucedida apresentada pelas referidas autoras é identificada por elas como a "manutenção da competência em domínios selecionados do funcionamento, através de mecanismos de compensação e otimização(...)". Este é o modelo proposto por Baltes e Baltes (1990 apud Neri e Cachioni, 1999) no qual a velhice bem-sucedida "depende da seleção dos domínios comportamentais em que o indivíduo retém melhor nível de funcionamento e da otimização desse funcionamento mediante estratégias de treino e ativação dos motivos para aprender" (Neri e Cachioni, 1999:116).

É importante notar que esse modelo de velhice bem-sucedida não está atrelado nem ao conceito de saúde, nem ao ideal de juventude, mas considera as potencialidades e limitações da velhice. Vê ainda o exercício físico como potencializador do "senso de bem estar, fundamental para que os idosos continuem engajados com o mundo social e o mundo da informação" (Neri e Cachioni, 1999:117). Enfatiza ainda o treino da memória e a sabedoria como possibilidades compensatórias na velhice. Desse modo esse modelo integra ao corpo físico as experiências vividas nas interações sociais.

Nas práticas realizadas no grupo Alegria de Viver são as atividades físicas, corporais, que ganham destaque, pois delas depende boa parte do "sucesso da velhice", como podemos notar na entrevista de técnico/especialista da SETRAS: "Duas coisas são fundamentais para o processo de envelhecimento bem-sucedido. Uma é a prática regular de atividade física, o trabalho do corpo. O corpo precisa ser trabalhado, quanto mais cedo melhor para que seja um enve-

lhecimento bem-sucedido. E outra é a restrição calórica (...). (...) é fundamental no trabalho de grupo ter isso, esta atividade física. Não é necessariamente ter a ginástica, ter o professor, mas a dança, a caminhada, a hidroginástica, alguns movimentos leves. É fundamental que em cada aula, em cada dia de reunião, ter um momento, ter um espaço para alongar o corpo, fazer exercício respiratório, para fazer uma dança, de forma que mexa o corpo todo, que isso seja criado, estimulado na vida dos idosos. É fundamental isso aí”.

Mas, de que corpos estamos falando? O corpo como lugar de passagem de nossas relações com os outros e com o mundo precisa ser levado em consideração quando se discute a reconstrução da corporeidade de velhas/os de classes populares.

Segundo Kogan (1981) é graças ao corpo que somos donos de nossa própria história, pois é nele que nossas experiências são registradas. Nessa perspectiva de corpo vivido, histórico, temos que considerar os diferentes espaços sociais em que o senso de corporeidade é construído, já que os hábitos de classe são incorporados pelo indivíduo no processo de socialização.

O trabalho de Boltanski (1979) mostra como o corpo é diferentemente sentido, percebido, aceito, ou como suas sensações são expressas por grupos sociais distintos. Segundo o autor “O interesse e a atenção que os indivíduos concedem ao próprio corpo, ou seja, a aparência, agradável ou desagradável e, por outro lado, às suas sensações físicas, de prazer ou desprazer, crescem quando eles se elevam na hierarquia social (...)” (Boltanski, 1979:145).

Do mesmo modo, os usos que se faz do corpo diferem de acordo com as condições objetivas de sobrevivência. Segundo Boltanski (1979) a pouca atenção prestada ao corpo por indivíduos de classes populares, está relacionada a uma utilização intensa do mesmo. O esforço físico torna difícil perceber as sensações doentias emitidas pelo corpo, além do que, escuta-lo obrigaria o indivíduo a reduzir sua atividade física, o que poderia comprometer inclusive a sua sobrevivência.

Outro ponto a ser considerado diz respeito à relação entre o nível de instrução e a percepção e valorização de determinados aspectos do corpo. Quanto maior o nível de instrução, maior será o volume de trabalho intelectual em relação ao trabalho manual. O trabalho intelectual não exige força nem competência física especial, dando margem assim para que as sensações corporais possam ser percebidas e expressas. Ao invés da força, é a beleza e a forma física que são valorizadas. Até as atividades de lazer e esporte estão mais voltadas à manutenção da forma física e dos padrões de beleza em vigor na sociedade.

Os/As velhos/as que participam do grupo pesquisado estão na faixa etária entre 51 a 89 anos, tendo uma maior concentração entre os 60 a 69 anos (46%). A renda média é de um salário mínimo, e são moradores de um dos maiores bairros populares de Salvador. O nível de instrução, da quase totalidade, é o 1º grau incompleto. Entre os entrevistados, treze estão aposentados, sendo oito mulheres e os cinco homens; quatro mulheres recebem pensão e uma das mulheres não tem renda própria. Ocuparam funções em que, na maior parte dos casos, o corpo era submetido a um forte regime, tais como: marceneiro, carpinteiro, bombeiro, ferroviário (manutenção) ou na polícia militar, os homens; e as mulheres foram

costureiras em casa ou em fábricas, de roupas, de sapatos ou de tecidos, domésticas ou feirantes. As mulheres, além das marcas corporais impressas pelo trabalho – na rua e em casa – ainda trazem as lembranças corporais das gestações, em média 5 por mulher.

Como percebem então, estas pessoas, seus corpos e sua saúde?

Quando quis saber se alguma coisa nos seus corpos os incomodava ou os preocupava, muito freqüentemente, tanto para homens quanto mulheres, a primeira resposta era “não”, seguida de pausa e complementação, mas sempre tratadas como questão sem muita importância:

“Não... o colesterol...” (Maria Amélia, 72 anos).

“Não... Só a dor na perna”. (Maria Paula, 81 anos).

“A coluna... A coluna é que me impede abaixar. Não ligo mais pra ela”. (Eliseu, 81 anos)

“Não... só as varizes”. (Francisca, 67 anos).

“Sinto dor no joelho, mas procuro disfarçar. A coluna atrapalha às vezes porque eu esqueço que não posso pegar peso”. (Agildo, 68 anos).

Admitir francamente as sensações doentias do corpo é vislumbrar também a própria velhice e a assustadora possibilidade de deixar de fazer atividades, deixar de participar dos encontros, é acima de tudo a perspectiva de perder a independência física, tão temida por todos nós. Só duas mulheres relacionam diretamente essas sensações à velhice:

“Não... só as pernas, sinto um pouco de fraqueza nos nervos. A gente vai chegando pra idade...” (Hilda, 72 anos)

“Não tenho muita firmeza nas pernas, isso é da idade mesmo”. (Marta, 80 anos)

Isso nos faz lembrar Beauvoir (1990:351): “Essa anomalia normal, a velhice, parece ser vivida, no plano da saúde, com uma mistura de indiferença e mal-estar. Conjuramos a idéia de doença, invocando a idade; eludimos a noção de idade, invocando a doença, e, com esse ardil, conseguimos não acreditar nem em uma coisa nem em outra”.

A resistência ao médico, (não desconhecendo toda série de dificuldades encontradas pela população de baixa renda quanto ao acesso ao atendimento médico) é explicitada por alguns, enquanto outros, já com problemas instalados, dizem fazer exames periódicos (resposta também politicamente correta).

“[só vai ao médico] quando sinto mal estar. Não sou muito chegado a médico não”. (Eliseu, 81 anos)

“Não gosto de médico”. (Marta, 81 anos, a mesma que atribui a falta de firmeza nas pernas à idade)

“Não vou ao médico, ele vai pedir exame disso, exame daquilo. Eu como tudo, não sinto nada!” (Deuzuita, 71 anos)

“Fui ao médico 12 anos atrás e agora em outubro porque cai. Fiquei na menopausa com 53 anos, não senti nada. Nunca gostei de médico”. (Helena, 73 anos)

“Eu só vou quando tem muita necessidade”. (Agildo, 68 anos. Conta a história de um colega que ficou sabendo que tinha diabetes e morreu logo depois. Ele atribui a sua morte ao fato de saber que estava doente”).

Dizem os outros :

“Vou sempre ao oftalmologista e cardiologista, de uns tempos pra cá, por causa do glaucoma”. (Maria Amélia, que só se refere a preocupação com o colesterol e diz não ter do-

ença nenhuma "por isso não quero descuidar". Relata ainda que agora vai mais ao médico porque os filhos fizeram plano de saúde para ela).

"[vai ao médico]De ano em ano. Na médica de vista vou mais"(Nadir, 64 anos, tem glaucoma. Mas quando perguntada se tem problema de saúde diz "não tenho nenhum problema, só glaucoma e a pressão que tenho que dar manutenção")

"De 6 em 6 meses, depois da cirurgia"(Carlos, 60anos, fez cirurgia para retirada da próstata há três anos)

"Faço sempre checkup porque dizem que é bom, né? E, quando viajo, antes vou no médico". (Eugênia, 75 anos).

Podemos, a partir do exposto, fazer algumas considerações sobre a reconstrução da corporeidade dos velhos no contexto atual.

Inicialmente podemos dizer que seus corpos vêm passando por intensos processos de transformação, tanto impostas pela duração do curso da vida, quanto pelo tipo de vida a que foram e são submetidos.

A aparência corporal como elemento da identidade social vem sendo atualizada e assume um importante significado social. Observamos, por exemplo, a utilização de camisetas com identificação do grupo ao qual pertencem. Isso nos parece um importante signo de pertencimento que é ostentado com orgulho. Pertencer a grupos de idosos no atual momento é revelar-se como velha/o ativa e participativa. Além, é claro, do benefício do próprio sentimento de pertença.

As transformações na aparência refletem-se no comportamento, que é logo apontado quando questionados sobre sua autopercepção de mudança: "Estou mais ativa...cuido mais de mim" (M.A.S., 82); "Penso mais em mim..." (N.A. 68). Mais que a aparência é o comportamento em relação à vida que é percebido como mudança. Visivelmente essas mulheres se comportam diferente das da geração anterior, como bem expressa uma delas enquanto dança: "Minha mãe morreu aos 68 anos e não saía mais de casa, era toda – faz uma expressão de encolhimento e fraqueza – eu estou aqui me divertindo" (E.S., 75).

O conceito de velhice tida como bem-sucedida, atrelada a determinado conceito de saúde, ou que persegue o ideal de juventude eterna e beleza, leva, entretanto, a uma negação da continuidade do curso da vida e transforma o envelhecimento em algo feio, repulsivo e que deve ser transformado. Julga os que não seguem os seus preceitos como descuidados, ou responsabiliza-os pela sua velhice (mal-sucedida?).

As/Os velhas/os de classes populares – tais como os do grupo estudado – que nunca tiveram tempo para ouvir seus corpos, são chamadas a prestar atenção a eles e a lhes dispensar cuidados. Por outro lado, o ideal de juventude para tal população, apesar de toda a pressão da mídia, parece manter-se apenas como valor espiritual, "Sou velha de espírito jovem" dizem alguns. Talvez porque as transformações propostas pelos especialistas não estejam ao seu alcance financeiro, ou talvez porque consigam ver aspectos mais valiosos nesse período da vida, tais como liberdade, alegria, prazer da convivência com outras do seu grupo de idade (mas que também são signos da juventude). Ou principalmente o prazer sentido nos seus próprios corpos ao dançarem, ao interagirem com outros corpos, ao serem tocados,

abraçados, a pertencerem a um grupo.

Por fim, podemos dizer que as novas técnicas corporais impingidas aos idosos, em especial os das classes populares, deslocam a imagem do corpo do lugar de instrumento de trabalho para a sobrevivência, da dor e da doença na velhice, para o lugar do prazer, da auto-estima e da saúde, mas aspectos estes entendidos como de responsabilidade individual e condição necessária para manter-se longe da velhice. Conseqüentemente também serve para manter um mercado de consumo que agora se abre para a velhice, ao mesmo tempo em que transfere a responsabilidade do Estado, quanto à assistência a saúde, para o sujeito que envelhece, "pois hoje, mais do que nunca, 'só é velho quem quer'(Britto da Motta, 2000: 13).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALTES, P.B. e BALTES, M.M. Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization and compensation. In: BALTES, P.B. e BALTES, M.M.(Org.). *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences*. Nova York: Cambridge University Press, 1990

BEAUVOIR, Simone. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOLTANSKI, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRITTO DA MOTTA, Alda. *Envelhecimento e sentimento do corpo*. SEMINÁRIO SAÚDE E ENVELHECIMENTO. FIOCRUZ . Rio de Janeiro; ago, 2000.

COHEN, Gene D. *O cérebro no envelhecimento humano*. São Paulo: Andrei, 1994.

FEATHERSTONE, Mike. O curso da vida: corpo, cultura e o imaginário no processo de envelhecimento. *Textos didáticos*. São Paulo IFCH/UNICAMP, 1(13) 49-71, mar, 1994

GIDDENS, Anthony. *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press, 1994.

HAYFLICK, Leonardo. *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

KOGAN, Aida. *Cuerpo y persona*. México: Fondo de cultura Económica, 1981.

NERI, Anita L., CACHIONI, Meire. Velhice bem-sucedida e Educação. In: NERI, Anita L., DEBERT, Guita (org.). *Velhice e Sociedade*. Campinas. São Paulo: Papirus, 1999.

VIANNA, Hildegardes. *Antigamente era assim*. Rio de Janeiro: Record. Salvador: Fundação Cultural de Estado da Bahia, 1994.

Gravidez de alto risco – Algumas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional¹

Francisco Leal de Andrade²
Sofia Campos dos Santos³

RESUMO

Este trabalho aborda a Gravidez de Alto Risco, uma condição que se caracteriza pela presença de fatores de Risco Gestacional. No Brasil, aproximadamente, 10% das gestantes estão nesta situação. Os fatores de risco gestacional estão diretamente relacionados a questões bio-psico-sociais. Neste sentido, o presente artigo pretende destacar o papel do Terapeuta Ocupacional, como profissional da área de saúde, como educador e articulador social, atuando junto às mulheres gestantes em risco, oferecendo suporte emocional e contribuindo na busca de melhores condições de vida e acesso a programas de assistência à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez, Mulher, Terapeuta Ocupacional.

ABSTRACT

This paper focuses on High-Risk Pregnancy, a condition characterized by the presence of Pregnancy Risk Factors. In Brazil, about 10% of the pregnant women population are in this situation. The risk factors are directly connected to biological, social and psychological issues. Based on this, this article emphasizes the Occupational Therapist's role, as a healthcare professional and also as an educator and social articulator, working with high-risk pregnant women, providing emotional support, contributing to the improvement of their health and interfacing with healthcare programs.

KEYWORDS: Occupational Therapist, Pregnancy, Woman.

Nos dias atuais, freqüentemente a gestação não se resume a felicidade, sonho e fantasia. A gestação é um processo que envolve, também, muito sofrimento para a mulher. Os aspectos bio-psico-sociais associados à gravidez podem ser conflitantes, considerando as diversas transformações que marcam este período. Quando à gestação é acrescentado o risco, a situação da mulher fica agravada e ela acaba sendo rotulada como "Gestante de Alto Risco".

Este trabalho enfatiza a situação da mulher na dinâ-

mica onde está contextualizada a gestação de alto risco. Pretende-se que esse trabalho venha a promover algum nível de reflexão acerca da realidade da mulher que vive a gestação de alto risco, e também quanto à forma como se pode trabalhar a fim de modificar esta realidade.

A partir da exposição de diferentes pontos de vista acerca da gestação de alto risco, será discutida a idéia de que a gestante dita "de alto risco" deve ser vista na condição de mulher cidadã, que pertence a determinada sociedade, vive

¹ Artigo retirado de Monografia de Final do Curso de Terapia Ocupacional - Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Salvador - Ba / 2002

² Terapeuta Ocupacional. Endereço para correspondência: Rua 8 de Dezembro, 382, Ap. 104, CEP. 40.150.000, Graça, Salvador, Bahia. Tel: 331-4760. e-mail: chicolandrade@ig.com.br

³ Terapeuta Ocupacional, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Endereço para correspondência: sofiacampos@ig.com.br

em determinada cultura, tem sua individualidade, se caracteriza por sua subjetividade e por estes motivos não deve ser rotulada a partir de sua condição biológica.

O corpo grávido de alto risco

Ainda hoje é comum o discurso que compara o processo gravídico à doença e o corpo grávido é caracterizado como anormal; a gestação passa a ser percebida, por muitas mulheres, através da suspensão de regras (menstruação), como uma situação que pode ser definida como "algo em mim está errado". Quando abordamos as transformações físicas ocorridas na mulher durante a gestação, devemos estar atentos à forma como ela lida com seu corpo nesse processo de modificação evidente.

As proibições impostas às mulheres de conhecerem seu próprio corpo acontecem desde a infância acabando por reprimir a sexualidade e, conseqüentemente, por inibir o auto-conhecimento corporal necessário ao desenvolvimento físico, mental e social. A falta de exercício da liberdade sexual contribui para que se considere o corpo um depósito de doenças, de forma que o corpo da saúde, presente na gravidez, passa a ser tratado como anormal. A incorporação destas idéias faz com que as mulheres percebam a gestação como um período envolvido pelo perigo, no qual toda sua rotina e seu comportamento devem ser modificados. Assim, a repressão da sexualidade acaba por resumir o aparelho reprodutor feminino a função de perpetuação da espécie.

Desta forma, as transformações durante a gestação acaba por não serem percebidas como fonte de prazer e vida, pelo fato da gestante não se reconhecer neste corpo "modificado". Se a mulher não reconhece estas transformações, fica muito difícil exercer a autonomia sobre a gravidez, pois a insegurança torna-se muito intensa. Nestes casos torna-se possível perder o domínio sobre o corpo e, conseqüentemente, sobre a gestação, então a tendência da família ou médicos a tomarem todas as decisões frente à gravidez irá se concretizar e não haverá o respeito ao desejo da mulher, como afirma Hallal (1984).

Podemos então observar que as alterações no organismo materno são intensas e variadas e todas essas mudanças envolvem diretamente o físico, fato que irá afetar emocionalmente a gestante gerando-lhe medo e ansiedade que estão diretamente relacionados à forma como ela encara seu corpo. Todas essas transformações, muitas delas relacionadas às questões hormonais, vão gerar alterações psíquicas.

A estrutura psíquica no processo gestacional.

A representação dominante da gravidez aponta para uma barriga redonda, uma mulher feliz com um belo marido para providenciar o que ela quiser quando estiver com os desejos da gestação, uma família unida que se junta nos finais de semana para sentir o bebê mexer ou para discutir o nome ou até para tentar acertar o sexo da criança, além das discussões acerca da profissão do garoto ou garota. Porém a realidade nem sempre acontece desta forma, e devemos ter em mente que o processo gestacional pode envolver um grande nível de sofrimento psíquico.

Quando falamos de alterações psicológicas é impor-

tante também levarmos em consideração diversos fatores, tais como cita Maldonado (1997): a história pessoal da grávida (que inclui não só sua história psicossocial e seu passado ginecológico-obstétrico, como também o de sua mãe e irmãs); o contexto existencial dessa gravidez (se dentro ou fora de um vínculo estável, se a mulher já passa dos trinta ou ainda é adolescente, se essa gravidez veio após muitos anos de esterilidade ou de episódios de aborto, espontâneo ou provocado); as características de evolução dessa gravidez (se normal ou de risco, com ameaça de perda do feto ou perigo de vida para a mulher); o contexto sócio-econômico dessa gravidez (a possibilidade de dispor de um mínimo de dinheiro e de condições de higiene para criar esse filho ou uma situação tão desfavorável que motiva a doação da criança); o contexto assistencial (se a mulher recebe assistência adequada de profissionais nos quais confia ou se é atendida de modo precário e insatisfatório).

A partir da abordagem de Maldonado (1997), desde o início da gravidez, a gestante vive o conflito de sentimento entre o amor e o ódio em relação ao filho fantasiado. Existem momentos que são tomados por alegria e planos que são compartilhados com as pessoas que fazem parte da vida da gestante, porém existem também momentos de dúvidas, medos e arrependimentos, que acabam sendo difícil de ser compartilhados com os amigos e familiares devido às possíveis repressões e discriminações.

Uma questão muito importante a ser discutida é o fato de muitas gestantes adquirirem um sentimento de culpa muito forte frente ao fato de não desejar a gravidez. Esse sentimento é, ainda mais agravado pelas cobranças da sociedade que exige uma mãe perfeita. O fato de não desejar a gravidez é algo normal a partir do momento que a grávida é envolvida pelos medos, dúvidas e receios quanto à sua capacidade física, psicológica e sócio-econômica para criar um filho.

Sepich e Garrido (1984) consideram que o fato de não desejar ou "amar" a gestação pode interferir no processo gestacional, já outros autores como Maldonado (1997) afirmam que o fato de não desejar a gestação não implica em conseqüências para o processo gestacional. De acordo com a abordagem psicanalítica, como propõe Soifer (1980), o fato de rejeitar a transformação é algo normal, se manifesta de forma psicossomática, faz parte da dinâmica de conflitos inconscientes, e não interfere na gestação, porém o sentimento de culpa, que pode ser desenvolvido, pode gerar um alto nível de ansiedade, de forma que a tensão emocional que envolve a ansiedade, pode, sim, interferir no processo gestacional levando a complicações orgânicas.

É importante pensarmos que o desejo é algo de grande importância em qualquer evento da vida e este não deve de forma alguma ser desprezado. Porém, deve-se ter cautela ao afirmar que a saúde do indivíduo, que irá nascer, dependerá exclusivamente do desejo da gestante, pois a partir desta ação, toda a responsabilidade é jogada nas costas da mãe em conflito. Se a grávida vê a rejeição como algo totalmente negativo, é provável, que no momento que ela perceber que também rejeita o filho, esta vai desenvolver um grande sentimento de culpa, e este sim, é um sentimento perigoso para o desenvolvimento gestacional. Desta forma, é muito impor-

tante que a mulher compreenda esta ambivalência de sentimentos e saiba elaborar este conflito.

A dinâmica sócio-econômico-cultural e sua influência no processo gestacional.

As tradições e a cultura de cada sociedade influenciam fortemente na forma como a gestante vivencia a gravidez. A cultura exerce um forte poder na distribuição de papéis, no que diz respeito ao gênero. Funções sociais são atribuídas a partir do sexo do indivíduo. Durante a infância, já se começa a dimensionar o que o menino pode fazer, quais são as suas brincadeiras, e a forma de comportamento adequado. O mesmo acontece com a menina. O papel do homem na sociedade se caracteriza pela posição de chefe de família e pai, representando a figura do poder e da liderança. A mulher é criada, educada e preparada para ser mãe, representando a figura da bondade. Quando discutimos gravidez, é importante termos claro que muito do que é cobrado à mulher, no que diz respeito a relação mãe-filho ou mãe-gravidez, está fortemente ligado à questão da distribuição de papéis.

Outro aspecto de grande relevância a ser abordado se refere ao baixo nível sócio-econômico-cultural. Nunes e Acetta (1984) tratam desta questão de forma muito elucidativa, enfatizando a relação entre a situação de pobreza e suas conseqüências no processo gestacional com efeitos orgânicos e psicológicos, gerados pela grande dificuldade de manter-se alimentada e alimentar mais um que irá chegar. Neste caso, a subnutrição pode ser a causa de elevados índices de patologias associadas à gravidez. Vitiello (1984), afirma, que as mulheres de nível cultural mais baixo tem dificuldade em compreender a importância da assistência pré-natal gerando grande absenteísmo aos serviços de assistência pré-natal. O compromisso com o filho não é feito apenas de afetividade, pois esse novo ser depende também de recurso econômico. A sociedade cobra total disponibilidade para o trabalho e ao mesmo tempo a família cobra o emprego para que tenha condições de criar o filho. É uma realidade altamente sofrida para gestante, que necessita do trabalho para manter o filho, mas vive a realidade do desemprego. Quando a mulher empregada engravida, passa a viver um grande dilema, representado pela escolha entre o emprego ou filho, pois, como afirma Brazelton (1988), a sociedade não aprova que as mulheres interrompam suas carreiras, ainda que temporariamente e, sem que percam suas oportunidades.

A gestação de alto risco e a gestante dita "de alto risco"

A gestação é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades. Segundo dados apresentados por Fontes (1984), 85% de todas as gestações cursam seu caminho comum sem patologias, apesar disso, o período compreendido pela evolução do ciclo grávido-puerperal constitui-se em uma fase de risco potencial para a gestante, para o feto ou para ambos. Este risco, existente em todas as gestações, aumenta quando estão associadas determinadas condições ou situações de risco. De acordo com Andrade e Nina (1985), situações de risco são aquelas em que

intercorrências, patológicas e/ou sociais representam fatores de agressão ao binômio mãe-filho, determinando morbimortalidade perinatal.

Para que se possa caracterizar a gestação de alto risco é preciso que sejam identificados e mapeados os fatores de risco de acordo com as questões sociais, políticas, econômicas, culturais, geográficas e étnicas que caracterizam a realidade epidemiológica de uma determinada região.

O Ministério da Saúde (2000), agrupa os fatores de risco, para a população brasileira, em quatro grupos. Desta forma temos como grupos de fatores de risco, as características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis, a história reprodutiva anterior à gestação atual, as doenças obstétricas na gestação atual, e o grupo das intercorrências clínicas.

É importante que todo o profissional de saúde conheça bem os fatores de risco gestacional, mas também é muito importante que este profissional saiba identificar o fator gerador do risco, ou seja, o papel do profissional não se resume a identificar e classificar a gestação de alto risco, mas também determinar o que está causando o risco, levando em consideração aspectos biológicos, psicológicos e sociais. O que acontece é que muitos profissionais se preocupam em orientar a dieta e prescrever vitaminas para equilibrar o quadro nutricional, porém não se preocupam em conhecer as condições sócio-econômicas da gestante ou avaliar seu estado psicológico, que podem ser fatores geradores de risco.

Quando a condição de risco é diagnosticada a grávida experimenta todas as reações próprias da vivência do luto, pela "morte da gravidez idealizada". Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura etc. Os aspectos psíquicos podem atuar como fatores geradores de risco gestacional, levando a sérias complicações obstétricas, porém, infelizmente, nas principais literaturas acerca da gravidez de alto risco, como, por exemplo, no Manual Técnico de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde de 2000, não são citados aspectos psíquicos como fatores de risco. A literatura médica acaba trazendo diversas condutas para a gestação de alto risco, considerando apenas aspectos biológicos, onde o principal objetivo é isolar o fator de risco, sem se preocupar, muitas vezes, com o fator gerador de risco.

As diversas possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional.

Os serviços de atenção à saúde da gestante vivem uma realidade de abandono, onde em muitos atendimentos não são realizados nem ao menos o pré-natal. Aliada a essa realidade, a tendência à especialização está formando profissionais cada vez mais limitados à patologia, resumindo sua propedêutica ao tratamento dos sinais e sintomas, centrando-se na doença e esquecendo, muitas vezes, o indivíduo. Com a gestante não é muito diferente; "... a mulher é medicada e faz exames complementares; a anamnese obstétrica tem o mesmo modelo da anamnese da doença, e o modelo médico a adoce para poder atendê-la." (Hallal, 1984: 47).

A reflexão crítica da realidade acima descrita possibilitou a realização deste trabalho, que não tem o propósito de

descrever uma área especializada da Terapia Ocupacional. O que se propõe é discutir as diversas ações de saúde que o terapeuta ocupacional pode realizar para proporcionar uma atenção adequada à gestante dita "de alto risco", e promover saúde.

A proposta de trabalho do terapeuta ocupacional junto à gestante tem como objetivo promover um "bem estar" bio-psico-social, que se caracteriza pela integridade das funções biológicas, psicológicas e sociais.

O terapeuta ocupacional pode atuar junto a esta clientela através da utilização de oficinas educativas, grupos terapêuticos, atendimento individual, trabalhos comunitários e atendimento a nível hospitalar, em casos de internação. O papel do terapeuta ocupacional, no acompanhamento do processo de gestação de alto risco, é o de favorecer a mulher o conhecimento de todas as transformações características, deste período, possibilitando, entender as causas das alterações existentes, para que possa lidar com esta situação e suas implicações. Para isso, o profissional deverá criar um espaço para ela, independente da situação de mãe, ou gestante, ou de paciente, e desta forma, reconhecê-la como ser de relações, que tem a sua história de vida sendo marcada por uma grande transformação em seu cotidiano e, em casos específicos, de alto risco.

Muitas técnicas e métodos já são utilizados com objetivo de orientar e esclarecer às mulheres acerca do processo gestacional, o problema é que estas técnicas são direcionadas a qualquer caso de gestação e, muitas vezes, a grávida fica num lugar de muita passividade, como ouvinte que tenta absorver todas as informações, mas não consegue adequá-las a sua realidade. A gestante acaba perdendo a autonomia sobre seu processo gestacional, sendo obrigada a alterar seu cotidiano, sem ao menos ter o direito de questionar o porquê, pois a informação é passada por alguém que está no lugar do saber e do poder, para alguém que está no lugar do que não tem o poder do saber. O profissional deve se destinar a fazer com que a informação se transforme em conhecimento e produza ação. Ou seja, além de conhecer a dinâmica da gestação, é esperado que a mulher, realmente, viva este momento e transforme o seu cotidiano.

O terapeuta ocupacional pode atuar junto à comunidade, realizando um trabalho educativo de forma mais próxima à realidade sociocultural da mulher, contemplando o individual e o coletivo enfocando a qualidade de vida, como propõe Ferraz (2000). O terapeuta ocupacional poderá promover ações educativas, voltadas para mulheres em idade reprodutiva, com objetivo de esclarecer e discutir junto à comunidade o que é gestação de alto risco, os principais fatores de risco, orientando como evitá-los, e, principalmente, qual a importância das condições sócio-econômico-cultural. Com o trabalho em comunidade, muitos tabus e crenças culturais poderão ser repensadas. Poderão, também, ser abordados os direitos que a gestante tem, proporcionando a reflexão e criação de um senso crítico sobre a realidade, favorecendo assim a tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, para identificar e reivindicar melhorias nas condições de saúde e meio ambiente em suas comunidades, como afirma Valla e Stotz (1993), exigindo assim seus direi-

tos de cidadãos.

A oficina educativa pode ser considerada, como a forma mais adequada para se trocar experiências e orientações, sem se distanciar da gestante. Diferentemente das ações comunitárias, deve enfatizar, muito mais, o processo da gestação de alto risco em seus diferentes períodos, orientando as gestantes quanto às suas condutas, tirando suas dúvidas e esclarecendo-as sobre as possíveis intercorrências. As ações comunitárias podem possibilitar a identificação precoce dos fatores de risco.

O terapeuta ocupacional pode também atuar, junto às gestantes ditas "de alto risco", através dos grupos terapêuticos. Os grupos podem ser formados por gestantes que estejam passando por um processo de sofrimento psíquico, caracterizado por um elevado nível de ansiedade. Esta forma de atuação tem como objetivo possibilitar a troca de experiências vividas, buscando promover segurança, autoestima e autonomia favorecendo a diminuição e prevenção da ansiedade.

Para isso, o terapeuta busca possibilitar que a gestante se reconheça neste processo, enquanto sujeito, e perceba todas as transformações biológicas e psicológicas, envolvidas neste período, como algo normal, não se culpando por não desejar o feto, em algum momento, e não se deixando levar pelas imposições sociais à condição de mãe, ou seja, vivenciando este momento de forma menos estressante e, conseqüentemente, com melhor qualidade de vida gestacional.

Outra forma de atenção à gestante dita "de alto risco" é o atendimento individualizado, que pode ser indicado às mulheres que estejam passando por intensa situação de confusão e ansiedade. Diferentemente do grupo terapêutico, o atendimento individual envolve uma proximidade total entre o terapeuta e a gestante.

Existem muitos casos em que as gestantes são hospitalizadas, sendo afastadas do suporte familiar, vivendo a dependência imposta, e nestes casos, elas são, geralmente, tratadas como qualquer doente, vivendo a realidade da perda da identidade, perdendo sua autonomia e se transformando na "Senhora Gestação de Alto Risco". No caso das internações, mais que em outros casos, a gestação de alto risco é considerada como doença. O terapeuta pode atuar nestes casos, com o objetivo principal de favorecer à gestante o resgate de sua identidade, autonomia e independência, permitindo a livre expressão dos sentimentos envolvidos e dando o suporte necessário para que se possa ampliar os recursos pessoais para enfrentar a situação de dificuldade, e assim poder aliviar a ansiedade.

É importante salientar que nenhuma destas formas de atuação citadas são de poder exclusivo do terapeuta ocupacional. Na verdade elas são descritas, a partir de uma crítica à atuação de muitos profissionais que atuam a partir do problema e não do indivíduo. O que se propõe é um trabalho de atenção muito mais voltado à mulher gestante. As formas de atuação discutidas neste trabalho podem ser consideradas como uma proposta de trabalho diferenciada junto a gestante dita "de alto risco", e podem ser adequadas às especificidades de cada profissional.

Considerações Finais

É possível concluir que, a gestação de alto risco é um processo complexo, que envolve aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Estes aspectos interagem com os fatores de riscos, e por isso, não devem ser considerados separadamente. A mulher, que vive o processo gestacional, não deve ser avaliada como um doente, mas como sujeito que tem a sua subjetividade e que faz parte de um determinado contexto sócio-econômico-cultural. É preciso quebrar muitos tabus e repensar diversos mitos e conceitos acerca da gestação de auto risco, para que possam ser diminuídas as pressões e cobranças feitas pelos diversos grupos da sociedade. Isso só é possível a partir da consciência cidadã, que pode ser construída a partir de um trabalho educativo junto a comunidade.

Neste contexto o terapeuta ocupacional, tem o objetivo de favorecer que a mulher participe ativamente do processo de gravidez, desenvolvendo sua autonomia e auto-estima, frente às dificuldades e as pressões sofridas, e assim possa, questionar sobre os mitos acerca da "natureza feminina" e da maternidade; conhecer o processo gestacional, não só nos seus aspectos anátomo-fisiológicos, como também quanto às rotinas médicas e hospitalares; elaborar, de forma profunda, as repressões sexuais, expressar e compreender as emoções conscientes e inconscientes a respeito da gestação.

Este trabalho evidencia a possibilidade de se construir uma crítica ao olhar tecnicista que se tem sobre a gestação de alto risco, apontando para a sua modificação. Essa mudança deve começar na formação dos profissionais dentro do sistema de saúde, e precisa ser espalhada por toda a comunidade. Pode-se afirmar que, através destas mudanças, é possível ter resultados concretos, a partir da diminuição da morbiletalidade da mulher e do filho, além da elevação da qualidade de vida desta clientela.

Referências Bibliográficas

ANDRADE, Antônio S.; NINA, Milton D. Caracterização da Gestação de Alto Risco. In: SEGRE, C.A.M.; ARMELLINE, Pedro Antônio. (Org). RN. 2.ed., São Paulo: Sarvier, 1985.

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

BRAZELTON, T. Berry. *O desenvolvimento do apego: uma família em formação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

FERRAZ, Sônia T. A saúde fora do setor saúde ou lições da Agenda 21. *Revista Promoção da Saúde*, Brasília, ano. 2, n° 3, p. 12-14, ago. 2000.

FONTES, José Américo. Humanização em perinatologia. In: *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. cap.1,p.29-36.

HALLAL, R. C. A mulher no ciclo grávido-puerperal. In: FONTES, José Américo. et al (Org). *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. p.46-50.

MALDONADO, Maria Tereza. O papel do psicólogo no ciclo grávido-puerperal. In: FONTES, José Américo. et al (Org). *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. p.354-360.

MALDONADO, M. Tereza. *Psicologia da gravidez*. 14. ed., São Paulo: Saraiva, 1997.

NUNES, Réa.; ACETTA, Solange. Relação equipe perinatal/paciente e família. In: FONTES, José Américo. et al (Org). *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. p.319-324.

SEPICH, G. J. V.; GARRIDO, S. E. Psicodrama da gravidez. In: FONTES, José Américo. et al (Org). *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. p.361-368.

SOIFER, Raquel. *Psicologia da gravidez, parto e puerpério*. 4. ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.

VALLA, Vitor V.; STOTZ, Eduardo N. *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993.

VITIELLO, Nelson. Morbiletalidade perinatal. In: FONTES, José Américo. et al (Org). *Perinatologia social*. São Paulo: Fundo Editorial BYK Prociencx, 1984. p.78-87

Canteiros do município de Santaluz-uma intervenção da Terapia Ocupacional.¹

Iramaia Duarte Nunes²
Ana Márcia D. N. Nascimento³
Ana Joaquina Mariani Passos⁴

Resumo

O presente artigo traz uma descrição panorâmica sobre as condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da pedra, mais conhecidos, na região norte da Bahia, como *canteiros*. Foi adotada a pesquisa de campo enfocando aspectos qualitativos na coleta e tratamento dos dados, sendo realizadas visitas nos locais de trabalho e entrevistas com trabalhadores, representantes de entidades de defesa, de profissionais de saúde do município. Foi observado que os canteiros estão expostos a precárias condições e relações de trabalho repercutindo na qualidade de vida tanto dos trabalhadores como dos familiares. Apesar de identificar necessidades de intervenção em todos os níveis de atenção à saúde, optou-se por uma proposta educativa da Terapia Ocupacional acreditando ser o ponto de partida para orientar e estimular a participação dos trabalhadores na identificação dos problemas e busca de soluções viáveis e coerentes com as necessidades reais e possibilidades locais.

Palavras-Chave: Saúde, trabalho, mineração, educação em saúde Terapia Ocupacional.

Abstract

The present article brings a panoramic description on life and work the conditions of the workers of the rock, more know, in the region of the Bahia, as seedbeds. The field research was adopted focusing qualitative aspects in the colletion and treatment of the data, being carried through visets in the work stations and intervios with workers representatives of defense entities and professionals of health of thr city. It was observed that the seedbeds are displayed the precarious conditions and relations of work reing-echo in the quality of life in such a way of the workers as of the familiar ones. Althoughof identify the necessities of interventionin all the levels greet it, was opted to a proposal educative of the Occupational Therapy believing to be the starting point to guide and to stimulate the participation of the workers in the identification of the problems and viable and coherent brainstorming with local the real necessities and possibility.

KeyWords: *It greets, Work, Mining, Education in greets Therapy Occupational.*

¹ Artigo baseado no Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional, na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Salvador/Ba, 2002.

² Terapeuta Ocupacional, graduada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. E-mail: iduartenunes@yahoo.com.br

³ Terapeuta Ocupacional, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Especialização em Saúde do Trabalhador. Mestrado em Saúde Coletiva, ISC/UFBA. E-mail: anamarciaadn@ig.com.br.

⁴ Terapeuta Ocupacional, Professora e Coordenadora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Endereço para correspondência: Av. D. João VI, 275 - Brotas - Salvador-Ba CEP 40.290-000 - Tel.: (71) 276-8250. E-mail: anajoakina@ig.com.br

Introdução

A atividade em pedreiras é largamente desenvolvida na Bahia, principalmente no município de Santaluz, localizado na região nordeste do Estado, denominada de Região Sisaleira, de clima semi-árido e com uma população em torno de 35 mil habitantes, existem, aproximadamente, mil trabalhadores da pedra em todo o município. Em Santaluz, a lavra em pedreiras é praticada há pelo menos cem anos, sendo que o processo de trabalho, em maior parte, é artesanal.

As dificuldades econômicas e falta de assistência enfrentadas por trabalhadores da pedra e seus familiares no município de Santaluz, despertou o interesse de pesquisar sobre as condições de trabalho e saúde dessa categoria profissional que desenvolve uma das principais atividades geradoras de renda naquele município. A escolha do tema esteve atrelada tanto ao interesse pela compreensão dos problemas presentes nas relações de trabalho e repercussões à saúde quanto pela convivência de uma das autoras com esses trabalhadores.

A escassez de registros sistematizados sobre a categoria profissional dos canteiros favoreceu o processo investigatório através de coleta de informações junto ao trabalhador (entrevista semi-estruturada) e observações durante as visitas aos ambientes de trabalho ("lavras de pedreiras"), localizados na zona rural do município de Santaluz. As entrevistas foram dirigidas aos canteiros e representantes do Sindicato dos Trabalhadores da Pedra, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, Cooperativa dos Trabalhadores da Pedra, do Movimento de Organização Comunitária e da Secretaria Municipal de Saúde.

Com as informações colhidas durante as visitas e entrevistas foi possível descrever o processo e organização do trabalho dos canteiros, identificar fatores de riscos, danos à saúde e algumas medidas de segurança utilizadas pelos trabalhadores. A partir desse conhecimento, construir uma proposta de intervenção da terapia ocupacional numa abordagem da educação em saúde do trabalhador.

O trabalho de cantaria

As atividades laborativas desenvolvidas nas pedreiras são tão antigas que se confundem com a própria trajetória do ser humano. O trabalho desenvolvido no setor de mineração consiste na extração de minerais do solo através da perfuração da rocha, detonação e transferência do material desmontado utilizando máquinas pesadas e muito trabalho artesanal. Este processo pode ser realizado tanto em minas subterrâneas quanto a céu aberto. Este último conhecido como "lavra de pedreiras". São lavrados em larga escala variados tipos e formas de pedras com valor comercial, sendo estas utilizadas para fins arquitetônicos e estruturais, principalmente, na construção civil. (BURGUESS, 1997).

A ocupação encontra-se registrada na Classificação Brasileira de Ocupações (nº 7-11.10) e de acordo com a Nor-

ma Regulamentadora nº 21, a exploração de pedreiras consiste no "conjunto de operação que permita a extração de pedras, ao natural, e a sua diminuição a formas e dimensões indicadas à utilização". (BRASIL, 1994).

Os trabalhadores são conhecidos como canteiros, nome herdado dos seus antepassados que exerciam a mesma atividade. Durante entrevista referiram desconhecer o significado da palavra atribuída à profissão - *canteiros*. Numa entrevista divulgada em programa de televisão (TVE, exibido em 17.08.2003), com trabalhadores de recuperação arquitetônica que também recebem esse nome, eles explicaram que seus ancestrais utilizavam a música para suportar ou auxiliar o árduo trabalho de locomover pedras até o local de lapidação. Eles realizavam o transporte das pedras cantando, como se evocassem forças necessárias para poder movê-las e por isso ficou conhecido como atividade de cantaria.

Os canteiros consideram a atividade de cantaria arriscada, mas quando são indagados se gostam do trabalho que fazem, a maioria respondeu que sim e justificam suas respostas da seguinte forma:

"... é um trabalho onde ninguém ouve, ninguém diz... é o que sei fazer..." (N.S., canteiro, 22 anos). "... é divertido por causa da turma. É um trabalho meu... não precisa de patrão" (M.M.A., canteiro, 40 anos). "... a gente vê as pessoas adoecer, perder uma mão não ter a quem recorrer é muito difícil." (C.J., canteiro, 55 anos). "... Quando a gente ganha e não dá pra botar comida em casa, bate um desespero e sinto vergonha por ter que pedir ajuda aos outros" (J.N., canteiro, 40 anos).

A definição dos canteiros sobre esse tipo de trabalho traz aspectos lúdicos, um certo grau de independência e autonomia que se misturam ao sofrimento, sentimentos de vergonha e culpa quando passam por necessidades financeiras e têm que recorrer à ajuda de amigos.

O trabalho nas pedreiras vem sendo desempenhado por pessoas de ambos os sexos, geralmente, abrangendo a faixa etária entre 15 e 70 anos, sendo a maioria delas do sexo masculino. Até o ano de 1999, essa atividade era também desempenhada por crianças menores de 14 anos, configurando-se enquanto situação de exploração de mão-de-obra infantil, porém a partir da implantação do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI, no município, verifica-se uma redução da participação desta faixa etária, conforme informações da representante da UNICEF, prof^a. Jussara Secundino. (SECUNDINO, 2002).

Quanto ao grau de escolaridade foi constatado que os trabalhadores que têm acima de trinta anos, são geralmente analfabetos ou semi-analfabetos, já os mais jovens possuem apenas o primeiro grau. São em maioria casados e têm em média três filhos, residem na zona rural ou nos povoados próximos ao local de trabalho. A maioria destas pessoas não encontra oportunidade de trabalho em outro ramo de atividade permanecendo na atividade de cantaria por falta de alternativa. Os canteiros costumam iniciar-se ainda na infância, a baixa escolaridade e a dificuldade de investimento profissional limita a inserção em outras atividades laborais.

Condições e relações de trabalho dos canteiros

O trabalho nas pedreiras é desenvolvido em condições precárias, pois os trabalhadores ficam expostos a vários fatores de riscos. Estes trabalhadores trocam sua força de trabalho por remuneração que lhes garante apenas a sobrevivência e quando adoecem nem isso eles têm para trocar, já que não possui vínculo empregatício regulamentado, tendo os seus direitos trabalhistas violados ao mesmo tempo que ficam desassistidos pela Previdência Social.

Os vínculos trabalhistas são geralmente feitos através de contrato escrito ou verbal com o proprietário da área a ser explorada, uma espécie de arrendamento. O valor de comercialização dos produtos é muito baixo, muitas vezes não sendo suficiente para garantir a manutenção e reposição de instrumentos de trabalho e condições dignas de vida. Com a instalação de empresas que utilizam britadeiras mecânicas houve um barateamento ainda maior deste produto repercutido de forma negativa para os trabalhadores autônomos.

O trabalhador da pedra ganha por produção tornando-o dependente de níveis cada vez mais elevados de produção para garantir o sustento pessoal e familiar. Além de estar submetidos às adversidades do mercado de pedras dependem de condições ambientais favoráveis para garantir níveis de produção desejados como: fatores naturais (clima, temperatura), condições de saúde e características da rocha.

Processo e organização do trabalho dos canteiros

A primeira etapa do processo de trabalho dos canteiros consiste na escolha da pedra para ser explorada (matéria bruta). Com o uso de ferramentas específicas (aço, pixotes, marrão e marreta) fazem furos na pedra, colocam pólvora e acionam estopim provocando a explosão para quebra de pedras em tamanhos diversos para lapidação.

A segunda fase do processo compreende a lapidação da pedra dando o formato e tamanho exigido pelo mercado. Os produtos finais podem ser o paralelo, meio-fio, laje e britas. Estes tipos de pedras são largamente utilizados para calçamento de ruas, praças, condomínios, estradas, escadarias, dentre outros fins.

A produção dos trabalhadores de pedreiras, geralmente, é vendida para comerciantes intermediários. Os compradores recolhem a produção nas áreas de pedreiras ("bocas de pedreiras") durante a semana e, de acordo, com a quantidade do produto, pagam no final de semana (sábado). Segundo Secundino (2002), este pagamento "*é suficiente somente para fazer a feira, eles nem pegam no dinheiro, recebem um vale. A gente percebe que este vale é uma espécie de moeda instituída pelos intermediários*".

Os canteiros referem jornadas de trabalho diária que variam entre 8 a 12 horas, de segunda à sexta-feira, sendo comum o trabalho durante os finais de semana. Para chegar ao local de trabalho, utilizam como meios de transporte bicicleta, carona nos caminhões, ônibus escolares e aqueles que residem próximo ao local de trabalho, geralmente vão andando. Em relação à alimentação, alguns preparam as refeições nas áreas de pedreiras, outros levam sua marmita. Nas horas de não trabalho costumam jogar futebol, vão a bares,

trabalham na "roça", assistem televisão, brincam e passeiam com os filhos. Poucos freqüentam uma igreja, sendo em sua maioria católicos não praticantes.

O trabalho dos canteiros possui a peculiaridade de não existir a presença de um chefe ou supervisor de produção, porém a organização e o processo de trabalho são controlados parcialmente pelos trabalhadores, pois se considerarmos que o preço do produto é determinado pelo mercado e pelos compradores, estes acabam exercendo de forma indireta a função de patrões.

Saúde e segurança no trabalho

Os determinantes da saúde englobam as condições do ambiente em que o homem vive e, neste sentido, pode-se observar que os canteiros estão expostos a vários fatores de risco presentes em seu ambiente de trabalho. Laurell e Noriega (1989) afirmam que, estes fatores de risco quando presentes no local de trabalho ontribuem para o processo de desgaste que consiste na perda da capacidade potencial e ou efetiva corporal e psíquica.

Foi observado que o ruído das ferramentas de forma contínua e o barulho das detonações podem causar perdas e disfunções auditivas. Existem também as vibrações, provenientes da resistência da matéria bruta durante a quebra e lapidação das pedras utilizando ferramentas no momento das detonações. A iluminação, ventilação e umidade dependente das condições climáticas que oscilam entre o excesso e a escassez.

A presença de poeira (pó de sílica), que fica suspensa no ar durante a lapidação e detonação das pedras foi um dos fatores de riscos de natureza química identificado. A inalação da poeira pode desencadear problemas no aparelho respiratório, como a Silicose - que é um quadro de fibrose pulmonar irreversível com insuficiência respiratória progressiva. (BAHIA, 2002).

A atividade laboral dos canteiros desenvolve-se, geralmente, em áreas rurais, onde há conservação da vegetação em volta do ambiente, expondo ao risco de picadas de cobras, escorpiões, dentre outros animais peçonhentos. Além disso, nas pedreiras, foram relatados casos de doenças parasitárias e contaminação por bactérias e fungos potencializados pelas condições sanitárias inadequadas no ambiente de trabalho.

A execução do trabalho dos canteiros exige atenção, concentração, além de ser uma atividade monótona, repetitiva, com jornada de trabalho extenuante, que exige ritmo intenso para garantir a produção necessária favorecendo o isolamento durante a execução da atividade. Esforços físicos, posturas corporais inadequadas, movimentos repetitivos, configurações do ambiente laboral desconfortável podem desencadear um quadro clínico de fadiga crônica - no qual é insuficiente o repouso diário, resultando no acúmulo do cansaço e fadiga residual, hérnia de disco, lombalgias, LER/DORT, entre outros comprometimentos.

Os canteiros estão expostos ao risco de acidentes típicos de trabalho podendo ser desencadeados pela manipulação tanto dos instrumentos de trabalho como o dos explosi-

vos, que provocam a projeção de partículas (estilhaços de pedra) podendo atingir o corpo do trabalhador causando lesões. Além disso, nas "bocas de pedreiras" há pedaços de pedras amontoados, algumas com formatos pontiagudos potencializando os riscos de acidentes. Os canteiros utilizam como meio de transporte caronas em ônibus escolares, carrocerias de caminhões, bicicletas, expondo ao risco de acidentes de trânsito durante o percurso para casa ou para o trabalho.

Todos os trabalhadores entrevistados referiram conhecer pessoas vitimadas por acidentes, sendo que muitos destes resultaram em mutilações e até mortes. O representante do Sindicato das Pedras informou que os acidentes são, geralmente, considerados de grau leve (cortes nos dedos, no rosto, nos braços causados por estilhaços da pedra que voam), porém existem aqueles considerados moderados e graves (cortes, quedas, queimaduras), caracterizando incapacidade temporária ou permanente para o trabalho.

Os canteiros queixam-se de problemas de saúde, que podem estar relacionados com o trabalho referindo dores de cabeça e gripes constantes, dores nas articulações (punho, ombro, cotovelos) e na coluna, irritação na pele, distúrbios auditivos (zumbido e diminuição da audição), entre outros.

Os canteiros utilizam, esporadicamente, medidas preventivas contra doenças e acidentes de trabalho, como o uso da barraca de palha para proteção dos raios solares, o uso de óculos, de chapéu. Alguns utilizam calças e camisa de manga comprida para proteger pernas e braços de cortes e da poeira. Ao serem questionados a respeito da não utilização permanente destas medidas eles se queixaram dos incômodos, pois transpiram muito e os óculos dificultam a visibilidade, a barraca nem sempre dá para fixar nas pedras, enfim segundo os trabalhadores estas medidas às vezes "*atrapalham o andamento da atividade*" (J.G. canteiro, 30 anos.).

As únicas medidas coletivas adotadas nas pedreiras são para evitar o uso de clorato (mistura de açúcar, barro e outros ingredientes) para substituir a pólvora, utilização de socador de madeira em vez de aço e ferro e, de forma unânime, os canteiros utilizam como medida de proteção no momento de detonação das pedras, sinais de alerta ("queimou") para que todos busquem proteção.

Atenção à saúde e segurança dos canteiros

A situação Previdenciária destes trabalhadores é uma das maiores preocupações desta categoria, principalmente dos integrantes do Sindicato dos Trabalhadores da Pedra em relação às doenças ocupacionais, pois no caso das mutilações, dos acidentes graves, as pessoas somente conseguem a aposentadoria como ruralista, caso tenham como provar atividade rural. É comum encontrar na cidade, pessoas mutiladas ou com doenças incapacitantes sem receberem qualquer tipo de auxílio previdenciário e que vivem dependendo da ajuda de familiares e amigos.

O município não dispõe de serviço e programas de atenção a saúde do trabalhador, embora seja uma das exigências do SUS (Sistema Único de Saúde), o que favorece a invisibilidade da real situação de saúde dessa população.

Intervenção da Terapia Ocupacional: uma proposta de educação em saúde do trabalhador

Para que haja transformação na organização e processo de trabalho é importante que ocorra a identificação e eliminação dos fatores de riscos de danos à saúde no trabalho, mas isso deve ser discutido e efetuado junto com os trabalhadores, pois é através do acúmulo de experiências que "serão capazes de construir-se enquanto sujeitos coletivos e constituir-se, organizativamente, através de diversas estruturas de organizações por local de trabalho" (SIVIERI, 1996: 85). De acordo com Pinto citada por Nicolau e Watanabe (2001) o terapeuta ocupacional almeja a transformação dos indivíduos em cidadãos, atores e autores da história, viabilizando mudança no trabalho.

A proposta de educação em saúde do trabalhador visa proporcionar a reflexão coletiva dos trabalhadores de cantaria acerca dos seus direitos e deveres e seu espaço na sociedade vigente, estimulando a criação de possibilidades de mudanças. Com base nas informações concedidas pelo vice-presidente do Sindicato e nas entrevistas realizadas com os trabalhadores e colaboradores do sindicato das pedras, percebe-se que, embora a prevenção de acidentes seja muito abordada nas reuniões do sindicato, existe a necessidade em desenvolver um trabalho voltado para a saúde do trabalhador, de cunho educativo, visando "... preparar pessoas, em diferentes contextos sócio-culturais, para serem capazes de maneira consciente de decidir as suas ações, em direção a uma melhor saúde pessoal, familiar e coletiva". (PEREIRA *apud* OLIVEIRA, 2000).

Após apresentação dos resultados da pesquisa para os representantes e órgãos representativos no município (ve-readores, Movimento das Organizações Comunitárias, dentre outros), foi solicitado pelos integrantes do Sindicato dos Trabalhadores da Pedra e Movimento das Organizações Comunitárias um trabalho de orientação/educação que divulgasse os resultados do estudo para os trabalhadores. A partir dessa demanda foi elaborada uma proposta da terapia ocupacional de acordo com as necessidades e possibilidades reais dos solicitantes.

As possibilidades de intervenção da terapia ocupacional podem ocorrer nos diversos níveis de atenção à saúde, porém essa proposta privilegia uma ação de educação em saúde visando a prevenção de agravos, garantindo a participação dos sujeitos envolvidos, favorecendo a construção de saberes e estratégias de enfrentamento dos problemas identificados.

Foi realizada uma oficina de educação em saúde, nomeada de *Oficina de Trabalho e Saúde*, com carga horária total de 16 horas, distribuídas em quatro turnos, durante dois dias consecutivos. As atividades aconteceram na Associação dos Moradores de Junco, na zona rural, com um grupo de 30 pessoas entre trabalhadores e familiares, residentes em diversas localidades do município.

Foram desenvolvidas atividades em grupos e subgrupos utilizando dinâmicas com enfoque reflexivo buscando o lúdico como forma de favorecer o processo. Houve a participação de forma integrada tanto de trabalhadores

quanto de familiares presentes. Nos subgrupos discutiram e identificaram fatores de riscos de danos à saúde presentes no ambiente de trabalho e construíram medidas de enfrentamento desses problemas.

No primeiro momento os trabalhadores apresentaram resultados sobre os riscos a que eles estão expostos, demonstrando a compreensão da importância da cultura da prevenção, sendo transmitindo de forma clara e muito criativa através de cartazes informativos, construíram poemas, músicas, paródias e dramatização de situações cotidianas no ambiente de trabalho.

No segundo momento da Oficina, as discussões seguiram abordando as causas e as possíveis medidas a serem adotadas. Foi realizada a construção de uma árvore, onde o tronco simbolizava os problemas identificados, as raízes, a compreensão da origem dos problemas e as folhas as soluções. Através dessa atividade os trabalhadores expressaram e enfatizaram a importância da reflexão e a importância do trabalho em grupo enquanto possibilidade essencial para alcançar melhorias das condições de saúde no trabalho e fora dele, entendendo a necessidade de que todos se engajassem em prol do bem estar coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na área da Saúde do Trabalhador o terapeuta ocupacional visa "estimular e criar situações e processos de conscientização e desalienação de maneira dialógica e participativa quanto aos saberes, crenças e soluções a respeito de sua problemática na proteção e promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida" (OLIVEIRA e QUESADO, 2000:123).

Na Oficina Trabalho e Saúde foi possível constatar a importância da escuta, pois é a partir dela que podemos compreender as diversas formas de informar, de educar sempre respeitando a cultura e a vivência e os saberes dos sujeitos envolvidos. O respeito às características dos interlocutores favorecem a construção dos saberes de acordo com as reais necessidades e possibilidades dos trabalhadores. Foi verificado que nessa experiência os trabalhadores puderam tirar dúvidas, trocar de informações discutir sobre medidas de prevenção e necessidade de luta conjunta em busca de garantias de assistência, avaliando a intervenção de forma positiva "...este foi um curso diferente, agente trocou idéias...", "...foi legal agora eu entendi que tem que prevenir, já fui pra tanta palestra e não entendia nada..." (J.S).

Os canteiros enfrentam precárias condições sócio-econômicas caracterizadas pela baixa remuneração, falta de garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários, sendo vítimas de acidentes de trabalho e de doenças ocupacionais sem a devida notificação, tanto por órgãos de seguridade social (públicos e privados). Foi possível constatar que muitos trabalhadores exercem suas atividades de maneira arriscada por desconhecimento e desinformação.

O trabalho dos canteiros ao longo do tempo vem perdendo seus artifícios de enfrentar as agruras do trabalho pesado através das cantigas. Talvez o tempo tenha ficado escasso e as *modas* (de música) ficaram cada vez menores a

ponto de desaparecer. A verdade é que o mercado não lhes tirou por completo a autonomia no processo, mas acelerou o ritmo, influenciando de forma negativa na organização do trabalho e nas condições de vida. Talvez isso tenha contribuído para que seus sucessores esqueçam do recurso de cantar para trabalhar e misturar o lúdico com a árdua condição de ser canteiro enfrentado a cada dia. Hoje pode até não cantar, mas sofrem e lutam por dias melhores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAHIA. SESAB/SUVISA/CESAT. Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para a Vigilância da Saúde do Trabalhador. Salvador: SESAB/CESAT, 2002.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações- CBO*. 2ª Edição, Brasília: MTE, 1994.

BURGESS, W. A. *Identificação de possíveis riscos à saúde do trabalhador nos diversos processos industriais*. Belo Horizonte: ERGO, 1997.

GALHEIGO, S. Maria. *Da adaptação psicossocial à construção do coletivo: a cidadania enquanto eixo*. In: Revista de Terapia Ocupacional. Edição Especial. São Paulo: PUCCAMP, 1997.

LARANGEIRA, Sônia. A realidade do trabalho em tempo de globalização. Precarização, exclusão e desagregação social. In: SANTOS, José Vicente (Org.). *Violência em tempo de globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999.

LAURELL, Asa Cristina e NORIEGA, *Processo de Produção e Saúde. Trabalho e desgaste operário*. Hucitec: São Paulo, 1989.

NUNES, José. *Comunicação pessoal*. Santaluz, 2002.

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

OLIVEIRA, A. J. QUESADO, T. de L. Educação e Saúde: o trabalhador enquanto sujeito de sua saúde. In: *Trabalho, Educação e Saúde. Um mosaico em múltiplos tons*. São Paulo: MTE/FUNDACENTRO, 2000.

SIVIERI, L. H. *Saúde, meio ambiente e condições de trabalho: conteúdo básico para uma ação sindical*. In: TODESCHINI, R. (Org.). *Saúde no Trabalho e Mapeamento dos Riscos*. São Paulo: FUNDACENTRO, 1996.

SECUNDINO, Jussara. *Comunicação pessoal*. Santaluz, 2002.

WATANABE, Marisol. NICOLAU, Stella Maris. A Terapia Ocupacional na interface da Saúde e do trabalho. In: BARTALOTTI, Celina e DE CARLO, Marysia (Org.) *Terapia Ocupacional no Brasil – fundamentos e perspectivas*. São Paulo: Plexus, 2001.

A Identidade da Terapia Ocupacional¹

Maria Heloisa da Rocha Medeiros²

RESUMO

Trata-se de uma discussão sobre a sempre e atual preocupação com a identidade profissional da Terapia Ocupacional. A partir de uma análise epistemológica dos Modelos de atuação mais adotados pelos profissionais, questiona-se a busca ingênua e insistente pela unicidade ou universalidade da profissão, e ressalta-se o papel das subjetividades na construção de novas proposições teóricas e práticas como fruto do engajamento social deste profissional.

PALAVRAS CHAVES: Identidade profissional, Modelos de atuação, Terapia Ocupacional, Função Social da Profissão.

ABSTRACT

This paper discusses the present and always here worries about Occupational Therapy identity. Due to an epistemological analysis of most used acting Models by professionals it is inquired about the insistent and nonsense search for the profession's unison and universality, but it highlights subjectivities role on the new theoretical and practical propositions construction as a result of this professional social engagement.

KEYWORDS: Professional identity, Acting Models, Occupational Therapy, Professional Social Function.

APRESENTAÇÃO

Trata-se de um texto preparado especificamente para uma palestra, proferida no IV Encontro Nacional de Estudantes de Terapia Ocupacional, em julho de 2004. Apesar de revisto para esta publicação, a autora preferiu manter o estilo coloquial utilizado originalmente.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer o convite, e dizer da minha grande satisfação em participar de mais um evento estudantil da nossa categoria. Quero também parabenizar a todos os estudantes organizadores deste IV ENETO, e também aos docentes e funcionários desta simpática e importante Escola Bahiana de Medicina que, com certeza, ajudaram muito sua concretização.

Gostei muito do tema do Evento: "Ser, pensar e per-

manecer terapeuta ocupacional". Tive que me segurar para não preparar uma palestra inteira sobre ele, pois é sobre isso que venho falando o tempo todo: O que é ser TO? Qual o pensamento deste profissional? Por que pensar a TO? Como permanecer nesta profissão? O que permanece nesta profissão apesar de tantos e diferentes modelos adotados pelos profissionais?

Bem, mas o tema escolhido para esta palestra também é muito interessante e me provocou alguns pensamentos, que passo a dividir agora com vocês.

INTRODUÇÃO

Em primeiro lugar vamos aos termos: Identidade da Terapia Ocupacional.

Muitas vezes utilizamos a palavra **identidade** como sinônimo de outras duas palavrinhas muito utilizadas tam-

¹ Palestra proferida no IV ENETO, Salvador, BA, 26 de julho de 2004.

² Terapeuta Ocupacional, Docente Adjunto 4 (Aposentada) do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar. Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas, SP. Endereço para correspondência: Rua Pereiras, 20, Chácara da Barra, 13093-200, Campinas, SP, e-mail: helomedeiros@uol.com.br

bém: subjetividade ou de singularidade. Eu explico:

As vezes dizemos que fulano não tem personalidade, que é uma pessoa sem identidade própria. Mas neste caso, segundo a concepção por mim adotada, estamos dando o sentido de singularidade à palavra identidade. (É bom deixar claro que estou me valendo das definições propostas por Felix Guatarri e Sueli Rolnik).

Para Guatarri e Rolnik (1993), singularidade é a maneira como todos os princípios constitutivos do ego se articulam e funcionam, de modo a dizer da maneira particular de uma pessoa se sentir, de ter vontade ou não de falar, de ficar ou ir embora... É, portanto, um modo de ser particular, algo que diz da natureza da pessoa.

Identidade, ao contrário, não se reporta a um fato de natureza, mas de coexistência; está associada a uma referência, a uma "circunscrição da realidade a quadros de referências; quadros estes que podem ser imaginários". Tal referência pode ser entendida tanto na perspectiva freudiana de processos de identificação (p.ex. quando assisto a um filme e me identifico com o protagonista), ou como "na maneira pela qual os homens se percebem e se referem uns aos outros, isto é, em uma práxis coletiva" (médico, professor, TO), ou ainda como nas referências que ocorrem nos procedimentos policiais, no sentido da identificação do indivíduo, através de seus documentos, impressões digitais, etc.

Assim, para Guattari e Rolnik (1993) "a identidade é aquilo que faz passar a singularidade de diferentes maneiras de existir por um só e mesmo quadro de referência identificável" (p.69) (grifos meus).

Já a Subjetividade é produzida por instâncias individuais, coletivas e institucionais. Ela diz de uma outra esfera de relação do sujeito.

"A subjetividade de fato é plural, é polifônica (...) Ela não reconhece instância dominante de determinação comandando outras instâncias segundo uma causalidade unívoca" Guattari (1991: 3 e 7) (grifos meus).

Assim, diferentemente do que ocorre com a identidade, na subjetividade ocorrem "agenciamentos coletivos de enunciação" (produtos). Em suma, a subjetividade é uma instância aberta a todas as determinações contextuais, e caracterizada por um processo interno de produção, mas sendo produto das relações sociais, econômicas, culturais, antropológicas, familiares, etc, por qual passou o indivíduo.

As subjetvidades, produzidas a partir das diversas relações que o homem estabelece em suas experiências de vida, tendem à evolução contínua e irreversível, diferenciando-se em complexidades cada vez maiores. (nunca mais seremos os mesmos...)

Na base dessas subjetvidades funciona a sociedade que, por sua vez é configurada por elas.

Um outro jeito de falar desta subjetividade a que estamos nos referindo é o que nos ensina Kosik. O homem capta a realidade e dela se apropria com todos os sentidos. Mas, aponta Kosik (1986:120), esses sentidos "que reproduzem a realidade e cria a realidade para o homem, são eles próprios um produto histórico-social (...). Com seu agir o homem inscreve significados no mundo e cria a estrutura significativa do próprio mundo." É na realidade como práxis, isto é, na experiência interrogada (no agir com significado)

que interesses são identificados, constituindo-se, a partir daí, sujeitos coletivos, sociais e políticos.

Por isso mesmo é que qualquer mudança efetiva no campo social depende de uma mutação na esfera das subjetvidades que, por sua vez decorrerá de condições concretas da esfera social.

[Bem, essa coisa de pensar é como coçar: é só começar, né? Então vamos parando por aqui e voltar ao que interessa: Afinal, qual é a identidade da TO?!!]

Depois disso tudo, dá para perceber que eu não vou ser simples, dizendo simplesmente que TO é...

Mas eu digo que TO também é. Ou, também foi, ou, também será...

Se identidade não se reporta a um fato de natureza, mas sim a um fato de coexistência, de referência, então devemos nos perguntar a que coexistências a TO esteve, está ou estará ligada para se processar como uma práxis coletiva. A que quadros de referências esta profissão se circunscreve (u) para elaborar sua prática?

Assim pensando, é fácil deduzir que estamos falando dos Modelos assumidos pela TO ao longo de sua existência.

A Terapia Ocupacional buscou basicamente nas referências, isto é, nos procedimentos e teorias médicas e psicológicas a inspiração para seus modelos de atuação: exercícios físicos, estimulação sensorial, atividades sequenciais do desenvolvimento humano, entre outros, na busca do reconhecimento científico valorizado da época. (Ciência moderna = é possível conhecer todo o universo, se o conhecermos em suas partes. Portanto, divide-se, e especializa-se o conhecimento!!!)

Na época de criação de profissão o que se entendia (e se pretendia) por (com a) Terapia Ocupacional era a manutenção do indivíduo ocupado, com perspectivas até mesmo de treinamento vocacional. Era o que respondia ao modelo asilar e dos grandes hospitais, que era a Política sanitária da época. [vide Foucault (1993)]

Quando depois, a profissão passou a responder mais diretamente aos outros esquemas científicos, (portanto se referenciando a um novo conjunto de valores, procedimentos, e pessoas) um novo conceito de Terapia Ocupacional passou a ser defendido, no qual o Terapeuta já não era mais visto como "ocupador de tempo", ou "auxiliar técnico", mais sim como um "capacitador" de pessoas. (capacidade funcional, orgânica).

Nessa época o terapeuta ocupacional passou a trabalhar num esquema de tratamento medicamente dirigido, atuando com incapacitados físicos e mentais, e buscando favorecer-lhes a restauração da sua função útil. Passou a trabalhar nos modernos Centros de Reabilitação, condizentes com as novas Políticas Sanitárias. (Pós Guerras Mundiais).

A partir de então, desenvolveram-se técnicas específicas para atuação nas áreas de especialização médica: ortopedia, neurologia, psiquiatria, reabilitação de deficientes visuais e auditivos.

Além disso, o terapeuta ocupacional saiu do espaço estritamente hospitalar, para entrar nos domicílios, estendendo sua intervenção até os cuidados ao ambiente doméstico de trabalho e lazer, tentando garantir, assim, que seus esforços não se perdessem em 'ambientes impróprios' ou 'inade-

quados' ao paciente reabilitado. Percebe-se que este modo de agir respondia a um ideal de funcionalidade individual e social, requerido naquela política.

Todo esse processo tornou o terapeuta um especialista em projetar e implementar adaptações e mecanismos compensatórios para o paciente e seu ambiente, visando à máxima funcionalidade e produtividade de seus atos.

Kielhofner (1977) identificou nessa fase (décadas de 1930 e 40, nos Estados Unidos), a predominância de três modelos básicos, com os quais os Terapeutas ocupacionais trabalhavam, transitando, até mesmo de um a outro:

- **Modelo Cinesiológico:** Baseado em práticas que consistem em mobilizar, coordenar, reforçar segmentos corporais, desenvolver habilidades e resistência física para atividades corporais necessárias. Os objetivos do tratamento são: testar os componentes físicos de aptidão ocupacional, e promover a estabilidade psicológica através do ajustamento inteligente às limitações físicas inalteráveis.

- **Modelo Psicanalítico:** Baseado em estratégias que promovam experiências agradáveis ao paciente, e oportunidade para trabalharem ou sublimarem sentimentos, os objetivos do tratamento passaram a ser então, a maturação psicossocial, a comunicação e a expressão efetivas e a redução de sintomas. O núcleo do tratamento está voltado para os limites da permissividade e apoio, com a finalidade de dar aos pacientes, segurança suficiente para observar seus sentimentos, e vir a dominar alguns dos seus problemas.

Dá-se importância central ao estabelecimento de um relacionamento interpessoal, de tal forma que o relacionamento Terapeuta-Paciente é visto como o núcleo de tratamento.

- **Modelo Neurológico:** Baseado principalmente em intervenções na integração neurofisiológica, através do controle do comportamento sensorio-motor, e em segundo lugar sobre os processos intelectuais. Foi desenvolvido um padrão sistemático de avaliação e treinamento; as atividades oferecidas no programa tinham predominantemente a função de input sensorial. Não se permitiam atividades artesanais ou recreativas que não estivessem contidas no "rol" sistematizado de inputs necessários ao treinamento previamente estipulado.

Foram esses os modelos que marcaram a origem "oficial" da profissão no Brasil em 1957.

Uma outra versão histórica, ou proposição para a Terapia Ocupacional nos anos 60 é feita por Spackman, em seu livro - *Terapia Ocupacional* (2ª. edição). Ela salienta que os propósitos da profissão consistem em atuar como amortizador psíquico e ajudar o paciente a adaptar-se em sua permanência no hospital, onde o mesmo possa conseguir a máxima recuperação, independente da causa de sua doença. Para isso devem se considerar não somente os aspectos médicos, como também os aspectos psicológicos e vocacionais.

Assim, pode-se também acrescentar aos modelos indicados por Kielhofner para aquela época, a concomitância da re-edição do modelo de "tratamento moral" (dos tempos de Pínel e 'Cia'), no qual os métodos de solução incluíam

programas graduados de atividade intencionais que estimulam atitudes, habilidades e hábitos adequados para o trabalho e lazer na vida moral. O objetivo da terapia neste modelo, é a recuperação do paciente para um comportamento aceitável, produtivo na sociedade. Os locais de atuação do terapeuta ocupacional neste modelo são os grandes hospitais e asilos.

Os modelos de TO se multiplicam por área ou campo de atuação deste profissional. Na área da psiquiatria, por exemplo, foram propostos diferentes modelos de T.O., com diferentes nomeações e classificações, tanto quanto o número de escolas ou teorias desenvolvidas nesta área.

Será que ainda podemos perguntar: Qual o Modelo que define a Terapia Ocupacional?

A polêmica da classificação

Classificar os modelos, as áreas, as técnicas, ou os recursos de uma profissão, tem sido uma prática estimulante para vários estudiosos e autores. Também na TO esta produção tem sido feita e difundida ultimamente. (Kielhofner (1977); Hagedorn (1999); Pinto (1990); Medeiros (2003), Benetton (1999), Francisco (1989), etc. etc.)

O que é necessário atentar, no entanto, é que os diferentes autores analisam e classificam seus objetos de estudo de diferentes formas, ou valendo-se de pressupostos e categorias diversas entre si. Isso acarreta uma certa confusão entre os primeiros leitores, que acabam crendo que a profissão não tem identidade (no sentido de singularidade!).

Essa divergência classificatória leva a perceber que, também entre os terapeutas ocupacionais, há uma polêmica de caráter epistemológico presente nas discussões da produção do conhecimento profissional.

Feitas essas advertências, e considerando alguns pressupostos teóricos que os fundamentam, eu adotei a seguinte classificação para os modelos de Terapia Ocupacional:

- 1) Modelos de atuação que, de acordo com Kielhofner, procuram a cientificidade reducionista em suas produções teórico-práticas, nos quais o homem é visto em 'partes', e fora de um contexto histórico, político, social. Estão incluídos os modelos: cinesiológico, neurológico, psicológico, comportamentalista, intrapsíquico e o sensorio-interativo.
- 2) Modelos de uma perspectiva mais humanística que, se opondo a uma visão pragmática e utilitarista de terapia, buscam entender as manifestações humanas de maneira mais totalizante, no seu estar no mundo. Sobressaem-se o modelo fenomenológico, e os trabalhos que priorizam as relações e interações do indivíduo e seu meio ambiente.
- 3) Modelos Emergentes com duas vertentes:
 - O modelo da Ocupação Humana, proposto por Kielhofner e Burke (1980), baseado na "Teoria Geral dos Sistemas" como perspectiva superadora do que Kielhofner considerou ser a 'crise profissional' (o reducionismo e seus modelos cientificistas).
 - O modelo "Crítico Social", (ainda sem nome definido), desenvolvido nas universidades e nas práticas do Sistema Único de Saúde atual, que tem como pressuposto uma

concepção *materialista-histórica* do homem e da sociedade. É um modelo que se propõe a ser utilizado no processo de libertação do homem inserido numa relação de produção capitalista para uma transformação radical da sociedade, possibilitando o reabilitado ser absorvido pelo mercado de trabalho. Os Terapeutas Ocupacionais assumem, no caso, a perspectiva dos dominados (paciente), e são cientes e contrários ao fato de que a ciência e a educação foram freqüentemente realizadas segundo os interesses e a serviço da classe dominante.

Porque mudam os modelos?

É porque a sociedade muda constantemente, e desta forma, vai dando 'dicas' se o modelo profissional (ou de conhecimento) é bom ou ruim (adequado ou não) para ela. Como a Sociedade não é um conjunto estável de pessoas, de valores e organizações, é por isso que as profissões tendem a mudar também.

Não é só a TO que muda. A medicina de Hipócrates não tem muito mais a ver com esta medicina que se pratica hoje em dia. Também a Medicina ocidental é muito diferente da oriental, etc e tal.

(Mas parece que só a TO não pode mudar! Aí lhe acusamos de "falta de identidade"!!!)

Melhor seria nos perguntar: Que TO você pratica? Que perspectiva você está adotando para escolher o seu jeito de fazer TO? A do treinamento de funções? A da adaptação ao ambiente? Ou na perspectiva de potencializar o fazer e as possibilidades de um sujeito crítico e criativo para re-significar seu cotidiano?

Quando mudam os modelos?

Já vimos que eles mudam conforme mudam os valores e as proposições científicas da sociedade. São as mudanças de paradigmas que aceleram as mudanças das práticas sociais, e *vice-versa* –:são as mudanças na sociedade que põem à prova o paradigma dominante e acabam por engendrar novos.

É também quando nos perguntamos: "Será este o modelo de TO o que melhor responde às necessidades de saúde da população atendida? É este o modelo que melhor nos instrumentaliza para colaborar para uma transformação social necessária? É o de melhor resolutividade para as questões de saúde a que nos propomos tratar?"

Também devemos nos perguntar sobre: que Saúde é essa que estamos tratando? Já sabemos que também os conceitos de Saúde mudam!!! (e também os de doença!!!)

MEU DEUS! Como podemos viver num mundo tão 'bagunçado' assim? Em vez de uma existem MUITAS referências, e todas mutantes!!! Como então, podemos querer ter uma identidade singular, unívoca???

É bom salientar que tais questões não são específicas da TO, e têm sido intensificadas ultimamente pelas áreas correlatas, tais como a enfermagem, a Homeopatia, as Psiquiatrias alternativas, a Epidemiologia, etc.. Além dessas

questões, temos mais coisa em comum com essas profissões. Assim como a TO, essas são as que, atualmente (não foi sempre assim), têm restrito mercado de trabalho, queda na procura de candidatos à profissionalização, deteriorização salarial, perda de status, etc. (Por que será? Porque não respondem aos interesses de determinadas classes sociais que se encontram no poder!).

No entanto parece que as coisas estão mudando, e requerendo um outro perfil de profissional para Saúde. Vide as exigências atuais do SUS que, buscando trabalhar com a integralidade das ações de saúde, requerem um profissional, ou melhor, todos os seus profissionais atuando de forma transdisciplinar, sem 'muros' ou fronteiras delimitando 'seus' territórios.

É necessário, portanto, que retomemos as perguntas: – QUE MODELO SEGUIR? DE QUE SAÚDE EU ESTOU FALANDO? Mas não numa perspectiva ingênua ou corporativista, mas sim, comprometida com a construção de um novo saber e de uma nova atenção, que possibilitem efetivas soluções aos reais problemas enfrentados pela nossa população alvo. Que busquemos construir ou re-construir um saber para transformar.

Ao falarmos da identidade da TO, dos seus diferentes Modelos de atuação, portanto, não dá mais para ignorarmos as inter-relações existentes entre suas fundamentações teóricas, as respectivas formas de atuação e as condições ou contextos concretos que as geraram e lhes possibilitaram efetivarem-se, ou as excluíram.

O uso de atividade em geral, e do trabalho produtivo em particular, enquanto meio e alvo (fim) do processo terapêutico ocupacional, alternado ou concomitantemente, traduz sempre uma dada compreensão sobre Homem, Saúde e Sociedade. Estas diferentes compreensões acham-se subjacentes aos Modelos teóricos que embasaram as práticas da TO em cada época. Este processo de construção profissional se vincula ao processo de produção do saber humano, ou seja, da história do conhecimento.

Cada um de nós é responsável pela construção da identidade desta profissão. A cada tempo, a cada lugar, nós devemos examinar cuidadosamente que TO iremos 'por na rua', que TO está sendo requisitada neste momento social, mas que TO é a mais necessária de fato?

Estou falando de Políticas Públicas para a Saúde, estou falando de Instituições, estou falando de mercado de trabalho.

Nossas técnicas são suficientes flexíveis e adaptáveis a vários contextos, porque são, no fundo, atividades humanas. O COMO usá-las e PARA QUÊ é que faz toda a diferença!

Portanto esse processo não é neutro: cada profissional é quem decide como e para quê fazer. E nesse momento o que se requisita são as subjetividades, e não propriamente a identidade!

Lembremo-nos que, diferentemente do que ocorre com a identidade, na subjetividade ocorrem "**agenciamentos coletivos de enunciação**". Em suma, a subjetividade é uma instância aberta a todas as determinações contextuais, e caracterizada por um processo interno de produção, mas sendo produto das relações sociais, econômicas, culturais, antropológicas, familiares, etc, por qual passou o indivíduo.

As subjetividades, produzidas a partir das diversas

relações que o homem estabelece em suas experiências de vida, tendem à evolução contínua e irreversível, diferenciando-se em complexidades cada vez maiores. (nunca mais seremos os mesmos...)

Na base dessas subjetividades funciona a sociedade que, por sua vez é configurada por elas.

Assim, numa mesma profissão temos profissionais que são até antagônicos entre si, têm posturas terapêuticas, políticas e éticas diferentes, mas não deixam de ser da mesma categoria profissional.

É interessante que possamos fazer esta distinção ao lermos os diferentes artigos, livros e entrevistas de Terapeutas Ocupacionais, para que não ponhamos tudo dentro de um mesmo 'saco de gatos', senão a confusão reina mesmo!!!

Bem, espero ter contribuído mais do que confundido. Se bem que há uma música linda, atualmente, que fala exatamente isso: "estou te confundindo pra te esclarecer"!

E como pensar é um prazer exclusivo do ser humano, não pretendo ser a estraga prazer. Deixo vocês pensando nisso também. Obrigada.

BIBLIOGRAFIA

- BENETON, M.J. *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. Tese de Doutorado junto ao PPG em Saúde Mental da FCM UNICAMP, Campinas, SP, 1994.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*, 11ª. ed., Rio de Janeiro, Graal ed., 1993.
- FRANCISCO, B. R. *Terapia Ocupacional*, Campinas, SP, Papirus, 1989.
- GUATARRI, F. "Linguagem, consciência e sociedade", in: *Saudeloucura 2*, São Paulo, HUCITEC, 1991.
- GUATARRI, F., ROLNIK, S. *Micropolítica: a cartografia do desejo*. Petrópolis, Ed. Vozes, 1993
- HAGEDORN, R. *Fundamentos da prática em Terapia Ocupacional*. São Paulo, Dynamis Editorial, 1999.
- KIELHOFNER, G., "A Terapia Ocupacional após 60 anos: um relatório sobre a mudança de identidade e do corpo de conhecimentos", *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 31(10), nov / dez. 1977. pp. 75-89.
- KIELHOFNER, G. & BURKE, J, "A model of human occupational therapy", in: *American Journal of Occupational Therapy*, vol. 34 (9, 10,11,12), 1980.
- KOSIK, K. *Dialética do concreto*, 2ª. ed., Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra, 1986.
- MEDEIROS, M.H.R. *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Paulo/São Carlos, HUCITEC/EDUFSCar, 2003.
- PINTO, J.M. *As correntes metodológicas em Terapia Ocupacional no Estado de São Paulo*. Dissertação de Mestrado junto ao PPGE UFSCar, São Carlos, 1990. (mimeo).

Resumo

Trabalho infantil: aspectos históricos e repercussões na saúde¹

Selma Viana Lessa²
Ana Márcia Duarte Nunes Nascimento³

RESUMO

A questão da exploração da mão-de-obra infantil encontra-se imersa no contexto da sobrevivência, das relações de exploração pelo lucro, do desemprego, da cultura e raízes históricas que demonstram que essa é uma prática antiga. Pretende-se conhecer os possíveis efeitos do trabalho precoce na saúde e no desenvolvimento das crianças, como também compreender a relação entre infância e trabalho, a partir de uma abordagem histórica. Considera-se que a utilização de crianças na atividade laborativa permanece por questões econômicas, familiares, pelo lucro auferido com essa prática e pela cultura que enaltece o trabalho ainda que na infância. A exploração do trabalho infantil acarreta danos à saúde, compromete o desenvolvimento da personalidade, a socialização e a formação da identidade pessoal e social da criança.

PALAVRAS-CHAVES: aspectos históricos, saúde, trabalho precoce, infância, identidade, sociedade.

ABSTRACT

The question of the children's labour is in the life condition, survival, relation of exploration by the money, by the unemployment, because of the historic culture that show this is a old practice. This search try to know the possible reasons of the precocious children's job in their health and in their development. This research try to understand the relation between childhood and work, based in the history. The children's work has been continued because the economic and familiar questions, by the profit and by the culture that exalt the work- even in the childhood. This precocious activity cause damages to the health. It compromise the development of the persolality, the socialization and tha formation of the personal identity of people in their future.

KEY-WORDS: historical aspects, health, precocius work, childhood, identity, society.

Apesar da evolução tecnológica como internet, tecnologia digital que minimiza as distâncias e facilita a comunicação, as crianças continuam desempenhando funções típicas de adultos. Esse é um fato histórico, pois desde a Idade Média, as crianças auxiliavam os pais nas atividades agrícolas. Posteriormente, coube a criança pobre um ensino inferior e prático, próprio para o desempenho da atividade laboral. Com a Revolução Industrial, as crianças pobres tornaram-se força de trabalho nas fábricas européias com cargas horárias de 12, 14 horas diárias, havendo, por isso, uma

regressão maior no processo educativo das classes populares.

No Brasil, a função social da criança modificou-se ao longo da história. Inicialmente, existia um alto índice de mortalidade e a mesma não possuía função definida. Posteriormente, a criança pobre torna-se um provável problema social, necessitando ser transformada em trabalhador disponível. A situação agrava-se quando verifica-se o crescimento do número de crianças inseridas no contexto da criminalidade. Rizzini (1998) afirma que a criança pobre era

¹ Resumo da Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Terapia Ocupacional da EBMS / FBDC. Salvador / 2003
² Terapeuta Ocupacional formada pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. e-mail: selmalessa@yahoo.com.br

³ Terapeuta Ocupacional, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública / FBDC. Especialização em Saúde do Trabalhador. Mestrado em Saúde Coletiva, ISC/UFBA. E-mail: anamarciaadn@ig.com.br.

considerada um problema social, por isso o trabalho assume um caráter moralizador e dignificador. Nesta ocasião, a educação assume um caráter técnico, sendo oferecida uma educação escolar e profissão básica para o desempenho de funções que permitissem a subsistência.

A participação da criança no trabalho modifica-se à época da industrialização, quando é utilizada como força de trabalho nas indústrias implantadas no país, contribuindo com a subsistência e adquirindo um papel de destaque na família. Posteriormente, foi adotada uma política para prevenir a criminalidade e as crianças pobres são internadas em instituições para conter “menores inadequados”.

Iniciam-se em 1980, as discussões sobre direitos da criança e deveres do Estado. Em 1990, a exploração do trabalho infantil tornou-se uma questão de direitos humanos e discutem-se formas de erradicá-lo, através de estratégias e ações. Entretanto, o trabalho infantil precoce é influenciado por fatores sociais, econômicos, com raízes culturais profundas que dificultam a sua erradicação.

Uma justificativa de cunho econômico, utilizada por alguns pais é a necessidade de manter seus filhos menores trabalhando para auxiliarem no sustento da família. Sarti (1999) aponta Sarti que, para outros, o trabalho é uma forma de combater o ócio, afastar as crianças das ruas e das más companhias; há ainda aqueles que mantêm seus os filhos trabalhando por considerarem que a inexistência de um ensino de qualidade, justificando a ausência deles no trabalho.

Comparando as concepções de Sarti (1999) e Silva (2000) sobre o trabalho e a rua, enquanto a primeira atenta que para alguns indivíduos, o trabalho é um meio de profissionalização e distância das ruas, a segunda enfoca o caráter de aprendizagem e sociabilidade assumido pelas ruas, que supre as necessidades que a escola, muitas vezes, não consegue, como por exemplo, a sobrevivência numa sociedade excludente e discriminatória.

A escola deve corresponder às necessidades da criança, principalmente daquela que convive diariamente com a exaustão, com os riscos físicos, psíquicos, da atividade laborativa atraindo-a e fazendo-a perceber a importância deste espaço de aprendizagem para ajudá-la a incluir-se socialmente. A criança precisa de um espaço em que suas idéias sejam ouvidas, suas dúvidas sejam sanadas e o conteúdo ministrado seja condizente com sua realidade.

Através da análise de estudos realizados em diferentes regiões do país com dos contextos diferenciados, estruturas e aspectos socio-econômicos distintos, percebe-se que há aspectos da atividade laborativa que afetam a saúde das crianças. As conseqüências do trabalho precoce vão do cumprimento de jornadas extenuantes, com riscos físicos, psíquicos, ocupacionais, que conjugadas podem influenciar na construção da personalidade, da identidade pessoal e social deste indivíduo em formação, e podem prejudicar também a sua saúde e a sua inserção na sociedade.

Goffman (1988) conceitua identidade pessoal como um processo contínuo, organizado, que agrega características próprias do indivíduo a fatos da sua história de vida, estabelecendo um conjunto não-dissociado de fatos específicos, individuais com os fatos compartilhados com outros indivíduos na coletividade. Afirma que o ser único contrapõe-se

ao múltiplo, aos vários “eus” que surgem quando se encara o indivíduo pela perspectiva do papel, da inserção social.

A inserção social é vislumbrada através do fazer próprio decorrente das particularidades do indivíduo. A atividade laborativa precoce interrompe a construção deste fazer singular, desta construção da identidade individual e social, pois a criança realiza algo do outro, uma atividade para a qual não está preparada e não deseja, não pode expressar-se, apenas produzir, não sendo, assim, autora da própria história.

O desempenho da atividade laborativa põe em risco a formação da criança como sujeito, cidadão e a identidade social. São negadas a criança as possibilidades abordadas por Galheigo (2003) de ser capaz de expressar-se, sonhar, criar, imaginar, elementos importantes para compor a estrutura que singulariza o indivíduo.

A criança que é submetida a atividade laborativa, vivencia um cotidiano baseado numa realidade de exploração do trabalho, que, como foi demonstrado, possui raízes históricas. A identidade da criança que se forma nesta estrutura histórica vai sendo construída de forma fragmentada, comprometendo a transformação ativa, a mudança da realidade, pois o cotidiano permanece inalterado. Enfim, a criança não vivencia a infância de uma maneira simples, com tempo para a escola, para os sonhos e brincadeiras. Ela tem que lidar diariamente com os aspectos complicados do mundo adulto, não sendo somente uma criança, nem um trabalhador, lidando com comprometimentos da saúde e da formação da sua identidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- GALHEIGO, S. M. O social: idas e vindas de um campo de ação em Terapia Ocupacional. In: PÁDUA, E. M. M. de; MAGALHÃES, L. V. (Orgs) *Terapia Ocupacional – Teoria e Prática*. Campinas, SP: Papyrus, p. 29-48, 2003.
- GOFFMAN, E. *Estigma – Notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1988.
- LESSA, S. V. Trabalho infantil: Aspectos históricos e repercussões na saúde. Salvador, 2003. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.
- RIZZINI, I. Educação para a Cidadania e para o Trabalho: uma leitura com viés Histórico. USU- Universidade Santa Úrsula, CESPI – Coordenação de Estudos e Pesquisas para a Infância, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.terravista.pt/BaiaGatas/2932>. Acesso em 26/out/2002.
- SARTI, C. A. As crianças, os jovens e o trabalho. In: WESTPHAL, M. F. (Cord.). *O compromisso da saúde no campo do trabalho infanto-juvenil: uma proposta de atuação*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, p.39-44, 1999.
- SILVA, J. B. da. A escola e os jovens: um “não-lugar” para não trabalhadores. *Revista da FEBA*. Salvador, ano 1, n° 1, p. 53-68, 2000.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS

A Revista de Terapia Ocupacional da Bahiana aceita para publicação trabalhos que se classifiquem como: Artigos originais, Ponto de Vista, Relatos de Experiências, Resumos de Monografias e Ensaio.

Os textos enviados para publicação serão submetidos ao Conselho Editorial, que decidirá sobre sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

DIREITOS AUTORIAIS: 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.

FORMA E CONTEÚDO:

1. **APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS:** Os originais devem ser digitados no programa Word for Windows, formato padrão do 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. Os originais devem limitar seu número de páginas aos seguintes parâmetros máximos, incluindo tabelas e figuras: até doze (12) páginas para Artigos Originais; até sete (7) páginas para Ensaio e relato de experiências e 2 páginas para resumo de monografia.

O trabalho deve ser entregue em 2 cópias impressas e 1 cópia em disquete, no seguinte endereço:

Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências - FBDC - Curso de Terapia Ocupacional, Av. D. João VI, n.º 275 - Brotas - SSP-BA - CEP. 40.290-000

2. **PÁGINA DE ROSTO** - Deve conter:

a) Título do artigo, que deve ser conciso e completo, descrevendo o assunto com termos que possam ser adequadamente indexados pelos serviços de recuperação da informação.

b) Em Nota de Rodapé

Indicação da instituição a que cada autor está filiado, acompanhada do respectivo endereço, telefone e endereço eletrônico;

Nome da Instituição onde o trabalho foi realizado;

Indicação do autor responsável e endereço eletrônico;

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 classificação do trabalho (se Artigo original ou de Revisão, ou Ponto de Vista, etc.)

3. **RESUMO / ABSTRACT** - Os manuscritos devem conter dois resumos, um em português e outro em inglês, como no máximo, 250 palavras. Devem apresentar informações referentes a: objetivos, procedimentos básicos, 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.
4. **PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS** - Em português e inglês, até no máximo de seis.
5. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS** - as referências bibliográficas devem ser apresentadas de acordo com as recomendações da NB-6023, da ABNT, agosto de 2002. 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 ao leitor onde localizá-las. - A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade do(s) autores).

6. **CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS NO TEXTO:** Deverão ser colocadas no sistema autor-data após a citação, e deve constar da lista de referências bibliográficas.
7. **ANEXOS E/OU APÊNDICES:** Incluir apenas quando imprescindível à compreensão do texto. Caberá à Comissão Editorial julgar a necessidade de sua publicação.
8. **TABELAS, QUADROS E FIGURAS**

Tabelas e 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).

Quadros e Tabelas - 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.

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), scaneadas e salvas em extensão TIF ou JPG não coloridas.

9. 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.

10. AGRADECIMENTOS

Quando pertinentes, dirigidos à pessoa ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, em parágrafo não superior a três linhas.



**Fundação Bahiana
para Desenvolvimento
das Ciências**

**Av. D. João VI, 274 - Brotas - CEP 40285-001
Salvador BA Tel.: (71) 356-1430
<http://www.fundeci.com.br>
e-mail: fbdc@fbdc.edu.br**