

VOLUME 2

NÚMERO 2/3

JUN / SET

Terapia Ocupacional

USP

≡ EDITORIAL

≡ ARTIGOS

Uma abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional

Maria José Benetton

Rumo à ciência da atividade humana

Marília Caníglio Machado

O problema da incapacidade e da deficiência

Fátima Corrêa Oliver

Crianças e suas mães:

o olhar enquanto modalidade comunicativa entre mãe e filho

Maria Luisa Guillaumon Emmel

Instituições que abrigam idosos:

propostas de padrões mínimos para seu funcionamento

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

≡ PONTO DE VISTA

Habilitar-reabilitar... O rei está nú?

Denise Dias Barros

≡ DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

Prescrevendo atividades

Elisa Satiko Miadaira

Informação: maravilha curativa?

Marta Gil

≡ DEBATE

A produção do conhecimento e das práticas sociais

Regina Marsiglia, Ricardo B. Gonçalves e Edgard de A. Carvalho

Um modelo de ocupação humana – parte 4

Gary Kielhofner, Janice P. Burke e Cynthia H. Igi

NÃO TIRAR CÓPIAS

Terapia
Ocupacional

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Editada pelo Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

CONSELHO EDITORIAL

- Prof.^a Dr.^a Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- Prof.^a Dr.^a Maria Luiza Guillaumon Emmel (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)
- Prof. Dr. Ruy Laurenti (Faculdade de Saúde Pública da USP)
- Carmem Teresa Costa Souza (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais)
- Maria José Benetton (Terapeuta Ocupacional da Escola Paulista de Medicina)
- Rosely Esquerdo Lopes (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos)

CORPO EDITORIAL

- Prof.^a Dr.^a Maria Auxiliadora C. Ferrari (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Denise Dias Barros (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Elizabete Ferreira Mângia (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Iracema Serrat Vergotti Ferrigno (Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

Secretária: Eddy Marília Gozzani

Diagramação e editoração eletrônica: Fred Navarro(OFICINA2) e M.Celisa A.Tavares

Edição: Lemos Editorial e Gráficos Ltda. — R.Silvia, 23/Conj.8 — Bela Vista — São Paulo SP — Fones: (011) 283-5689 e 251-1854

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Roberto Leal Lobo e Silva Filho

Vice-Reitor: Prof. Dr. Ruy Laurenti

FACULDADE DE MEDICINA

Prof. Dr. Adib Domingos Jatene

APOIO: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo — FAPESP

ÍNDICE

EDITORIAL

ARTIGOS

- Uma abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional 55**
Maria José Benetton
- Rumo à ciência da atividade humana 60**
Marília Caníglio Machado
- O problema da incapacidade e da deficiência 66**
Fátima Corrêa Oliver
- Crianças e suas mães: o olhar enquanto modalidade comunicativa
entre mãe e filho 78**
Maria Luisa Guillaumon Emmel
- Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para
seu funcionamento 86**
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

PONTO DE VISTA

- Habilitar — reabilitar... O rei está nu? 100**
Denise Dias Barros

DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

- Prescrevendo atividades 105**
Elisa Satiko Miadaira
- Informação: maravilha curativa? 112**
Marta Gil

DEBATE

- A produção do conhecimento e das práticas sociais 114**
Regina Marsiglia, Ricardo B.Gonçalves e Edgard de A.Carvalho
- Um modelo de ocupação humana — Parte 4 127**
Gary Kielhofner, Janice P.Burke e Cynthia H.Igi

Editorial

A Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é um veículo de informação em constante aprimoramento, daí, desde o seu início, ter garantido a possibilidade de mudanças, fruto de questionamentos e reflexões.

Este volume corresponde aos números 2 e 3 do ano de 1991 e o leitor, com certeza, já terá observado modificações estéticas na capa e na diagramação interna. Além disso, inauguramos duas novas seções: **Divulgando Projetos e Experiências** dando oportunidade para que diferentes práticas profissionais e propostas inovadoras na área possam ser difundidas; em **Ponto de Vista** pretendemos, democraticamente, abrir espaço para que questões polêmicas emerjam e reflexões pessoais sejam compartilhadas.

Nossa disposição nesse processo é grande, refletindo-se na maior diversificação de seções da Revista já nesse segundo volume. Apresentamos inovações visando uma publicação estimulante e enriquecedora para seus leitores e colaboradores. Acreditamos no potencial e no investimento dos profissionais na Terapia Ocupacional. Dessa forma, a diversidade da temática dos textos aqui publicados espelha os movimentos e as tendências da produção de conhecimento na área.

Queremos agradecer a receptividade que a Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo vem tendo entre profissionais e estudantes. Preocupados em aperfeiçoar cada vez mais nosso trabalho, esperamos continuar oferecendo um espaço de discussão competente e interessante.

CONSELHO EDITORIAL

UMA ABORDAGEM PSICODINÂMICA EM TERAPIA OCUPACIONAL *

Maria José Benetton **

BENETTON, M. J. Uma abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p. 55-59, 1991

RESUMO

Este artigo é baseado na dissertação de mestrado intitulada "Terapia Ocupacional: uma abordagem metodológica em Saúde Mental", trazendo a descrição dos cinco anos de um processo terapêutico onde alguns recortes importantes são apresentados. Estes ilustrarão os principais vértices metodológicos e técnicos da Terapia Ocupacional, com base em aportes psicodinâmicos para o tratamento de pacientes psicóticos.

DESCRITORES

DISTÚRBIOS PSICÓTICOS. PSICOTERAPIA. TERAPIA OCUPACIONAL, métodos. SAÚDE MENTAL.

Introdução

Após cinco anos de terapia, Sérgio e eu começamos a conversar sobre sua alta.

Nessa ocasião, ele fazia pela primeira vez uma pintura a óleo. Minha participação nesse processo de realização dessa atividade foi muito intensa, uma vez que ensinava-lhe essa técnica de pintura. Sérgio desenhou, pintou, repintou ao longo de meses um homem quase nu.

Um aparente semideus grego, com o pú-

bis encoberto por uma espécie de sunga estilizada. O término da terapia se dá com Sérgio presenteando-me com essa pintura, que considera inacabada e propondo-me em troca tecer comentários sobre ela. Entre outros aspectos que levanto nesse momento, aponto a existência de três membros inferiores, sendo que os laterais estão calçados e o interno descalço. Mesmo o longo tempo em contato com essa atividade não permitiu a Sérgio a percepção dessa distração. O inacabado presente dá, ao processo que aparentemente está terminado, o sentido de continuidade, potência e vida.

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada "Terapia Ocupacional: uma abordagem metodológica em Saúde Mental", apresentada ao programa de estudos pós-graduados em Psicologia Social, PUC, SP, 1989 — p.51 e 52.

** Centro de Estudos de Terapia Ocupacional e Curso de Especialização em Terapia Ocupacional Psiquiátrica – DPPM – EPM.

O Encaminhamento

“Sérgio foi-me encaminhado pelo seu médico psiquiatra, logo após ter saído de uma internação, que durou cerca de vinte dias. Durante esse período sem médico procurou-me, relatando que Sérgio havia sido internado por ter ficado “trancado” (sic) em seu quarto, por praticamente dois anos. Não falava com ninguém. Segundo a família, numa noite ficou “esquisito” (sic), não querendo sair de seu quarto nem para jantar. A internação não havia sido feita pelo referido médico. Sabia, porém, pelo relato do pessoal de plantão, que havia sido preciso usar da camisa-de-força para tirá-lo do quarto e que havia sido levado de ambulância.

Durante o período de internação, fora submetido a eletro-choque. Houve melhora no sentido de Sérgio começar a falar com um dos enfermeiros, assim como com um outro paciente. Nas sessões de psicoterapia individual realizadas pelo psiquiatra em seu quarto, Sérgio só falava de seu desejo de deixar o hospital.

A dificuldade do paciente em manter o diálogo foi o motivo de seu encaminhamento para mim. Havia expectativa por parte do médico de que ele fosse mobilizado, através de atividades expressivas, uma vez que havia prestado vestibular para Comunicações em 1978 e para Artes Plásticas no ano seguinte. A família achava que Sérgio havia freqüentado por pouco tempo o curso de Comunicação. Eu sabia que ele havia freqüentado o curso de Artes Plásticas apenas por um mês, sendo internado em abril de 1980.

Sérgio tinha vinte anos. Era o segundo filho, sendo o primeiro do sexo masculino e o terceiro do sexo feminino. Morava com os pais e estes, segundo o médico, não sabiam explicar o que acontecia com o filho. Pensavam que talvez Sérgio não se dava bem na Faculdade ou não sabia que carreira seguir. A hipótese diagnóstica era de que Sérgio tinha esquizofrenia paranóide” (BENETTON, 1989, p.51/52).

Os três pressupostos fundamentais do método

I — Observando o conjunto de trabalhos de Sérgio a partir do pressuposto de que as atividades contém elementos simbólicos, previamente nomeados pelas teorias psicanalíticas, ou as de psicopatologias da expressão, poderíamos certamente propor uma multiplicidade de interpretações. É muito mais ainda, se acreditássemos na universalidade dos símbolos, tanto em atividades expressivas, como nas que denominamos estruturadas, pelo conteúdo ou pelo processo de realização, poderíamos rapidamente detectar significados.

Entretanto, tomando como exemplo duas figuras feitas no início do tratamento, Sérgio só pôde aproximá-las de alguns significados após três anos de terapia. Como essas figuras pintadas como exemplo, porque nas atividades expressivas são as que nos levam mais freqüentemente ao desejo de apontar através dos símbolos oníricos ou estruturas psicopatológicas sua significação. Tanto a figura com pernas femininas e dorso e cabeça de peixe, como a do dorso masculino e a cabeça que deveria ser de um cavalo, segundo Sérgio, que ficou parecida com a de um peixe, e que também poderia ser a de um porco; elas dão comichão de interpretações. Entretanto para Sérgio estes trabalhos não significam nada mais além da preocupação de ficarem bonitos. Acredito que nesse momento qualquer significado que eu desse aos conteúdos desses trabalhos seria significativa apenas para mim.

Trabalhar através da linguagem não verbal implica em torná-la, antes de mais nada, uma comunicação. Para tanto, além do que podemos perceber da história e da simbologia, é necessário acrescentar a indicação de significados, o contar a história, uma associação ou a demonstração de sentimentos, comunicados de alguma forma pelo paciente. Sem isso, as representações simbólicas, retiradas de hipóteses teóricas, deverão ser guardadas pelo terapeuta e trabalhadas quando desse pressuposto.

II — Tomando o longo tempo que Sérgio ficou trancado no seu quarto como prova de incapacidade, posso dizer que quando ele sai pela primeira vez para ir à terapia, porque quer, tem início sua reinserção social, antigo objetivo ao ser alcançado em toda Terapia Ocupacional. Essa forma simples não me satisfaz. *Prefiro pensar que Sérgio nunca deixou de estar, de alguma forma, inserido. Que o processo terapêutico como um todo, que enfatiza o apreender para aprender, instrumentou-o para criar novos espaços e principalmente os afetivos, para chegar a sua forma muito particular de relacionar-se.*

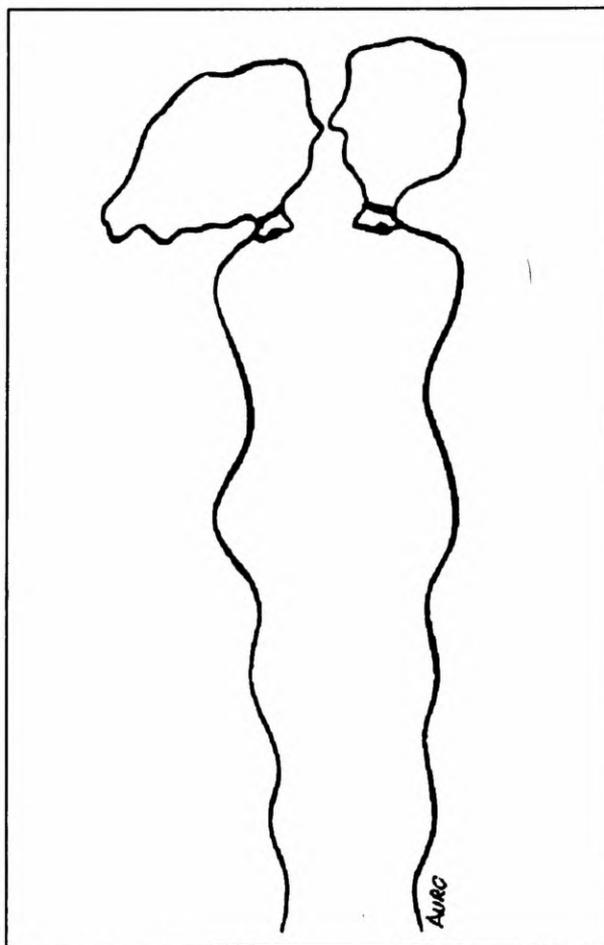
Com isso, a Terapia Ocupacional pode abandonar o já envelhecido conceito de reabilitação. Penso que pacientes com problemática tanto mental como física, trazem em si partes totalmente desconhecidas. Não sabem o que são, já não são o que eram e pouco sabem do vir a ser. Aliás, na maior parte das vezes não querem nem saber. *Entretanto, como regra geral, devemos ter o propósito de resgatar de um passado semi-destruído, a construção do aqui e agora, como instrumento de um caminhar.*

III — Entramos no campo da investigação ao tomarmos, por um lado, as primeiras observações empíricas sobre o valor de atividades no processo de cura, e por outro, as pesquisas de Scheneider a partir de 1930 sobre os diferentes tipos de atividades capazes de contrapor-se aos sintomas, facilitando o aparecimento da função saudável correspondente.

Esse espaço, sempre presente, até antes de minha formatura, só começou a ser preenchido durante o processo terapêutico de Sérgio. Até então os casos encaminhados a mim no consultório eram de pessoas de mais de quarenta anos, já tendo passado por vários tipos de tratamento e quase todos readaptados. Os jovens tinham comprovadamente síndromes orgânicas.

No Hospital-Dia “A Casa”, trabalhando com jovens psicóticos, em grupo, tive a possibilidade de colocar a prova alguns as-

pectos já pensados. Com Sérgio, numa terapia individual, foi possível aproximar a clínica da investigação, tornando-a intrinsecamente parte da clínica e mais tarde um projeto de tese. *Observar os fatos ocorridos em torno de atividades sem explicitar hipóteses teóricas de seus significados simbólicos e buscar com Sérgio novos caminhos, permitiam dar à clínica da Terapia Ocupacional o caráter de investigação.* Único meio a exemplo de Psicanálise, que nos possibilita até agora uma aproximação com o que sempre tem partes desconhecidas: o homem e a interseção da sua mente e corpo.



Os principais movimentos da técnica

I — Das trilhas associativas

Inicialmente, quando Sérgio faz qualquer tipo de atividade, quando as escolhe ou mesmo quando as sugiro, a escolha parece ocorrer pelo querer aprender.

Assim é por um longo período até que com a distância de quase um ano ele fez

duas atividades que aparentemente tem o mesmo tema. São duas pinturas onde aparece uma cabeça de homem. Na primeira, o olho semicerrado espia uma paisagem que eu chamaria de morta. Na segunda, a cabeça de um “cigano” (sic Sérgio), com os cabelos pintados como um conjunto de árvores frondosas, olha para sereias na água, para uma barraca colorida e para cabeças de pessoas, formadas ao longo de chumaços de cabelo do cigano.

Foram essas duas figuras que fizeram-me sugerir a Sérgio a revisão de seus trabalhos. Dos primeiros, não diz quase nada. Desses dois, digo que talvez possa ser um único personagem em duas situações diferentes.

Desse movimento inicial, Sérgio fala de olhos que o espiam, olhos novos, olhos que vêem a figura de mulheres e os olhos que o perseguem. Aí começa seu processo para elaborar os fantasmas persecutórios que o acompanhavam “sempre” (sic). Esse procedimento de buscar uma associação entre personagens das atividades, entre as próprias atividades, denominei “Trilha Associativa”.

A aproximação entre trabalhos é a trilha para a associação do indivíduo com seus personagens de forma projetiva.

Mais tarde, tomando para si as atividades como instrumentos capazes de comunicar, Sérgio desenha personagens de sua história pregressa muito bem caracterizados ou desenha para contar o que sente, que por ser tão forte não encontra palavras para descrever.

II — O campo transacional

Alguns trabalhos de Sérgio nunca foram significativos, nem por mim, nem por ele. Foram qualificados de bonitos ou gostosos de fazer. À semelhança do ursinho de Winnicott, esses trabalhos estiveram afetivamente muito próximos ou funcionaram como aproximadores na nossa relação. Outros tantos, quando significativos, foram

como representações simbólicas, ou úteis e belos como instrumento de uso, ou para decoração ou ainda como parte de um caminho profissional.

Tanto uns como outros, por períodos longos ou curtos, fizeram parte dos “fenômenos transacionais”. Como outros pacientes, Sérgio viu-me como terapeuta, professora, mulher, modelo, amiga, companheira e muito mais. Dessa mesma forma é tratada a sala de Terapia Ocupacional. Há momentos em que nela está feliz, outras em que nem pode entrar, às vezes leva coisas da sala, como também pode para ali levar objetos que vêm de fora, ou que são feitos para modificá-la. *As atividades, o terapeuta, sua sala e espaços externos, são resgatados nesse setting como parte do “campo transacional”, instrumental obrigatório, a meu ver, para a constituição da relação de objeto.*

III — As questões da transferência

Parece-me impossível falar de “objetos transacionais” sem pensar na existência da transferência. Entretanto, o fato de estar especialmente delimitada na “zona interna diária”, dificulta, em muito, a possibilidade de interpretações. As atividades profissionais escolhidas por Sérgio durante o processo terapêutico – instrumentador cirúrgico e depois a Faculdade de Enfermagem – demonstravam conter um grande conteúdo transferencial. Fato observável, não só pelas características dessas atividades, mas também pela forma de integrá-las ao setting terapêutico, subsidiando-as e comparando-as à minha. Em outra situação, Sérgio traz de casa uma série de desenhos de mulheres nuas. Alguns deles parecem-se muito comigo. Separo-as e pergunto a Sérgio se ele havia percebido que pareciam-se comigo. Surpreso, responde que não, e digo-lhe que gostei de ser modelo. *Nesses momentos e em outros, como parte do “campo transacional” ou ainda como terapeuta que ocupa a posição de “termo médio”, segundo Perrier, propus-me usar a contra-transferência, explicitando sentimentos que o*

paciente não consegue ou não pode nomear. A função é a de abrir caminho e/ou ampliar os espaços para os relacionamentos e conseqüentemente a transferência.

IV — Um código secreto

Muitos de meus pacientes querem mostrar ou contar o que significam seus trabalhos ou o que pensam significar.

Geralmente seus familiares, mesmo outros profissionais que trabalham no caso, não conseguem entender quase nada. A constituição de um código secreto de comunicação, construído com pouquíssimas palavras, mas rico em gestos, atitudes e principalmente construções gráficas, é uma realidade no "setting" da Terapia Ocupacional.

Sérgio contava-me sua história em detalhes. Cada um deles surgia como uma gaveta que se abre e deixa à mostra uma lembrança. Ao fechar essa gaveta, a próxima aberta não apresentava nenhuma ligação com a anterior. Assim também eram reali-

zados seus trabalhos.

Foram gestos e atitudes aproximativos que permitiram a Sérgio perceber meu interesse por ele. Mais tarde, fazer algo juntos tornou possível o estar juntos, sem o constrangimento do pouco falar. Porém, foi certamente através da trilha associativa que Sérgio pôde perceber que o fazer era uma forma de comunicação. De que uma série de personagens contam uma história e que ela é tão particular que só pode ser desvendada por aqueles que a escreveram secretamente.

Conclusão

Depois de ter transcrito a sua história terapêutica, Sérgio pôde lê-la e até mesmo corrigi-la nas imprecisões que poderia conter.

Ao terminar a leitura, Sérgio olhou-me sorrindo e definitivamente validou seus cinco anos de terapia, dizendo: "Os fatos não importam. Como alguém pode saber o que a gente sente? Você sabia o que eu sentia; como eu sentia". □

ABSTRACT

This article is based on a thesis written by the same author and its title is "Occupational Therapy: a methodological approach in mental health". Some important parts of the description of a therapeutic treatment of 5 years, are presented here. They illustrate the main methodological and technical aspects, in Occupational Therapy based on psycho-dynamic elements used for treating psychotic patients.

KEYWORDS

PSYCHOTIC DISORDERS. PSYCHOTHERAPY. OCCUPATIONAL THERAPY, methods. MENTAL HEALTH

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTON, M. J. *Terapia Ocupacional: uma abordagem metodológica em Saúde Mental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social, PUC – SP, 1989.

PERRIER, F. *Evolution psychiatrique n° 2*. Paris, 1958.

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

RUMO À CIÊNCIA DA ATIVIDADE HUMANA*

Marília Caníglia Machado**

MACHADO, M. C. Rumo à ciência da atividade humana. *Terapia Ocupacional*, São Paulo. v. 2, nº 2/3, p.60-65, 1991.

RESUMO

Este artigo trata da reflexão acerca da etimologia dos termos **Terapia Ocupacional, Praxiterapia e Praxiologia**. A autora analisa o termo **Terapia Ocupacional** considerando ser um termo técnico, pois define uma prática a partir dos meios que utiliza. Avalia não ser um termo adequado, visto que não se relaciona mais ao que os profissionais vêm teorizando e realizando na prática. Defende os termos **Praxiterapia e Praxiologia** como os termos que correspondem de fato ao que os profissionais vêm desenvolvendo técnico-cientificamente. A autora propõe ainda que os profissionais procurem delinear a identidade profissional não mais pelos meios (métodos e técnicas) mas pelos fins, ou seja, identificando o sujeito e o objeto desse corpo de conhecimento próprio.

DESCRITORES

TERAPIA OCUPACIONAL, tendências. TERAPIA OCUPACIONAL, história

Durante o final do século XIX e início do século XX, a prática da utilização de atividades como meio de tratamento recebeu várias nomeações como *tratamento moral, tratamento pelo trabalho, tratamento pela ocupação, reeducação ocupacional, ergoterapia, laborterapia*, etc. Em dezembro de 1914, em um encontro de trabalhadores hospitalares e a Coordenadoria Estadual de Insanidade de Massachussets, em Boston, é que o termo *terapia ocupacional* foi introduzido pelo arquiteto George Edward Barton. Essa prática se caracterizava predominantemente pela utilização de atividades artesanais, laboriais, educativas,

como *meio* de tratamento. Nesse sentido, é importante observar que nessas conceituações de terapia ocupacional a ênfase se referia aos meios de que utilizava, variando seus objetivos. Sendo assim, essa “terapia ocupacional” se caracterizava apenas como uma técnica.

Essa prática profissional se espalhou por vários países do Mundo e no Brasil se estabeleceu em 1957 como seus programas de reabilitação profissional refletindo o pós-guerra mundial e submetida à medicina. A terapia ocupacional é vista aqui como uma técnica, onde o uso de atividades em geral,

* Trabalho apresentado na Mesa-redonda “Quem é quem: o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional”. Promoção: SINFITO e ATOMG – Belo Horizonte, MG – 23 de Agosto de 1990.

** Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Rua Califórnia, 509 – Bairro Sion – 30310 – Belo Horizonte, MG

como *meio* terapêutico, é que a caracteriza e a distingue das demais profissões.

Berenice Rosa Francisco em seu livro “Terapia Ocupacional”, após consulta ao “Novo Dicionário Aurélio”, para estudo de alguns termos como *ocupacional* e *ocupação* nos diz: “Após um vai-e-vem entre páginas, constata-se que a investida no estudo das raízes das palavras permite-nos compreender a terapia ocupacional como técnica (parte da medicina que estuda e põe em prática) que utiliza o trabalho como recurso (meio adequado) para tratar (aliviar ou curar os doentes)”... “Bem, até aqui, a definição advinda via etimologia das palavras terapia e ocupacional pareceu bastante simples, pois uma vez que ela é apenas uma técnica de aplicar trabalho, ocupação, afazeres para curar doentes e uma vez que todos os homens e cada homem em particular tem conhecimento do trabalho humano, então basta trabalhar quando se está doente para curar a doença... Ora, o que caracteriza a terapia ocupacional é precisamente o meio que se propõe a tratar.” (1988, p. 18–19)

Acredito que se nós, terapeutas ocupacionais, continuarmos definindo nossa prática profissional pelos *meios* utilizados, essa prática tenderá cada vez mais a ser utilizada somente como técnica. Porém, se procurarmos defini-la não pelos meios de que se utiliza, mas pelo seu objeto de estudo, pelos seus fins, estaremos mais próximos de sua identidade profissional e de um espaço técnico-científico para atuação e contextualização nas ciências.

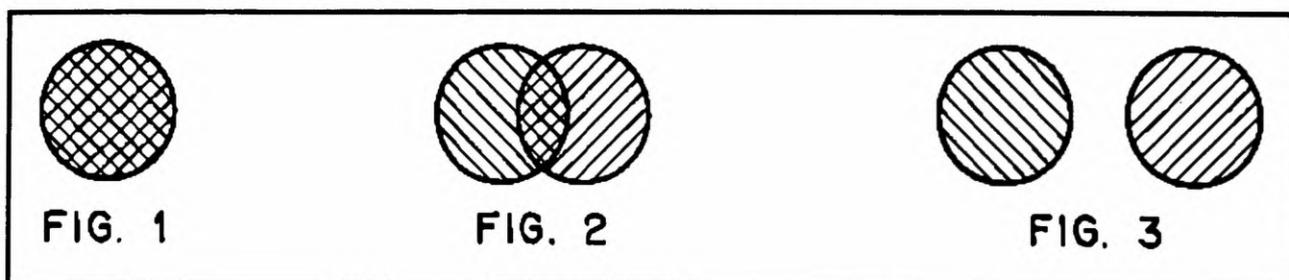
Pelo estudo etimológico do termo “terapia ocupacional” fica claro então, que o nosso corpo de conhecimento científico e a nossa prática profissional hoje já não é mais uma “terapia ocupacional”. Essa prática (ou técnica) não nasceu, obviamente, de terapeutas ocupacionais e sim de outros profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais. Claro, não nos geramos, mas o que estamos gerando e o que nascerá de nosso crescimento técnico-científico?

Somos ainda hoje, no final do século XX, uma categoria profissional oficialmente nomeada de “terapeuta ocupacional”, mas o termo “terapia ocupacional” já não se relaciona mais ao que a maioria dos profissionais teorizam e executam na prática.

Observando ainda as conceituações de “terapia ocupacional”, vemos que estas explicitam meios e objetivos para tratamento, mas é devido à ausência de um objeto de estudo determinado que seus objetivos frequentemente variam “de acordo com as necessidades do paciente” e variando “de acordo com as necessidades do paciente” frequentemente questionamos sua delimitação com relação aos meios, objetivos e objetos de outras práticas e profissões.

Na figura 1 podemos nos situar como sanitólogos (estudiosos da saúde), onde temos um objetivo amplo, comum e coincidente com os demais profissionais da área, que é a promoção da saúde. Como terapeutas ocupacionais, utilizamos de bases científicas, objetivos, teorias, métodos e técnicas comuns a vários profissionais da saúde, como mostra a figura 2. Mas o que é próprio do terapeuta ocupacional? (Figura 3).

Pelo exposto até aqui, conclui-se que não podemos chamar “terapia ocupacional” de ciência. Acredito, porém, que estamos caminhando no sentido da ciência. Uma ciência tem uma linguagem própria, pois se delineiam o *sujeito* e o *objeto*. Penso, pois, em qual seria o objeto dessa ciência e cada vez mais me aproximo da *praxiologia* como



uma ciência que tem me dado subsídios para fundamentar minha prática e responder minhas dúvidas. Estamos rumo a uma ciência da atividade humana. “Atividade humana” que entendo como “*praxis*”.

O termo *praxiterapia* já foi sinonímia de “terapia ocupacional”, porém “*praxiterapia*” se refere à utilização da *praxis* não somente como *meio* mas também como *fim*. Ou seja, *praxiterapia* é o tratamento *pela* e *para* a *praxis*.

Sabemos que o objeto das ciências humanas e da saúde é o homem, mas do ponto de vista antropológico e epistemológico esse homem é conceptualizado de acordo com as diversas correntes e ideologias próprias de cada corpo de conhecimento determinado, como a psicologia, a sociologia, etc. O objeto de determinado corpo de conhecimento não se cria, não se inventa, e sim, se deduz, se identifica, se descobre. Dessa forma, todas as tentativas de se chegar à nossa identidade profissional pelo caminho dos “métodos e técnicas específicos” serão fracassadas e continuaremos nos defendendo atrás de “chavões” e “discursos vazios”. Não pretendo aqui, porém, sugerir métodos para a construção do saber próprio, tento apenas apontar um caminho que nos refere num sentido mais científico.

No meu entender, a atividade humana, ou *praxis*, objeto de estudo e pesquisa da praxiologia e da *praxiterapia*, só pode ser compreendida e utilizada com o conhecimento dos aspectos: antropológico, filosófico, biológico e psicológico da *praxis*. Dessa forma, podemos compreender a condição de homem como um *ser* prático.

Penso que como indivíduos e profissionais deveríamos ser produtos e produtores de *praxis*. Para mim, a partir de vários estudos de teóricos e filósofos principalmente da filosofia contemporânea, em sua maioria da corrente materialista-histórica, como Sanchez Vazquez, Karl Marx, Hannah Arendt e Gramsci, o indivíduo prático é o ser criativo, expressivo, produtivo, lúdico e transformador. O indivíduo prático, nesse

sentido, é então o referencial de saúde. Pela teoria do conhecimento, chega-se aqui à premissa maior, ou seja, o referencial de saúde é a *saúde prático* (ver Quadro 1 na página 4).

Para Antonio Gramsci: “a filosofia da *praxis* se realiza no estudo concreto da história passada e na atividade atual de criação de uma nova história (1987, p. 151)” e “a filosofia da *praxis* é uma reforma e um desenvolvimento do hegelismo, é uma filosofia libertada (ou que pretende libertar-se) de todo elemento ideológico unilateral e fanático, é a plena consciência das contradições, em que o filósofo entendido individualmente ou como grupo social, não só compreende as contradições, mas se vê a si mesmo como elemento da contradição e ergue esse elemento como o princípio de conhecimento e, portanto, de ação”. (1978, p. 136)

Gadotti escreve: “Antônio Gramsci resumiu assim a antropologia de Marx: “*O homem é um processo dos seus atos*”. Esses atos não estão isolados, não se dão espontaneamente: estão intimamente relacionados e condicionados pela ação de cada homem, da natureza, da sociedade e da história. Nessa totalidade, o que une primordialmente os homens é a busca dos meios próprios para garantir a sua existência. Sua *praxis* é, portanto, eminentemente histórica e a maneira pela qual os homens se relacionam e buscam preservar a espécie é o *trabalho*. É pelo trabalho que o homem se descobre como ser da *praxis*, ser individual e coletivo (unidade de contrários)”. (1987, p. 44)

Para Sanchez Vazquez (1977), *praxis* não é somente a atividade prática (pragmática) e nem somente a atividade teórica. *Praxis* é a unidade indissociada: teoria e prática, espiritual e material, idealização e realização, planejamento e execução, pensamento e ação. Segundo esse mesmo autor, podemos distinguir as seguintes formas fundamentais de *praxis*: a atividade produtiva transformadora, a atividade artística criativa e expressiva, a atividade educativa-científica e a atividade político-social.

Vazquez (1977) também diferencia *atividade humana* (praxis) de *atividade natural*. Para esse autor a *atividade natural* é a atividade em geral: um pássaro construindo um ninho, uma cachoeira que cai e faz um buraco na terra, um meteoro que cai, um órgão do corpo que funciona. Existe um conjunto de atos onde um *agente* modifica uma *matéria prima*, dando um *produto* através de um *ato* qualquer. Exatamente por sua generalidade, este tipo de atividade natural não especifica o agente, nem a natureza da matéria prima, nem a espécie de atos que levam a certa transformação, e nem o produto da atividade. Eles podem ser quaisquer. Nesse sentido *atividade* é simplesmente o contrário de *passividade*. No entanto, nem toda atividade, no sentido de *ativo* (contrário de *passivo*) é praxis, pois nem toda atividade apresenta aspectos que são próprios ou que caracterizam a atividade humana. Não poderíamos falar, de forma alguma, em atividade humana se nos referíssemos a atos desarticulados e sem relação entre si. Portanto, o termo *atividade* aqui não tem o sentido de qualidade do que é ativo. Na *atividade natural* a perspectiva de futuro não existe. Por *atividade humana* entendemos aquela que só se verifica quando os atos dirigidos a um objeto para transformá-lo se iniciam com um ideal e terminam com um resultado real. Neste caso os atos não só são determinados casualmente por um estado anterior de coisas que

acontecem efetivamente, como também por algo que ainda não tem existência efetiva, ou seja, a determinação não vem só do passado, mas do futuro também. Portanto, nem toda atividade é praxis. Enquanto atividade se refere a algo mais geral, só o ser humano é capaz de ser prático. *Praxis*, portanto, é somente a atividade essencialmente humana.

Hannah Arendt (1987) faz uma diferenciação entre labor, trabalho e praxis, onde *labor* é apenas aquela atividade ligada aos processos biológicos, de sobrevivência, que corresponde às necessidades corporais; *trabalho* é a exploração e transformação do meio (da natureza). É através do trabalho que o homem (homo faber) cria coisas extraídas da natureza, convertendo o mundo num espaço de objetos caracteristicamente humano, o “habitat humano”; e *praxis* (ou ação) é a forma única da expressão da singularidade individual, é a atividade político-social que cria a condição plena do ser humano como tal, é a fonte do significado da vida humana.

Terapeutas ocupacionais vêm cada vez mais repensando, questionando e pesquisando seu corpo de conhecimento próprio, o sujeito e seu objeto de estudo, o significado da atividade humana, enfim, vêm buscando *sua forma*.

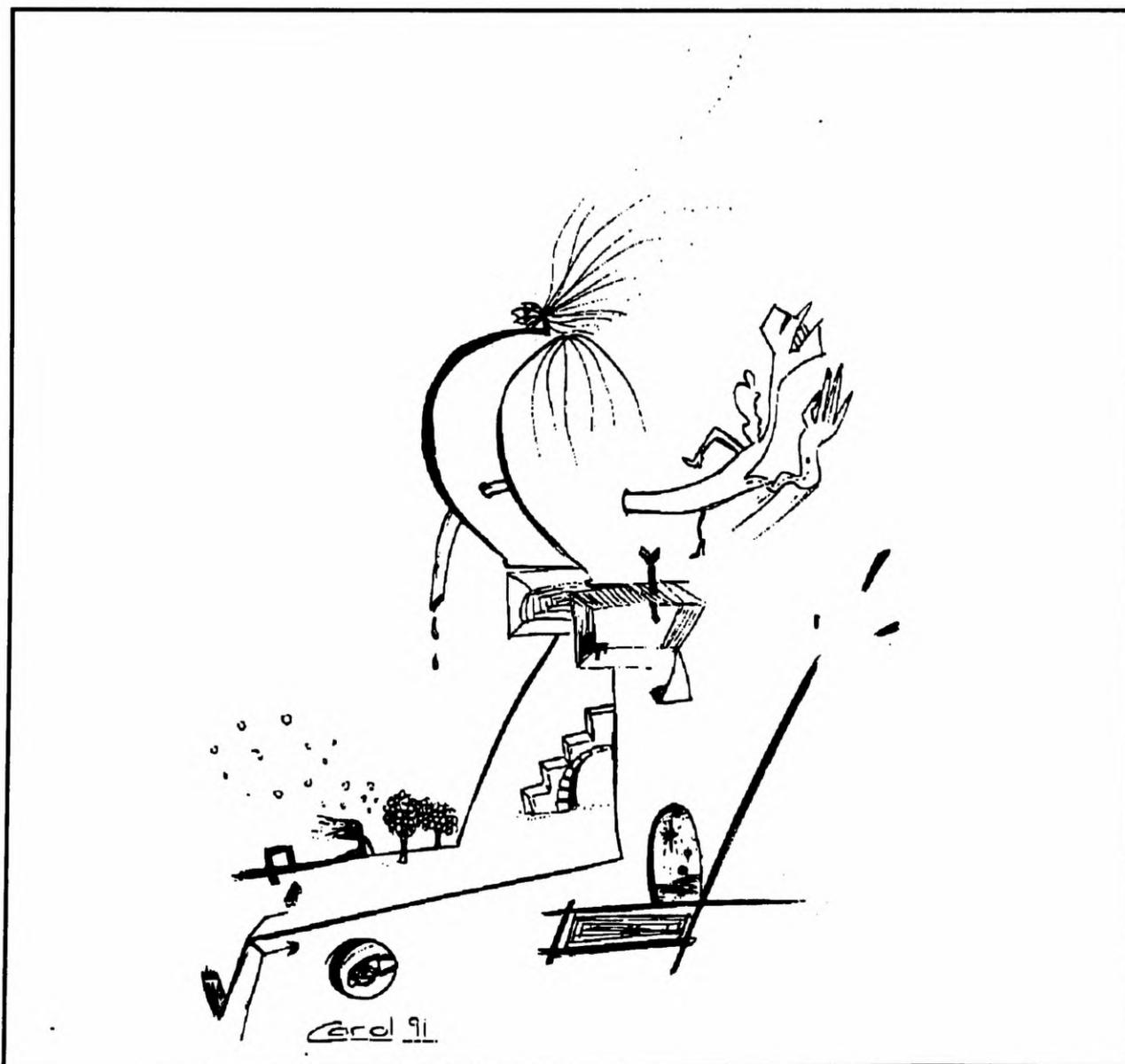
Quadro 1 — Esquema Didático da Atuação da Praxiologia e da Praxiterapia segundo os Níveis de Atenção em Saúde.

* PRAXIOLOGIA		** PRAXITERAPIA	
Saúde		Doença	
Preservação	Prevenção	Cura (Tratamento)	Reabilitação
Preservação da Saúde Prática	Prevenção da Disfunção Prática	Cura ou Tratamento da Disfunção Prática	Reabilitação da Disfunção Prática
* Referencial de Saúde Prática			
** Inclui a Arteterapia, Ergoterapia, Ludoterapia etc.			

Em Los Angeles, no Departamento de Terapia Ocupacional da University of Southern California, Mary Reilly, durante as décadas de '60 e '70 "alertou os terapeutas ocupacionais para o fato de que o modelo médico não era viável para a prática da terapia ocupacional. Ela denominou o processo contínuo do brincar da criança e o trabalho na vida adulta de *comportamento ocupacional*, propondo assim um conceito unificador sobre o qual os terapeutas ocupacionais poderiam desenvolver um corpo de conhecimento sob a forma de uma teoria unificadora para dar suporte à prática da terapia ocupacional" (VILLAR, 1988, pp. 1-2). Mais recentemente, Gary Kielhofner, Burke e outros foram aperfeiçoando as premissas propostas por Reilly. Para Kielhofner: "O brincar e o trabalho não são produtos da essência humana, eles são a essência da existência humana". Kielhofner

fundamentou o "Modelo da Ocupação Humana" na "Teoria Geral de Sistemas" onde o "homem é conceituado como um sistema aberto e o seu *comportamento ocupacional* é o output desse sistema aberto" (VILLAR, 1988, p. 2-3).

No Brasil, são mais recentes as publicações em terapia ocupacional. Para Berenice Rosa Francisco: "... é necessário que a atividade humana seja entendida enquanto espaço para criar, recriar, produzir um mundo humano. Que esta seja repleta de simbolismo, isto é, que a ação não seja meramente um ato biológico, mas um ato cheio de intenções, vontades, desejos e necessidades" (1988, p. 19). Para Maria Heloisa Medeiros: "A Terapia Ocupacional, enquanto área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades. Em outras palavras, considera as atividades humanas como o



produto e o meio de construção do próprio homem e busca entender as relações que este homem em atividade estabelece em sua condição de vida e saúde” (1989, p.1).

A fundamentação teórica da *praxiterapia* e da *praxiologia* é um longo caminho a ser explorado e percorrido. A *praxiologia* é uma ciência que tende cada vez mais a ser pesquisada no âmbito científico, especialmente pelos terapeutas ocupacionais.

Acredito que chegará um tempo em que nos referiremos à “terapia ocupacional” como uma prática do passado. Se não somos hoje praxiterapeutas e praxiólogos no sentido formal, considero no entanto que os somos por formação ou em formação. Acredito ainda que a *praxiologia*, a ciência da atividade humana, advirá (ou já é uma realidade?) de um corpo de conhecimento que já se faz presente nas reflexões e na prática dos terapeutas ocupacionais. □

ABSTRACT

This article makes a reflection on the etymology of terms such as *Occupational Therapy*, *Praxistherapy* and *Praxiology*. The author considers the term Occupational Therapy as being a technical term, once it defines a practice by its therapeutic resources. This term is thought to be inadequate because it does not relate to what the professionals have been theorizing and performing in clinical practice. The author suggests terms such as *Praxistherapy* and *Praxiology* as being correspondents to what professionals have been investigating both scientifically and technically. The author also suggests that professionals should seek for an identity which is related not to the profession's resources (methods and techniques) but to the process of identifying the *object* and *subject* of its own body of knowledge.

KEYWORDS

OCCUPATIONAL THERAPY, tendencies. OCCUPATIONAL THERAPY, history.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, R. 1986. *Filosofia da ciência*. Sao Paulo, Ed. Brasiliense.
- ARENDT, H. 1987. *A condição humana*. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária.
- CAMPOS, B. 1988. *Introdução à filosofia marxista*. São Paulo, Ed. Alfa-Omega.
- CARVALHO, M. C. 1989. *Construindo o saber*. Campinas, SP, Ed. Papirus.
- CHAUÍ, M. e outros. 1986. *Primeira filosofia*. São Paulo, Ed. Brasiliense.
- FRANCISCO, B. R. 1988. *Terapia Ocupacional*. Campinas, SP, Ed. Papirus.
- GADOTTI, M. 1987. *Concepção dialética da educação*. São Paulo, Ed. Cortez.
- GRAMSCI, A. 1987. *Concepção dialética da história*. Rio de Janeiro, Ed. Civilização Brasileira.
- GRAMSCI, A. 1978. *Introdução à filosofia da praxis*. Lisboa, Edições Antídoto.
- JAPIASSU, H. e MARCONDES, D. 1990. *Dicionário básico de filosofia*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor.
- MEDEIROS, M. H. R. 1989. *A Terapia Ocupacional como um saber: uma abordagem epistemológica e social* - Dissertação de Mestrado, UFSCar.
- VAZQUEZ, A. S. 1977. *Filosofia da praxis*. Rio de Janeiro, Ed. Paz e Terra.
- VILLAR, I. A. Apostila do Curso sobre Introdução à terapia do comportamento ocupacional e iniciação ao estudo do modelo da ocupação humana proposto por Kielhofner e Burke (1989, 1985)". Curso realizado no VIII ENNORFITO, Belém, PA, 1988.

O PROBLEMA DA INCAPACIDADE E DA DEFICIÊNCIA*

Fátima Corrêa Oliver**

OLIVER, F. C. O problema da incapacidade e da deficiência. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p.66-77, 1991

RESUMO

Este artigo discute a questão da incapacidade e da deficiência como um problema de relevância no âmbito da saúde pública. Aponta nexos entre as condições de vida e de trabalho da população brasileira e suas condições de saúde. Apresenta e discute dados estatísticos sobre a população portadora de deficiência no Estado e na região metropolitana de São Paulo, tendo como fonte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1981, realizada pela Fundação IBGE. Ressalta a importância dos acidentes de trabalho na constituição das estimativas da população com incapacidade ou deficiência.

DESCRITORES

DEFICIENTES. REABILITAÇÃO, estatísticas e dados numéricos. ASSISTÊNCIA À SAÚDE. ACIDENTES DE TRABALHO.

Introdução

Quando se discute a atenção à pessoa portadora de deficiência tanto no que diz respeito à saúde, à educação e às oportunidades de inserção no mercado de trabalho, levanta-se a importância desse tema pelo fato de que a população portadora de deficiência, entre outros motivos, representa uma parcela significativa da população em geral. As estimativas internacionais referem que uma "... cifra de 10% seria a proporção

de pessoas incapacitadas entre a população mundial... " (OMS, 1981).

Falar sobre a condição dessa parcela da população é algo complexo para além da apresentação dos percentuais de prevalência e incidência de incapacidades e deficiências na população em geral. É algo que faz retomar constantemente conceitos como normalidade, anormalidade, saúde-doença, eficiência-deficiência. O estudo e discussão desses conceitos apresentam, prioritaria-

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado "A atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência no sistema de saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania" — FSP — USP — 1990.

** Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da USP. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar — sala 2 — 01246 — SP

mente, a sua condição de relação, isto é, a doença tem como parâmetro determinado perfil de saúde, a anormalidade determinado parâmetro de normalidade que pode representar o que é mais aceito no contexto social. O conceito de deficiência traz em si também uma condição de impossibilidade de desenvolver determinadas habilidades ou capacidades, a impossibilidade de ser eficiente, isto é, de dar conta de um perfil de desempenho esperado e condicionado no contexto social.

Ao mesmo tempo, ser anormal ou deficiente são condições que traduzem as diferentes oportunidades de acesso à riqueza e aos bens produzidos socialmente; o que significa que a distribuição da deficiência e incapacidade não é uniforme entre as diferentes classes sociais. Dessa forma, a deficiência deve ser entendida historicamente, seu significado e magnitude dependendo do contexto e manifestando-se também como problemas sociais.

Contraditoriamente, não é intenção deste artigo discutir o problema da incapacidade e da deficiência sob essa ótica, que mereceria uma abordagem de cunho filosófico, epistemológico e sociológico.

Por outro lado é importante que se apresentem os dados sobre incidência e prevalência das incapacidades e deficiências mesmo que em termos estimativos, exploratórios e com base em alguns dados estatísticos como uma forma de iniciar uma caracterização desse contingente populacional que *“só na cidade de São Paulo... por volta de 1,5 milhão de deficientes e no Estado cerca de 3 milhões. Além disso, se considerarmos a constelação familiar, pode-se calcular em 12 milhões o número de pessoas envolvidas, direta ou indiretamente, com a questão da deficiência.”* (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE, 1988).

Na Argentina, Pantano refere que a tarefa de quantificação das pessoas com deficiência ou incapacidade é um problema internacional que se coloca, inclusive, pela

dificuldade de reconhecimento das pessoas que estão comprometidas. Assim, sugere que os levantamentos e estudos devam ser utilizados como instrumentos para avaliar e priorizar ações específicas. A autora faz em seu trabalho referência a diversos levantamentos de população de diversos países. No caso da Argentina especificamente, refere que é antiga a preocupação em obter esses dados, tanto que eles aparecem em diferentes censos, desde 1869 (PANTANO, 1987).

No México, Ibarra informa que existe um Registro Nacional de Inválidos e do qual analisou 24.375 casos novos registrados no período de 1975 a 1978. Os dados do Registro foram coletados junto a diferentes instituições de reabilitação, significando a identificação dos casos que chegaram até os serviços em busca de atendimento (IBARRA & PEREZ, 1980).

Ou seja, vem existindo uma preocupação crescente com a identificação e conhecimento da população que apresente algum tipo de incapacidade ou deficiência.

Atualmente, a Organização Panamericana de Saúde – OPS, vem orientando para que sejam realizadas pesquisas para a detecção da população portadora de deficiência e para a avaliação da efetividade dos serviços de reabilitação.

Sabemos que as principais causas de deficiências incapacitantes, nos países em desenvolvimento, estão ligadas às condições de vida impostas à maior parte da população, pelo modelo econômico predominante, que é altamente concentrador de renda.

Assim, aparecem como principais causas de deficiência as conseqüências na área da saúde, desse modelo concentrador: má nutrição, alto índice de doenças transmissíveis, baixa qualidade de assistência pré, peri e pós-natal, altos índices de acidentes de trabalho entre outras.

A própria Organização Mundial de Saúde - OMS declara que nos países desenvolvidos as causas de incapacidade estão

restritas às áreas de concentração da população urbana mais pobre. Nesses países os acidentes aparecem como responsáveis pelo aumento do número das incapacidades, ao lado daquelas incapacidades advindas do processo de envelhecimento, decorrentes de uma esperança de vida maior e dos avanços conseguidos na assistência médica (O.M.S., 1981).

No Brasil, pela conformação de seu modelo econômico e pelas características do desenvolvimento do processo de atenção à saúde, percebe-se um perfil epidemiológico que reflete tanto as condições que favorecem o aparecimento de doenças e incapacidades dos países em desenvolvimento quanto, aquelas de países desenvolvidos, ou seja, altas taxas de morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, cardiovasculares, doenças do trabalho e acidentes.

1 – A Prevalência de Incapacidades e Deficiências

No Brasil, são poucos os estudos de que se dispõem sobre prevalência de incapacidades. É importante considerar essa prevalência a partir do reconhecimento da existência de condições objetivas de vida e trabalho que são resultados do tipo de inserção social possível num determinado período histórico.

Isto implica assumir que as doenças ou os agravos à saúde, inclusive as incapacidades, distribuem-se de forma diferenciada nas classes sociais.

É bastante esclarecedor o resultado da pesquisa realizada em 1985 por Santos Jr. e Lessa, na cidade de Salvador, sobre a prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais. Segundo os pesquisadores, que estudaram moradores favelados e não favelados, a partir dos 7 anos de idade, “a prevalência global de incapacidade foi de 8,0% para os favelados e de 2,5% para os não favelados. As principais causas para os favelados são incapacidade física (6,2%) e mental (1,8%), enquanto que para os não favelados as pre-

valências foram de 1,9% e 0,7%, respectivamente. As prevalências foram maiores para os homens favelados em relação às mulheres do mesmo grupo, enquanto que entre os não favelados não houve diferença de sexo. As incapacidades do aparelho locomotor foram mais prevalentes, seguindo-se as mentais e as dos órgãos dos sentidos” (SANTOS JR. & LESSA, 1989). Esta pesquisa demonstrou a relação entre as incapacidades e os diferentes grupos sociais.

No Brasil, os dados estatísticos gerais, de que se dispõe sobre deficiência, foram coletados pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística — IBGE, através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 1981. Este também foi o Ano Internacional da Pessoa Deficiente.

Nesse ano, a pesquisa priorizou a coleta de dados sobre saúde, incluindo levantamento sobre deficientes segundo os critérios que a seguir serão transcritos:

“Em relação às pessoas portadoras de deficiências, segundo a percepção do entrevistado, foi indagada a natureza da deficiência, o tipo de assistência recebida e vinculação a alguma associação ou instituição. As deficiências relatadas foram classificadas dentro das seguintes categorias:

Cegueira – para a pessoa que apresentava incapacidade de ver (cegueira dos dois olhos) ocasionada por problemas de visão ou ausência dos globos oculares;

Surdez – para a pessoa que apresentava incapacidade de ouvir (surdez nos dois ouvidos);

Surdo-mudez – para a pessoa que apresentava incapacidade absoluta, geralmente congênita, de ouvir e que teve como consequência a incapacidade de falar. Incluído neste item o surdo-mudo readaptado (que aprendeu a falar);

Retardamento ou doença-mental – para a pessoa que apresentava problemas de retardamento do desenvolvimento mental e

motor, como, por exemplo, a idiotia e o mongolismo. Incluídos neste item os casos "percebidos" pela família como sendo de atraso no desenvolvimento mental, ou referidos como excepcionais, ainda que não tenha havido diagnóstico médico. Incluídos, também neste item, os casos de loucura, ainda que sem diagnóstico médico, paranóias, esquizofrenias, etc.;

Falta de algum membro ou parte dele – para a pessoa que, por acidente ou má formação congênita, não tinha um ou vários membros, ou parte deles como, por exemplo, a mão inteira, todos os dedos que provocam dificuldades funcionais de maior gravidade;

Paralisia total ou das duas pernas – para pessoa tetraplégica (paralítica dos quatro membros) ou para a pessoa paraplé-gica (paralítica das duas pernas);

Paralisia de um lado (um braço e/ou uma perna) – para a pessoa que tinha um lado totalmente paralisado (um braço e uma perna) ou para a pessoa que tinha paralisia de apenas um membro (um braço ou uma perna)". (FUNDAÇÃO IBGE t.11, 1983).

Observa-se que as categorias utilizadas possibilitaram a detecção dos casos mais graves de incapacidades e deficiências. Naquela pesquisa registrou-se 1,78% da população como de pessoas deficientes, o que é

incompatível com as estimativas da Organização Mundial de Saúde, mas pode ser compreendido como aquele percentual que demonstra os casos mais graves.

Como os dados da PNAD 81 foram coletados por instituição de reconhecido trabalho em pesquisa, acreditamos que estes podem ser utilizados com as restrições apresentadas, contribuindo para o estudo da problemática da atenção à pessoa deficiente.

2 – Caracterização da População Portadora de Incapacidade e Deficiência

Seguem-se alguns dados sobre pessoas deficientes, quanto ao número, faixa etária, tipos de deficiência e incapacidade, vinculação à assistência médica e de reabilitação e ao mercado de trabalho, tanto no País quanto no Estado de São Paulo e na região metropolitana de São Paulo. Estes serão apresentados sob forma de 5 tabelas organizadas a partir das informações colhidas pela PNAD 81 e publicadas pela Fundação IBGE em 1983.

De acordo com a PNAD 81, pode-se observar que a distribuição da população deficiente nas diferentes regiões do país, conforme Tabela 1, obedece aproximadamente ao mesmo percentual que o da população em geral.

No entanto, o mesmo não ocorre quando

Tabela 1 — Pessoas deficientes e população residente, por diferentes regiões do país, 1981.

Região	População deficiente	%	População residente	%
Norte	46.224	2,16	3.235.789	2,70
Nordeste	672.031	30,10	35.787.567	29,90
Sudeste	977.990	45,82	53.390.972	44,61
Sul	336.310	15,75	19.390.968	16,10
Centro-oeste	131.771	6,17	7.886.260	6,59
Total	2.134.326	100,00	119.691.556	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t.11, 1983.

comparamos com as populações residente e deficiente, por grupos de idade, conforme está apresentado na Tabela 2.

Observa-se, na Tabela 2, que entre os 0 e 29 anos de idade estão 65,94% da população e 43,29% da população deficiente do país. O mesmo ocorre no Estado de São Paulo, com 42,09% da população deficiente nessa faixa etária e na região metropolitana de São Paulo com 41,04% da população deficiente nesse grupo. Isto pode significar que as deficiências ou incapacidades mais graves detectadas nessa pesquisa desenvolvem-se no decorrer do processo de trabalho e de vida.

É a partir dos 40 anos que os índices de pessoas deficientes são superiores aos da distribuição da população em geral, com especial destaque para a faixa dos 60 anos e mais, o que demonstra um processo de desgaste da força de trabalho, possivelmente decorrente das condições de vida e trabalho e não apenas do processo de envelhecimento.

Na Tabela 3, observa-se que no Brasil temos 31,81% da população portadora de de-

ficiência na categoria retardamento ou doença mental, enquanto que para as categorias que congregam incapacidades, prioritariamente, da funcionalidade motora definidas nos itens 5, 6, 7 e 8 encontram-se 43,04% das pessoas portadoras de deficiências. O mesmo ocorre para o Estado de São Paulo e para a Região Metropolitana. Pode-se considerar que essas categorias apresentem os resultados mais próximos da realidade, pois são mais objetivas e, portanto, mais facilmente referidas pelos entrevistados, o que talvez não ocorra com a categoria de retardamento ou doença mental. Assim, é provável que não tenham sido referidos adequadamente os problemas de função motora ou mental de menor gravidade.

Outro aspecto importante a ressaltar é a atividade econômica dessa população. No Brasil, em 1981, observa-se que 23,27% das pessoas deficientes eram economicamente ativas, enquanto que 53,41% da população brasileira era economicamente ativa nessa época (FUNDAÇÃO IBGE, t.11, 1983).

No Estado de São Paulo temos que

Tabela 2 — População deficiente e população residente por grupos de idade: Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo.

Grupo de Idade	Brasil		Estado SP		Reg. Metrop. SP	
	Pop. def. %	Pop. res. %	Pop. def. %	Pop. res. %	Pop. def. %	Pop. res. %
00 – 09	10,64	25,72	8,87	22,39	7,58	22,02
10 – 19	18,63	23,28	17,09	10,88	17,74	19,81
20 – 29	14,02	16,96	16,13	19,25	15,72	20,35
30 – 39	11,53	12,09	10,03	13,62	11,61	14,37
40 – 49	11,02	9,03	12,09	9,97	13,50	9,96
50 – 59	10,86	6,56	11,48	7,23	12,70	7,28
60 – +	23,30	6,42	24,31	6,66	21,24	6,20
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6. 11, 12, 1983.

Tabela 3 — Pessoas deficientes, segundo o tipo de deficiência ou incapacidade, no Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

Tipo de deficiência ou Incapacidade	Pessoas deficientes		
	Brasil %	Estado de SP %	Reg. Metrop. SP %
1. Cegueira	8,21	6,81	6,22
2. Surdez	8,76	7,90	6,91
3. Surdo-mudez	4,24	2,35	1,57
4. Retardamento ou doença mental	31,81	33,35	34,90
5. Falta algum membro/parte	7,12	7,84	8,34
6. Paralisia total/ pernas	5,54	5,14	3,93
7. Paralisia 01 lado/perna	12,70	11,42	15,34
8. Outro tipo incapac. paralisia	17,68	20,25	18,40
9. + de 01 tipo	3,94	4,94	4,39
Total	100,00	100,00	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

55,70% da população geral é economicamente ativa. Essa proporção não se mantém para a população de deficientes, pois apenas 22,56% destes participam da atividade econômica (FUNDAÇÃO IBGE, t.6, 1983).

O mesmo ocorre na Grande São Paulo, onde temos 20,64% da população deficiente economicamente ativa, para 55,83% da população em geral (FUNDAÇÃO IBGE, t.12, 1983). Isto pode ser entendido como

Tabela 4 — Pessoas deficientes, por vinculação a associação ou instituição de assistência, segundo país, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

LOCAL	PESSOAS DEFICIENTES			Total
	Vinculadas	Não vinculad.	S/ declaração	
Brasil	8,45	91,49	0,06	100,00
Estado de SP	9,21	90,69	0,10	100,00
Região Metropo- litana de SP	11,79	89,97	0,24	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

Tabela 5 — Pessoas deficientes que receberam assistência, por tipo de assistência, no Brasil, Estado de São Paulo e Região Metropolitana de São Paulo, 1981.

PESSOAS DEFICIENTES QUE RECEBERAM ASSISTÊNCIA							
Local	Médica	Trat. reab.	Reab. prof.	Outro	+ de 1 tipo	S/ de-clar.	Total
Brasil	81,95	10,33	0,18	2,03	5,38	0,13	100,00
Est. de SP	77,41	9,52	—	4,36	8,71	—	100,00
Região Metr. SP	79,50	8,85	—	2,95	8,70	—	100,00

Fonte: Fundação IBGE, t. 6, 11, 12, 1983.

maior dificuldade que o mercado de trabalho, predominantemente industrial e de serviços, tem de absorver a população portadora de deficiência.

Quanto à vinculação dessa população à assistência, pode-se observar, na Tabela 4, que o percentual de pessoas portadoras de deficiência vinculadas a associação ou instituição de assistência varia em torno dos 8,5% a 12,0%, sendo que o melhor índice é de 11,79% de pessoas vinculadas e corresponde à Região Metropolitana de São Paulo, que dispõe de um maior número de serviços de saúde em geral, e de atenção a essa população, em particular.

Na Tabela 5, sobre a assistência, observa-se que entre as pessoas que receberam assistência, a que é predominante é a assistência médica. Surpreende o fato de que na Região Metropolitana de São Paulo temos o menor índice de tratamento de reabilitação, mas isso talvez possa ser explicado pelo fato de existir um índice maior para a associação de mais de um tipo de assistência.

Ainda é importante notar que a assistência de reabilitação profissional é praticamente inexistente, o que pode ajudar a entender a vinculação dessa população a atividades econômicas, como já foi coloca-

do anteriormente.

A apresentação exaustiva dos dados sobre as incapacidades e deficiências revela que, praticamente, inexistem oportunidades de atenção à saúde e reabilitação dessa população.

À luz do conhecimento já acumulado na área de intervenção em saúde, podemos concluir que as categorias apresentadas como deficiências mais comuns são manifestações que exigem, na maior parte das vezes, ações de saúde interdisciplinares, seja em saúde mental, seja em reabilitação ou tratamento de disfunções físicas. Assim, podemos perceber que existe insuficiência de serviços de saúde preparados para o atendimento dessa população.

O fato da grande maioria das pessoas deficientes não estar inserida formal ou informalmente no mercado de trabalho, também traduz a dificuldade de inserção social, que em nossa sociedade se dá prioridade através do trabalho. O mesmo processo de trabalho e produção, que é uma das únicas vias de inserção social, cria trabalhadores sem condições de nele permanecer, expulsa-os da produção da riqueza, deixando em seus corpos e mentes sinais dessa violência.

Vale ressaltar aqui a importância dos

acidentes de trabalho como um dos fatores que determinam as condições de saúde da população e a origem de incapacidades e deficiências já apontadas anteriormente. As estatísticas desses acidentes demonstram a violência de que se reveste o processo de produção da riqueza em nosso país. A riqueza é produzida a partir da expropriação da saúde dos trabalhadores.

3 - Acidentes de Trabalho

Segundo dados do Instituto Nacional de Previdência Social - INPS, trabalhados pela Fundação Rogério Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho - FUNDACENTRO, é flagrante a diminuição do percentual dos acidentes registrados nos períodos de 1978 a 1986, sugerindo intensificação de políticas de prevenção (FUNDACENTRO, 1987). No entanto, o próprio INPS reconhece que há subnotificação das declarações de acidentes de trabalho.

Contribui para que isso ocorra o dispositivo legal, implantado a partir de 1976, que altera a sistemática quanto à conceituação,

pagamento de benefícios e normas de registro de acidentes.

É importante que as informações apresentadas sobre os acidentes possam ser explicitadas, demonstrando quais acidentes foram atendidos apenas por assistência médica e quais geraram, além disso, incapacidade temporária ou permanente. Esses dados estão na Tabela 6 que refere o número de acidentes que tiveram processos encerrados administrativamente, depois de completado o tratamento e indenizadas as seqüelas. Estes acidentes são chamados de acidentes liquidados (MPAS, 1988).

Podemos observar que, em 1987, a maior parte dos acidentes são de curta duração (49,8%), enquanto que os de mais de 15 dias também apresentam dados significativos (34,5%).

Entre 1980 e 1981 observa-se uma redução no percentual de acidentes que geraram incapacidade temporária, mas um aumento daqueles que produziram incapacidade permanente, o mesmo ocorrendo entre 1981 e 1982. Entre 1983 e 1984 percebe-se uma

Tabela 6 — Distribuição do total de acidentes de trabalho liquidados na área urbana, segundo a classificação, no período de 1980 a 1987, no Brasil.

ANOS	Assist. Médica	NÚMERO DE ACIDENTES				Óbitos	Total
		Incapacidade temporária		Incapacid. permanente			
		-15 dias	+15dias				
1980	207.371	791.504	473.964	27.925	4.824	1.505.588	
1981	166.613	679.581	428.612	29.921	4.808	1.309.535	
1982	140.123	635.316	407.171	31.816	4.496	1.218.922	
1983	124.134	527.826	164.135	30.179	4.214	1.050.490	
1984	131.179	492.742	352.459	28.628	4.508	1.009.516	
1985	153.209	528.537	378.296	27.281	4.384	1.091.707	
1986	164.033	585.350	414.930	24.190	4.680	1.193.183	
1987	170.613	571.976	403.873	23.150	5.238	1.174.850	

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social. Prev. Dados, Rio de Janeiro, 3(4):27-38, 1988.

diminuição do percentual geral, e da incapacidade temporária e permanente e um aumento no número de óbitos. Isto sugere que a subnotificação é real, pois torna-se mais difícil deixar de registrar os casos que levam a óbito.

Entre 1985 e 1986 crescem os acidentes que geram incapacidades temporárias e também o número de óbitos, o que pode demonstrar que vem existindo uma tendência a acidentes de maior gravidade, mesmo que aqueles que geram incapacidade permanente tenham diminuído. Em 1987, ocorreram 5.238 óbitos por acidentes de trabalho, o que significa em torno de 14 óbitos por dia.

O próprio Ministério da Previdência e Assistência Social, através de suas publicações reitera que “no período de 1980 a 1987 os maiores níveis de crescimento são verificados para os acidentes que geraram incapacidade permanente” (MPAS, 1988).

Quando os trabalhadores ficam incapa-

citados permanentemente a Previdência Social realiza a concessão dos seguintes benefícios: auxílio suplementar, auxílio acidentário e aposentadoria por invalidez.

Cabe esclarecer que auxílio suplementar é aquele recebido pelo trabalhador acidentado que teve redução de sua capacidade funcional, sem estar impedido de desenvolver a atividade profissional anterior ao acidente. O auxílio acidentário é aquele recebido pelo trabalhador acidentado que está impossibilitado de desempenhar a atividade profissional anterior, mas não o está para alguma outra coisa que possa vir a desenvolver (MPAS, 1988).

A Tabela 7 demonstra que, entre os benefícios urbanos, o de maior incidência é o auxílio acidentário (37,9%) e, entre os rurais, o maior é a aposentadoria por invalidez (66,3%).

Ainda segundo os dados da Tabela 7, pode-se inferir que a condição de vida do indivíduo que se acidentou e recebe o auxí-

Tabela 7 — Total de benefícios por acidente de trabalho em cadastro, por espécie e clientela em 31/12/87.

Benefícios	Quantidade	%	% Total	Valor Médio(*)
1. Aposentadoria por invalidez	56.982	15,1	14,8	1,27
2. Pensão	84.377	22,3	21,9	1,34
3. Auxílio acidente	143.074	37,9	37,2	0,52
4. Aux. suplementar	93.322	24,7	24,3	0,25
BENEF. URBANOS	377.755	100,00	98,2	0,75
1. Aposentadoria por invalidez	4.672	66,3	1,2	0,47
2. Pensão	2.380	33,7	0,6	0,47
BENEF. RURAIS	7.052	100,00	1,8	0,47
TOTAL	384.807		100,00	0,74

Fonte: Ministério da Previdência e Assistência Social. Prev. Dados, Rio de Janeiro, 3(4): 27-38, 1988.

(*) Valor médio em número de pisos salariais de dezembro de 1987.

lio acidentário (0,54% do piso salarial) está bastante prejudicada, pois recebe um auxílio que inviabiliza uma vida digna e, com certeza, terá sérias dificuldades para sua reinserção em um mercado de trabalho que dispõe de extenso exército de reserva.

Do contato com a equipe técnica do Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Previdência Social, durante pesquisa de campo por mim realizada em 1988, pode-se observar que os próprios técnicos, responsáveis pela reabilitação profissional, referem que é flagrante a dificuldade de reinserção no trabalho, principalmente quando em função diferente daquela exercida no momento do acidente.

Na Tabela 8, que demonstra a distribuição dos acidentes segundo a consequência, no Estado de São Paulo, pode-se observar que é sempre crescente o número de concessões de auxílio suplementar, com exceção do período de 1985 e 1986, enquanto que a

concessão de auxílio-acidentário foi crescente entre 1978 e 1979, 1980 e 1981 e 1982 e 1983, sendo acompanhada pela aposentadoria por invalidez. Entre 1984 e 1986 observa-se uma queda do número de concessões de auxílio, tanto suplementar quanto acidentário e por invalidez, um acréscimo de acidentes que levam à simples assistência médica e incapacidade temporária, acompanhando o aumento do número de acidentes.

O aumento do número de óbitos é flagrante entre 1978 e 1979 e entre 1983 e 1986, significando, provavelmente, uma subnotificação e aumento da gravidade dos acidentes, conforme já foi colocado.

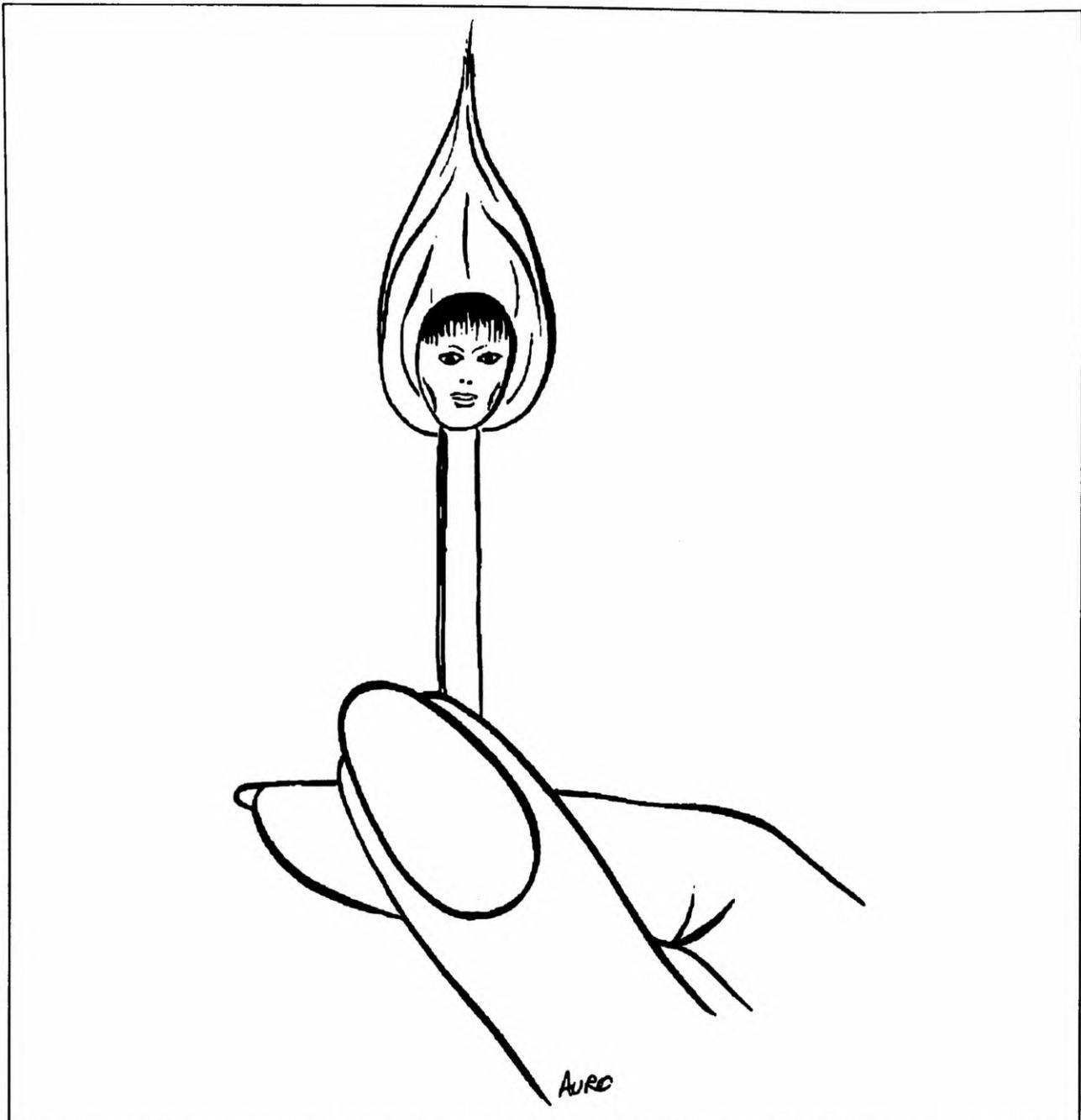
Não são apresentados os índices relativos às doenças do trabalho, pois, no Brasil, apenas um número pequeno de doenças são consideradas ligadas ao trabalho. Isso leva à pequena notificação de doenças profissionais, que acabam sendo computadas nos

Tabela 8 — Acidentes liquidados segundo a consequência — simples assistência médica, incapacidade temporária, permanente e óbitos no Estado de São Paulo, no período de 1978 a 1986.

Ano	Incapacidade Temporária			Incapacidade permanente			TOTAL	
	Assist. Médica	Até 15 dias	+ de 15 dias	Aux. Supl.	Apos. acid.	Óbitos Inval.	Acid. liquid.	
1978	128.024	302.920	225.308	1.699	5.038	1.184	1.119	666.186
1979	113.184	316.190	107.773	1.848	6.269	1.647	1.175	648.562
1980	126.143	339.216	198.827	2.293	5.322	1.531	1.231	674.563
1981	101.782	290.087	167.971	2.410	5.595	1.923	1.261	571.019
1982	82.019	279.654	162.781	3.000	4.983	1.933	1.218	535.648
1983	71.309	337.955	146.784	4.209	4.990	1.907	1.096	468.250
1984	82.608	231.232	147.901	4.382	4.883	1.801	1.164	473.971
1985	86.798	237.976	167.408	—	9.429*	—	1.234	502.845
1986	89.383	261.403	176.106	3.626	3.586	1.114	1.330	536.548

Fonte: FUNDACENTRO, Bol. Estatístico, São Paulo, 13:48-56, 1987.

* Para esse ano, quanto à incapacidade permanente admitiu-se que o número de ocorrências fosse equivalente ao de benefícios concedidos no ano.



dados gerais de morbidade da população, não se estabelecendo o nexo causal com a atividade profissional. Existem referências de que *"anualmente cerca de 3.000 substâncias são introduzidas na indústria. Nos EUA, onde a aplicação da legislação é mais rigorosa que no Brasil, existem normas de exposição permissível para menos de 500 substâncias tóxicas de uso corrente..."* (...) *"no caso brasileiro a norma regulamentadora 15 do Ministério do Trabalho estabelece limites de tolerância para somente 200 substâncias"* (POSSAS, 1987). Isso revela a gravidade da condição de trabalho a que estão submetidos grande parte dos trabalhadores.

Os dados colocados sobre acidentes de trabalho pretendem compor - juntamente

com aqueles relativos à incidência e prevalência da incapacidade - o quadro geral das condições de saúde da população, de modo a oferecer a base para o entendimento das estimativas da população portadora de deficiência ou de incapacidade no país, de acordo com as estimativas dos organismos internacionais de saúde.

Assim, através da apresentação e discussão inicial dos dados estatísticos disponíveis, procurou-se caracterizar a questão da incapacidade e da deficiência como um problema de relevância no âmbito da saúde coletiva.

No entanto, essas informações ainda são insuficientes para o planejamento e programação de ações específicas de atenção à saú-

de, à educação ou a outros aspectos da problemática dessa população. Faz-se necessário investir no diagnóstico mais profundo da avaliação da condição de vida e de trabalho dessas pessoas; no diagnóstico da qualidade e eficiência dos serviços, tanto de saúde quanto de educação que têm atendido essa população. Assim, pode-se vir a planejar, propor e organizar serviços em condições de oferecer atenção a essa população, onde a lógica do

atendimento seja a da necessidade das pessoas reais, circunscritas em um dado contexto social e não a lógica de técnicos em saúde algumas vezes preocupados em preservar o espaço de ação de sua corporação profissional.

Acredito que os profissionais de saúde preocupados com essas questões podem contribuir para a mudança dessa realidade. □

ABSTRACT

This article discusses the question of disability and deficiency as a relevant problem in the field of public health. It indicates the connection between life and work conditions of the Brazilian population and its health situation. It presents and discusses statistical data about the disabled population in the State and in the metropolitan region of São Paulo, having as its source the 1981 National Sample Investigation of Residences by the IBGE Foundation. This paper points out the importance of the accidents of work in the formation of the estimation of the disabled or handicapped population.

KEYWORDS

HANDICAPPED. REHABILITATION, statisticals and numeric dates. MEDICAL ASSISTANCE. ACCIDENTS OCCUPATIONAL.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Brasil e grandes regiões.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.11, p. XXI - XXII, 3, 63-4, 93, 151, 179, 239, 271, 321, 331, 361, 451, 511.
- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Estado de São Paulo.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.6, p. 3, 13, 63, 64.
- FUNDAÇÃO IBGE - *Pesquisa nacional por amostra de domicílios. 1981: Regiões Metropolitanas.* Rio de Janeiro, 1983. v.5, t.12, p. 495, 549-50.
- IBARRA, L. G. & PEREZ, L. S. R. El registro nacional de inválidos: informe de 24.375 casos notificados. *Salud públ. México*, 22 (2):179-89, 1980.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Acidente do Trabalho. *Prev. Dados*, Rio de Janeiro, 3(4):27-38, 1988.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación, Ginebra, 1981. *Informe*. Ginebra, 1981, p.7-18 (Série de Informes Técnicos, 668).
- PANTANO, L. *La discapacidad como problema social - un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas.* Buenos Aires, EUDEBA 1987.
- POSSAS, C. A. Contribuição para a definição de um sistema nacional de informações em doenças e acidentes de trabalho. *Prev. Dados*, Rio de Janeiro, 2(2):13-24, 1987
- SANTOS JR., A. C. S. & LESSA, I. - Prevalência de incapacidades em dois diferentes grupos sociais em Salvador, Brasil. *Bol. Ofic. sanit. panamer.* 106(4):304-13, 1989.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Grupo Especial de Programas de Saúde do Deficiente. Sistema de atendimento à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência. São Paulo, 1988 (mimeografado).

CRIANÇAS E SUAS MÃES: O OLHAR ENQUANTO MODALIDADE COMUNICATIVA ENTRE MÃE E FILHO*

Maria Luisa Guillaumon Emmel**

EMMEL, M. L. G. Crianças e suas mães: o olhar enquanto modalidade comunicativa entre mãe e filho. *Terapia Ocupacional*, v.2, n.2/3, p.78-85, 1991.

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo realizar um estudo comparativo da interação não-verbal entre mãe e filho, com sujeitos normais e com Síndrome de Down. A modalidade comunicativa escolhida foi o Olhar. Cinco crianças normais e cinco mongolóides com idade mental variando entre 12 e 30 meses, compuseram a amostra de sujeitos. Os sinais comunicativos das díades e o grau de responsividade dos membros a eles foram estudados a partir de suas situações de brincadeiras estruturadas, compostas por: um conjunto de cubos de madeira (situação I) e um conjunto de móveis de boneca para os sujeitos do sexo feminino e uma miniatura de posto de gasolina para os sujeitos do sexo masculino (situação II). Os resultados mostraram uma maior independência no desempenho por parte dos sujeitos do grupo CN. Os do grupo SD, além de requisitarem mais ajudas de suas mães, não conseguiram se envolver tanto na situação II como as crianças do grupo CN. As mães de SD, por sua vez, estabeleceram contato com seus filhos bem antes do que as mães do grupo CN. Constatou-se ainda que a mudança de situação determinou alterações no desempenho dos dois grupos.

DESCRITORES

COMPORTAMENTO. PSICOLOGIA DA CRIANÇA. SÍNDROME DE DOWN, psicologia.
ESTUDO COMPARATIVO

A interação mãe-filho nos primeiros anos de vida tem sido apontada como particularmente importante para o desenvolvimento do repertório da criança, uma vez que é a mãe quem, em geral, provê muitos dos estímulos relevantes para a organização ini-

cial do seu mundo.

Investigando as interações mãe-criança durante o primeiro ano de vida, Spitz (1972) salientou a importância da figura materna durante este período da vida. Segundo ele,

* Este trabalho faz parte da Dissertação de Mestrado da autora, defendida em 1984.

** Terapeuta Ocupacional. Professora Doutora em Psicologia Escolar, docente do curso de terapia ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Via Washington Luiz, km 235 – São Carlos – 13560 – Cx. Postal 676 – SP

desde muito cedo já se estabelece entre mãe e filho um sistema de comunicação que abre as possibilidades para o desenvolvimento no primeiro ano de vida. É já nessa época precoce da vida que se verifica a influência da responsividade das mães e/ou pessoas próximas aos sinais emitidos pela criança no desenvolvimento da comunicação.

Richards e Bernal (1971) observaram que a situação de interação mãe-filho permite estimulação mútua. Não é só o comportamento da criança que se modifica. A criança controla e modifica o comportamento da mãe, através, por exemplo, do olhar, do sorriso, do choro, da vocalização, dos gestos. A modificação do comportamento da mãe, por sua vez, contribui para que a criança adquira novos padrões de respostas.

É então nesse complexo sistema de comunicação, caracterizado por sinais verbais e não-verbais, que se estabelecem e se desenvolvem as relações entre mãe e filho durante os primeiros anos de vida. As interações não verbais, como o contato corporal, o sorriso e o olhar parecem ser mais utilizados pelas crianças até os quatro anos de idade, quando a linguagem oral ainda não se tornou a forma predominante de comunicação.

Alguns estudos ilustram estas constatações. Schaffer e col. (1975) estudaram as interrelações entre as trocas vocais e as trocas visuais com crianças verbais e pré-verbais e suas mães, enfocando, em sua investigação, a análise da sincronia interpessoal nos comportamentos da mãe e da criança. Trabalhou com dois grupos de idades: um deles com crianças de 13,5 meses e outro com idade média de 24,5 meses. Baseando-se em análises de vídeo-tape, estudou frequência e duração média de olhares entre os dois grupos de crianças. As crianças do grupo de dois anos apresentaram uma frequência de olhares para as suas mães muito mais elevada que as crianças pequenas. A duração média do olhar não foi muito diferente para ambos os grupos, permanecendo entre 1,33 e 1,39 segundos para o

grupo mais novo e o mais velho, respectivamente. Com o aumento da idade, a natureza da sincronia interpessoal mudou drasticamente, começando a aumentar e a tornar-se cada vez mais complexa.

Vários outros estudos têm buscado a compreensão desses sinais. Field e Pawlby (1980) investigaram similaridades e diferenças nos comportamentos interativos precoces entre mãe e filho com sujeitos que provinham de cultura cuja linguagem, padrões comunicativos e estilos de vida eram similares: díades mãe-criança inglesas e americanas da classe média e trabalhadora. Esse estudo envolveu micro-análises comparativas de filmes de duração de seis minutos nas interações face-a-face de mãe e criança brincando. Os comportamentos analisados para a mãe foram: olhar, sorrir, tocar, acariciar e brincar; e para as crianças, olhar, sorrir e brincar. As conclusões desse estudo evidenciaram que as mães da classe média gastaram um tempo consideravelmente maior em interações mantidas à distância (denominadas, pelos autores, de interações distais) do que as mães da classe trabalhadora. Apresentaram também uma maior frequência no "olhar para" e "sorrir para" seu filho. Todavia, não houve diferenças significativas no tempo total em interações distais pelas culturas inglesa e americana.

Os estudos acerca dos sinais não-vocais que crianças com atraso no desenvolvimento da linguagem estão enviando ao se comunicarem parecem ainda bastante escassos.

Berger e Cunningham (1981) estudaram o contato olho-a-olho entre crianças normais e com Síndrome de Down e suas mães durante os seis primeiros meses de vida. Oito pares mãe-criança normais e oito pares mãe-criança com Síndrome de Down foram os sujeitos do experimento. Todas as observações foram conduzidas nas casas das crianças através da observação direta. Os autores enfocaram nesse estudo duas condições distintas: durante as interações naturais face-a-face (chamadas de condição móvel) e quando as mães estavam em silêncio e

suas faces imóveis (condição imóvel). Na condição móvel, as crianças mostraram o dobro de contatos por olhar, com o primeiro pico ocorrendo perto da sétima semana e o segundo perto da décima quarta semana de vida. As crianças com Síndrome de Down mantiveram por mais tempo do que as crianças normais, altos níveis e longos períodos de contato através do olhar.

Esses dados, somados às observações assistemáticas extraídas da experiência clínica da autora, levaram à realização deste trabalho, que tem por objetivo focalizar a interação mãe-criança através do olhar, com crianças normais e portadoras de Síndrome de Down, descrevendo os padrões interativos predominantes, os sinais comunicativos das díades e o grau de responsividade dos membros a eles.

Método

Sujeitos: a amostra de sujeitos deste estudo foi composta por dez crianças, distribuídas em dois grupos: cinco crianças portadoras de Síndrome de Down, com idade cronológica variando entre 3a.11m. a 5a.11m. e suas mães, e cinco crianças normais do mesmo sexo e faixa evolutiva equivalentes às das crianças com Síndrome de Down, e suas mães.

As crianças com Síndrome de Down (SD) foram emparelhadas com as crianças normais (CN) de acordo com a faixa evolutiva de cada uma, conforme mostra o Quadro 1.

Situação de Observação

A coleta de dados foi realizada em um laboratório da Universidade Federal de São Carlos, que dispõe de duas salas conjugadas. Em uma das salas foi colocada a vídeo-câmara e na outra o monitor de VT, a pesquisadora e a auxiliar de pesquisa.

Equipamento e Material

Um conjunto de vídeo-tape, protocolos para registro dos comportamentos filmados, fitas cassete gravadas com marcação de segundos e tempo de referência de 5 em 5 segundos, além de três tipos de brinquedo, foram os equipamentos e materiais utilizados para a coleta de dados dessa pesquisa. A mobília utilizada pelos sujeitos foi uma mesa em forma de trapézio e três cadeiras.

Procedimento

Cada filmagem foi feita em situação de brincadeira estruturada. A seleção dos brinquedos oferecidos aos sujeitos, bem como o grau de estruturação das brincadeiras foram definidos a partir da composição da amostra. Dois tipos de atividades foram utilizados para cada sujeito: um jogo de dezesseis cubos coloridos de madeira para todos os sujeitos da amostra; um conjunto de móveis de boneca para os sujeitos do sexo feminino e uma miniatura de posto de gasolina com carrinhos, bombas e outras mini-peças em plástico, para os sujeitos do sexo masculino.

As mães foram orientadas a brincar livremente com seus filhos. Primeiramente

Quadro 1 — Composição da amostra de sujeitos normais e com síndrome de Down, de acordo com o sexo, idade cronológica e idade mental.

S. Down	Sexo	I. C.	I. M.	C.Normal	Sexo	I. C.
C1	F	4a.	30m.	C6	F	30m.
C2	M	3a11m.	20m.	C7	M	21m.
C3	F	4a.	22m.	C8	F	20m.
C4	F	4a3m.	18m.	C9	F	16m.
C5	F	5a11m.	13m.	C10	F	12m.

com os cubos e, após cinco minutos, cujo término era sinalizado pela pesquisadora, com os móveis de boneca, no caso dos sujeitos do sexo feminino e com o posto de gasolina, no caso dos sujeitos do sexo masculino.

A duração total das sessões foi de dez minutos e para cada díade foi realizada uma sessão.

Em cada sessão de gravação, a pesquisadora registrava em protocolo previamente elaborado os dados correspondentes a data, especificação do sujeito, grupo, idade e tempo de análise. Esta folha de registro continua também os espaços já delimitados para o registro da área OLHAR.

Definição de Categorias

No presente estudo, o OLHAR foi entendido como o movimento ocular em direção a um ponto definido onde as pupilas se fixam. Quando as pupilas não estavam visíveis, a direção do olhar foi inferida a partir do movimento da cabeça. Neste caso, OLHAR foi entendido como um movimento de cabeça orientado para uma direção definida. Os tipos de interação ocorridos

entre os pares desta pesquisa foram identificados a partir de um sistema de registro que desmembrou esta área em dez categorias, segundo a direção do olhar de cada dupla:

1. Criança e mãe olham para o mesmo objeto (COMO =)
2. Criança e mãe olham para objetos diferentes (COMO ≠)
3. Criança olha para o objeto, enquanto mãe olha para o ambiente (COMA)
4. Criança olha para o objeto, enquanto mãe olha para a criança (COMC)
5. Criança e mãe se entreolham (CMMC)
6. Criança olha para a mãe, enquanto mãe olha para o objeto (CMMO)
7. Criança olha para a mãe, enquanto mãe olha para o ambiente (CMMA)
8. Criança e mãe olham para o ambiente (CAMA)
9. Criança olha para o ambiente, enquanto mãe olha para o objeto (CAMO)



Tabela 1 — Porcentagem de frequência de ocorrências das categorias comportamentais durante as situações I (CUBOS) e II (POSTO OU CASINHA).

Situação	Grupos	Categorias									
		COMO	COMO=	COMA	COMC	CMMC	CMMO	CMMA	CAMA	CAMO	CAMC
I CUBOS	CN	37,9	4,6	2,1	25,7	11,2	13,5	0,4	0,2	2,7	1,7
	SD	37,6	4,5	6,2	26,0	11,4	7,4	0,3	1,2	4,7	0,7
II POSTO OU CA- SINHA	CN	40,4	11,4	3,2	27,0	4,2	4,6	0,0	2,6	3,6	3,0
	SD	43,2	7,4	2,2	28,0	5,0	10,8	0,0	0,3	1,9	1,2

10. Criança olha para o ambiente, enquanto mãe olha para a criança (CAMC).

Resultados

Os resultados serão apresentados em médias grupais (de CN e de SD) de desempenho na área estudada, durante a situação I (cubos) e a situação II (posto ou casinha), no que tange a frequência de categorias comportamentais encontradas; iniciativas de interação através do olhar e tempo para iniciar interação.

A Tabela 1 apresenta as porcentagens de frequência de ocorrência das categorias comportamentais durante as duas situações estudadas. As categorias que mais ocorreram para os dois grupos, tanto na situação I quanto na situação II, foram as que indicaram mãe e criança olhando para o mesmo objeto (COMO =) e criança olhando para o objeto enquanto mãe olhava para a criança (COMC). A categoria que indicava trocas de olhares entre mãe e filho foi mais frequente na situação I (cubos) do que na situação II (posto ou casinha). Nas categorias citadas não se observou grande diferença entre o desempenho do grupo CN e do grupo SD. As diferenças de frequência foram observadas mais entre uma situação e outra do que entre um grupo e outro. Mesmo na

categoria CMMC, que indica trocas de olhares, a diferença entre os dois grupos foi muito pequena. As diferenças inter-grupos foram mais visíveis em categorias que apontavam os elementos da díade dirigindo o olhar para objetos ou lugares diferentes (COMO ≠ e COMA). O caso do olhar para objetos diferentes (COMO ≠) ocorreu com uma diferença mais marcante durante a situação II (11,4% para o grupo CN e 7,4% para o grupo SD). O grupo de crianças normais foi o que mais mostrou esta tendência. Os dados obtidos através da Tabela 1, na categoria COMO ≠, corroborados com observações durante a situação de gravação, permite-nos afirmar que a situação II, principalmente o jogo de Casinha, prendeu mais a atenção das mães, fazendo com que estas também brincassem com os objetos disponíveis, independente da criança estar ou não interessada neles. Além disso, as mães das crianças normais parecem ter se sentido mais à vontade para brincar sem a participação dos filhos do que as mães das crianças com Síndrome de Down. Estes fatos certamente influíram no resultado de frequência obtido para esta categoria. Outro dado de interesse para essa análise foi o de frequência da categoria que indicava criança olhando para o objeto enquanto mãe olhava para o ambiente (COMA). A frequência desta categoria foi maior durante a situação I

(cubos) e para o grupo SD. Neste caso, as mães pareceram mais preocupadas com o ambiente externo do que as crianças. As mães do grupo SD manifestaram essa preocupação com maior intensidade. As mães buscaram com maior frequência a sala onde a pesquisadora estava. Próximo ao término dos cinco minutos iniciais, essa busca se intensificou para as mães dos dois grupos. Para a categoria indicativa de olhares da criança dirigidos para a mãe, enquanto esta olhava para o objeto (CMMO), houve diferença de desempenho nos dois grupos estudados, tanto na situação I quanto na situação II. Na situação I as porcentagens de frequência obtidas foram 13,5% para o grupo CN e 7,4% para o grupo SD. Na situação II foram de 4,6% para o grupo CN e 10,8% para o grupo SD. As categorias que indicavam a direção do olhar para o ambiente por um ou ambos os elementos da díade foram bem pouco frequentes.

Neste estudo foram também consideradas as frequências obtidas em iniciativas de interação dos grupos (CN e SD) respondidas e não respondidas. As categorias referentes aos vários focos de olhar dos membros das díades foram agrupadas segundo os critérios abaixo:

INICIATIVAS BEM SUCEDIDAS CMMC: Este item inclui a categoria que indica a criança e a mãe se entreolhando.

INICIATIVAS MC: Neste item foram incluídas as categorias que indicam a mãe

dirigindo o olhar para a criança, enquanto esta dirige seu olhar para outro local.

INICIATIVAS CM: Aqui se incluíram as categorias que indicam que a criança dirige seu olhar para a mãe, enquanto esta olha para outro local.

OLHARES SEM INICIATIVAS DE INTERAÇÃO: Incluem-se neste item as categorias que não evidenciaram qualquer modalidade de contato através do olhar.

A Tabela 2 expõe os dados obtidos com essa análise. Observando esses dados, pode-se concluir que não houve diferenças dignas de nota no desempenho entre os grupos CN e SD, a não ser na categoria que indica as iniciativas CM, que ocorreram nas duas situações propostas. Durante a situação I, as iniciativas de olhar da criança para a mãe ocorreram com maior frequência dentro do grupo CN (13,9% para 7,7% para o grupo SD) do que no SD. Já durante a situação II Este quadro praticamente se inverteu. O grupo CN emitiu menos sinais visuais para suas mães do que o grupo SD (46,0% do grupo CN para 10,8% para o grupo SD). É possível que esse dado esteja associado ao fato de as crianças normais possuírem um desempenho mais independente de suas mães, quando comparadas às crianças com Síndrome de Down (EMMEL, 1984).

Mais uma vez, constata-se que houve diferenças de desempenho dos grupos de uma situação para outra. A situação I propi-

Tabela 2 — Porcentagens de frequência de iniciativas de interação através do olhar durante as situações I e II.

Situação	Grupos	Bem sucedidas	Iniciativa	Iniciativa	S/Iniciativa
		CMMC	MC	CM	
I CUBOS	CN	11,2	27,4	13,9	47,5
	SD	11,4	26,7	7,7	54,2
II POSTO OU CASINHA	CN	4,2	30,0	4,6	61,2
	SD	5,0	29,2	10,8	55,0

Tabela 3 — Tempo (em seg.) para iniciar interação através do olhar.

Direção do olhar		MC	CM	CMMC
		Grupos		
CN		15,6s	21,8s	106,6s
SD		5,0s	57,6s	99,8s

ciou mais trocas de olhares entre mãe e filho (categoria CMMC) do que a situação II. Iniciativas de olhar de mãe para a criança ocorreram mais durante a brincadeira de casinha ou postinho do que durante a situação que envolveu cubos.

A Tabela 3 indica a média de tempo (em segundos) de cada grupo para iniciar interação através do olhar. Pode-se ver que as mães do grupo CN demoraram bem mais (15,6 s) do que as mães do grupo SD (5,0 s) para dirigirem o olhar para seus filhos. Os dados disponíveis de início de interação partindo da criança (CM) indicam que foi o grupo SD quem mais demorou para estabelecer o primeiro contato visual com suas mães (57,6 s para 21,8 s do grupo CN). O grupo SD demorou menos tempo (99,8 s) para estabelecer trocas de olhares entre mãe e filho (CMMC) do que o grupo CN (106,6 s). No entanto, esta modalidade comunicativa foi a mais demorada das três aqui analisadas, demonstrando que as trocas visuais mãe-criança demoraram mais a ocorrer do que aquelas iniciadas por um dos membros.

Discussão e Conclusões

Os resultados desse estudo parecem mostrar que as mães do grupo SD manifestaram uma preocupação maior que as mães do grupo CN com relação ao desempenho de seus filhos. Como era esperado, pareceu também existir uma maior independência nas relações estabelecidas entre mãe e criança do grupo CN, com essas crianças dispensando mais a ajuda de suas mães do que as crianças do grupo SD. Além disso, durante a situação II (posto ou casinha), que

envolvia fantasia e imaginação, as crianças normais conseguiram uma atuação de extremo envolvimento na atividade, independente da aprovação e/ou necessidade de ajuda de suas mães. Vale considerar que esta envolveu ainda um certo grau de organização (para que a casinha ou o postinho se configurassem como tal) e a capacidade de imitação, dificultados nas crianças com Síndrome de Down. Estas, além de necessitarem mais ajuda das mães para elaborarem seus trabalhos, freqüentemente lhes dirigia o olhar, buscando aprovação. Estas observações e conclusões estão em consonância com vários trabalhos, dentre eles os de Cunningham e col. (1981) e o de Crawley e Spiker (1983), que mostraram que mães de crianças retardadas exercem mais controle sobre a brincadeira de seus filhos do que as mães de crianças normais.

Os dados que apontam essas conclusões são relativos à Tabela 2, nas categorias que indicam as iniciativas CM, ocorrendo com maior frequência nas crianças com Síndrome de Down e durante a situação II, que envolvia as habilidades acima descritas. No estudo sobre Tempo Para Iniciar Interação, estes dados são novamente indicativos da afirmação anteriormente traçada, quando se observa que o tempo para as mães das crianças com síndrome iniciarem interação através do olhar foi bem menor do que as mães das crianças normais. Esses dados, embora restritos, permitem supor que a preocupação das mães da criança deficiente é um fator que não deve ser ignorado. Estudos mais amplos sobre o tempo para iniciar interação entre mães e crianças de grupos

distintos, com uma amostra maior, e mesmo através de um estudo longitudinal, seriam de interesse no aprofundamento desta questão. Ainda, a partir desta investigação, pode-se estender a compreensão desta relação através de investigações sobre a latência de resposta de ambos os elementos da díade na interação através do olhar.

Um estudo dessa natureza ampliaria não só a compreensão deste fenômeno, como também propiciaria novas abordagens a respeito do tema.

Os dados obtidos permitem ainda antever que estudos acerca da natureza e do grau de envolvimento em diferentes atividades seriam de interesse para a comunidade científica, com ganhos imediatamente assimiláveis para todos os profissionais que dela fazem uso em sua prática profissional. Esta sugestão está associada a uma das conclusões deste estudo: a constatação de que a mudança de situação foi fator que determinou alterações de desempenho para os dois grupos. □

ABSTRACT

The object of this investigation was to make a comparative study of the non-verbal interaction between mother and child with normal and Down Syndrome subjects. The communicate modality selected was the eye contact. Five normal and five Down Syndrome children with ages varying between 12 to 30 months composed the sample of subjects. The communicate signal of the dyads and the responsivity degree of the members were studied from two situations of structured play, composed by: a collection of wood cubes (situation I) and a collection of doll mobile for the female subjects and a miniature of a service station for the male subjects (situation II). The results showed a major performance independence by the normal group. The Down Syndrome group demanded not only a major number of aids from their mothers, but also he didn't play adequately in the situation II. The mothers of the Down Syndrome group established eye contact with their children more quickly than the normal group. Another important conclusion of this study was that the change of situation determined changes of the performance in the two groups.

KEYWORDS

BEHAVIOR. CHILD PSYCHOLOGY. DOWN'S SYNDROME, psychology. COMPARATIVE STUDY

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERGER, J. & CUNNINGHAM, C. C. The development of eye contact between mothers and normal versus Down Syndrome infants, *Developmental Psychology*, 1981, 17(5) 678-689.
- CRAWLEY, S. B., SPIKER, D. Mother — Child interactions involving two-years olds with Down Syndrome: a look at individual differences. *Child Development*, 1983, 54(5).
- CUNNINGHAM, C. E. e col. Behavioral and linguistic developments in the interactions of normal and retarded children with their mothers. *Child Development*, 1981, 52, 62-70.
- EMMEL, M. L. G. *Interação não-verbal: um estudo comparativo entre díades com crianças normais e com Síndrome de Down*. Dissertação de Mestrado. UFSCar, 1984.
- FIELD, T. e PAWLBY, S. Early face-to-face interactions of british and american working and middle-class mother - infant dyads. *Child Development*, 1980, 51(1) 250-253.
- RICHARDS, M. P. M. e BERNAL, J. F. Um estudo acerca da interação mãe-bebê utilizando o método de observação. In: JONES, N. B. *Estudos Etológicos do Comportamento da Criança*, S. Paulo, Liv. Ed. Pioneira, 1972.
- SCHAFFER, H. R. COLLINS, G. e PARSONS, G. *Vocal interchanges and visual regard in verbal and pre-verbal children*. Paper presented at the Soch Lomond Symposium, University of Strathclyde, September, 1975.
- SPITZ, R. A. *O Primeiro Ano de Vida*. São Paulo, Liv. Martins Fontes Ed., 1980.

INSTITUIÇÕES QUE ABRIGAM IDOSOS: PROPOSTAS DE PADRÕES MÍNIMOS PARA SEU FUNCIONAMENTO

Maria Auxiliadora Cursino Ferrari*

FERRARI, M. A. C. Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p.86-99, 1991

RESUMO

Conferência realizada em fevereiro de 1991 na Secretaria de Estado da Saúde – Uberaba – MG. São colocadas as condições em que vivem os idosos nas diferentes instituições existentes e as facilidades para se abrir instituições desse gênero devido sobretudo a ausência de leis que regulamentem as mesmas.

Tomando como referencial o projeto de padrões mínimos da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 88, o projeto da Vigilância Sanitária SUDS-SP-89, a Portaria do Ministério da Ação Social "Macro-política de Saúde da 3ª idade para o ano de 91", são apresentadas propostas de padrões mínimos para funcionamento dessas instituições priorizando as instituições com função de "abrigo". São caracterizadas as diferentes instituições e apresentadas propostas técnico-administrativas; de área física e instalações e propostas de recursos humanos.

DESCRITORES

IDOSO. GERIATRIA. ASILOS PARA IDOSOS, Legislação e jurisprudência
ASILOS PARA IDOSOS, Organização e administração.

I — Introdução

É muito difícil precisar o momento em que surgiram as primeiras instituições para idosos no Brasil. Sabe-se porém que sua origem está ligada ao atendimento prestado pelos chamados "Asilos de Mendicidade" surgidos dos trabalhos pioneiros das Asso-

ciações Vicentinas, organizações essas de cunho confessional inspiradas na obra de São Vicente de Paula. Outras associações dedicaram-se também ao atendimento dos pobres em geral, doentes sem recursos, menores abandonados ou órfãos, deficientes,

* Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP – Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2 – 01246 – SP.

independentes de idade ou sexo, onde o atendimento era puramente assistencialista, principalmente com caráter caritativo.

Assim as instituições para idosos surgem como resposta a necessidades realmente sentidas, marcadas sobretudo pelo assistencialismo e ficando assim relegadas às funções de guarda, proteção e alimentação.

O incremento dessas instituições tem sido fundamentalmente em quantidade, sendo que os aspectos qualitativos deixam muito a desejar. Concorrem para esse incremento vários fatores:

— É muito fácil abrir uma instituição para abrigar idosos. A demanda é grande. Um número significativo de instituições já não dispõem de vagas, há outras em que as filas de espera são de 60 a 90 dias. Também a ausência de leis que regulamentem essas instituições é outro fator que facilita a abertura indiscriminada de tais estabelecimentos.

— A aceitação das instituições pela sociedade é quase total, uma vez que com sua indiferença e até mesmo uma certa rejeição pelo idoso fecha quase todos os espaços de participação do mesmo, levando-o direto ao caminho da institucionalização.

— As transformações pelas quais vem passando a família também vem contribuindo para o crescente aumento de instituições. Fala-se hoje muito freqüentemente na disposição familiar de livrar-se do “seu velho”, principalmente quando sua presença começa a ser incômoda, difícil, insustentável.

A qualidade do atendimento dado ao idoso vem cada vez mais sendo comprometida, concorrendo para que seja comum em instituições como essas encontrarmos problemas como: uso excessivo de tranqüilizantes, restrições físicas, mau cheiro e sujeiras, superlotação, má alimentação ou alimentação inadequada, proprietários, administradores, dirigentes indiferentes e/ou não preparados, falta de técnicos treinados, entre outros.

A vida institucional vem sendo marcada pela monotonia, isolamento, rotina e sobretudo pela grande falta de perspectivas por parte do idoso, que vive apenas a síndrome do abandono e a vivência da morte.

Face a esses e outros problemas torna-se cada vez mais imperativo o estabelecimento de normas e padrões mínimos de funcionamento para essas instituições, com a criação de um instrumento legal que possa fiscalizar as mesmas.

No intuito de amenizar esses problemas foi que o governo anterior, através do Ministério da Saúde, baixou a Portaria nº 810, de 22.9.89, que dispõe sobre “Normas para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos”.

Sentindo a mesma necessidade o governo federal estabeleceu no programa do Ministério da Ação Social “Macropolítica de saúde da 3ª idade para o ano de 1991”, cinco metas, sendo que a segunda é a seguinte:

“Viabilizar junto com a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, a aplicação das Normas de Funcionamento das Instituições Geriátricas, Casas de Repouso e similares, com fiscalização pelas Secretarias de Saúde dos Estados, a partir de 1º. de Janeiro de 1991”.

A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia também preocupada com o assunto vem cooperando juntamente com a Sociedade Civil e o Poder Público na apresentação de soluções para o estabelecimento de normas e padrões mínimos para o funcionamento de instituições para idosos. Assim, em Abril de 1986 constituiu uma Comissão específica para estudar e discutir o assunto. Essa comissão trabalhou exaustiva e regularmente, reunindo-se uma vez por semana durante 2 anos, quando apresentou um “Projeto de Normas e Padrões Mínimos para o funcionamento de Estabelecimentos de atendimento ao Idoso”, o qual foi encaminhado ao Ministério da Saúde em Maio de 1988. Embora o projeto não recebesse

uma análise mais acurada por parte dos interessados, o mesmo serviu de base para outros projetos semelhantes: para o Centro de Vigilância Sanitária – SUDS – SP – 1989 e para o próprio Ministério da Saúde, gerando então a Portaria nº 810, de 22.9.89, da qual já falamos anteriormente.

O problema é realmente complexo e vem preocupando e interessando cada vez mais aqueles que de alguma forma se acham envolvidos com o mesmo. Nos últimos congressos, jornadas e seminários de geriatria e gerontologia o assunto sobre padrões mínimos para funcionamento de instituições de idosos é sempre tema de destaque. As propostas de medidas capazes de melhorar a vida institucional, tanto em termos de equipamentos e instalações como de pessoal técnico, administrativo e de apoio é necessária e urgente, pois a maneira como funcionam as instituições revela a incompetência do sistema social para lidar de forma racional e humanitária com as pessoas que estão envelhecendo.

Face a tantos esforços, porque na realidade as “normas” continuam só nos papéis? Porque a fiscalização, a inspeção e inclusive a possibilidade de prestação de assistência complementar às instituições para que se enquadrem nas determinações normativas não acontece?

Por que, quando se trata do idoso, as medidas são ainda muito isoladas, superficiais, paliativas, ficando na maioria das vezes ao sabor do oportunismo político e das conveniências do poder, caracterizando-se pela descontinuidade e fragmentação em termos de aplicação prática.

Várias razões podem ser apontadas, como: o problema do idoso ainda não é prioritário em nosso meio; não se tem uma dimensão real do problema, uma vez que não dispomos de dados precisos relativos ao número de idosos institucionalizados e no número de instituições existentes.

Muitas das instituições não têm recursos financeiros para sua sobrevivência, outras

não têm interesse algum em mudar seus hábitos; para outras, o suficiente é dar ao velho abrigo onde possa comer e dormir.

Para o Estado, o atendimento ao velho não é prioritário nem por via institucional nem por via programática. Ao poder público, ao Estado, enquanto projeção de uma classe dominante, não interessa investir numa categoria social cujo potencial como força de trabalho já foi exaurido pelo sistema de produção capitalista e cujas possibilidades de reintegração no mercado são praticamente nulas.

As instituições de idosos de uma certa forma recebem aceitação e apoio do Estado, mais por considerar que as mesmas representam na maioria das vezes a melhor solução para a velhice desamparada.

Resta-nos lutar para que o velho possa dispor de outras opções, de outras alternativas além da institucionalização.

Feitas essas considerações, vejamos agora o que consideramos como padrões mínimos para o funcionamento de instituições de idosos, apresentando e discutindo os projetos existentes e inclusive analisando o próprio documento do Ministério da Saúde, ou seja, a Portaria nº 810, de 22.9.89.

Tivemos que enfrentar desde o início de nossos trabalhos a grande dificuldade em caracterizar as diferentes instituições de idosos, uma vez que as mesmas são conhecidas com os mais diversos nomes. Partimos, então, do estudo da caracterização dessas instituições.

II — Caracterização das Instituições

Consideram-se como instituições específicas para idosos os estabelecimentos que funcionam sob diferentes denominações correspondentes aos locais físicos que dispõem de equipamentos para abrigar pessoas maiores de 60 anos, fisicamente independentes ou não, de ambos os sexos, sob regime de internato ou semi-internato, me-

diante pagamento ou não, durante um período indeterminado; e que dispõem de um quadro de funcionários para atender as necessidades de alimentação, repouso, cuidados com a saúde, higiene e lazer dos internados e desenvolver outras atividades características da vida institucional.

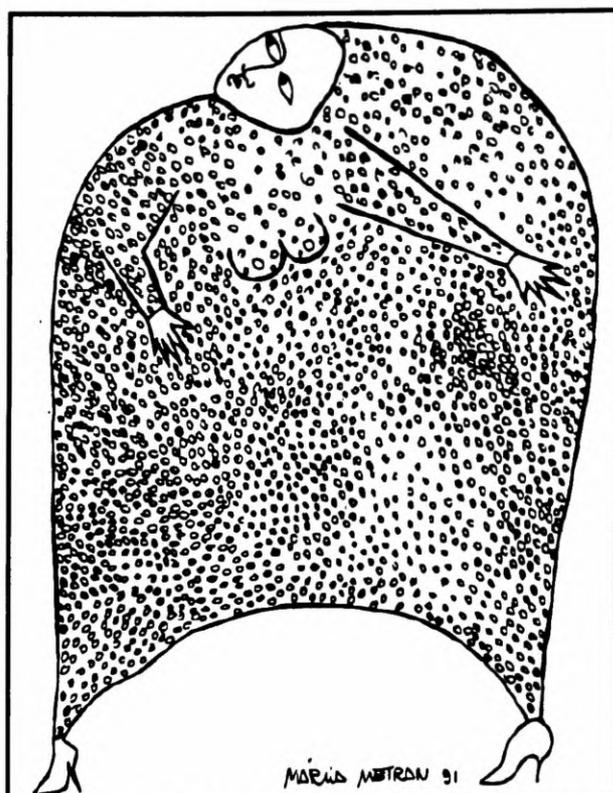
Tais estabelecimentos funcionam sob diferentes denominações: Asilos (a mais tradicional), Abrigos, Lares, Recolhimento, Casa dos Velhos, Casa do Vovô, Casa da Vovó, Associações de Assistência à Velhice, Associações de Assistência à Velhice Desamparada, Cidade dos Velhos, Cidade dos Velhinhos, Vilas Vicentinas e Recantos.

Também são catalogadas como "Instituições para Idosos" os Pensionatos ou Pensões para Idosos, Casas de Repouso, Clínicas de Repouso Geriátrico, Clínicas Geriátricas e Centros-Dia Geriátricos, que diferem das instituições citadas anteriormente na medida em que são empreendimentos comerciais, geralmente destinados ao atendimento de uma população idosa de poder aquisitivo que varia de razoável a elevado; e que conseqüentemente dispõem de melhores equipamentos para atender as necessidades vitais e sociais de seus residentes.

Os estabelecimentos do primeiro grupo têm, de um modo geral, as *funções de abrigo*, isto é, fornecem hospedagem permanente, assistência à saúde de forma direta ou indireta, atividades ocupacionais e de lazer.

A grande dificuldade em caracterizar precisamente cada um desses estabelecimentos reside no fato de ser impossível identificar, ou melhor, separar as instituições que visam só funções de abrigo, atendendo portanto necessidades sociais, das que objetivam cuidar apenas da saúde da população aí atendida.

A população de 60 anos e mais é bastante vulnerável a transtornos tanto físicos como



mentais próprios do processo de envelhecimento. A incidência de diabetes, a insuficiência dos diferentes sistemas orgânicos: cardíaco, respiratório, digestivo e outros, geralmente estão presentes nesse período de vida, independentemente do status social e econômico da pessoa que envelhece. Em relação aos aspectos psíquicos a situação é a mesma. São muito freqüentes também nesse período da vida os problemas como perda de memória, as mudanças de caráter, os quadros de depressão que afetam o velho. Isto tudo torna muito difícil catalogar as instituições para idosos em exclusivas para abrigo e exclusivas para atendimento de saúde. Na tentativa de superar essa dificuldade conseguimos descrever os diferentes tipos de estabelecimentos para idosos da seguinte forma:

1. ASILOS

Equipamentos com funções de assistência pública e/ou privada que proporcionam abrigo, em regime de internato por tempo indeterminado, a idosos de ambos os sexos, com diferentes graus de dependência física, mental e social, impossibilitados de se manterem ou de serem mantidos junto à família ou à comunidade.

2. LARES, ABRIGOS, RECANTOS, RECOLHIMENTOS, CASA DOS VELHOS, CASA DA VOVÓ, CASA DO VOVÔ, ASSOCIAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À VELHICE, CIDADE DOS VELHOS, ASSOCIAÇÕES DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, CIDADE DOS VELHINHOS, VILAS VICENTINAS, RECANTOS E CONGÊNERES

Equipamentos sociais de caráter particular, com função de abrigo, em regime de internato ou semi-internato, a idosos de ambos os sexos, fisicamente independentes, impossibilitados de se manterem ou de serem mantidos junto à família.

Quanto aos estabelecimentos do segundo grupo, que também podem ser catalogados como "Instituições para Idosos", é preciso distinguir aqueles que estão mais próximos de um atendimento de caráter social ou assistencial, daqueles que assumem o caráter de assistência à saúde propriamente dita.

No primeiro caso, estão os PENSIONATOS E PENSÕES PARA IDOSOS, estabelecimentos sociais de caráter particular com função de hospedagem permanente ou transitória a idosos independentes.

No segundo caso, estão as CLÍNICAS GERIÁTRICAS e as CLÍNICAS DE REPOUSO GERIÁTRICO, estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência médica e cuidados permanentes de enfermagem a idosos em regime de internação por tempo indeterminado, que necessitam de assistência geriátrica contínua e serviços complementares de diagnóstico e tratamento, próprios, ou mediante manutenção de convênios comprovados.

Resta-nos citar os CENTROS-DIA GERIÁTRICOS, uma espécie de meio-termo entre os PENSIONATOS e PENSÕES e as CLÍNICAS DE REPOUSO GERIÁTRICO. Tais CENTROS-DIA GERIÁTRICOS

constituem uma forma de assistência geriátrica sob regime aberto, de caráter privado ou público, que oferece, exclusivamente durante o período diurno, atendimento médico, de enfermagem e demais serviços complementares a idosos portadores ou não de enfermidades crônicas, invalidantes ou não, e distúrbios psiquiátricos leves.

As instituições tipo Clínicas Geriátricas, Clínicas de Repouso Geriátrico e Centros-Dia Geriátricos podem, por seu turno, serem consideradas como uma espécie de meio-termo entre as instituições tipicamente sociais ou de assistência social e as instituições tipicamente de atendimento à saúde, entre as quais se incluem os HOSPITAIS GERIÁTRICOS, os SERVIÇOS DE GERIATRIA em Hospital Geral, os SERVIÇOS DE GERIATRIA em Hospital Psiquiátrico e os AMBULATÓRIOS GERIÁTRICOS.

Nossa intenção, nesse trabalho, é discutir o estabelecimento de critérios mínimos apenas para o funcionamento de instituições para idosos com finalidade de "abrigo", uma vez que Pensionatos e pensões estão sujeitos às normas gerais de fiscalização de estabelecimentos congêneres destinados ao público em geral, ressalvando-se que tais estabelecimentos quando específicos para idoso devem atender às exigências mínimas de segurança para os mesmos. As instituições cujo caráter é a "assistência à saúde" como as Clínicas Geriátricas, as Clínicas de Repouso Geriátricas, os Centros-Dia, os Hospitais e os Ambulatórios Geriátricos e congêneres devem se reger pelo disposto na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 6 de Dezembro de 1977.

Com essa caracterização das Instituições fica-nos mais fácil estabelecer os padrões mínimos para funcionamento de instituições de idosos considerando que a perspectiva de maior longevidade deve vir acompanhada de garantia do bem estar físico, mental e social do velho. Também é preciso levar em conta que a instituição é um recurso que pode ser utilizado tanto a serviço do próprio idoso, da família, da co-

munidade e do Estado; sem que com isso a qualidade de vida do velho seja prejudicada, sem que o mesmo perca seus direitos como cidadão e como ser humano.

III. Propostas Técnico-administrativas

Entre as propostas técnico-administrativas consideramos as relacionadas à administração e à organização. Em relação à administração, um dos itens imprescindíveis é o que se refere aos estatutos e regulamentos.

Assim, toda instituição de assistência ao idoso deve ter um estatuto e regulamento onde estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura de sua organização, assim como todo o conjunto de normas básicas que regem a instituição.

Em relação à organização vamos considerar vários itens: o organograma, a direção técnica, os serviços, o funcionamento, a admissão do idoso na instituição, o registro de informações, prontuários e relatórios.

O organograma representando graficamente a estrutura administrativa e indicando as relações de hierarquia e responsabilidades existentes na instituição, é necessário, uma vez que ajuda a visualizar melhor a organização da instituição.

Em relação à direção técnica, é fato que toda instituição de assistência ao idoso deva ter um responsável técnico, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária.

Os serviços são necessários, tanto os de apoio técnico como administrativos.

Os serviços de apoio técnico em todas as instituições de assistência à saúde do idoso devem dispor de um médico que atenda dentro de horários determinados, prestando atenção integral aos internados; ou convênio com entidades que possam prestar essa assistência aos idosos. Em ambos os casos,

os profissionais médicos devem responder do ponto de vista legal pelos internados.

Devem contar também com outros profissionais da saúde que desempenham diferentes atividades diretamente junto ao idoso, devendo ser integrantes desses serviços: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e outros necessários de acordo com o atendimento de cada instituição (sobre este item ainda detalharemos melhor no decorrer da exposição).

Os serviços de apoio administrativo são os que incluem a coordenação de recursos humanos e materiais como: recursos humanos, compras e almoxarifado, contabilidade, lavanderia, manutenção, comunicações e serviços gerais.

Sobre o funcionamento da instituição, é preciso destacar em primeiro lugar: as licenças. Toda instituição de assistência ao idoso deve obter a licença para utilização concedida pela autoridade sanitária competente, após a aprovação do projeto para o fim a que se destina. A licença para funcionamento deve ser concedida após a vistoria realizada pela autoridade sanitária. Ambas as licenças devem ser instrumentalizadas pelos respectivos alvarás. O alvará de funcionamento poderá ser cassado pela autoridade sanitária a qualquer momento, desde que tenha sido infringida qualquer disposição normativa.

Na admissão do idoso é importante que toda instituição adote determinadas rotinas, por exemplo: o termo de responsabilidade. No momento da admissão os familiares ou responsáveis (salvo os casos encaminhados à instituição por outra forma) devem assinar um termo de responsabilidade. Esse documento deve ter um nível de detalhamento condizente com a complexidade da instituição. No entanto, pelo menos duas informações devem ser obtidas nesse momento: quem contactar em caso de emergência e a pessoa ou entidade que assume a responsabilidade financeira pelo idoso internado no

que diz respeito a sua estadia e/ou eventual transferência para um hospital.

Observação: as instituições poderão exigir dos familiares ou responsáveis, no ato da admissão, um exame médico que poderá ser realizado por um médico particular ou da própria instituição. Esse procedimento vai permitir à instituição conhecer o estado geral de saúde do idoso desde a sua internação e portanto suas maiores necessidades.

Outro aspecto importante a considerar na admissão é a entrevista. No momento da admissão devem ser fornecidos ao idoso, aos familiares ou responsáveis, um impresso onde conste os dias e horários de visitas, os horários da instituição, os direitos e deveres dos usuários, principalmente quanto ao uso dos serviços, equipamentos e instalações.

As instituições devem manter um registro atualizado dos idosos atendidos onde conste no mínimo: nome completo do idoso, data de nascimento, sexo, nome e endereço de um familiar ou do responsável caso o atendimento não se deva à decisão do próprio idoso. Poderão ser também anotados neste registro todos os fatos relevantes ocorridos no período de atendimento relacionados à saúde, bem estar social, direitos previdenciários, alta e/ou óbito.

As instituições que se propõem a atender o idoso doente devem manter um prontuário de atendimento contendo descrição da evolução da doença, ações propedêuticas e terapêuticas.

Os relatórios indispensáveis que devem ser produzidos pelas instituições podem ser tanto os relatórios dos internos, quanto os que se referem aos aspectos administrativos.

Os relatórios do interno são documentos individuais contendo: dados de identificação; dados sócio-econômicos; dados de saúde dos internados; e dados de situações especiais quando estas ocorrerem.

Os relatórios administrativos vão depender do tamanho e complexidade da instituição, mas devem registrar os principais dados e fatos referentes aos recursos humanos e materiais.

IV — Propostas de área física e instalações

A área física destinada a atender idosos deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidentes, o que justifica a criação de um ambiente adequado. Assim são grandes as vantagens das construções horizontais de caráter pavilhonar. Para os usuários, por exemplo: disposição de mais espaço para movimentar-se, evita a sensação de enclausuramento, evita o uso de elevadores (é comum o medo em utilizá-los), há mais facilidade para locomoção. Embora esse tipo de construção tenha sido o mais comum, hoje face a problemas principalmente econômicos, preço do terreno, local, utiliza-se também o tipo de construção monobloco ou vertical. Nesse último caso, as instituições que não dispuserem de equipamento adequado como rampa e elevador para circulação vertical, deverão atender os idosos imobilizados no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo.

As instituições devem dispor de meios que possibilitem o rápido escoamento, em segurança, dos usuários, em casos de emergência, de acordo com as normas estabelecidas pelo Corpo de Bombeiros ou quando inexistir essa corporação no local, pela Coordenadoria de Defesa Civil do Município.

Os acessos ao prédio devem possuir rampa com inclinação máxima de 5%, largura mínima de 1,50 m, dotada de guarda-corpo e corrimão na parede, piso revestido com material não derrapante, que permita o livre rolamento de cadeiras de roda, inclusive. (figura 1).

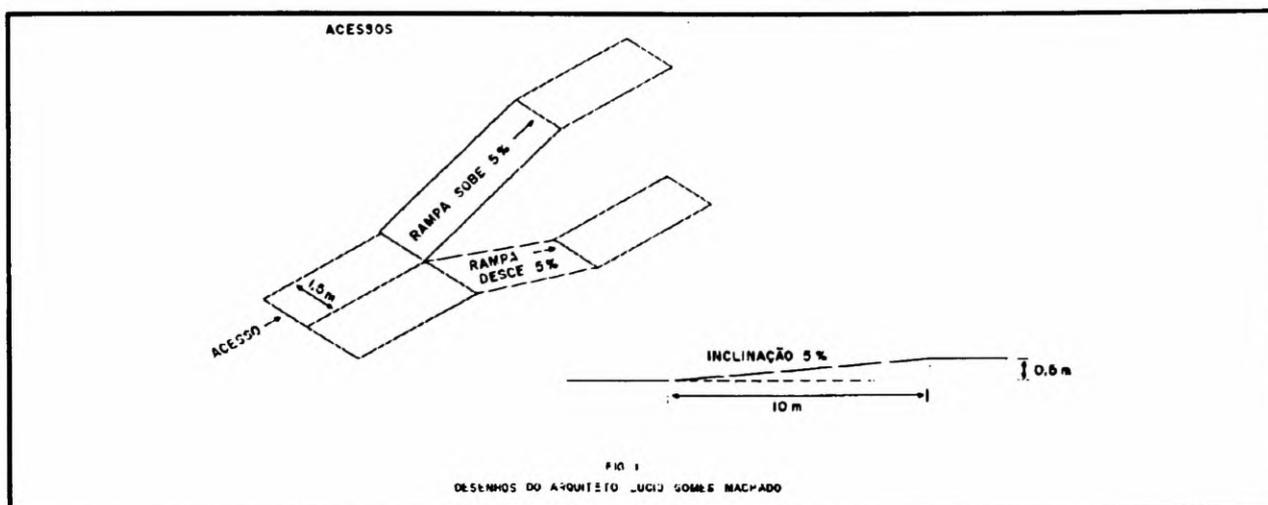


Figura 1

As instituições para idosos devem possuir dois acessos independentes, um para os idosos e outro para os serviços.

As portas externas e internas devem ter vão luz 0,80 m no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondadas. Portas de correr devem ter os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível, especialmente para cadeira de rodas.

Observação: lembrar que qualquer desnível entre pisos pode ocasionar acidentes e também dificultar a locomoção.

As portas dos sanitários devem sempre abrir para fora, e devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20 m na parte inferior.

As maçanetas das portas não devem ser do tipo arredondado ou de qualquer outra forma que dificulte a abertura das mesmas (figura 2).

Em relação à circulação é bom lembrar que os corredores de circulação para idosos devem possuir largura mínima de 1,20 m (para estabelecimentos com até 30 leitos) e de 1,50 m (para estabelecimentos com mais de 30 leitos). Devem estar equipados com corrimão nos dois lados do corredor, instalados a 0,80 m do piso e distantes 0,05 m da parede (figura 3).

Não deve ser permitida a criação de qualquer forma de obstáculos à circulação nos corredores, incluindo banco, vasos e outros móveis ou equipamentos decorativos. As escadas devem ser em lances retos (não apresentar trechos em leque), com largura mínima de 1,20 m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e do último degraus devem sempre ser pintados de amarelo e equipados com luz de vigília permanente. Devem ser revestidas de material antiderrapante e de coloração uniforme para que não causem dificuldade quanto à visualização (figura 4).

As rampas devem obedecer às especificações já descritas, quando falamos do "acesso" e devem ser instaladas em todos os locais onde exista mudança de nível entre dois ambientes.

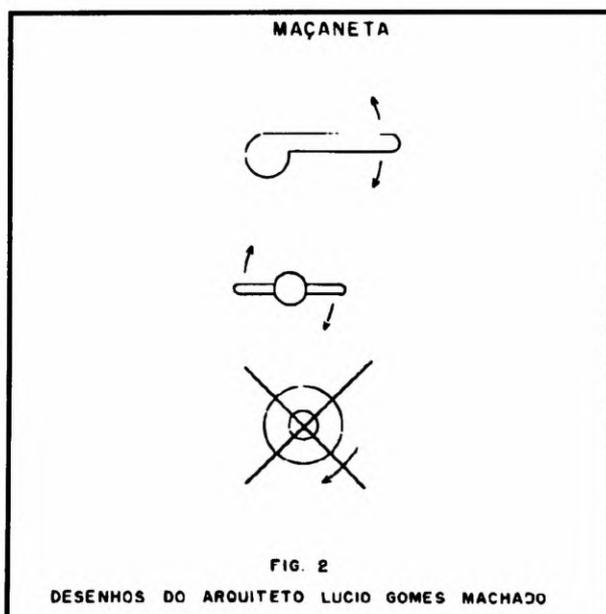


Figura 2

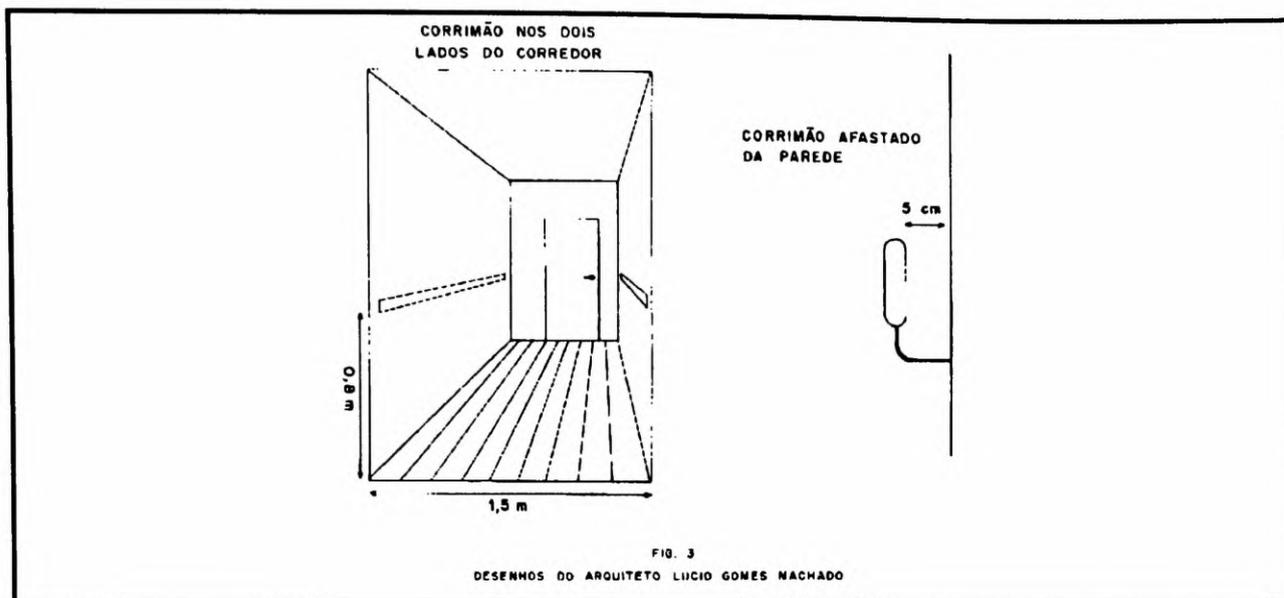


Figura 3

Os elevadores e monta cargas devem obedecer às normas estabelecidas na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 6 de Dezembro de 1977.

Os sanitários devem ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80 m do piso e afastadas 0,05 m da parede, tanto no lavatório como no vaso sanitário e no box do chuveiro e serem instalados no mesmo pavimento onde permanecerem os idosos. O vaso sanitário deve ter sua altura aumentada de 0,15 m em relação ao piso. No caso das

paredes laterais ao vaso sanitário serem afastadas, deverá ser instalada em ambos os lados do vaso uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede (figura 5).

O chuveiro deve ser instalado em compartimento (box) com dimensões internas compatíveis com banho em posição assentada, dotado obrigatoriamente de água quente. As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia. Em relação à Comunicação, Ventilação, Instalações Elétricas e Hidráulicas, Caldeiras,

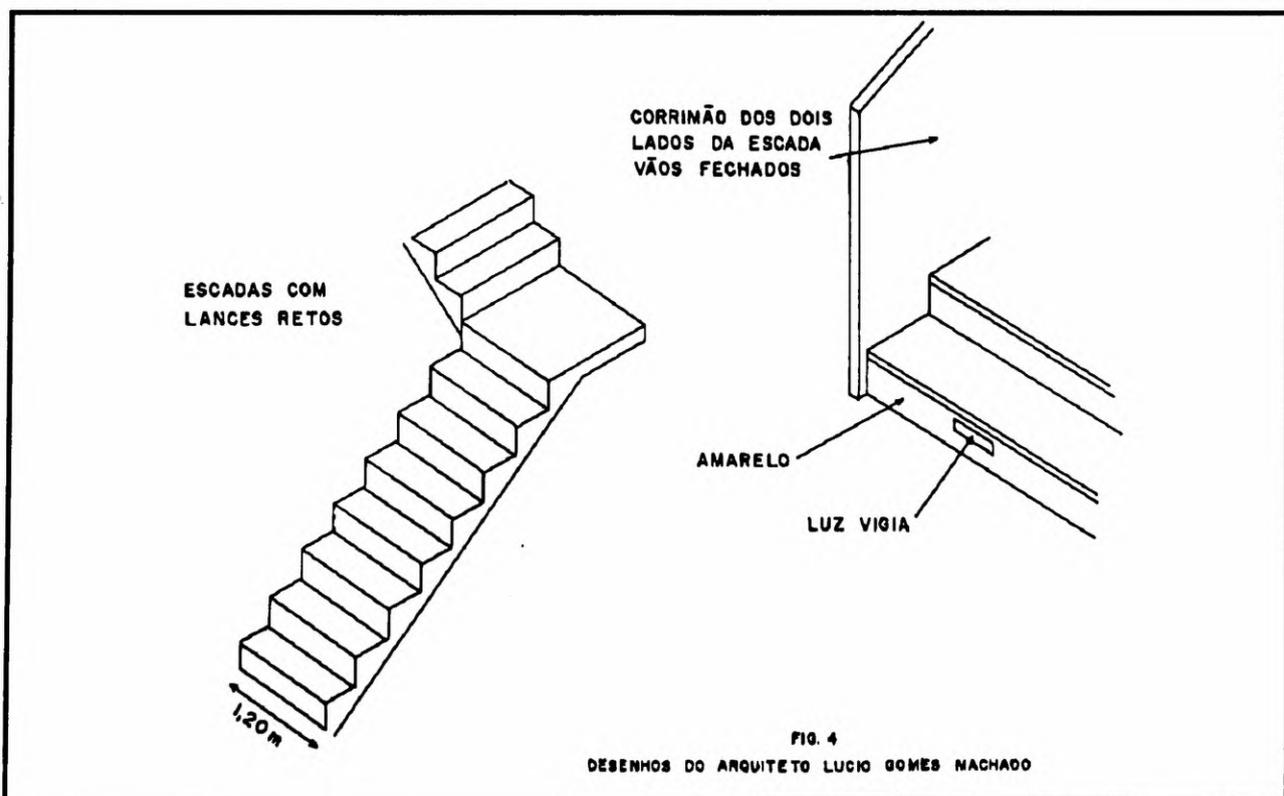


Figura 4

Proteção e Combate a Incêndios, os mesmos devem obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local e às normas específicas do Corpo de Bombeiros.

Deve ser obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, área

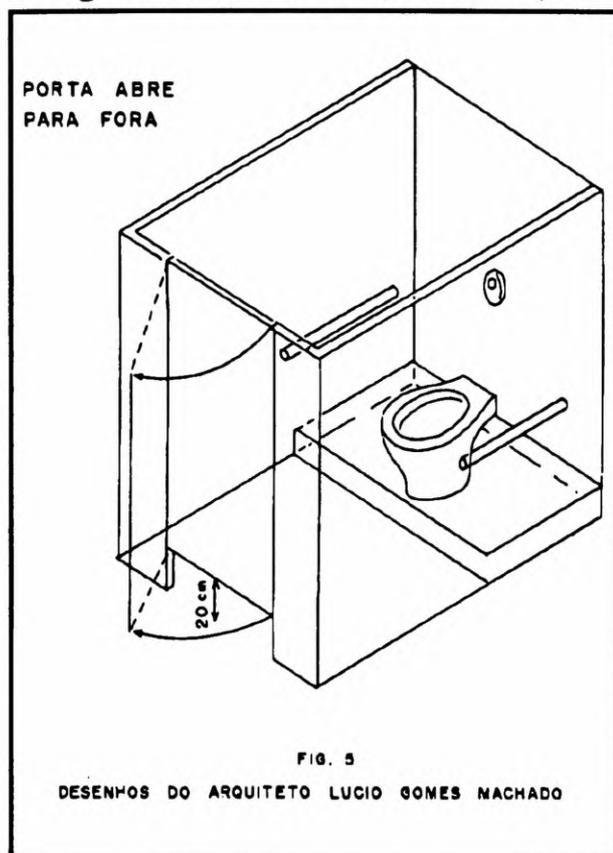


Figura 5

de circulação, no primeiro e no último degraus da escada, face à segurança do idoso.

Um outro aspecto também bastante discutível é em relação as áreas mínimas que devem possuir os dormitórios, os quais nas instituições de abrigo geralmente comportam um número excessivo em seus dormitórios, a medida linear mínima dos dormitórios deve ser de 2,5 m, sendo que a área mínima para um dormitório é de 6,5 m² por leito para até 4 leitos, sendo 6 o número máximo de leitos permitido.

Os idosos sem condições de locomoção deverão contar, na cabeceira de seus leitos, com um botão de campainha.

Deve ser proibido o uso de camas tipo beliche, camas de armar ou assemelhadas e a instalação de divisórias improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que

prejudiquem a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local. A distância mínima entre dois leitos paralelos deve ser de 1,0 m e de 1,5 m entre um leito e outro fronteiro. Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50 m (figura 6).

O serviço de nutrição deve obedecer a Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, no que couber.

É importante que todas as instituições contem com área destinada à recreação e ao lazer, inclusive de localização externa; e aquelas instituições que se propõem a executar ações visando a reabilitação funcional e cognitiva devem possuir instalações específicas com área mínima de 30 m² e dotadas de sanitários próximos, mobiliário e equipamentos específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados.

Quanto à limpeza e higienização, as dependências devem ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio. Todo o lixo deverá ser acondicionado em sacos plásticos apropriados, conforme norma técnica da ABNT, devendo ser prevista lixeira ou abrigo de lixo externo à edificação para armazenamento dos resíduos até a coleta municipal.

Com relação aos tipos de materiais de construção as paredes e tetos deverão possuir revestimento lavável de cores claras, permitindo limpeza e desinfecção, não devendo ser permitida a instalação de paredes de material inflamável com o objetivo de dividir ambientes.

Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiros, refeitórios e cozinha.

A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar o risco de acidentes e incêndio.

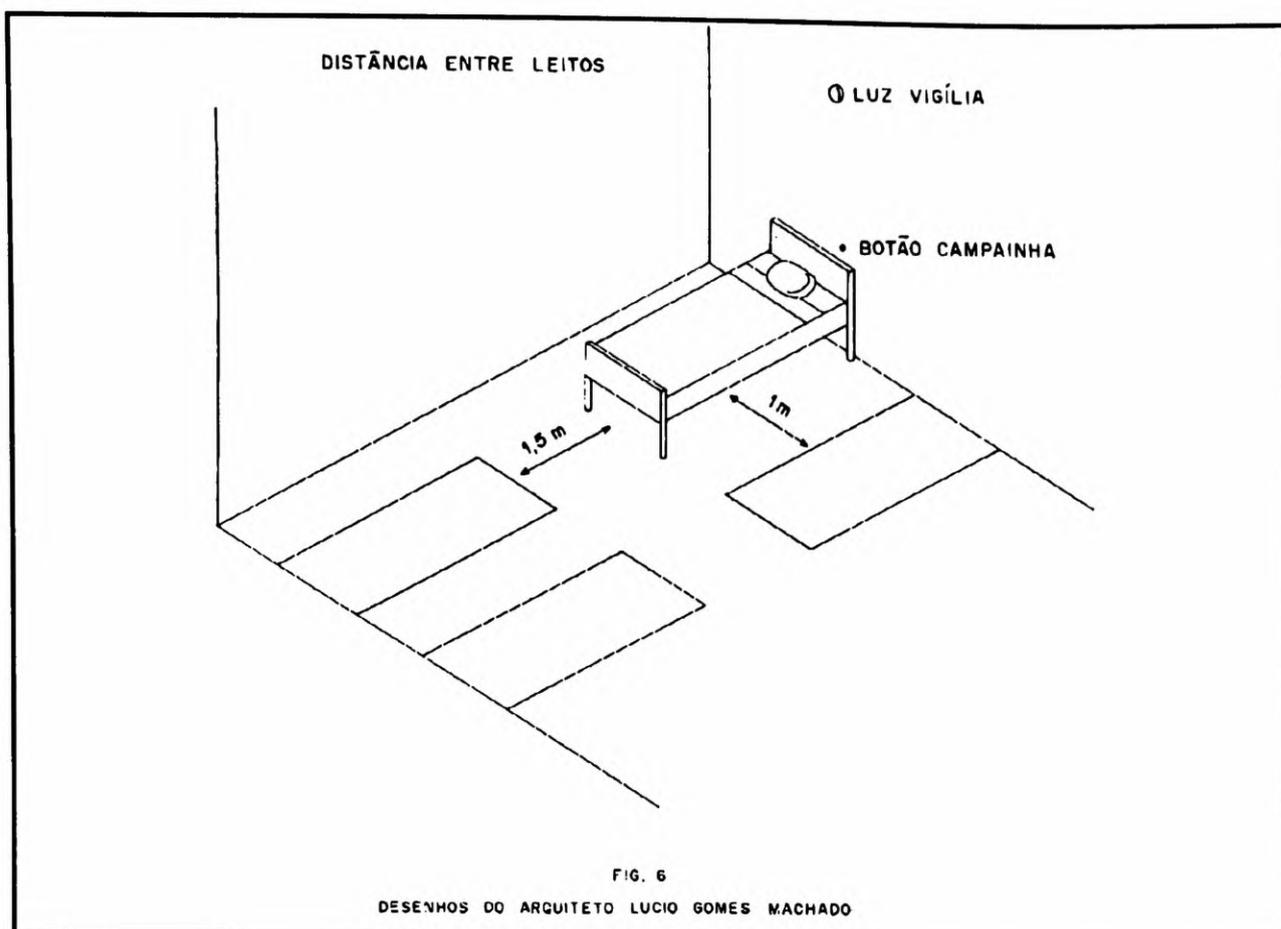


Figura 6

É desejável a instalação de telefone comunitário para uso dos idosos.

V — Propostas de recursos humanos

As instituições para idosos devem contar com: assistentes sociais, dentistas, enfermeiras auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, ou-tros.

Conciliar a necessidade dos diversos profissionais com a possibilidade das Instituições manterem os referidos profissionais no sentido de efetivamente se conseguir qualidade de vida para o idoso institucionalizado, não é fácil. São vários os profissionais necessários, e o importante é basear o seu dimensionamento em requisitos previamente estabelecidos, que poderão ser os seguintes:

- a) necessidade da população atendida;
- b) disponibilidade de recursos humanos regionais e locais;

- c) critérios dos respectivos Conselhos Regionais de profissionais.

Baseando-se nesses critérios, principalmente tendo em vista “as necessidades da população atendida”, fica mais fácil determinar o tipo e o número de profissionais necessários a cada instituição.

Para as instituições objeto de nosso estudo, é impossível não contar com profissionais como: Assistente Social, Enfermeiro, Auxiliar de Enfermagem, Médico e o Terapeuta Ocupacional.

Segundo TOMIKO BORN (Assistente Social), a presença do assistente social é absolutamente necessária, pois é este profissional que está qualificado para identificar as distorções que ocorrem nas relações sociais entre o indivíduo e o seu meio (família, trabalho, comunidade, sociedade). Cabe, pois, ao Assistente Social elaborar o diagnóstico social da pessoa idosa que procura a instituição, colaborando na adaptação do idoso às novas condições de vida.

O médico é o profissional imprescindível, tendo em vista o tipo de população atendida, onde os problemas relacionados à saúde fazem parte do próprio processo de envelhecimento, como já discutimos anteriormente.

A Enfermagem e o Auxiliar de Enfermagem constituem também os profissionais integrantes de qualquer tipo de instituição para idosos, pelas mesmas razões já colocadas e discutidas. Com relação a esse profissional, a Comissão constituída pela S.B.G.G. em 86 contou com uma Enfermeira do Hospital das Clínicas, CECILIA SUMIE HIRAMATSU, que além de sua vasta experiência, em nível de enfermagem, de ambulatório e de grupo de idosos, trouxe excelentes contribuições para o estudo. Segundo ela os fatores determinantes da prestação de serviços de enfermagem ao idoso estão muito relacionados à peculiaridade de cada instituição, bem como ao grau de dependência de cada residente. Seu cálculo é feito segundo a seguinte fórmula:

Os 20% acrescentados são destinados à substituição (folgas, férias, faltas, licenças, etc.). A média de ocupação é fornecida pelo censo diário por 3 meses no mínimo; o 7 corresponde aos dias de trabalho durante a semana. A jornada de trabalho deve ser de 40 a 44 horas semanais. Para a média de horas de atenção de enfermagem propõe-se que seja de acordo com o grau de dependência do residente:

- independente: 1 hora
- semi-dependente: 1,5 hora
- dependente: 2 horas.

A média de ocupação é determinada pelo uso do censo diário durante no mínimo 3 meses não consecutivos.

O total de número de pacientes de acordo com o grau de dependência para a instituição deve ser determinado pela média de pacientes, feito por enfermeira, durante no mínimo 3 meses, conforme registro diário

de tipos de pacientes de acordo com a definição: independentes, semi-dependentes e dependentes.

Idosos independentes: são aqueles aparentemente considerados sadios física e mentalmente e capazes de se auto cuidar, como em sua higienização, locomoção, alimentação, eliminação, lazer.

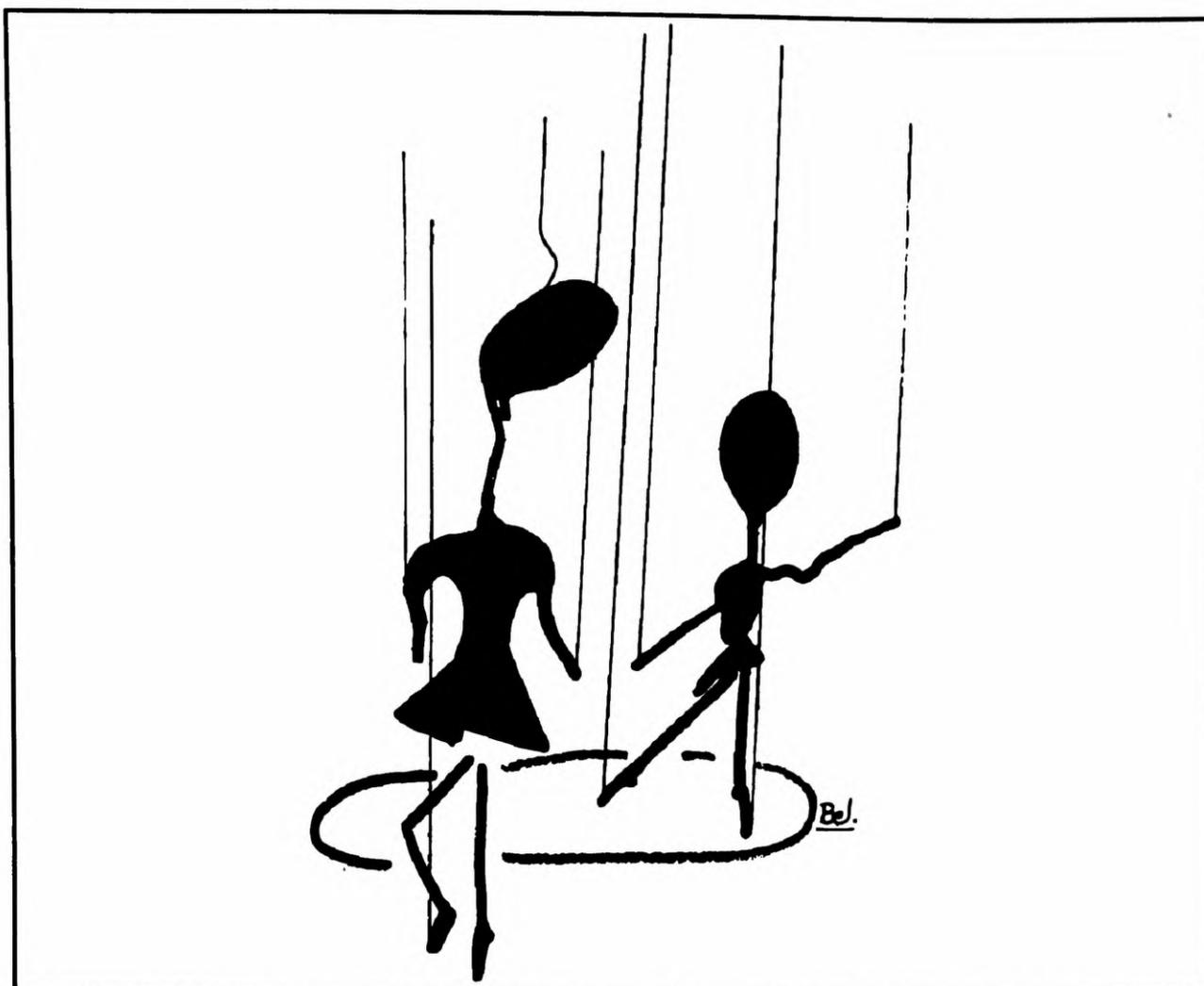
Idosos semi-dependentes: são aqueles que necessitam de auxílio para sua locomoção ou higienização ou alimentação ou lazer, quer seja por deficiência física ou mental.

Idosos dependentes: são aqueles acamados e psicogerítricos graves, que necessitam de total ajuda para atender suas necessidades básicas afetadas. (Há todo um estudo feito pela referida enfermeira que podemos colocar à disposição dos interessados).

O Terapeuta Ocupacional é outro profissional necessário nas diferentes instituições de idosos face às suas atribuições relacionadas às necessidades do idoso.

Entre as necessidades de todo ser humano, qualquer que seja sua idade, existe a necessidade do “fazer”. No idoso esta necessidade está seriamente prejudicada quer por problemas físicos, mentais e/ou sociais, próprio do processo de envelhecimento, quer pelas condições em que viveu esse idoso. Considerando a sociedade capitalista em que vivemos, onde só é valorizado quem produz e enquanto produz, o velho no decorrer de sua vida também aprendeu a cultivar apenas “o trabalho”, e uma vez aposentado vê-se impotente para realizar, para “fazer” outra atividade. E é nesse período da vida que ele se defronta com um “tempo muito grande”, do qual não sabe usufruir, porque não aprendeu a valorizar outras opções do “fazer”.

O Terapeuta Ocupacional é o profissional indicado para trabalhar junto ao idoso preenchendo essa necessidade do “fazer” da pessoa idosa quer lidando com a redistribui-



ção do seu tempo, dando a ele oportunidade de realização de outras atividades, que não o trabalho, quer tornando-o e mantendo-o o mais independente possível dentro de suas limitações na realização de suas atividades da vida diária, da vida prática e do lazer.

É muito comum também nessas instituições a participação do voluntário, o que contribui muito para a qualidade de vida do idoso, desde que esse voluntário receba treinamento básico sobre Gerontologia e treinamento específico conforme sua área de atuação.

Além dos recursos humanos diretamente ligados ao atendimento do idoso é importante lembrar os recursos humanos necessários aos serviços gerais, de manutenção e de pessoal administrativo.

Ainda, em relação ao assunto, convém lembrar alguns aspectos como: a possibilidade de se utilizar nas entidades sem fins lucrativos os profissionais do SUS, das respectivas regiões; a criação de serviços de consultoria às instituições para construção,

reforma, formação de pessoal; a dinamização dos idosos da própria instituição para sua participação nas questões da mesma: o estabelecimento de reuniões periódicas com as entidades para que troquem suas experiências, debatam seus problemas e realizem projetos comuns; o incentivo a grupos de idosos e familiares para que exerçam ação fiscalizadora junto às entidades, e ainda a contratação de serviços de terceiros nas áreas de Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Odontologia e outros que se fizerem necessários.

Concluindo, gostaríamos de colocar a questão: a quem deve interessar a regulamentação das instituições de idosos?

Prioritariamente aos velhos que são os sujeitos de nossa ação; às instituições, porque passam a ter parâmetros de forma a não exorbitar em seus poderes e funções, e a equipe técnica e funcionários, para que possam realizar um trabalho humanizante e conseqüente junto a pessoa que está envelhecendo. □

ABSTRACT

In this paper we have discussed the conditions under which the older people live in the different existing institutions, and the aptitudes to establish new institutions of this kind, due mainly to the absence of laws that regulate them.

Reference is given to the Project of Minimum Patterns of the Brazilian Society of Geriatrics and Gerontology / 88, the Sanitary Vigilance Project SUDS-SP-89, the nr. 810 Regulation from the Ministry of Health / 89, and the "Third Age Health Macropolitics for 1991" from the Ministry of Social Affairs, in order to present proposals of minimum patterns for the operation of these institutions, giving priority to those institutions with the "shelter" function.

The different institutions are characterized and technical-administrative proposals of physical area and installations, and human resources are presented in the sense of humanizing the institutions, giving quality to the life of the institutionalized older person.

KEYWORDS

AGED. GERIATRICS. HOMES FOR THE AGED, legislation and jurisprudence.
HOMES FOR THE AGED/ organization and administration.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Equipamento e material para Posto, Centro de Saúde e Unidade Mista. Normas e Manuais Técnicos - Brasília, 1985

FERRARI, M. A. C., NETTO, A. J., HIRAMATSU, C. S., ROSENTHAL, C. B., MARAUCCI, M. D.
Projeto de normas e padrões mínimos para o funcionamento de estabelecimentos de atendimento ao idoso. S.B.G.G. 1989 (mimeografado)

Institute of Medicine – Report a Study – Aging and medical education. September, 1978

Instrumento de Avaliação para Hospital Geral de Pequeno Porte. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 1985

LEEDS, M. e SHORE, H. *Geriatrics Institutional Management.* Editions INSERM, Paris, 1982

Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde. 2ª Edição, Brasília, 1983 – Ministério da Saúde

Our Future Selves – A Research Plan Toward Understanding Age, 1980

Rev. Esp. Geriat. y Geronto nº. 20, 3(211-219), 1985; nº. 20, 4(275-280), 1985; nº. 20, 5(347-358), 1985, 3(363-370); nº. 20, 6(433-438), 1985

ROMEI, M. A. *Arquitetura Hospitalaria Geriátrica.* Rev. Arg. Ger. y - Ger., 7:24-87

SELBY, P. e SCHECHETER, *Mal Aging 2.000 - A challenge for Society* MTP Press Limited. International Medical Publishers, Boston, 1982

Terminologia Básica em Saúde, Brasília – Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1983.

VILLAS, P. *Organización del espacio, vivienda, urbanismo y prevención de las caídas en el caso de los ancianos.* (Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Gerontologia Social). Setembro, 1985 – OMS

Vigilância Sanitária – *Subsídios para implantação de padrões mínimos* – SUDS – SP , 1989.

HABILITAR — REABILITAR...

O REI ESTÁ NU?

Denise Dias Barros *

BARROS, D.D. Habilitar — Reabilitar... O rei está nu? Terapia Ocupacional, São Paulo, v.2, n.2/3, p.100-104, 1991.

Resumo

Este artigo apresenta uma reflexão sobre as instituições de reabilitação, buscando, entretanto, focalizar conflitos e imprecisões que foram se sedimentando e se sobrepondo à noção de reabilitação no interior dos desdobramentos que se processaram durante as últimas décadas. A configuração do atual sistema de saúde foi desenvolvida a partir da racionalidade técnico-científica, mostrando, hoje, suas fragilidades e necessidade de um redimensionamento que supere a dicotomia entre a dimensão técnica e aquelas sociais, políticas e antropológicas. Valorizando, por outro lado, as soluções locais e os diferentes saberes que surgem no campo de ação dos operadores de saúde. Isto é, dos saberes dos diferentes atores (técnicos, familiares, pacientes, outros grupos e pessoas da própria comunidade).

Descritores

REABILITAÇÃO. PROMOÇÃO DA SAÚDE, tendências.

“Quanto à razão, não se trata de a fazer ceder o lugar à desrazão. O que nos ameaça, tal como o que nos serve, é menos a razão do que as formas diversas de racionalidade, uma acumulação de racionalizações que informam e são utilizadas tanto no sistema penal como no sistema hospitalar ou no sistema de ensino.”

(Blanchot, “Foucault como o imaginário”, p.44)

R.É.A.B.I.L.I.T.A.Ç.Ã.O., noção formulada e desenvolvida a partir das duas guerras mundiais. Existe uma forte necessidade de atualizarmos seus significados e conotações... Continuar!

Para retomarmos a discussão sobre Reabilitação é preciso indagar nossa memória e assumirmos uma postura permeada pela crítica às instituições de reabilitação da década de noventa, cientes, entretanto, de que sua estréia não é recente. Torna-se imprescindível decompor os conteúdos e significados que foram se sedimentando e erguendo valores e formas de organizações que são, agora, atributos de reabilitação (reabilitar ou habilitar).

O processo interpretativo, portanto, deve ser aberto e a análise e reelaboração, constantes. Desta forma, devemos re-introduzir o conceito e o debate sob novos horizontes e perspectivas, favorecendo as necessárias

* Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FM-USP. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar — Sala 2, São Paulo, 04612

inovações. Para que seja possível sair do mundo auto-suficiente do discurso seria interessante promovermos debates e estudos que pudessem redimensionar a noção de Reabilitação:

1. localizando conceito e instituições em seu contexto político e histórico para esclarecer algo sobre os nexos entre instituição e sociedade, entre reabilitação e cidadania.

2. analisando a instituição reabilitadora (que pode ser para menores, loucos, para pessoas portadoras de deficiências físicas ou sensoriais) quanto aos mecanismos internos de sua organização, funcionamento e quanto aos objetivos proclamados (do discurso) e efetivados (das práticas).

Hoje, quando se fala em Reabilitação somos remetidos a, pelo menos, duas fortes imagens imediatas, ou seja, à idéia da recuperação de uma determinada capacidade funcional (física ou mental) e, à preparação para o trabalho, se possível remunerado. Nesse caso a reabilitação vem chamada de profissional.

De onde viria, no entanto, esse sentimento misto de estranhamento, satisfação e incredulidade quando repropomos a Reabilitação como questão ainda a ser debatida em 1991?

Qualquer resposta simples tende a escorregar em reducionismo fácil. A noção de reabilitação pertence a um contexto de referência histórica onde entra em cena a organização das sociedades ocidentais que nos conduz ao universo ético proposto pelos princípios da Revolução Francesa. Refere-se, portanto, a valores sociais proclamados no séc. XVIII, reatualizados pela Declaração dos Direitos Humanos, na Convenção de Genebra. A implantação do Estado de Direito está diretamente vinculada à noção de cidadania estendida a todos os segmentos da sociedade, sendo assim, o acesso à vida social, política e aos bens da sociedade do progresso, tornam-se questões públicas, não apenas individuais. Será, mais precisamente, no interior das políticas de promoção

do Estado do Bem Estar Social que devemos inscrever nosso debate, observando seus efeitos no chamado primeiro mundo e a exportação desta ideologia para os países abaixo da linha do equador.

Pode-se dizer que as políticas do Welfare State foram elaboradas nos anos 30, quando se implementou os passos iniciais para criar sistemas assegurativos gerais e de saúde para todos, mas vai amadurecer como modelo logo após a Primeira Guerra Mundial e ganhar força máxima nos anos 50/60 na Europa e EUA, quando se observou uma enorme expansão das instituições assistenciais.

No entanto, já no início da década de 70, o Estado Assistencial todo poderoso entrou em crise, verificando uma retirada do Estado e recuo em suas promessas de garantidor da assistência, destinando ao setor privado grandes parcelas de gestão de problemas sociais, principalmente nos EUA. Um novo diálogo seria estebelecido entre privado e público, entre sociedade civil e política, mas com formas e conteúdos bastante diferentes entre o processo americano e aquele dos países sociais-democratas da Europa Ocidental.

No caso brasileiro, o Estado, que jamais promoveu a implantação real do Estado de Direito, criou e institucionalizou uma política baseada no Seguro Social, e um modelo de cidadania restrita e regulada. O princípio da universalização dos direitos e equidade de acesso aos serviços foram muito recentemente incorporados ao nível do discurso, sendo atualmente previsto na nova Carta Constitucional. No entanto, como evidencia Paulo Sérgio Pinheiro, no Brasil o “Estado de Direito, para as classes dominantes, funciona como uma retórica que em alguns momentos só tem uma função encantatória” pois utiliza como referência em situações de crise sem que implique em efetiva aplicação (KEHL, 1990, pág. 57).

Devemos, por isso, ter presentes este estado de pré-cidadania que marca as relações sociais e de trabalho no Brasil para avaliar

mos os efeitos que esta situação impôs àquelas pessoas que tenham necessidade de assistência e apoio para poder participar da vida social e econômica. Na esfera da reabilitação existe uma presença marcante de organizações filantrópicas e serviços públicos precários, fragmentados e fragmentadores, e inúmeros pequenos serviços em clínicas privadas (OLIVER, 1990). Discute-se ainda hoje a necessidade da efetiva implantação de um Estado que garanta a universalidade dos direitos, crie leis e assegure que serão respeitadas e aplicadas.

As instituições de reabilitação do país permanecem vinculadas ao princípio custodial, impondo a seus usuários uma relação de tutela, coerente com o papel de administração e controle social, sua principal (mas nem sempre explícita) atribuição. A modernidade ocidental produziu, criou e desenvolveu uma forma preferencial de conhecer e definir as soluções para os problemas que identifica: a racionalidade científica. Apesar dos enormes esforços promovidos pela ciência, o conceito e as práticas de saúde não podem, como muitas vezes querem fazer crer, escapar ou esquivar-se à lógica de ordenação social, de normatização, que devem também, cumprir as instituições de saúde (FOUCAULT, 1979).

No limite de uma infinidade de tramas, traumas, traumatismos eventuais que podem nos acometer durante a vida, estão aquelas situações e pessoas cujas deficiências dificultam ou impossibilitam a vida social, civil e política. Nestes casos (mas não apenas) produzir saúde é função, hoje, da comunidade científica, dos profissionais e das instituições específicas. No entanto, o saber inscreve-se também na dinâmica de poderes e de valores que se produzem no país e a discussão sobre a reabilitação, como suas instituições e técnicos, não podem negar o efeito de retórica vazia no sentido que terminam por produzir. Distantes e sem conexão com a realidade e necessidade de seus usuários, a pessoa que consegue acesso aos poucos serviços de reabilitação deverá su-

perar mais uma barreira: o ritual da humilhação, de afronta a sua inteligência, de infantilização que lhe impõem os "senhores do saber" (ROCHA, 1991).

As formas que adquiriram as instituições atuais são o resultado de uma racionalidade que é racionalismo formal e que prevê uma conexão eficaz e direta entre problema e solução, entre norma, interesse e o atenuar-se de uma tensão pré-estabelecida e implementada através de programas de ação dentro de uma nítida separação entre política (planejamento) e administração (execução). Realiza uma outra conexão, entre política e ciência, num processo que conduz, inúmeras vezes, à cientificação da política. Neste quadro, toda mudança é pensada nos termos propostos pelas inovações técnico-científicas e, desta forma, um único ator entra em cena e recita pateticamente o atual e desinteressante "monólogo do especialista". Crise! Ninguém está satisfeito.

Surge para os usuários diretos e indiretos, para os profissionais e para as instituições um desafio que se apresenta quase como um impasse, de um lado o técnico forçando ao máximo seu conhecimento e sua busca por novos saberes específicos, de outro os usuários silenciosos, abandonando os tratamentos ou questionando técnicos e instituições. Os objetivos e as promessas realizadas não se tornam, na esmagadora maioria das vezes, realidade.

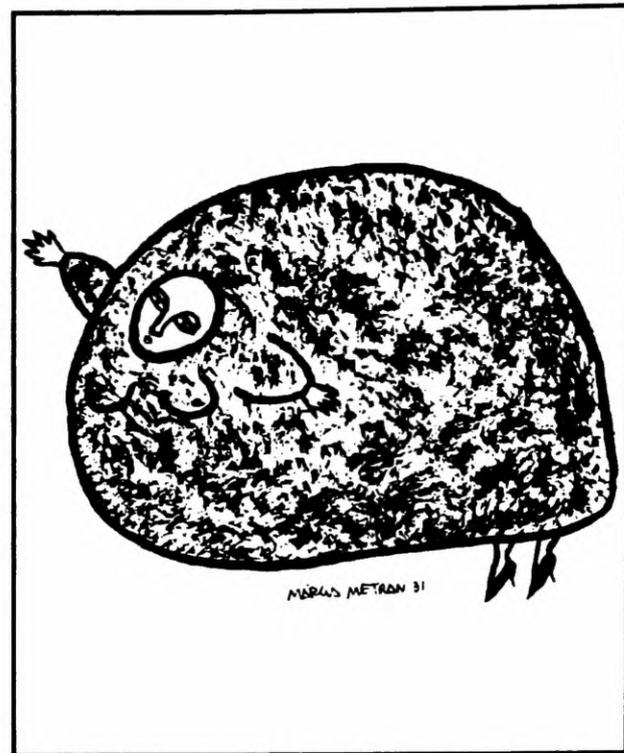
O momento é grave, importante analisar criteriosamente acertos e desacertos das práticas inovadoras que tem sido produzidas na Europa desde o pós-guerra e mais recentemente no Brasil para colher suas riquezas, reescrevendo e inventando possibilidades onde não se permita a perda na complexidade das realidades, aconchegando-nos, rapidamente, noutro reducionismo. Talvez a maior eficácia não se encontre, necessariamente, na tecnologia mais avançada, no progresso da ciência. Talvez seja necessário aproximarmos nossos conhecimentos antropológicos, culturais, artísticos

e éticos daqueles científicos. Necessitamos de técnicos capazes de valorizar e potencializar inovações como produtos sociais, isto é, que captando os elementos intuitivos que estão no senso comum e nos diversos saberes até agora renegados possam encontrar soluções localizadas, descolonizadas. Necessitamos de nossa capacidade humana criadora, criativa e, neste sentido o papel do técnico está na sua capacidade de por em crise seu próprio saber, questioná-lo para encontrar soluções onde ele (o técnico) seja a bússola, porém, navegador e guia sejam as necessidades de quem precise utilizá-lo. Difícil.

[A inocência e a fé numa sociedade futura justa, democrática, igualitária, parece ter sofrido abalos profundos nas últimas décadas. Assistimos ao crescimento da presença do Estado na regulação social e, ao mesmo tempo, observamos que vão se acentuando as contradições sendo os direitos proclamados apenas na realidade dos discursos. As palavras tornam-se pedras!]

Vivemos um certo desencantamento e um momento (já prolongado) de dissociação entre sociedade civil e política, obrigando-nos a redimensionar nosso lugar de pesquisadores, profissionais, pacientes, familiares onde o cidadão da sociedade desencantada deve poder conviver com conflitos, contradições, sentidos e contra-sensos, tornando-nos também mais complexos. Impensável e inaceitável que o técnico permaneça no encantamento do discurso mágico da técnica eficaz, da vontade de feiticeiro de neutralizar o efeito do indesejável, do não previsível que é como se apresenta um sujeito (e não objeto) na relação terapêutica e ambos (terapeutas e pacientes) estão imersos numa mesma rede de necessidades, desejos, significações e imposições.

A dicotomia prevalente entre terapeuta-paciente, enquanto relação sujeito-objeto, coloca este último numa condição passível, de objeto da ação de um saber que é inteiramente de domínio do terapeuta. As pessoas



que necessitem se beneficiar de um processo reabilitativo sofrem, na grande maioria das vezes, a perda de seu ser social, de seu lugar de cidadão e a ação técnica tende a perpetuar esta situação.

* Para iniciarmos a desconstrução dessa prisão-reabilitação é igualmente vital a compreensão dos nexos, das maneiras pelas quais se vinculam estes dois atores (terapeutas e pacientes) e a compreensão de que o terreno onde se movem as práticas reabilitadoras pertencem ao universo dos direitos sociais. Negar essa realidade deixa o técnico fechado e aprisionado na idéia de uma suposta Vocação Terapêutica que se traduz numa linguagem abstrata, distante e incompreensível. Nesse sentido, é preciso abrir a linguagem científica, socializá-la e permitir que seja confrontada por outros saberes.

As necessidades do Homem (incluindo aquelas da pessoa portadora de deficiência) dizem respeito a um universo de significações e atribuição de sentidos e, para reabilitar "um membro inferior", é imperativo não o deslocar, não o seccionar do corpo, da pessoa, da família, da sociedade na qual realiza sua existência. Se o "óbvio é, muitas vezes, obtuso", cabe perguntar porque está nua a reabilitação que é proposta pelas instituições modernas. E afinal, o Homem anda para que? que desdobramentos sociais e emocionais tira desse ato? Alguém dirá,

talvez ande para buscar alimento, para encontrar outros homens, para alimentar seu espírito e sua curiosidade. O verbo é intransitivo mas, ontologicamente, adquire significações. E é por causa de significações que precisamos re-inventar a reabilitação, humanizá-la, tirá-la dos laboratórios e do universo das experimentações hipercontroladas e fazê-la "cair na vida", contraditória e desordenada como é, onde profissionais e reabilitandos moram. Trata-se de buscar uma reabilitação ao nível possível, valorizar o criativo, retransformar os caminhos "da deficiência" em experiências

cujos sentidos possam ser compartilhados como formas do sentir, do agir, do expressar-se e do diferenciar-se.

Não se trata de negar o saber, a técnica, mas de fazê-lo retornar ao lugar de um saber que precisa se confrontar com outros, com realidades diversas, contraditórias, complexas, e às vezes paradoxais para operar escolhas e não verdades unívocas. Os diferentes atores sociais devem construir nexos no agir prático e, entre esses diferentes saberes, entrando numa outra lógica, para encontrar soluções e sair transformados.

SUMMARY

This paper presents a reflection on rehabilitative institutes, and focuses on conflicts and imprecisions which have become sedimentary and superimposed to the rehabilitation notion within the development from the technical-scientific rationality, shows today its fragilities and the necessity of a redimensional attitude. It needs to surpass the dichotomy between the technical dimension, social, political and anthropological dimensions, validating the local solutions of each community and the different knowledge processing in the field of health operators, principally those of the people (technician, family, patients) of the community.

KEY-WORDS

REHABILITATION. HEALTH PROMOTION, tendencies.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BASAGLIA, F. & BASAGLIA, F.O. (Org.), 1977. "Los crimines de la paz. Investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión". México, Siglo Veintiuno Editores, p.13-102.
- BLANCHOT, M., s.d. "Foucault como o imaginário", Lisboa, Portugal, Relógio d'Água editores.
- DE LEONARDIS, O., 1990. "Il Terzo escluso. Le istituzioni come vincoli e come risorse". Milano, Feltrinelli.
- FOUCAULT, M., 1979. "Microfísica do Poder", Rio de Janeiro, Graal.
- ILLICH, I., s.d. "A expropriação da saúde. Nêmesis da Medicina", tradução de José Kosinski de Cavalcanti, Rio de Janeiro, Nova Fronteira.
- KEHL, M.R., 1990. "Quando a história é uma estória", in *Teoria & Debate*, São Paulo, n.11, agosto, pp-56-59 (Entrevista com Paulo Sérgio Pinheiro).
- MARSIGLIA, R.G., 1987. "Os cidadãos loucos no Brasil. A cidadania como processo", in *Saúde Mental e Cidadania*, São Paulo, Mandacaru & Plenário de Trabalhadores em Saúde Mental no Estado de São Paulo.
- OLIVER, F.C., 1990. "Atenção à saúde da pessoa portadora de deficiências no sistema de saúde do município de São Paulo: uma questão de cidadania", São Paulo, dissertação (mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- ROCHA, E.F., 1991. "Corpo deficiente; em busca da reabilitação? Uma reflexão a partir da ótica das pessoas portadoras de deficiências físicas", São Paulo, dissertação (mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

PRESCREVENDO ATIVIDADES

Elisa Satiko Miadaira*

MIADAIRA, E. S. Prescrevendo atividades. *Terapia Ocupacional*, São Paulo, v.2, n.2/3, p.105-111,1991.

RESUMO

Este texto discute um breve período de atividades desenvolvidas com um grupo de pacientes em atendimento ambulatorial. O terapeuta aplicou jogos ou propostas individuais quando o grupo apresentava dificuldades na continuidade do trabalho. São exemplos de procedimentos adotados numa seqüência de atendimentos, discutindo as atividades e recursos que utilizamos em Terapia Ocupacional.

DESCRITORES

TERAPIA OCUPACIONAL. SAÚDE MENTAL. PSICOTERAPIA DE GRUPO

Este texto é uma amostra no acompanhamento de um grupo. São exemplos de procedimentos adotados numa seqüência de atendimentos, a respeito das atividades e recursos que utilizamos em Terapia Ocupacional.

No tratamento de Terapia Ocupacional, quando o paciente é colocado frente a um material a ser transformado, o aspecto essencial é “um pensar específico sobre um fazer concreto” (OSTROWER, 1987). Isto é, se um paciente escolhe atividade em marcenaria, sua imaginação ocorre em formas específicas, porque adequadas ao caráter da madeira e vinculados também a uma motivação intrínseca.

“É importante que a atividade nasça do interesse, porque permite que muitas coisas se interliguem, se elaborem, implicando

numa visão globalizante dos processos de vida”.

Na escolha da atividade, não deve ser esquecido ou relegado o seu contexto essencial. É comum encontrarmos entre nossos pacientes, aqueles que estão preocupados em escolher atividades que sejam reconhecidamente aprovadas pela família ou o seu grupo social.

No exemplo de uma atividade, em que foi feita uma estante de madeira, com encaixes e desmontável, que no final seria sorteada entre os que participassem de sua execução. O grupo esteve muito mobilizado pela atividade, devido à sua utilidade e o desejo de adquirirem-na para si.

Na avaliação desta atividade, propus que enumerassem os aspectos positivos e nega-

* Terapeuta Ocupacional no Serviço de Psiquiatria e Psicologia Médica do Hospital do Servidor Público Estadual – São Paulo, SP.

tivos deste processo de trabalho, que se seguem:

PRIMEIRO PACIENTE:

— aspectos positivos:

atuação individual
preocupação em dividir com o outro
pressa para concluir
espírito de colaboração
exercício físico e mental
inicialmente interessado
participação

— aspectos negativos:

desânimo
demora.

SEGUNDO PACIENTE:

— aspectos positivos:

aprender a trabalhar com madeira e o uso de ferramentas
exatidão no trabalho
gostar do trabalho
interesse no trabalho

— aspectos negativos:

nada a constar.

TERCEIRO PACIENTE:

— aspectos positivos:

organização
habilidade profissional
desempenho
destreza
pontualidade
tarefa
união
capacidade individual

— aspectos negativos:

tempo gasto
material gasto.

O tempo gasto nesta atividade foi de nove sessões, correspondendo a um mês com atendimento de duas horas.

A primeira paciente disse que se levasse esta atividade para sua casa, sua irmã não acreditaria que esta tivesse contribuído para o que produziu.

O segundo, com dificuldades em dar sequência a tudo que começava, sentiu que se não fosse o grupo a fazer a tarefa conjuntamente, ficaria muito angustiado, pois sempre que iniciava uma tarefa, sentia dificuldades em chegar ao seu término.

O terceiro, que apresentou muita dificuldade em se relacionar com o grupo, através da atividade, encontrou formas de relacionamento e comunicação, no qual falava sobre si. Foi este paciente que sugeriu a atividade conjunta.

No processo desta atividade, observou-se o entrosamento que o próprio trabalho implicava, no sentido do grupo se organizar, fazer previsões do tempo que levariam em concluir a tarefa, quais as etapas que se sucederiam, a sua distribuição, além de adequar o ritmo de cada um, para o tempo que foi estabelecido em concluí-lo.

“É a partir do interesse que cada pessoa sente em si, que devemos auxiliá-lo a se desenvolver, pois estas potencialidades existentes constituirão sua própria motivação” (RUESCH, 1964). Como o interesse é um traço “a priori”, então a aprendizagem de uma habilidade ou a aquisição de conhecimentos são o resultado de tal interesse.

“Porém, o que chamamos de interesse é em grande medida um traço aprendido, que foi transmitido e adquirido por repetição. Sem negar a existência de diferenças inatas de capacidade, a cultura, o grupo ou os pais, oferecem as oportunidades de desenvolve-

rem as habilidades inatas” (RUESCH, 1964).

No caso de um paciente que, após a internação, foi encaminhado à Terapia Ocupacional, revelou seu interesse na pintura em madeira, tendo tido experiência nesta atividade durante o seu período de internação. Iniciou com projetos simples, vindo a desenvolver a técnica de pirogravura. Dominada a técnica, começou a desenvolver as suas possibilidades enquanto atividade. Introduziu novos elementos à técnica aprendida. Como resultado, a mãe do paciente levou os seus trabalhos ao bazar beneficente para o qual contribuía e conseguiu deixar os seus trabalhos expostos numa boutique de uma conhecida sob consignação.

Com este desenvolvimento, associando à sua capacidade neste trabalho, sentiu-se em condições de assumir um trabalho que, segundo sua família, tinha um valor mais produtivo.

Devido à natureza da Terapia Ocupacional que é a de estimular o paciente na vivência através da atividade, devemos evitar que se crie um stress no excesso de sugestões.

Por essa razão, sentimos necessário considerarmos o momento psicológico do paciente, no qual percebemos que no estado em que muitas vezes se encontra, não se sente em condições de entrar diretamente em contato com o trabalho.

Vimos então ser a atividade lúdica, uma maneira adequada, não apenas como uma forma criativa de expressão, mas o jogo tende a criar um clima menos tenso, propiciando um relaxamento e condições para que o paciente retome ou inicie uma atividade.

Para o “relaxamento” deste campo tenso, o jogo e a atividade são realizados não no sentido de esvaziamento, mas no sentido de recuperar a tensão e renová-la em níveis que sejam suficientes para garantir a vitalidade de sua própria ação.

Este aumento de tensão chega a tolher as potencialidades básicas, em que o indivíduo sente dificuldade em estabelecer uma relação com o outro, com o ambiente e com o trabalho, de forma espontânea e criativa.

Bermudez (1967) menciona algumas das qualidades que considera serem indispensáveis ao “objeto intermediário”:

— inocuidade, que não desencadeia “por si” reações de alarme

— maleabilidade, que possa utilizar-se à vontade em qualquer jogo de papéis complementares

— transmissor, que permita a comunicação por seu intermédio, substituindo o vínculo e mantendo a distância

— existência real e concreta

— adaptabilidade, que se adequa às necessidades do sujeito

— permite uma relação tão íntima, que o sujeito possa identificá-lo consigo mesmo

— instrumentalidade, que possa ser utilizado como prolongamento do sujeito

— identificabilidade, que possa ser reconhecido imediatamente.

Bermudez cita ainda, “que resulta fácil compreender as aplicações do ‘objeto intermediário’ a outros campos não psicodramáticos, como pode ser a Terapia Ocupacional”.

No exemplo de uma sessão, na qual um dos pacientes chega à sala, com as fâcias congestionadas, um leve tremor nos lábios, cumprimenta-nos com seriedade, senta-se e não fala nada. Em seguida verbaliza que não se sente disposto em retomar o trabalho que vinha realizando com o grupo (estante de madeira). Neste momento, outro paciente também pareceu não querer continuar o trabalho, alegando que o trabalho era de todos e que então iria dar o retoque na sua atividade anterior. O outro não se manifesta.

Com esse clima, achei que a sessão não seria produtiva.

Início falando sobre a minha observação na postura e expressão de uma paciente. Ela começa a se queixar de que a viagem de seu fim de semana prolongado não iria mais ocorrer, pois os seus colegas estavam desanimados devido ao mau tempo. E conseqüentemente, ficaria em casa, se chateando, em companhia de sua irmã, o que a deixava desgostosa.

Pergunto aos demais se aceitariam fazer uma atividade individual. Aproveitando o assunto trazido pela paciente, pedi a cada um que imaginassem com quem gostariam de passar alguns dias juntos, no fim de semana que se aproximava. Introduzo papel e lápis, sugerindo que cada um redigisse uma carta a esta pessoa, e que esta tivesse um significado para si. Seguem-se as cartas, na íntegra.

“Querida (...)

Alguns anos já se passaram, mas o tempo não foi suficiente para apagar a lembrança que tenho de você. Muita coisa mudou na minha vida, e creio eu, na sua também. Você foi para mim uma criatura que marcou uma fase de minha existência mas quis o destino que os nossos caminhos se desviassem e a distância nos separou, mesmo assim eu não a esqueço, ainda guardo comigo coisas materiais como fotografia, pintura e até mesmo uma mecha de seu cabelo, que também existe uma página no meu álbum de recordação que foi escrita por você e aliás sem desprezar as outras é a que eu não canso de rever, enfim muitas coisas me prendem a você. Hoje senti uma saudade imensa, queria alguém que pudesse conversar comigo, alguém que eu pudesse falar de mim. Pensei em você, mas onde encontrá-la se nem o seu endereço atual eu tenho, mesmo assim resolvi escrever esta carta vou tentar mandar no antigo endereço quem sabe a sorte vai me ajudar e ela poderá chegar até você, e tamãha será a minha emoção se um dia obtiver uma resposta. Há quatro anos atrás quando você me escreveu

a última vez contou-me que havia se casado, na certa já deve ter filhos e está muito feliz. O casamento parece ter mudado a sua vida inclusive a sua personalidade, razão pela qual não me escreveu mais.

Quanto a mim houve mudanças também mas nada que eu precise esconder de você ou que me fizesse esquecê-la. Você foi quem me fez descobrir uma parte do que sou hoje. Foi você que na sua ingenuidade, na sua meiguice, deu força para brotar a semente que estava escondida dentro de mim. Depois você partiu. Outras experiências foram surgindo, eu fui amadurecendo hoje estou segura e certa do que sou e assumi. No momento, ou melhor, alguns meses atrás por muitos problemas ocorridos com família, trabalho e até mesmo pessoal eu entrei em esgotamento, necessitando mesmo de tratamento psiquiátrico, porém já me acho melhor, e se um dia eu conseguir o seu endereço gostaria de lhe fazer uma visita, aliás passar alguns dias em sua companhia, para que pessoalmente pudéssemos falar de nós. Vou lhe mandar meu endereço se você me responder eu vou ficar feliz.

Abraço desta que não te esquece.”

.....

“Caro amigo

Espero que esta vá encontrá-lo bem, com todos os seus familiares.

Nós, aqui em casa, estamos todos bem, inclusive eu que estando bem melhor mas continuo em fase de recuperação.

A finalidade desta, é pelo motivo de eu achar falta da sua presença.

Aqueles “papos” que só você mesmo pode contar, aquelas mímicas, e outras coisas mais, estão me fazendo muita falta. Como faz tempo que você não tem aparecido, inclusive com sua família, me tem deixado muito preocupado. Sei que você tem problema de sua casa, no que diz respeito a despacho, estou curioso para saber como

vão as coisas. Do nosso local de trabalho ninguém tem aparecido para saber a meu respeito. Mas não estou me importando muito com isso não, pois estou mais preocupado com você. Venha em casa conversar um pouco. Compro uma garrafa daquele santo remédio e passamos algumas horas agradáveis. Eu também queria que você me orientasse sobre umas peças de meus móveis que se quebraram, e que você me ajudasse a recuperá-los. Não pretendo voltar à escola, a não ser que esteja completamente recuperado. Só sei que lá está uma bagunça "daquelas".

Bom, vamos ter bastante tempo para conversarmos sobre tudo. Te espero no fim de semana à hora que você achar melhor.

Um abraço, do amigo que muito te quer bem."

.....

"Ao Amigo (...)

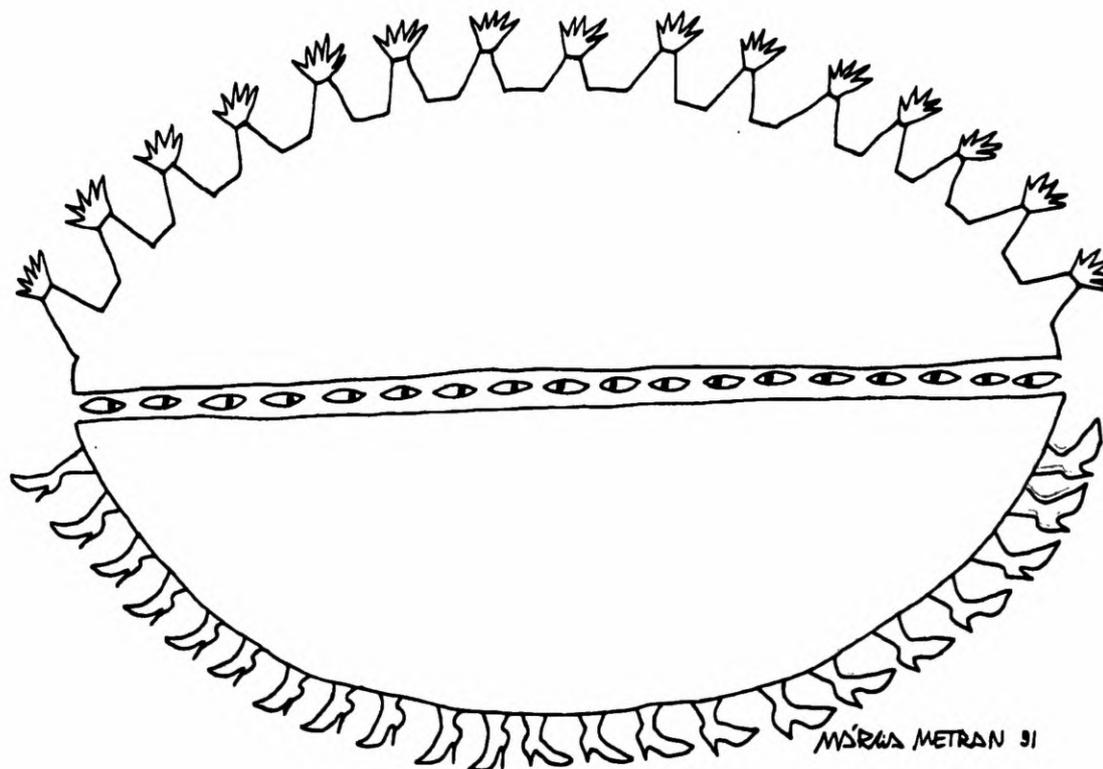
Saudações:

Estou, caro amigo, preocupado recentemente com as verdades ditas na carta, escrita por você, referindo-se ao estado de saúde de sua irmã que passou adoentada nesses últimos dias.

Agora já com o seu restabelecimento resolvi escrever-lhe esta carta para participar da mesma alegria de vocês. Como amanhã é feriado nacional, gostaria de ir visitá-lo. Portanto devo chegar ao Rio de Janeiro esta noite e na estação rodoviária às 19:00 horas espero encontrá-lo. Em havendo dificuldade em vê-lo na estação poderia telefonar-lhe e até mesmo sozinho ir para a sua residência. Conversaremos a viva voz a respeito de seus problemas na Faculdade Gama Filho, onde não foi bem sucedido neste ano que se passou. Poderemos também programar um passeio ao escritório de seu avô, já que o mesmo aniversaria nestes dias e ficaria contente com esta visita. Gostaria de conhecer os pontos turísticos do Rio de Janeiro nestes três dias de folga nossa. Com o aumento da gasolina achei melhor ir de ônibus e não de carro, já que o carro está em conserto e levaria alguns dias para consertá-lo. Já reservei com antecedência as passagens. Espero tão somente encontrá-lo bem de saúde e com muita disposição.

Aguardando antecipadamente suas cartas bem redigidas, encerrei esta que acabo de escrever deixando no coração esta amizade sincera e simples. Nada mais. Até breve."

.....



Esta atividade chegou a se prolongar até a metade da sessão. Depois, cada um leu a sua carta, culminando numa série de acontecimentos marcantes.

Visto que a proposta implicava numa temática significativa para cada um, ela representou um momento de liberação de energias, em termos de intensidade afetiva e emocional. Após discutirmos o conteúdo das cartas, foi possível introduzir a atividade em andamento. No final desta sessão a paciente mostra o seu desânimo em prosseguir a atividade com o grupo, devido à demora em terminá-la. Sugeriu que se os demais não se demorassem tanto em grossar e lixar as tábuas, a atividade poderia terminar nas próximas três sessões. Pediu também que os demais não faltassem e que fossem pontuais. Esta atividade pôde ser concluída nas quatro sessões subseqüentes.

Na Terapia Ocupacional, o paciente deve aprender a atingir metas, levar ao fim uma ação, completar aquilo que iniciou e perseverar em sua tarefa.

Vale também, que o contato com uma matéria exige do indivíduo que ele atue.

“O pensar só poderá tornar-se imaginativo através da concretização em uma matéria, sem o que não passaria de um divagar descompromissado, sem rumo e sem finalidade. Desvinculado de uma matéria a ser transformada, a única referência do imaginar se centraria no próprio indivíduo, cujos estados subjetivos e conteúdos pessoais não são suscetíveis de participação por outras pessoas. Seria um pensar voltado unicamente para si, suposições alienadas da realidade externa, não contendo propostas de transformação interior, da experiência, nem mesmo para o indivíduo” (OSTROWER, 1987).

Percebemos a ocorrência de tais situações em alguns pacientes cuja alteração da percepção ou consciência, quando em contato com determinada atividade, chegam a formas desorganizadas.

Esta situação ocorre principalmente nas formas simbólicas (pintura, escultura, poesia, música, teatro) em que se encontram articulados aspectos espaciais e temporais contendo seqüências rítmicas, proporções, tensões. “Traduzem certos momentos dinâmicos, ritmos internos de vitalidade, acréscimo ou declínio de forças, correspondendo a certos estados de ânimo, alegria, tristeza, apatia, hostilidade, que transpostos para a forma da matéria, nela são exteriorizados” (OSTROWER, 1987).

Como cita Fayga: “Que a arte, reduzida à terapia, como prática de se promover a vazão de tensões, de conflitos emocionais, perde seu sentido artístico; deixa de ser arte”. No tratamento terapêutico, vemos a possibilidade da atividade criativa, nas suas formas simbólicas, não apenas sob o ponto de vista criativo, mas aquilo que o paciente consegue transportar de seu estado subjetivo para a forma, não invalidando tais tentativas, pois ele consegue através dela falar sobre os seus valores, sua vida e seus sentimentos.

“Às vezes, o bloqueio da comunicação pode produzir-se porque ao paciente lhe faltam instrumentos para comunicar-se. Às vezes, não está acostumado a se auto expressar, em alguns casos o obstáculo é a linguagem verbal ou o que o assusta é a situação bipessoal. Se a forma favorita do paciente se relacionar for através da ação direta, então, o intercâmbio verbal deve ser substituído pelo jogo, trabalho recreativo e terapia física” (RUESCH, 1964).

Os pacientes encaminhados para Terapia Ocupacional, são pessoas possuidoras de condições que não foram adequadamente desenvolvidas ou que não tomaram contato com a habilidade ou conhecimento ou que por fatores da própria doença resultaram numa prática insuficiente.

Então, através da experiência do trabalho, podemos comentar com o paciente as diversas maneiras ineficazes de se fazer as coisas, assinalando que existem métodos

mais adequados. Devido à natureza seletiva da experiência, o sucesso na atividade depende também das habilidades.

Mas a tarefa mais tangível é a distribuição do tempo. É possível fazermos tais tarefas, colocando por escrito o tempo que se leva para realizar seus afazeres e comparar com a suposta duração do tempo transcorrido ou verificar com suas próprias realizações.

“É necessário que os pacientes aprendam a buscar ajuda quando se encontram desorientados em alguma fase de seu trabalho. Esta ajuda deve ser proporcionada de forma adequada, evitando que ocorra abandono ou diminuição do interesse. Supervisionar uma tarefa significa assim, acompanhar o paciente desde o começo até o final, familiarizando-se com os detalhes deste empreendimento, oferecer ajuda exterior quando é indicado, recompensar se for necessário e corrigir em outras ocasiões. Uma atividade não chega ao seu término se não ocupar um lugar significativo na vida do paciente” (BERMUDEZ, 1967).

Àqueles pacientes cuja limitação em relação aos seus recursos de elaboração e criação estão prejudicados, podemos despertar interesse por meio da pura repetição de suas atividades já existentes.

A tarefa determina o que há de ser o primeiro passo e o que há a seguir, induz o

indivíduo a mobilizar seus recursos. É uma forma do paciente não dispersar seus esforços. Se ele considera uma série de ações, o próximo passo que dará equivale a dividir a ação em várias partes. Tal ação dividida, observamos naqueles pacientes cuja atenção encontra-se alterada, principalmente nos estados de aceleração. O paciente inicia várias atividades simultaneamente.

Portanto, qualquer ação que se sucede, requer uma atenção imediata. Cabe ao terapeuta discutir qual o próximo passo que o paciente dará em cada sessão.

“Quando o indivíduo consegue ver como os meios melhoram o desempenho de uma atividade, ele buscará os controles. Um controle razoável não está destinado a inibir a ação; sua finalidade é a de conseguir uma melhor quantificação e sincronização das ações e que a tomada de decisões seja mais adequada. O controle tem por resultado a execução exata de uma ação. Seria também um relacionar com adequação” (RUESCH, 1964).

Finalizando, não há uma preocupação na proposta da atividade que há de vir quando nos encontramos frente a um grupo. Mas é fundamental que o terapeuta quando desenvolve a atividade, tenha o domínio sobre as técnicas, tanto no campo da dinâmica do grupo quanto no encaminhamento das propostas sugeridas. □

ABSTRACT

The text accomplishes a brief period of activities developed with a group of patients in an ambulatory. The therapist applied play or individual proposals when the group presented difficulties in continuing the work.

KEYWORDS

OCCUPATIONAL THERAPY. MENTAL HEALTH.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OSTROWER, Fayga. *Criatividade e processos de criação*. Editora Vozes, Petrópolis, RJ, 1978

RUESCH, Jurgen. *Comunicación terapêutica*. Editora Paidós, Buenos Aires, 1967

BERMUDEZ, Jaime G. Rojas. *Títeres y psicodrama: el objecto intermediário*. Editora Genitor, Buenos Aires, 1967

INFORMAÇÃO: MARAVILHA CURATIVA?

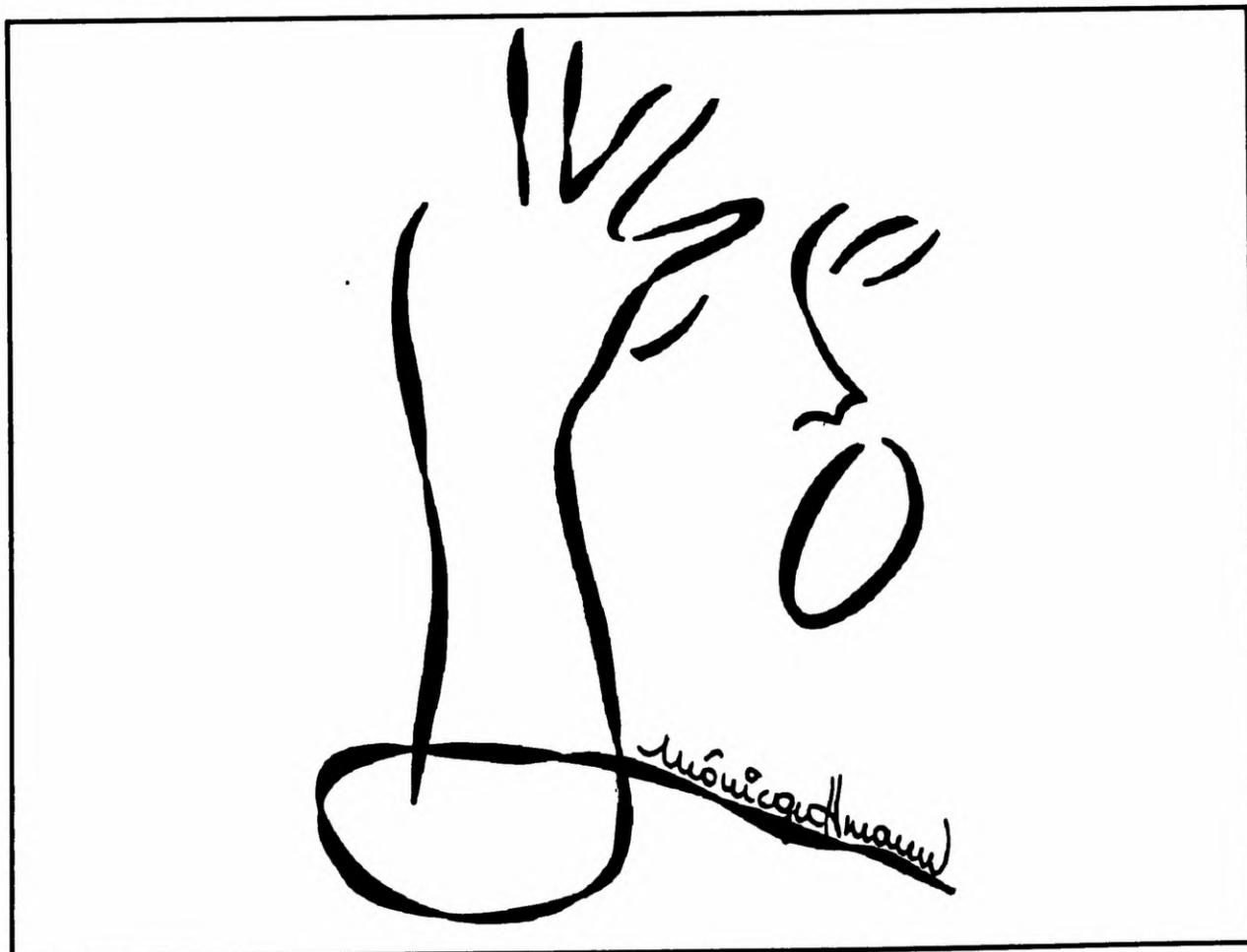
De como envolver pais, legisladores, cientistas e professores desinformados, sobrecarregados, desmotivados e desgastados com a questão da informação e da cidadania.

Marta Gil

Quereis saber o trajeto de ônibus adaptados? Tens dificuldades em arranjar emprego? As gatinhas fogem de você? Matricular vosso filho parece ser uma missão para a Mulher Maravilha? Pensas em fazer curso de alpinismo para transitar pela selva de pedra?

Procure a REINTEGRA - Rede de Informações Integradas sobre Deficiências e terá resposta para todos os seus problemas.

Tranqüilize-se, caro leitor: o texto acima nunca chegará às suas mãos quando estiver passando por uma estação do Metrô ou rua movimentada do centro da cidade. Por uma razão muito simples: ele não existe. Nasceu de reflexões provocadas por inúmeros anúncios, proclamando a capacidade que Mme. X tem de resolver qualquer problema. Muitos terminam no lixo. Preocupam-me, porém, os que são guardados, pois alimentam a falsa expectativa de soluções fáceis, rápidas e indolores, advindas da milagrosa



intervenção de alguém dotado de qualidades sobrenaturais.

Abdicar de sua capacidade de enfrentar problemas, delegando plenos poderes a outrem, parece ser traço componente da psique tupiniquim. Posso detectar sua presença na área da deficiência, entre várias outras; atua como um gerador de dependência e passividade.

A difusão de informações constitui poderoso antídoto contra esse estado de coisas: estimula e fortalece atitudes de compreensão, aceitação e integração. Eis o porque da criação da REINTEGRA: para assegurar que anúncios como este nunca venham realmente a existir, na área da deficiência.

A REINTEGRA propõe-se a fornecer informações para qualquer pessoa (ou instituição) que precise tomar decisões referentes a deficiências físicas, mentais, sensoriais e orgânicas: pessoas portadoras, pais, especialistas, professores, profissionais liberais, políticos, pesquisadores. Dito assim parece simples, não é?

Ledo engano. Para fornecer, é preciso ter – o que implica coletar informações que estão dispersas, fragmentadas e nem sempre atualizadas. Ou até mesmo gerá-las. Em seguida, há que classificar e armazenar o que foi coletado, deixando o material pronto para ser consultado. Isso requer o desenvolvimento e/ou adaptação de metodologias próprias da área da documentação.

A partir desse momento, apresentam-se duas estratégias de ação, que são complementares: a mais passiva assemelha-se à dona Baratinha que, com a fita no cabelo e dinheiro na caixinha, posta-se à janela esperando o futuro pretendente; a mais ativa adota estratégias de utilização criativa dos recursos e meios existentes ou cria instrumental próprio, visando adequar o produto às necessidades informacionais dos usuários. As metodologias desta etapa, provenientes da área da comunicação, ajudam a formatar a informação fornecida.

É, pois, no espectro que vai da coleta à disseminação que a REINTEGRA atua. Implantada no início de 1990 na CECAE - Comissão Especial de Coordenação de Atividades de Extensão Universitária, órgão da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão da Universidade de São Paulo, a Rede está em fase de implantação: formando sua malha de interlocutores no âmbito acadêmico e junto aos órgãos, instituições e líderes atuantes na área; compondo acervo e hemeroteca; desenvolvendo metodologias de trabalho; propondo a realização de um evento na área da deficiência mental para o segundo semestre de 1991; estabelecendo intercâmbio com bases de dados internacionais; atendendo usuários, de forma ainda parcimoniosa.

Lançar as bases deste Projeto é trabalho árduo, paciente e lento. Adentra-se território inexplorado, complexo, doloroso. O andar faz-se com respeito, cuidado e competência.

O que a REINTEGRA almeja é subsidiar decisões e ações que apontem para vidas dignas e felizes, nas quais o direito à cidadania seja plenamente exercido — sem a pretensão de deter a solucionática para esta problemática.

Em tempo: guardadas as ressalvas relativas ao estágio inicial do trabalho, estamos às ordens, tanto para receber quanto para fornecer informações. O endereço é:

CECAE / USP

Prédio da Antiga Reitoria

Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, 374, 7º Andar – 05508 – Cidade Universitária, São Paulo, SP

Tel. (011) 813-3222, Ramal 2501

Coordenadora: Marta Gil do Amankay – Instituto de Estudos e Pesquisas sobre Deficiências.

A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS PRÁTICAS SOCIAIS

Regina Marsiglia*

Ricardo Bruno Gonçalves**

Edgard de Assis Carvalho***

A partir desse número trazemos a publicação de comunicações e debates apresentados durante o 2º. ENCONTRO de DOCENTES de TERAPIA OCUPACIONAL em Agosto de 1988. Esse evento, promovido conjuntamente pela Universidade de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas e Universidade Federal de São Carlos, possibilitou uma série de reflexões cuja atualidade dos temas e as importantes contribuições de diferentes profissionais motivou-nos a viabilizar sua divulgação através da REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP. Agradecemos aos colegas que forneceram todo esse material, gravado e posteriormente trabalhado por Marta Carvalho de Almeida, Maria Auxiliadora C. Ferrari, Berenice Rosa Francisco, Roberto Ciasca, Léa Beatriz T. Soares, Maria Heloisa da Rocha Medeiros e Lilian Vieira Magalhães.

As comunicações que vieram enriquecer o Debate desse número, mantendo os contornos da forma da comunicação oral, são contribuições de intelectuais reconhecidos no meio acadêmico, reunidas através do Painel "A PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO E DAS PRÁTICAS SOCIAIS". Os debates foram iniciados através da apresentação das comunicações de Regina Marsiglia, Ricardo Bruno Gonçalves e Edgard de Assis Carvalho.

Prof^a. Regina Marsiglia

Primeiramente queria agradecer o convite para participar desta mesa e fazer votos para que vocês consigam discutir um pouco mais tranquilamente os dilemas que a profissão e a área têm enfrentado, já que não é possível resolvê-los no espaço deste Encontro.

Alinhavei seis pontos para a exposição inicial que dizem respeito ao trabalho de um

conjunto de profissões, entre as quais está a terapia ocupacional. Começaríamos discutindo a concepção de "trabalho", posteriormente de "trabalho profissional", em seguida o trabalho em nossa sociedade, e finalmente o trabalho no campo da saúde, e aí, o trabalho do terapeuta ocupacional.

Uma das características fundamentais do ser humano é a capacidade de transformar, modificar, e atuar sobre o meio em que vive, e, nessa ação, desenvolver uma série de

* Do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Rua Dr. Cesário Mota Júnior, 112 - CEP 01221 - São Paulo, SP

** Do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º. Andar - CEP 01246 - São Paulo, SP

*** Do Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Rua Ministro Godoi, 969 - 4º. Andar - CEP 05015 - São Paulo, SP

explicações a respeito da própria prática: assim na sua gênese tivemos uma união entre a teoria e a prática. No entanto, no decorrer do processo histórico essa união foi desfeita e, mais do que isto, a diferenciação social acabou por permitir que determinados segmentos sociais passassem a monopolizar a produção do conhecimento. Seja o conhecimento filosófico, seja o conhecimento metódico que impulsionou a ciência moderna.

Historicamente também se processou uma divisão no interior da própria prática, levando de um lado à especialização técnica e de outro, à perda de controle do trabalhador sobre seu trabalho.

A sociedade capitalista com o extenso processo de industrialização representou o mais alto grau de divisão técnica e social do trabalho; mas a divisão não se deu somente na produção material da vida. Um processo de parcelamento vai aparecer também no setor terciário de produção, e particularmente no ramo de prestação de serviços. Isto vem acontecendo com a área de saúde, onde a Terapia Ocupacional encontrou sua inserção privilegiada.

A primeira característica da área da saúde é que ela pertence ao ramo da prestação de serviços, e como tal não se envolve imediatamente com a produção material da sociedade. Durante muito tempo os serviços foram destinados aos segmentos marginalizados da população, isto é, aos grupos de indivíduos que não estavam inseridos no processo de produção. A estes se dirigiam as atividades caritativas e filantrópicas de organizações leigas e religiosas.

Após a proclamação da República no Brasil essas atividades vão ter grande impulso e a área passa por transformações importantes: vão dirigir-se também aos grupos de trabalhadores efetivos e constituir-se em atividades sob a orientação do poder público, quando não um conjunto de ações

executadas pelo próprio Estado. Constituir-se uma Previdência Social nos moldes de um Seguro Social, do qual algumas categorias profissionais terão acesso mediante contribuição financeira prévia a esta experiência Wanderley Guilherme dos Santos* denomina de constituição de uma “cidadania regulada” no país.

Este processo permitiu uma ampliação das atividades na área da saúde e transformações importantes na prática institucional: se antes, a prática privilegiada havia sido a asilar, no sentido de “localizar” e “circunscrever” os grupos carentes da população, a partir de então seria preciso buscar uma série de ações de caráter mais técnico que pudessem obter a cura ou deter o processo patológico em desenvolvimento. Além destas, outras ações também se faziam necessárias: ações de prevenção e de reabilitação.

Ao mesmo tempo que o campo se amplia há exigências de incorporação de novas profissões: o campo vai passando por uma divisão técnica do trabalho e um rearranjo das práticas institucionais que implicam em novas acomodações de poder e da hierarquia institucional.

Outro ponto importante a discutir refere-se à concepção do que seja “uma profissão”: podemos analisar uma profissão pelo seu “lado interno”, isto é, pelos elementos que a constituem; mas existe um outro enfoque que privilegia as implicações sociais e as condições em que se dá o exercício profissional. Parece-nos que se estabelecessemos uma ligação entre esses dois enfoques, teríamos realmente uma abordagem mais rica e mais proveitosa para o entendimento das determinações mais amplas de uma profissão. Quando uma profissão se desenvolve, tenta apropriar-se de uma área do conhecimento e obter o domínio de um conjunto de técnicas. Historicamente, algumas áreas do conhecimento foram apropriadas por algumas profissões mais antigas e quando novas

* SANTOS, Wanderley Guilherme, Cidadania e Justiça, Ed. Campus.

profissões surgem para compartilhar o mesmo objeto de atuação, acabam por serem vistas como um conjunto de técnicas apenas. Técnicas com as quais os profissionais podem trabalhar e até ter um certo “monopólio” na sua execução; no entanto esse monopólio não chega a conferir grande autonomia ou maior poder aos que a exercem - o exercício dessas profissões apresenta-se como subordinado ao exercício das profissões dominantes.

Essa tendência tem sido observada no desenvolvimento da área da saúde e entre as “novas” profissões encontramos a Terapia Ocupacional: há uma discussão muito grande a respeito do caráter da profissão e da maneira como deva ser exercida nas instituições.

Outro ponto importante a se considerar é o que denominamos de “exercício liberal” de uma profissão: um trabalho que se realiza com autonomia e independência em que o próprio profissional determina as condições materiais e técnicas de seu trabalho, controla a jornada de trabalho, a clientela a que se destina e o nível de intervenção. Esta forma de exercício profissional tem sido cada vez menos frequente na sociedade capitalista e particularmente na área da saúde. Para a maioria das profissões esta possibilidade já nem existe, mas algumas ainda parecem conservar alguns traços de caráter liberal que podem ser observados pela:

1 — presença de um Código de Ética Profissional;

2 — por uma forma concreta de execução da prática sem caráter rotineiro muito extenso; há sempre uma certa “margem de manobra” em que o profissional pode executar sua prática.

3 — por uma relação algo “singular” com a clientela que se efetiva através de um contato direto com o consumidor de seu trabalho.

A permanência destes traços permite ao profissional, dependendo da maneira como

interpreta o papel profissional, encaminhar algumas propostas de trabalho que ultrapassam a demanda institucional imediata ou a definição do que “seria” para a instituição a atividade daquela profissão, o que de algum modo amplia um pouco o denominado “campo de autonomia profissional”.

Outra característica importante quando se trata de analisar a Terapia Ocupacional é que, como acontece com várias outras profissões, como é o caso da Nutrição, do Serviço Social..., suas atividades se encaixam na prática institucional como auxiliares e subsidiárias às atividades que são essenciais para o atendimento dos objetivos institucionais. O caráter de ação complementar faz com que tenham poucas possibilidades de expandir seu trabalho. Assim, se de um lado, como profissões novas, sem monopólio de uma área de conhecimento, estas profissões parecem meio “fluidas”, o que lhes permite fazer algumas propostas “inesperadas”, ampliar um pouco seu espaço de atuação, de outro lado, o caráter subsidiário fecha-lhes outras “portas.

No caso da saúde, o peso e a hegemonia da prática médica é constantemente apontada: isto pode ser explicado pela antiguidade e tradição da medicina e pela predominância das explicações de caráter biológico no processo saúde-doença.

Sendo esta a explicação dominante, as profissões que detêm o monopólio do conhecimento na área do biológico podem influir mais no poder institucional e estabelecer com as outras profissões, relações de dominação dificultando-lhes ainda mais o exercício profissional.

A introdução e a presença das outras profissões na área da saúde tem ocorrido em meio a uma série de conflitos e algumas tentativas de rearranjo institucional. No meio dos conflitos uma proposta aparece com muita insistência como passível de resolver grande parte da problemática. Por isso devemos nos deter um pouco na sua análise: trata-se de algo que tem se transformado quase que em um “mito” no interior

das instituições, que é a proposta do “trabalho em equipe”.

Sabemos que esta proposta é constantemente apresentada como uma solução para os problemas que afligem as profissões subsidiárias. No entanto, quando se fala do “trabalho em equipe” deixa-se antever uma concepção interessante: não se nega a divisão anterior que se faz em relação ao objeto do trabalho institucional e até se chega a confirmá-la. O que se pretende quando se propõe o “trabalho em equipe” é que haja uma reunião desse objeto, isto é, uma recomposição da totalidade, pela articulação do conjunto das atividades que no interior da prática institucional responderiam por “aspectos” diferentes e parciais do objeto. E se vai além neste raciocínio: considera-se que a maneira mais adequada de recuperar a totalidade do objeto e evitar os conflitos no cotidiano da prática institucional dependeria de uma clara definição prévia das atribuições de cada profissão.

Definindo-se os espaços, os poderes e os monopólios dos profissionais evitar-se-ia conflitos desnecessários e o processo de recomposição do objeto se daria em uma experiência bastante positiva para todos os participantes.

Por trás desta proposta há uma visão muito peculiar: a idéia de que o “todo” pode ser apropriado e dividido de início em suas partes constitutivas, e depois recomposto na sua totalidade pela simples justaposição das partes.

Por outro lado, a idealização do que seja o “trabalho em equipe” é muito diferente entre os vários profissionais e agentes institucionais. Há alguns anos atrás fizemos uma série de entrevistas dentro do hospital a respeito do que os funcionários pensavam sobre o trabalho em equipe. Acabamos por perceber que para os médicos, profissão hegemônica na área, a “equipe” era constituída apenas pelos profissionais médicos, equipe era sinônimo de equipe médica. Quando se passava para os demais profissionais de nível universitário, o discurso se

fazia em torno da necessidade de constituir uma equipe “multiprofissional” o das grandes dificuldades ou, praticamente da impossibilidade de constituí-la, pela falta de espaço e de poder que os profissionais “não médicos” encontravam no exercício de suas atividades. Quando se indagava ao pessoal de nível médio sobre a questão da “equipe” percebia-se que esta questão não os preocupava muito porque tinham mais claramente definidas suas funções; o que mais se constituía como objeto de suas queixas eram as relações de subordinação que mantinham com sua chefia imediata. E, quando se abordava o pessoal de nível elementar eles consideravam que o trabalho em equipe era muito “perigoso” porque poderia permitir que um “colega” jogasse todo o peso e responsabilidade do trabalho sobre ele; preferiam uma divisão de trabalho muito clara e com linhas muito rígidas que isolassem umas funções das outras.

Estamos querendo mostrar com isto que a idéia de que o “trabalho em equipe” pudesse recompor a totalidade e definir melhor os espaços institucionais não era tão consensual e que mesmo a concepção do que fosse uma “equipe” de trabalho era bastante diferenciada entre os funcionários de uma mesma instituição.

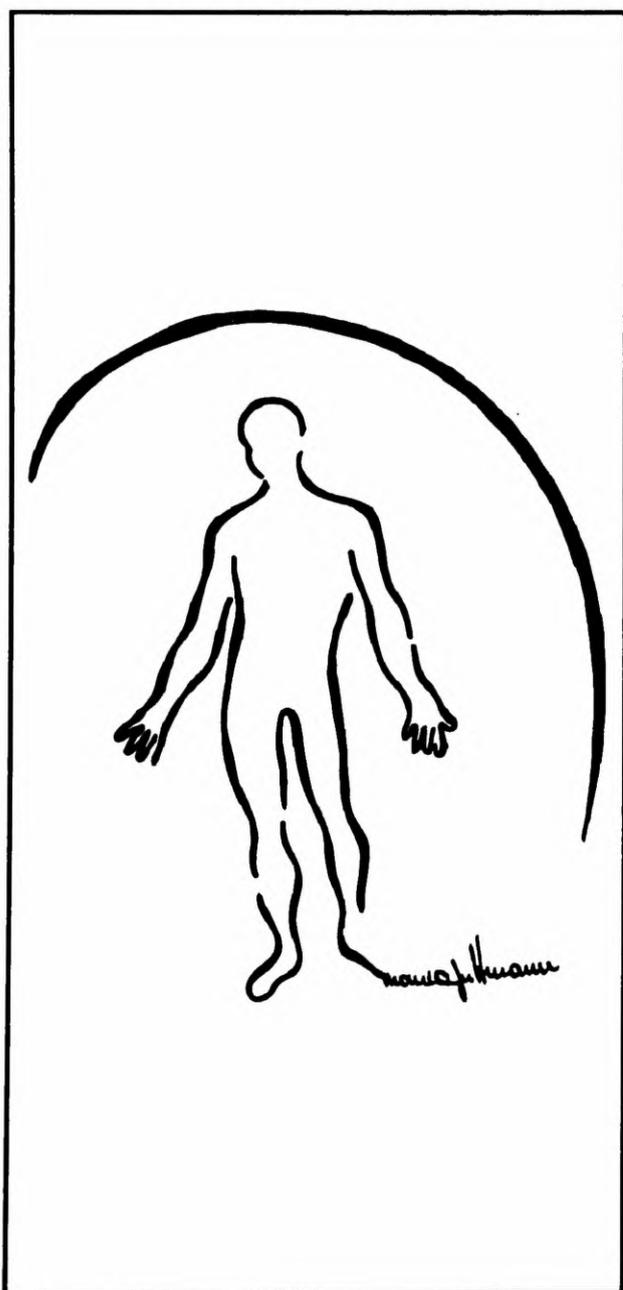
Outra questão em que devemos pensar sobre a possibilidade de recompor o objeto a partir de suas partes: será que não se perde sua unidade? Não seria mais adequado apresentar a questão de uma outra maneira? Isto é, o objeto deveria ser discutido na sua totalidade de início, mesmo que cada profissional pudesse abordá-lo de um determinado ângulo de modo mais profundo, trazendo seu aporte para o conhecimento geral, e a “divisão” só se faria “a posteriori” até para facilitar o momento de execução das ações. A fragmentação do objeto já de início traz problemas muito grandes na sua abordagem, e a recomposição de sua unidade a posteriori parece-nos quase impossível.

Para terminar, gostaria de reafirmar que trouxe estas questões para que pudéssemos pensar um pouco sobre o caráter das profis-

sões subsidiárias nas instituições, como é o caso da Terapia Ocupacional, e até pensarmos um pouco sobre alguns dos “mitos” que se difundem no trabalho institucional, e que merecem ser revistos.

Prof. Dr. Ricardo Bruno Gonçalves

Bem, eu até preferi falar na frente do Edgar, porque uma grande parte das coisas que eu tenho a dizer, de certa forma, ficam embasadas pelo que a Regina colocou antes. Já era mais a minha intenção a de fazer uma provocação, na minha participação preliminar para enriquecer o debate, do que propriamente de fazer uma exposição acabada, amarrada, de qualquer tipo de consideração.



E quando eu vinha vindo, estava pensando se iria conseguir fazer umas tantas provocações sem colocar um quadro de referência. Como a Regina já expos brilhantemente o que eu precisava como referência, posso assumir um tom um pouco mais sistemático em minhas considerações, e talvez assim complementá-la, e possamos conseguir trazer juntos boas sugestões para o debate. Vou tentar. Alguém protestou contra a não apresentação da Regina e eu devo protestar contra a apresentação que a Maria Heloisa fez de mim mesmo. Eu tenho muito orgulho de ter feito curso de graduação em Medicina, como teria muito orgulho de ter feito curso de graduação em qualquer coisa, mas isso é um passado que não tem a ver com minha atividade profissional de 15 anos, que é de pesquisador e professor universitário, não de médico. Até gostaria de ser médico, ganharia bem, mas não sou. Sou professor universitário, desta área de Medicina Social que nem vou tentar dizer o que é, mas que enfim cruza muito com as preocupações que eu percebo que vocês querem discutir. Por isso acho que eu e a Regina estamos aqui: nós somos da mesma área, já há todo esse tempo, pois começamos juntos. E, enfim, uma área na qual as perspectivas mais corporativas das profissões ficam um tanto descombinadas das trajetórias, das tradições pelas quais a gente vem passando. De tal forma que se eu não tivesse alguma coisa a contribuir para que uma profissão, uma qualquer, organizasse melhor as suas lutas e achasse os seus espaços, eu iria esconder essa coisa. Não quero ajudar. Não quero ajudar porque não penso a mim mesmo fazendo parte de um esforço de preservação de espaços profissionais. Tudo que a Regina descreveu, e que enfim sintetiza um esforço de compreensão numa área como a sociologia das profissões, mostra uma maneira de organizar parte da superestrutura de trabalho, em suas relações com a estrutura do trabalho, que corresponde a uma forma histórica de reprodução social na qual vivo, mas que pretendo ajudar, com migalhazinhas, a superar, no sentido de ir mais para a frente, melhorar as coisas.

Nesse sentido de superar, uma das coisas que servem de obstáculo é tomar a profissão como algo desejável ou como algo anistórico, como algo dado, como uma espécie de modelo invariante, a partir do qual a gente tem que deduzir as coisas. O que não quer dizer, tampouco, que se devesse ir para o outro extremo e dizer: abandone-se essa história toda de “profissões”, porque não se deve preocupar com profissões, esqueçamo-nos que existem. Não dá para fazer assim, na história. A gente tem que trabalhar com ela e ao mesmo tempo contra ela, simultaneamente. Mas eu acho importante que vocês pensem o tema da profissão dessa maneira, se é que eu tenho alguma coisa a dizer para vocês: que o meu trabalho de 15 anos repetindo, foi o de percorrer de alguns ângulos, não muitos, junto com muitas outras pessoas, no Brasil e no Mundo, o estudo do trabalho em saúde, tentando reconhecer suas características, e sempre tomando a existência das profissões como um dado estrutural dele, mas como um dado histórico. Bom, uma das provocações que eu queria fazer era justamente a da relação entre a constituição da profissão ou da “subprofissão” e a produção de conhecimento na área. Regina tocou neste ponto e eu vou retomá-lo, particularizando um pouco algumas coisas. É interessante que, embora eu possa estar enganado, mas talvez até pela minha tradição de estudo, eu tenho participado de reflexões desse tipo com vários “tipos”, digamos assim, de profissões na área da saúde, sendo esta a quarta de que eu me lembro. E não com médicos, porque não parece que haja um problema para eles, colocado da mesma forma que para os demais. Entretanto, em dezembro de 1987 participei de um congresso de ética médica no Brasil, no Rio de Janeiro, que refazia o código de ética, um congresso até histórico do ponto de vista de ter adotado uma sistemática de trabalho extremamente bonita que foi a da indicação de delegados por eleição desde as bases até a constituição do colégio que votou o novo código, um código que tem inúmeras atualizações importantes, e no entanto ignora essa temática solene e olímpicamente e não por má fé, mas simplesmente por nem pas-

sar pela cabeça de ninguém que existam outros tipos de trabalhadores e trabalhos na área de saúde que não sejam o dos médicos. E foi isso que eu coloquei em minha participação naquele congresso. Os médicos não realizam o trabalho de saúde inteiro. Dependem eles de um grande número de outros profissionais e trabalhadores, funções do trabalho: por um lado, profissões estabelecidas ou por estabelecer, ou se desestabelecendo, por outro, tanto faz, mas, enfim, não é possível imaginar um código de ética apropriado ao trabalho de assistência à doença apenas a partir dos valores dos médicos. As pessoas presentes só olharam espantadas, porque evidentemente o que acabei de dizer é razoável, mas elas nem tinham pensado nisso, o que não é casual. Há razões que explicam não pensar nisso, assim automaticamente, espontaneamente, como parte da estrutura do trabalho em saúde. É bastante lógico e fácil de intuir.

Depois disso participei de 2 encontros na área de enfermagem, com o mesmo tipo de preocupação. Um deles com ênfase na pesquisa, o outro com ênfase nas rearticulações no trabalho, e um encontro, também, de uma categoria médica “maldita”, que é a dos médicos sanitaristas. “Maldita”, eu digo, porque de certa forma diverge no seu objeto de trabalho do objeto tradicional da medicina e encontra, a partir daí, imensas dificuldades de se profissionalizar, inclusive. Daí que até, às vezes, eles se colocam na posição de perguntar se não será melhor abandonar essa “perspectiva” médica e provocar recompor de outra forma o trabalho, as relações com o resto dos trabalhadores, ao invés de partir de perspectiva tão corporativa. Quer dizer, para eles médicos sanitaristas, a questão da “profissão” aparece como um dado relativo e histórico, de maneira que também é automática. Em todas essas coisas que referi creio que, primeiro, há um fato que se deve registrar e tentar ver se faz algum sentido: a ocorrência, na sociedade brasileira, ultimamente, digamos nessa conjuntura que se atravessa, dessa mesma preocupação simultaneamente em diversos lugares, o que pode ser absolutamente ca-

sual ou estar representando alguma coisa, em termos de crítico, nas relações entre os diversos postos do trabalho, sobretudo quando se repensa a questão saúde e quando se definem alguns de seus parâmetros, como ocorreu na Constituição. O ponto que eu tenho explorado nessas reflexões, junto com os colegas da área de saúde, é sobretudo o da relação da prática com a construção de objetos de conhecimento, que com algumas mediações se transformam em objetos de prática. Uma dessas características de todos os estudos de profissão pelo mundo afora é tomarem a profissão médica como uma espécie de estereótipo. Pode-se supor que seja uma questão de escolher um bom exemplo, mas não se trata exatamente disso: é que como profissão, foram os médicos que fizeram essa coisa, mais do que qualquer outro grupo profissional, e é deles que se infere o que caracteriza a profissão. Uma das características da constituição do médico como profissional, uma das características da organização desse conjunto de trabalhadores na sua relação entre si, com o trabalho e com a sociedade para obter certas prerrogativas através da negociação de certos deveres, mais prerrogativas que deveres, uma das características disso foi ao mesmo tempo subprofissionalizar os outros trabalhadores que participam do mesmo campo. Isso não é uma invenção recente, é parte do resultado de estudos feitos por Freidson nos Estados Unidos. Quer dizer, ele não se profissionalizou apenas a ele, mas profissionalizou-se subprofissionalizando a enfermeira, acima de tudo, e todas as coisas que circulam ao redor do trabalho de enfermagem enquanto função; não dá para desvincular uma coisa da outra.

Qualquer reflexão, qualquer proposta a médio e longo prazo, de repensar um pedaço qualquer do trabalho de saúde e que faça a mesma coisa que os médicos fizeram, ignore os médicos, partindo do suposto de que é possível atuar sem eles, encontrará o mesmo tipo de problema. Quer dizer, em termos de estratégia é preciso pensar em relação ao conjunto do trabalho. E no conjunto do trabalho, tomando por referência o estereótipo

médico de profissionalização, ocorre uma coisa muito original, que é fazer coincidir o objeto de estudo de cientistas que se diziam médicos, com o objeto de prática de médicos que se diziam cientistas. Sendo que todo mundo acreditou nisso tudo, porque até certo ponto isso era verdade. Quer dizer, eles eram práticos e cientistas ao mesmo tempo. No princípio do século passado, até que fazer ciência na área da patologia, da fisiologia e de clínica se tornasse tão complexo, que não fosse mais possível fazer essa coisa junto com a prática médica, pelo menos para a imensa maioria das pessoas que trabalham nesse campo. Mas o médico fez isto que nenhum outro profissional fez com tanta proficiência: juntar investigação e a prática. Evidentemente que esse “juntar” lhe traz uma vantagem muito grande nessa coisa que a Regina definiu como monopólio: a construção - e foi árdua - do monopólio de definir o que é o objeto de trabalho, que também é uma coisa histórica em qualquer área de praxis humana. Não foi por revelação divina que se soube quais são os objetos de trabalho, o homem os recortou sempre, de diversos modos. Numa certa altura da história da humanidade aparece, há muito pouco tempo - um século e meio, dois - aparece um conjunto de agentes sociais que propõe um recorte clínico-biológico, luta por ele, luta com extremo brilhantismo e ganha um monopólio que não encontra paralelo. Uma autoridade que é indisputada de maneira paradigmática. O médico é invejado, eu suponho, não apenas por todos os outros pretendentes a profissionais na área da saúde, mas pelos pretendentes a profissionais em qualquer área. Em termos de acabamento de uma corporação, ele é um exemplo, porque ele é a própria invenção disso. Quem fez a receita de corporação antes? Deduziu-se do médico, como deve ser uma profissão. Enfermeiros, TO's (eu não sei, conheço TO's através de amizades e do trabalho como um trabalho belíssimo, feito pela Léa em São Carlos, uma reflexão a respeito da origem e do desenvolvimento da prática de Terapia Ocupacional) até onde eu conheço, não enxergo muitas diferenças entre terapeutas ocupacionais, fisioterapeu-

tas, fonoaudiólogos, enfermeiros, todos os conjuntos de trabalhos relativamente menos qualificados de enfermagem, administradores, técnicos em informática, etc., etc., e o que mais vá se juntando à constituição desse trabalhador coletivo consciente ou não da sua coletividade, que faz o trabalho de saúde. E todos esses outros trabalhadores têm uma dificuldade seríssima que o médico não tem. Nenhum deles têm, enquanto profissão, um objeto de pesquisa. Todos eles derivam a sua técnica de trabalho de objetos de pesquisa rigorosamente são de outras áreas de conhecimento e/ou outras profissões.

Caso exclusivo de exceção é o do médico. Enfermeiras, por exemplo. Nada proíbe uma enfermeira, como qualquer outra pessoa que um belo dia cometeu a imprudência de fazer qualquer curso de graduação, seja cientista. Só que ela vai construir esse objeto de investigação dentro de uma certa área. A “enfermerologia” é impensável. Assim como a terapia ocupacional, enquanto área de conhecimento, para mim, permanece sendo impensável. Enquanto área de prática, sim. Assim como a enfermagem. A enfermagem faz a sua investigação rigorosamente, predominantemente, na área de administração, na área de psicologia e na área de educação. A Terapia Ocupacional, em áreas conexas do mesmo tipo. A medicina finge que faz a sua investigação na medicina, mas ela faz a sua investigação em fisiologia e patologia, que são ciências conexas. Mas você jamais vai convencer ou questionar que isso não seja um trabalho da corporação como um todo. No caso dos trabalhos subprofissionalizados a coisa aparece ao contrário. E ficam esses trabalhadores como que obcecados à busca de um objeto próprio de conhecimento que talvez não seja achável de maneira nenhuma, porque a questão está mal posta. Pode ser resposta se a gente se distancia, olha o conjunto do trabalhador, e vê objetos situados de outras formas. É mais ou menos evidente, para mim, de longe, e eu creio que é importante que vocês notem isso, mesmo que não seja verdade, que vocês aparecem como

circulando ao redor de um objeto, de conhecimento, não de prática, que se inspirado na mecânica da anatomia humana, é perfeitamente compreensível, mas que certamente escapa a qualquer pretensão de vocês de recortá-lo de novo, ele já está recortado; já está recortado e conhecido, e aí de quem tentar se aproximar dele querendo conhecer outra vez. Se eu penso a terapia ocupacional fora dessa área de reabilitação física, eu vou cair, necessariamente na área de psicologia, que é, até por tradição, uma área onde circulam ao mesmo tempo diversas interpretações da realidade, colidindo, mas no fim, permitindo-se umas às outras, os seus espaços; nessa área a Terapia Ocupacional encontra, para mim, que olho de longe, muito mais inspiração para o reconhecimento de objetos para o trabalho de natureza relativamente autônoma, mas nem por isso encontra um objeto de conhecimento autônomo. Algum crime nisso? Nenhum. Não vejo nada de mais. Você quer fazer pesquisa? Faça. Em psicologia. Quer dizer, o nome dado tradicionalmente àquilo que você está pesquisando é psicologia. Você querer chamar aquilo de outra coisa pode ter um interesse político tático ou coisa que o valha, mas não muda a realidade. Não há uma “terapia-ocupacionalogia” possível, nem “enfermerologia”, nem “medicinologia”, até que se demonstre o contrário, que não está ainda demonstrado. Na aproximação de terapia ocupacional com a psicologia, assim como da enfermagem com a psicologia, assim como a medicina social com a psicologia em certos lugares no passado, abre-se a possibilidade de ainda um novo recorte, uma nova recomposição do objeto para estudo e para fazer suas mediações para a prática, que é social. E tenho dois cientistas sociais aqui do meu lado, para confirmar que certamente isso nem se coloca como questão na área das ciências sociais, do mesmo modo que para nós. Quer dizer, quais são os limites precisos que separam o sociólogo do antropólogo, do economista, do cientista político... Quer dizer, a idéia de profissionalizar o sociólogo, o antropólogo, o cientista político, a não ser o economista, enquanto tais, quer dizer, com sua seara

exclusiva na qual ninguém mexe - porque essa é minha, essa sou eu que sei - é uma idéia estranha, até meio sem sentido, hoje e aqui. Em alguns lugares continua com algum sentido, se comparado com o que acontece na área da saúde. O problema é que eles são realmente cientistas sociais. Nós não somos cientistas coisa nenhuma. Nós somos trabalhadores de saúde que ganharam muito e que pretendem continuar ganhando muito através de revestir o seu trabalho, tecnicamente muito competente, como um trabalho de investigação, quando não é. Há que separar essas coisas, necessariamente. Nesses encontros então, a que fiz referência, de subprofissionais em todos os casos, personagens a procura de um objeto de investigação, muito embora reine ainda uma certa indefinição, creio que é necessário modificar o trajeto para definir essas coisas.

Por isso, para os sanitaristas, os terapeutas ocupacionais, ou enfim, para os médicos também, porque não tenho nenhum preconceito especial contra eles nesse caso, na medida em que "queiram ser profissões", eu não tenho nada a dizer, por que eu não estudei nada que tenha a ver com receitas para construir profissões. À medida em que queiram refletir a respeito da organização do trabalho deles, pensando essa coisa, não como uma caixa vazia que tem que ser preenchida tecnicamente, mas como algo aberto para o futuro, eu acho que o primeiro passo necessário é o de buscar novas aproximações; para substituir aquela mitologia do trabalho coletivo que a Regina descreveu tão bem, por uma reflexão e recomposição de um trabalho que, não obstante as mitologias, é coletivo, como qualquer trabalho sobre a face do planeta é coletivo há muitos séculos. Há muito poucos exemplos de trabalhos que podem e devem continuar sendo exclusivamente individuais. A coletivização resultou em aumento de produtividade. Pior seria voltar para trás, para a miséria. Pensar essa característica coletiva do trabalho como agregação de partes leva a um certo tipo de ideologia, e um certo tipo de compromisso, a certas bandeiras e não outras na recomposição do trabalho em termos

de relações políticas e entre corporações, e relações entre essas corporações e o Estado e a Sociedade que afinal viabilizam a existência delas. Pode-se pensar de outro modo, não obstante. Pode-se, embora a sensibilidade a esse pensar não seja igual por todos os lados, mas eu gostaria que algumas pessoas ao menos, tentassem ir por aí, partir de outros supostos, separar as funções técnicas do trabalho, tais como elas ocorrem em instituições historicamente produzidas e comprometidas com um certo tipo de reprodução social, com a possibilidade de superá-las.

Ir caminhando e pressionando na direção da superação. Não vejo outra forma de fazê-lo senão através de uma reaproximação de todos os tipos de profissionais em saúde, para pensar a base, pensar de onde nós partimos. Está certo que reduzir o problema ao biológico foi uma forma extremamente produtiva de trabalhar a questão, só que foi uma forma que já deu o que tinha que dar, e que pode ser encarada como apenas uma redução operacional para todos os casos. É preciso reencontrar um objeto na prática, o que não quer dizer que o recorte biológico seja uma imbecilidade; ele é bom para certas coisas; é que ele se tornou um mito bom para todas as coisas. Dentro desse mito vocês e nós nunca vamos ter espaço maior do que o trabalhador alienado que cumpre funções parcelares e fica com dramas de consciência. Com sorte, porque a gente até pode fazer congressos e dividir a angústia, e outros não podem, têm que curtir em casa ou no copo. Mas enfim, é o que eu gostaria de discutir, essa forma de redividir, reaproximar o campo entre outros trabalhadores e os cientistas da área de saúde e partindo do pressuposto evidente, até pelas pessoas que estão do meu lado, de que a área de saúde não se fecha em torno de nós, por definição. É um problema aberto. Aonde é que a gente vai fechar? Nós, que pensamos nisso, se é que é para fechar em algum lugar, que tipos de contribuição têm a ver para o que se tem a fazer. É evidente, nem precisa mais demonstração, que as ciências sociais tiveram e continuam tendo um papel muito impor-

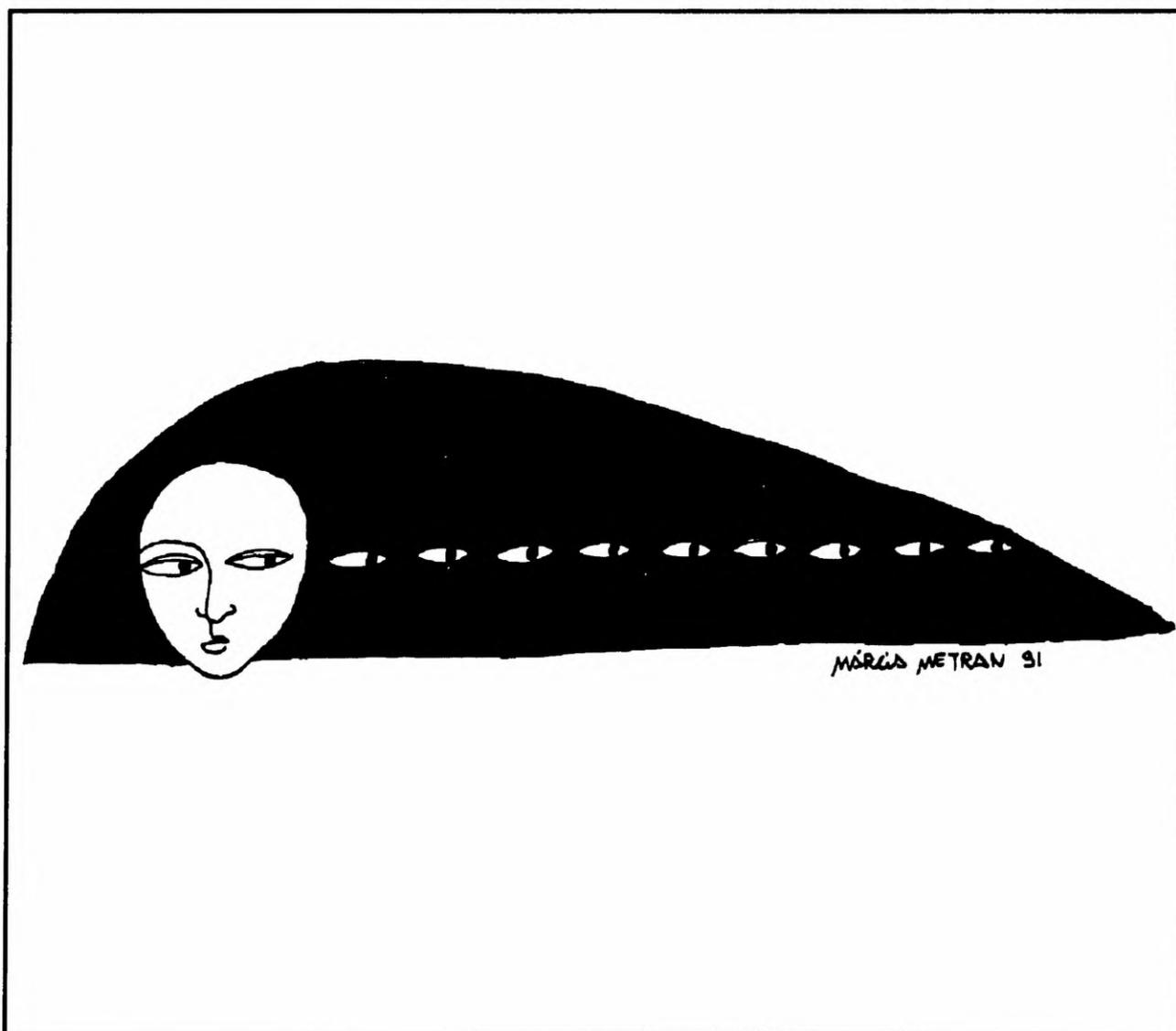
tante, em termos potenciais, de fornecer modos de refletir, temas e objetos sobre os quais refletir, mas isso abre-se para muito mais coisas do que aquelas que a gente já trilhou timidamente. Já buscamos a economia, a sociedade, a antropologia; mas e a geografia, e a lingüística, e a comunicação, e por aí afora? Quero dizer, é necessário cumprir essa tarefa; eu só queria colocar isso para eventualmente, no debate, poder discutir alguns caminhos, algumas experiências. Obrigado.

Dr. Edgard de Assis Carvalho

Nesse pequeno tempo, vou tentar sintetizar algumas direções que a Antropologia vem desenvolvendo na tentativa de construir uma concepção mais unitária da condição humana.

Se vislumbrarmos o fim do século XX constataremos que tanto no plano das ciências sociais, como nas ciências da natureza,

uma super especialização crescente e uma disjunção cada vez maior entre essas duas faces do conhecimento, incapazes de elaborar um diagnóstico mais totalizador da condição humana. Talvez por essa razão, em alguns círculos acadêmicos delineia-se a idéia de que a Antropologia não pode prescindir, dentre outros, dos princípios da relatividade, da indeterminação, da anti-matéria, da cibernética. Isso pode parecer estranho, porque para a Antropologia, o homem foi sempre definido como um ser vivo, animal, vertebrado, primata, mamífero, homicida e racional. A definição do homo sapiens que hoje agrega um segundo sapiens, dada a complexidade que cerca o gênero homo, em seu aspecto evolutivo, terá de incluir a faceta demens, que implica no reconhecimento do lado demente, incerto, inconstante, noturno, imaginal, descomedido pelas ciências sociais mais preocupadas com a especialização e a definição de campos que, ao invés de contribuir para a construção de uma totalização

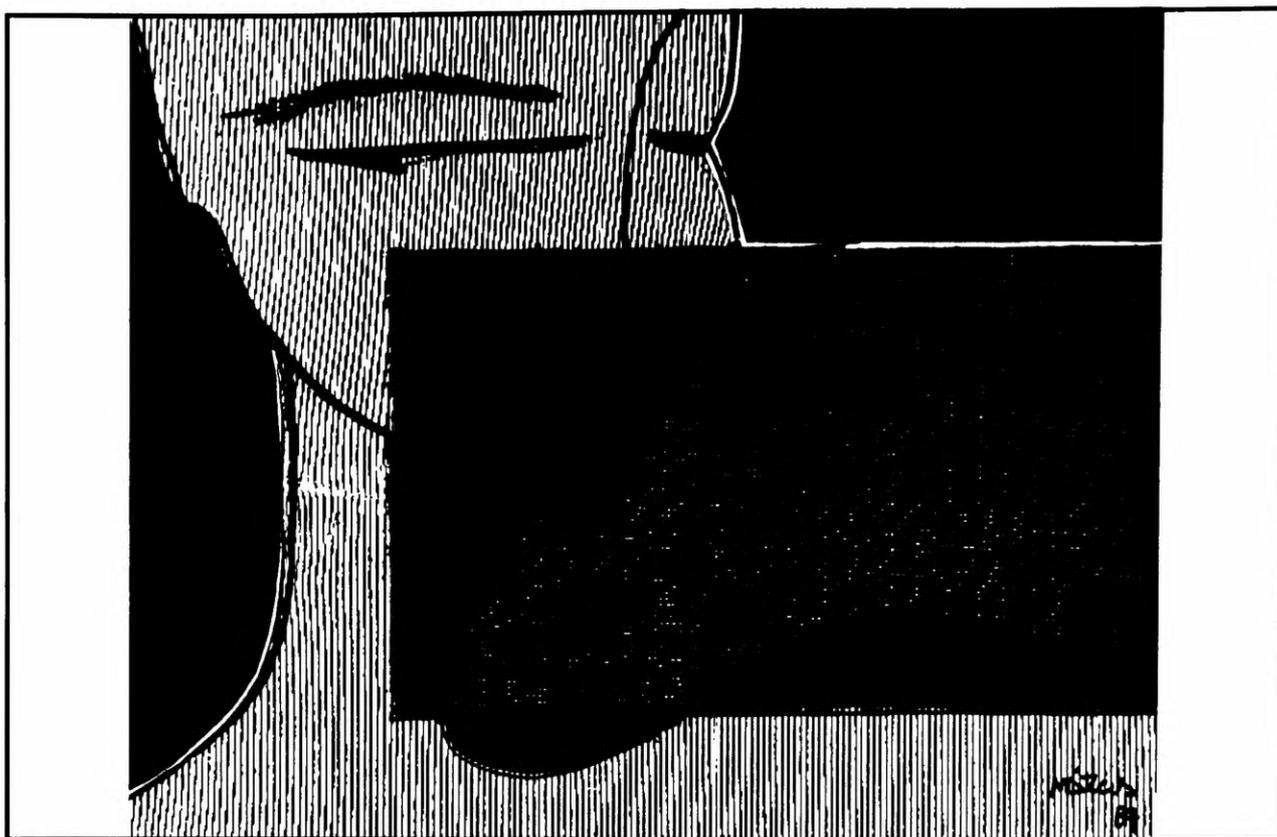


mais ampla, fragmentaram o sapiens sapiens demens, em seus aspectos sociológico, antropológico, político, psicológico, pelo exercício discutível de um monopólio de saber ante o seu objeto de conhecimento. Portanto, todas essas implicam no resgate do papel da ciência. Hoje, no fim do século XX, reconhece-se que é saturado pela superespecialização e pela fragmentação. Se nos voltarmos para o século XVII, veremos que os investigadores propriamente ditos eram amadores, no sentido positivo da palavra, ou seja, ao mesmo tempo filósofos e cientistas, talvez sociologicamente marginais. Hoje, a ciência ocupa um papel institucional central na sociedade, só que ela é subvençãoada, alimentada, controlada pelos poderes do Estado, através de um processo que encadeia um quadrilátero, onde ciência, técnica, sociedade e Estado estão unidos e articulados dentro de uma programação, por vezes, perversa. Aqui cabe perguntar quem são esses cientistas novos que estão aí, no fim do século XX? Fala-se muito que os cientistas são servidores de dois tipos de causas. A primeira, a da ética do conhecimento, exige que tudo seja sacrificado à sede para conhecer, e a segunda, que é o da ética cívica e da ética humana e que tem a ver com o problema da responsabilidade do pesquisador. Mas que significa ser responsável? A responsabilidade é um conceito, ou uma noção da ética humanista, que só tem sentido para um sujeito consciente. A ciência, entretanto, pode vislumbrar a responsabilidade de outra forma, entendendo-a como o não sentido, a não ciência, fatos que diante de olhos desavisados podem gerar a imagem de um investigador irresponsável, por princípio e por profissão. Mas, em sentido inverso, propiciar o próprio progresso e avanço do conhecimento científico. Certamente, esse avanço implicará na superação da dicotomia entre ciências humanas, sociologia, antropologia, filosofia e ciências da natureza, para reclassificá-las como ciências da vida. Nessa direção é que a Antropologia passa a ser entendida como uma ciência bio-antroposociológica como quer Edgar Morin, preocupado com a construção de um paradigma novo para a expli-

cação do homem, homem esse que é ao mesmo tempo biológico, cultural, antropológico e político. Mas o que é paradigma? Se pudéssemos dar uma definição concisa diríamos: o paradigma é um sistema de idéias, que comanda a construção de um determinado momento da evolução de uma ciência. No plano das ciências em geral, seriam identificados dois tipos de paradigmas. Um disjuntivo que separa definitivamente o sujeito do objeto, o ego cogitans das nes extensa. Se a culpa da introdução desse paradigma fosse exclusivamente de Descartes, é questão demasiado complexa para os limites desse debate, mas parece certo poder afirmar que a disjunção contaminou a atividade científica por mais de dois séculos e o faz até hoje.

Mais recentemente, alguns filósofos das ciências vem chamando essa paradigma de paradigma da simplicidade, termo bastante pejorativo, mas que tem seu fundo de verdade. Em contrapartida, uma outra tendência pretende investir no inverso, ou seja, no paradigma da complexidade que, por estranho que possa parecer, não foi imaginado pelos cientistas sociais, mas pelos cientistas "exatos" com grande destaque para os físicos. Embora não seja consensual, alguns deles tentam aproximar a física moderna das doutrinas do taoísmo, como se encontra demonstrado nos trabalhos de Fritjof Capra, autor de *O Tao da Física e Ponto de Mutação*, ambos já traduzidos no Brasil. Agora, qual é a intenção desses pensadores? Certamente não é apenas construir uma nova física, mas também pensar num novo caminho para a sociedade do século XXI. São intelectuais que saem de sua especialização e arriscam fazer prognóstico ou talvez prospectivas para o século vindouro, criadores talvez de um novo humanismo.

Os cientistas da sociedade ainda são muito reticentes a esse tipo de abordagem, muito mais apegados às suas especializações e esquemas mecanicistas de interpretação do que às investidas para o futuro. Nesse plano é que a Antropologia ocupa lugar exemplar. De índios a camponeses, de pros-



titutas a homossexuais, de grafiteiros de banheiros a punks, nas últimas décadas a Antropologia no Brasil vem contribuindo para a construção de um mosaico inarticulado das diferenças, para um exotismo, contrário, interno à própria sociedade, num esforço etnográfico, por vezes até bem sucedido, que tenta demonstrar que os setores despossuídos também são portadoras da capacidade simbólica em seu sentido mais amplo. Poucas são as tentativas que tentam demarcar as potencialidades do imaginário radical, das constantes sócio-históricas e das identidades e propor frentes de colaboração em outras áreas do saber sem se preocupar com a falsa questão das fronteiras disciplinares.

Penso que a única saída talvez seja a construção de uma ciência transdisciplinar capaz de unir ou reunir partes antes não comunicantes como os físicos com o Tao, os antropólogos com o biológico e tantos outros.

Para encerrar gostaria de alinhar alguns princípios do paradigma da complexidade, cujo objetivo maior talvez seja a criação de situações de inteligibilidade que forneçam ou possibilitem a transdisciplinaridade. O primeiro se fundamenta na questão da validade, e ao mesmo tempo na

insuficiência do princípio da universalidade. A universalidade seria algo a ser complementado pelos princípios locais e pelos princípios singulares, ou seja, a ser desabsolutizado. Um segundo princípio diz respeito ao reconhecimento e integração da irreversibilidade do tempo, princípio complexo que tem a ver com os conhecimentos da física, da biologia moderna, e mesmo das ciências humanas. Esse princípio deve ser relativizado e pensarmos na possibilidade de um tempo reversível. Não um tempo que volta ao passado, não um tempo de retorno ou de eterno retorno, mas um tempo que se utiliza do passado e se utiliza da tradição, se utiliza da classicidade para construir o futuro. Um terceiro princípio diz respeito à causalidade complexa, introduzida pelos grandes sistemas interpretativos como o Marxismo e o Freudismo. Sem dúvida nenhuma, Freud e Marx foram os grandes introdutores do princípio da complexidade e não devem ser reduzidos a um sistema de causalidade simples e mecânica. Afirmam os filósofos da ciência, com toda razão, que nos dias atuais observa-se uma degradação dos grandes sistemas explicativos e principalmente aqueles construídos por Marx e Freud. Torna-se necessário retomar esses pensadores e entendê-los como teóricos das casualidades complexas e multifocais, pen-

sadores da cultura, das expressões simbólicas em sentido amplo. O quarto princípio diz respeito à relação entre observador que concebe e o objeto concebido. Introduce problemas complexos na questão da teoria do conhecimento. Afinal de contas o que é conhecer, o que é esse trajeto que, dos sujeitos, aos “objetos do conhecimento”. Em alguns domínios os Antropológicos, hoje, põem-se em dúvida a própria construção do objeto. Faz-se uma pesquisa sobre um tema específico e constrói-se o texto. As dúvidas postuladas não dizem respeito mais a saber se o texto é a expressão da verdade daquilo que acontece no espaço/tempo cotidiano, mas se o texto está revelando ansiedades, problemas, vivências subjetivas que podem empanar o “critério de verdade” a ser atingido pela e na pesquisa.

Não mais a subjetividade do texto, mas a subjetividade do autor. Qualquer construção feita sempre coloca em dúvida a subjetividade do autor, que está no texto, que às vezes modifica o texto, que às vezes não diz o que o outro pensa, às vezes não revela o que o outro diz, que o outro quando diz também diz mediado por uma série de questões. No limite chega-se a questionar se é possível o conhecimento científico, portador de uma racionalidade própria. Um quinto princípio refere-se à forma de pensamento criativo que visa a construção de macro conceitos para as ciências da vida e do homem através de um princípio discursivo complexo que exige três condições. A primeira que o cérebro seja entendido como um conceito biológico. O espírito, no sentido amplo da palavra como um conceito psíquico e o aparelho neuro-cerebral como

um conceito organizacional. Nessa tríade é que Edgar Morin pensa fundar a antropologia da complexidade, um novo paradigma para a interpretação do mundo. Se isso vai ser construído até o século XX terminar, também não se pode afiançar. Sem dúvida nenhuma esse horizonte implicará numa nova forma de organização do saber, de atividade intelectual e uma nova forma de conceber o que é pesquisa, uma visão transdisciplinar capaz de demolir definitivamente as fragmentações onde as especializações instituídas se convertam em modalidades convergenciais do pensar.

Termino com uma citação integral de Michael Foucault, um dos maiores intelectuais do século que se finda, em “O Nascimento da Clínica” e que expressa todas essas inquietações aqui delineadas sobre o progresso e o futuro da ciência. Diz Foucault: “É, sem dúvida, decisivo para a nossa cultura que o primeiro discurso científico enunciado por ela sobre o indivíduo tenha tido que passar pelo momento da morte. É que o homem ocidental só pode se constituir a seus próprios olhos como objeto de ciência, só se colocou no interior da sua linguagem científica, e só se deu nela e por ela, numa existência discursiva, por referência à sua própria destruição, ou seja, da destruição da morte. Da experiência da desrazão nasceram todas as psicologias. E a possibilidade mesma da Psicologia. Da colocação da morte no pensamento médico nasceu uma medicina que se constituiu uma ciência do indivíduo. E de modo geral, a experiência da individualidade na cultura moderna está, talvez, ligada à experiência da morte”. □

DESCRITORES

CONGRESSOS. TERAPIA OCUPACIONAL. OCUPAÇÕES EM SAÚDE, história

KEY WORDS

CONGRESSES, OCCUPATIONAL THERAPY. HEALTH OCCUPATIONS, history.
HEALTH OCCUPATIONS, tendencies

UM MODELO DE OCUPAÇÃO HUMANA — PARTE 4 AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO (modelo de tratamento, teoria)

**Gary Kielhofner
Janice Posetary Burke
Cynthia Heard Igi**

Tradução: Maria Auxiliadora C. Ferrari

RESUMO

Este artigo completa uma série de quatro partes que apresentaram um modelo de ocupação humana para aplicação clínica. A determinação e o planejamento de tratamento foi o foco do presente artigo. Quatro casos, cada um de um ponto diferente da linha contínua da vida, foram apresentados para demonstrar como o modelo pode ser aplicado. Esses casos são somente indicações de algumas das múltiplas formas pelas quais o modelo pode orientar o terapeuta na prática clínica. O modelo é somente um instrumento para uso. O terapeuta, como um artesão habilidoso, deve tornar-se proficiente na aplicação afim de que o instrumento seja eficiente.

Este artigo, o último de quatro, completa a apresentação de um modelo de ocupação humana. Sua finalidade é ilustrar como um modelo de ocupação pode ser aplicado na prática clínica. São descritas as três principais suposições a respeito da terapia ocupacional, que formam a base deste modelo; são revistas as três partes do modelo apresentado anteriormente e é discutido o uso do modelo na avaliação, a fim de gerar planos de tratamento. Quatro casos são usados para demonstrar a avaliação e a intervenção.

Os três artigos precedentes desta série propuseram diversas facetas de um único modelo de ocupação humana. Este modelo, declarou-se, podia orientar a prática em todas as áreas de incapacitação e em inúmeros locais. O modelo em si é somente um instrumento que organiza as matérias de uma

ciência mais ampla da ocupação humana. Este artigo consigna o processo de usar-se o modelo como instrumento na prática.

Três suposições formam a base de aplicação deste modelo na prática. Reilly enfatizou que a terapia ocupacional está dirigida para capacitar o Homem a satisfazer sua necessidade inata de “ocupação e... os ricos e variados estímulos que, resolvendo os problemas da vida, o abastecem” (1, p 5).

De acordo com essa suposição principal, os seres humanos são criaturas ocupacionais que não podem ser saudáveis na ausência de ocupação significativa. Reilly também declarou a segunda suposição: “O homem, através do uso de suas mãos, quando elas são energizadas pela mente e pela vontade, pode influenciar o estado de sua

própria saúde” (1, p 2). De acordo com essa assertiva, a ocupação pode moldar a saúde de uma pessoa e pode assim servir como um meio para a saúde.

As duas primeiras suposições afirmam que a ocupação é *tanto uma atividade humana básica, essencial à saúde, como um processo de cura*. Uma terceira assertiva é que para que a terapia ocupacional seja instrumental como um meio para um fim, ela deve personificar as características do próprio fim. Isso significa que a terapia ocupacional deve ser verdadeira “ocupação”. A terapia deve englobar as características de intencionalidade, desafio, realização e satisfação que compõem cada ocupação. Portanto, uma teoria de ocupação é crítica na prática.

A idéia de que, engajando-se na ocupação planejada como terapia, o Homem pode restaurar, aumentar e manter sua habilidade como criatura ocupacional é a base da terapia ocupacional. Uma teoria da ocupação humana serve para justificar o compromisso da profissão com a ocupação como uma meta valiosa para a terapia. Ela demonstra também como a terapia deve ser organizada e executada. Este último uso de uma teoria da ocupação é o propósito principal deste artigo.

Nos primeiros três artigos desta série (2 - 4), diversos conceitos diferentes, relevantes para uma compreensão da ocupação, foram interrelacionados num modelo proposto de ocupação humana. Esse modelo pode servir de diversas maneiras para orientar a prática. Ele apresenta uma descrição da organização e ontogênese normais ou usuais da ocupação na cultura ocidental. Como tal, ele pode ser usado como um guia ou uma medida para identificar a desorganização de comportamentos e desvios de padrões de ontogênese. O modelo demonstra também as relações organizadas entre as entidades conceituais. Assim, o modelo pode servir como um guia para a determi-

nação, apontando quais as áreas (conceitos) que são importantes de serem consideradas na determinação. Ele fornece, também, um guia de referência para orientar a interpretação das informações de um paciente ou cliente que podem ser comparados à organização do sistema demonstrado pelo modelo.

A aplicação do modelo requer que a terapia seja conceituada como um processo *organizador*. O modelo demonstra como o comportamento ocupacional é organizado e serve tanto como um esquema de referência para a interpretação de comportamentos desorganizados, como para tomar decisões a respeito do tipo de ocupação que deve ser empregada na terapia para organizar o comportamento. O conceito de organização é central ao modelo e, assim, para a determinação e a intervenção. As relações componentes e seqüências da ontogênese postuladas pelo modelo caracterizam o comportamento organizado. A compreensão de como as partes do modelo estão interrelacionadas e como elas estão seqüenciadas é importante para o emprego do modelo na terapia. Os casos que se seguem neste artigo demonstram o foco na organização do comportamento. A disfunção é conceituada como uma desorganização no sistema. Similarmente, a terapia é vista como um processo no qual o sistema experimenta um envolvimento organizante em ocupações planejadas.

O modelo deve ser visto como um instrumento flexível, que permite variação em sua aplicação, ao invés de um padrão rígido. Cada terapeuta deve achar útil empregar o modelo de maneira que coincida com seu próprio estilo de pensar e de resolver problemas. O que é mais essencial para uma aplicação válida do modelo é uma compreensão dos conceitos e interrelações que ele postula. Este artigo demonstrará as formas nas quais os autores foram capazes de usar o modelo como orientador na prática, em locais com populações diferentes de pacientes.

O Modelo de Ocupação Humana

Como prefácio para discutir a aplicação do modelo na prática, esta secção familiarizará brevemente o leitor com o modelo apresentado anteriormente. Para um retrato mais detalhado, queira referir-se aos três primeiros artigos (2 – 4).

A estrutura e o conteúdo do modelo explicam a ocupação humana como um sistema aberto (2). Um sistema aberto interage com seu ambiente e está constantemente mudando, como função dessa interação. A interação de um sistema com seu ambiente é um processo de “input”, “output”, “throughput” e “feedback”. Os sistemas abertos são espontâneos e operam de acordo com certas características inatas. Essas características inatas do sistema, que formam a base e energizam a ocupação, são o impulso humano básico de explorar e dominar o mundo, que é expresso em trabalho e divertimento. O sistema, com sua força inata na interação com o ambiente, organiza seu próprio comportamento (2). A organização social do grupo humano que permite que seus jovens brinquem e requer que seus membros adultos produzam para si e o grupo é uma dimensão crítica do ambiente que molda a ocupação.

A organização interna de um sistema aberto é conceituada como vários subsistemas interrelacionados (2). Este modelo propõe três subsistemas, cada um dos quais servindo a uma finalidade diferente. Os subsistemas estão organizados dentro de uma hierarquia, sendo que os mais elevados governam os inferiores. Cada subsistema tem sua própria estrutura e função, o que determina sua contribuição ao sistema total. A estrutura refere-se à composição interna ou componentes. A função é a forma particular pela qual um subsistema contribui para o “output” do sistema.

Neste modelo, o *subsistema da vontade* é o subsistema de nível mais elevado (2). Sua função é ordenar o comportamento. Ele orienta as escolhas de ação do sistema. Sua

estrutura envolve três componentes - *causação pessoal*, metas valorizadas e interesses. A *causação pessoal* refere-se às crenças do indivíduo acerca da eficiência da ação; ela orienta a ação de acordo com a crença de que uma dada ação, ou um conjunto de ações, tem a probabilidade de conseguir resultados desejados ou permitir o domínio sobre o mundo. As *metas valorizadas* referem-se àqueles fins em relação aos quais o indivíduo deseja comprometer-se numa ação sustentada. Os *interesses* referem-se à disposição de engajar-se em ações, por sua própria causa, e por causa dos resultados agradáveis que elas podem conseguir. A *causação pessoal*, as metas valorizadas e os interesses contribuem para a influência do subsistema da vontade sobre a propensão de ação do sistema. Combinados, eles determinam o que o sistema escolhe fazer. Uma vez que este subsistema determina o que o indivíduo acha agradável e satisfatório fazer, ele deve estar em harmonia com outros subsistemas internos e com as exigências do ambiente. Se há uma brecha entre o subsistema da vontade e a estrutura de um outro subsistema ou nas exigências do ambiente, pode seguir-se a desorganização do sistema.

O segundo subsistema é o *subsistema do hábito* (2). Sua estrutura é constituída de hábitos e papéis interiorizados. Ele funciona para manter a ação. Este subsistema orienta o “output” de ações que não precisam estar aprovadas através da escolha e que são rotineiras e largamente inconscientes. Por exemplo, quando os comportamentos originalmente energizados pelo interesse tornam-se rotineiros, sua organização torna-se a função do *subsistema do hábito*.

Os *papéis interiorizados* referem-se às expectativas, do ambiente, de produtividade que foram incorporados na composição interna do subsistema do hábito. Os papéis interiorizados são importantes para a habilidade, do sistema, de satisfazer as demandas do ambiente de desempenho consistente. Os *hábitos* são rotinas organizadas de comportamento. Eles incorporam habili-

dades em padrões de ação que podem funcionar automaticamente sem a atenção consciente do ator.

O conceito de organização é central ao modelo e, assim, à determinação e à intervenção.

Uma vez que o sistema não pode estar constantemente atendendo a todas as suas ações ou constantemente fazendo escolhas de ações, este subsistema governa as ações automáticas, rotineiras e habituais.

O *subsistema de desempenho* é o terceiro subsistema, de nível inferior (2). A função deste subsistema é produzir ação. Sua estrutura consiste de *habilidades* – ações sociais, cognitivas e/ou físicas, organizadas para um fim. Uma habilidade envolve a integração de componentes diferentes como: anatomia, cognição, etc. As habilidades organizam os componentes do organismo em padrões de ação que realizam um determinado fim sob quaisquer condições existentes no ambiente. Tanto o subsistema da vontade como o de hábito podem disparar o sistema em direção ao emprego de uma habilidade. Uma vez que o sistema esteja em ação, este subsistema serve como um guia, controlando a qualidade das ações e dando a elas aquela característica chamada de habilidade.

O sistema aberto de ocupação humana é conceituado como sendo composto dos três subsistemas precedentes. A organização destes subsistemas no decorrer do tempo depende da interação do sistema com seu ambiente (2). Essa interação é conceituada como um processo que envolve “*troughput*”, “*output*”, “*feedback*” e “*input*”. A principal preocupação deste modelo é com como a informação é processada na interação, já que a ocupação é concebida como ação intencional, informada.

O *input* refere-se à informação que entra no sistema vinda do ambiente. As expectativas do grupo social, de desempenho individual, é um exemplo de tais informações entrantes. O *troughput* refere-se a como a

informação é organizada dentro do sistema para realizar o *output*. Cada subsistema e seus componentes requerem e organizam as informações para a ação. Por exemplo, os valores, as habilidades e os hábitos, todos eles contêm informações sobre o indivíduo e o ambiente e usam isso para organizar as ações à sua própria maneira. O *troughput* processa a informação entrante e determina o *output*. O *output* do sistema refere-se tanto à informação como à ação que o indivíduo põe para fora, no ambiente. A expectativa de que alguma ação será agradável é um exemplo do *output* informador. A ação pode ser física ou social e sempre envolve alguma habilidade. Ela pode ser orientada ou pelo subsistema de nível mais elevado, dependendo se a ação é habitual, ou pelo produto de uma escolha consciente.

O *feedback* completa o ciclo do sistema aberto. É o meio pelo qual o sistema é informado sobre os resultados de suas ações. A informação do *feedback* influencia a organização subsequente dos subsistemas.

A exploração, o impulso de manipulador, com curiosidade, o ambiente produz habilidades. À medida que o sistema usa essas habilidades, o impulso de ser competente assume e, através da prática, as habilidades são organizadas em hábitos.

Por exemplo, o *feedback* de uma ação orienta o aprendizado de uma habilidade, determina se uma determinada atividade é interessante ou não e deixa o sistema saber qual é a reação do ambiente ao seu desempenho no papel. Este tipo de informação influencia a formação e a modificação da estrutura dos subsistemas e, conseqüentemente, de suas funções. Assim, a interação do sistema com seu ambiente sempre afeta a organização interna do sistema e influencia a direção de mudança.

Ontogênese

A segunda parte do modelo descreveu a mudança do sistema no decorrer do tempo (3). Esta parte apresentou duas propriedades do sistema: 1) estágios de mudança e

2) transformações que acontecem na organização da ocupação durante a extensão da vida. A mudança no sistema é conceituado como acontecendo em três degraus hierárquicos. A mudança é energizada principalmente através do subsistema de vontade, quando o sistema escolhe alternativas de ação e é, por sua vez, influenciado por essas escolhas à medida que as ações acontecem. O subsistema da vontade é indiferenciado no nascimento e consiste somente do impulso global para explorar e dominar o mundo. As ações e experiências subsequentes diferenciam este subsistema em metas valorizadas, causação pessoal e interesses. Esses três componentes interagem-se de tal forma que produzem motivos que orientam o sistema na ontogênese normal. Esses motivos são: primeiro, a exploração, depois a competência e finalmente, a realização. Isso significa que a propensão do sistema, na mudança, será primeiro explorar, depois usar a informação obtida através da exploração para engajar-se competentemente no ambiente e, finalmente, buscar a realização, empregando as habilidades obtidas para desempenhar papéis. Esses três estágios do subsistema da vontade correspondem ao desenvolvimento de habilidades, de hábitos e de papéis no sistema. A exploração, o impulso para manipular com curiosidade o ambiente, cria habilidades. Quando o sistema usa essas habilidades, o impulso para ser competente assume e, através da prática, as habilidades são organizadas em hábitos. No estágio final, o impulso de realização impulsiona o sistema para reagir aos padrões externos de desempenho e um senso interno de excelência. À medida que o indivíduo procura a realização de metas pessoais valorizadas, as ações tornam-se organizadas em papéis interiorizados.

Esse processo de três estágios é repetido a cada vez ou a cada período da vida em que o indivíduo se encontra em contato com novas situações ou quando novas atividades são tentadas. É um processo necessário para organizar o comportamento de forma a satisfazer as demandas ambientais. Esse processo também é crítico quando os pacientes

ou clientes precisam aprender a lutar com a incapacitação. Ele caracteriza a reação organizada do sistema às demandas de adaptação do ambiente. Qualquer adulto que, competentemente e para sua própria satisfação, desempenha algum papel produtivo, organizou esse comportamento através desses três estágios.

A segunda propriedade da ontogênese do sistema é a carreira humana (3). O conceito de carreira é usado para descrever a história e a continuidade das mudanças no decorrer do tempo, numa macro escala. Os estágios de mudanças descrevem as principais mudanças na ocupação durante a extensão da vida. São descritos quatro estágios familiares - infância, adolescência, idade adulta e velhice. Cada um deles é caracterizado por uma configuração ou um padrão de trabalho e de agir diferente. O movimento de um estágio para o seguinte representa uma reorganização dos padrões ocupacionais diários. Na infância, brincar é a forma predominante de ocupação e serve como uma arena de aprendizado que é preparatória para o mundo adulto do trabalho. No brincar, a criança aprende e adquire valores, interesses, um senso de causação pessoal, hábitos e habilidades. Brincar é a principal interação entre a criança e seu ambiente, que organiza o sistema. No decorrer do tempo, demandas crescentes de produtividade são feitas à criança que aprende a executar pequenas tarefas e ser independente no cuidar de si própria. Ao fim do período da infância, o indivíduo é produtivo para si (cuida de si próprio) e já começou a ser produtivo para o grupo social. Durante a adolescência, as demandas de produtividade aumentam substancialmente e o processo de comprometimento com o papel do trabalhador é iniciado. Brincar continua a ser uma importante arena para aprender, embora agora as demandas de desempenho no brincar sejam maiores e envolvam a cooperação e a competição.

Na idade adulta, o indivíduo já entrou usualmente em algum papel principal de trabalho dentro da família ou de outro siste-

ma social. O indivíduo aprendeu a ser produtivo para o sistema social e, ao mesmo tempo, a encontrar satisfação no desempenho daquele papel ocupacional. Para o adulto, o brincar é a relaxação e recreação, e serve para amparar o papel de trabalhador. O brincar do adulto também serve para manter interesses, consolidar metas valorizadas e fornecer uma arena onde novas idéias e atividades podem ser exploradas. Quando a incapacitação ocorre na idade adulta ou quando algum tipo de ruptura acontece na organização do sistema, o brincar é ainda uma arena crítica na qual o comportamento pode ser organizado. Isso é porque as artes e habilidades e esportes que caracterizam o brincar do adulto são tão importantes para a terapia ocupacional.

Na velhice, o indivíduo deixa o papel de trabalhador pelo de aposentado ou exige-se que ele deixe outros papéis ocupacionais produtivos mas não pagos. A transição pode ser abrupta ou lenta, mas quase sempre ela envolve um abandono de produtividade. Nesse estado, o idoso deve encontrar satisfação crescente no lazer, que é uma esfera principal de ocupação na velhice.

Na transição de um estágio para outro, o indivíduo deve reorganizar os padrões temporais diários. Ele ou ela deve adquirir uma nova organização de interesses, de metas valorizadas, de hábitos e assim por diante. Cada transição requer uma ação reorganizada do sistema. As transições, muitas vezes, são particularmente tempos enfadonhos que podem resultar em malogros de adaptação. Esses são pontos nos quais a intervenção da terapia ocupacional pode servir para restaurar um curso normal de ontogênese ocupacional.

Ciclos benigno e malévolos

Embora o conceito de carreira humana possa orientar o tratamento de uma forma geral, ele não prevê nenhuma explicação detalhada para os problemas no sistema. A terceira parte do modelo introduz o conceito de ciclos benigno e malévolos, os quais for-

necem tal explicação (4). A mudança num sistema significa uma mudança de afazeres na disposição daquele sistema e em sua relação com o ambiente. O conceito de ciclos benigno e malévolos inclui este tipo de mudança mais uma trajetória. A trajetória refere-se à direção da mudança. Muitas trajetórias são construídas em sistemas sociais e afetam o curso da mudança no sistema, com o correr do tempo. Um exemplo é a carreira humana esboçada anteriormente. Uma outra trajetória é a progressão das séries na escola. Esses são exemplos de trajetórias benignas. Uma trajetória malévola é aquela que envolve a desorganização do sistema e o malogro da adaptação, tal como a deterioração de um paciente terminal com carcinoma ou depressão crônica que leva ao suicídio.

Uma vez que qualquer trajetória depende da interação de um sistema com o ambiente, o processo é chamado de ciclo benigno ou malévolos. Um ciclo benigno está presente quando o indivíduo está desempenhando competentemente as exigências ocupacionais de seu ambiente e está satisfeito com esse desempenho. Um ciclo malévolos ocorre quando ou a satisfação interna ou as demandas externas, ou ambas, não são satisfeitas.

Um ciclo benigno ou malévolos é identificado examinando-se as mudanças que estão acontecendo nos subsistemas (sua estrutura e funções) e na interação entre o sistema e seu ambiente (4). Examinando-se esses fatores, pode-se propor uma explicação para qualquer ciclo malévolos. A explicação do ciclo malévolos é uma informação importante para o tratamento dos pacientes ou clientes. Quando um ciclo malévolos é identificado e explicado na determinação, o modelo permite determinação de quais partes do sistema ou quais interações do sistema com o ambiente estão contribuindo para o ciclo malévolos. Essa informação orienta as decisões a respeito de onde começar a terapia a fim de reverter o ciclo malévolos e restabelecer um ciclo benigno.

Em suma, o modelo serve para orientar o tratamento: 1) identificando conceitos críticos que devem ser observados na avaliação; 2) propondo como o comportamento é organizado e fornecendo, assim, um esquema de referência para identificar a desorganização do comportamento; 3) pressupondo uma seqüência de mudanças que caracterizam a adaptação e que podem ser usadas para organizar a terapia; 4) propondo o conceito de carreira com estágios de mudança na ocupação humana, que serve como padrão na determinação; e 5) fornecendo uma explicação de função e disfunção no conceito de ciclos benigno e malévolos, o que permite uma explicação sobre o fracasso de adaptação de um sistema e serve para orientar um plano para reorganizar o sistema através da terapia em direção a um ciclo benigno. Cada uma dessas características do modelo fornece uma alternativa de uso na terapia. A forma particular que o modelo é usado pode depender do local, da população de pacientes e do terapeuta. As diversas facetas do modelo são simplesmente possibilidades de conceituar o tratamento.

Usando o modelo para determinação e planejamento do tratamento

O modelo é uma fonte de orientações concretas para que as informações devem ser coletadas e de guias conceituais para interpretar e integrar as informações nos planos de tratamento. Ele pode indicar que informações são importantes e, uma vez coletadas, o que elas têm probabilidade de significar. Porque o modelo é complexo e multifacetado, não há uma única maneira de usá-lo. Entretanto, algumas orientações gerais são apresentadas aqui.

A determinação deve produzir informações sobre diversas categorias conceituais sugeridas pelo modelo. Essas características são usualmente os subsistemas, o processo de *input*, *throughput* e *output*; o ambiente e os estágios do ciclo da vida. As relações, postuladas pelo modelo, dessas categorias conceituais, auxiliam a determi-

nar como as informações são organizadas e interpretadas.

O significado das informações da determinação é incompleto até que diversas ou todas as partes (categorias conceituais) do modelo sejam apresentadas nas informações acerca do indivíduo. A descrição composta é usada para gerar planos para o processo de intervenção. A descrição composta do problema inclui a história de experiências, circunstâncias ambientais e composição interna do paciente ou cliente. Essa descrição pode produzir uma explicação do *ciclo malévolos* da pessoa ou do potencial da pessoa para entrar num ciclo malévolos. Fornece também orientações sobre quais as experiências e condições ambientais que podem contribuir em relação à reversão daquele ciclo malévolos. A terapia ocupacional é então designada para fornecer ou recomendar as experiências e as condições ambientais melhorativas.

Embora o modelo possa ser usado de diversas formas, os seguintes passos estão usualmente envolvidos: 1) uma revisão das informações identificadoras básicas e/ou uma avaliação de separação a fim de conseguir uma orientação preliminar para o problema de comportamento ocupacional; 2) coleta de informações de acordo com as categorias relevantes sugeridas pelo modelo e compilação dos resultados numa descrição completa do problema; 3) interpretação dos resultados (descrição composta) usando o modelo como uma cortina (BACKDROP = cortina de fundo de cenário) conceitual; e 4) gerando um plano e recomendações de tratamento. Esses passos podem ser parte de um processo contínuo e, assim, alguns deles serão repetidos no curso da determinação.

Para demonstrar como a determinação e o planejamento do tratamento podem ser empreendidos, quatro casos serão descritos aqui, com algum detalha. Cada um deles é um estágio diferente do ciclo da vida e estará relacionado com o modelo da forma que seja mais conveniente para o caso. Isso

demonstra como o modelo pode acomodar, flexivelmente, diferentes tipos de problemas de pacientes/clientes.

Caso 1 — Infância

Informações Identificadoras Básicas

Eddie é um menino com 6.9 anos com paralisia cerebral e com quadriplegia atetosa, de moderada a grave. Suas habilidades intelectuais são relatadas como estando dentro dos limites normais. São notados problemas específicos nas áreas de movimento, postura, audição e fala. Ele foi indicado para uma clínica de pacientes externos, para determinação da terapia ocupacional para seu caso físico e comportamental. Essa criança andava independentemente com um passo desajeitado, lento. Ele era capaz de tornar conhecidas suas necessidades através de verbalizações que eram caracterizadas por disartria. Quando elas não eram compreendidas, ele usava gestos e, por último, recorria a jogos de adivinhação para comunicar seus desejos. Ele estava para freqüentar uma nova escola dentro de três meses e a família estava pedindo informações concernentes aos pontos fortes e fracos de Eddie para matrícula nessa nova escola. Assim, a determinação foi dirigida em relação a fazer recomendações para a escola e para o lar.

Ele é o mais velho de dois meninos (com uma diferença de 18 meses) e vive com os pais num apartamento. Ele freqüentou uma classe de primeiro grau numa escola que integra crianças com desvantagens ortopédicas com uma população sem desvantagens. Ele estava numa sala de aula descrita por sua mãe como “vagamente estruturada” com períodos de “tempo de opção”. Durante o tempo de opção, Eddie podia escolher uma atividade que podia incluir uma das seguintes: jogos no “playground”, projetos de artesanato, ouvir discos ou ler. Conforme relatado, Eddie selecionava a leitura solitária a cada oportunidade dada.

Ele recebia terapia de fala e terapia física durante a hora da aula, até sete vezes por

semana. O professor sentia que esse tempo fora da sala de aula contribuía para que Eddie se sentisse diferente.

Informações e Descrição do Problema

A determinação foi dirigida em relação às disfunções motoras da criança e da sua influência no papel do menino como um jogador, como membro familiar produtivo e sua transição em direção ao papel adicional de estudante. Ele foi avaliado pelo seguinte: uma determinação de reflexos, uma determinação motora, um teste de percepção visual, um inventário de atividades da vida diária desenvolvido para essa clínica, o Histórico de Brincadeiras (5), o Inventário de Tomada de Decisões (6), uma série de observações na clínica de terapia ocupacional e entrevistas semi-estruturadas com Eddie e sua família.

A determinação começou com o subsistema de desempenho de Eddie, que compreende habilidades de movimento e de percepção, assim como funções simbólicas, como tomada de decisão e solução de problemas (2). Embora houvesse ruptura considerável nas duas funções de movimento e percepção, as observações na clínica de terapia ocupacional revelaram que suas habilidades de tomada de decisão e solução de problemas eram boas. A veemência nessas habilidades simbólicas tornam as dificuldades de movimento e de percepção mais fáceis de superar. Ele era capaz de identificar problemas e escolher soluções alternativas, de acordo com os critérios do Inventário de Tomada de Decisões. Sua habilidade em tomadas de decisões é mais evidenciada pela sua identificação daquilo que gostava e desgostava em sua escolha de brinquedos e pequenas tarefas para fazer em casa.

O subsistema de desempenho é descrito mais completamente, examinando-se o “output” (isto é, seu agir sobre objetos, pessoas e eventos no ambiente). Nas atividades de cuidar de si mesmo, ele era capaz de comer com um garfo uma vez que seu prato estivesse preparado; ele podia escrever seu

nome se lhe fossem dados tempo e espaço adequados. Ele era incapaz de usar uma tesoura ou uma faca e não podia abrir uma torneira. Ele era incapaz de apanhar ou atirar uma bola e não podia abotoar ou desabotoar suas roupas ou executar outras ações refinadas. Suas oportunidades para interagir em eventos com pessoas eram limitados e retardados por movimentos involuntários, imparidade de audição e fala “disártrica”. Como resultado da evidência acima, conclui-se que o subsistema de desempenho estava gravemente constrangido pelas atividades motoras; as atividades simbólicas estavam em melhor ordem, indicando que ele está se adaptando a algumas de suas limitações.

Os subsistemas do hábito e da vontade foram examinados juntos a fim de identificar a organização dos hábitos e papéis de Eddie. Nessa idade, seu principal papel é brincar. Os papéis de estudante e de trabalhador (isto é, membro familiar produtivo) estão emergindo. Importante é o desenvolvimento de hábitos para amparar esses papéis. Eddie devia estar adquirindo a habilidade de engajar-se em brincadeiras cooperativas com o uso intencional de materiais de construção, dramatizações da realidade e construindo hábitos de usar instrumentos (5). Ele deveria estar experimentando uma variação mais ampla de ambientes para desenvolver a flexibilidade de seus hábitos. No brincar, ele deveria também estar explorando papéis de trabalho adulto. Por exemplo, brincando de “disfarçar-se”, um jogo favorito, ele age como um “cowboy” e está tentando o papel para ver como ele se ajusta. Finalmente, ele deveria estar exercitando, rotineiramente, a produtividade através do cuidar de si próprio e de pequenas tarefas, independentemente, em casa.

Os resultados da história de brincadeiras indicam que Eddie brincou habitualmente com um irmão mais jovem e uma menina mais jovem, uma vizinha. Os locais de brincar eram limitados a uma área fechada de apartamento e as oportunidades não-fre-

qüentes de brincar fora, com supervisão, numa pequena área de concreto. A mãe relatou que seus brinquedos favoritos eram blocos de construção e vestir-se. Ele gostava de brincar de “cowboys” e de assistir “westerns” na TV. Ele gostava, segundo informações, de argila, creions para desenho e atividades motoras brutas como balançar ou andar de velocípede. Todas essas tarefas exigiam supervisão estreita e vários graus de ajuda. Ele gostava também de anedotas, surpresas e alojar-se, com seu pai, em locais toscos, temerários. O que menos ele gostava era de atividades de grupo porque, segundo sua mãe, ele era “auto-consciente” e ficava facilmente frustrado com seus malogros. Ele auxiliava sua mãe a arrumar a mesa e executava ou-tras tarefas domésticas simples. Ele podia geralmente cuidar de si próprio independentemente, exceto quando dificuldades motoras o limitavam e quando constrangimentos de tempo não lhe permitiam uma oportunidade de completar todas as tarefas.

Em suma, Eddie tinha padrões estáveis de brincar que eram apropriados à sua idade. Seus ambientes de brincar eram limitados a lugares e pessoas com os quais ele estava familiarizado e se sentia seguro. Seu papel como brincalhão, embora não deficiente, era limitado e necessitaria de ser expandido à medida que ele mudasse para o papel de estudante. Ele também se engajava em brincadeiras dramáticas, pequenas tarefas e em cuidar de si próprio, indicando movimento em direção ao papel de trabalhador. De forma importante, ele era capaz de ter satisfação em suas ações. Embora o subsistema de volição seja menos desenvolvido nessa idade, esperava-se que ele se expressasse e agisse segundo interesse e metas valorizadas. Isso era evidenciado pelas suas brincadeiras e pelo uso do tempo livre.

Embora seus subsistemas estivessem em boa ordem geral, diversas áreas com problemas potenciais poderiam ser identificadas. Eddie era incapaz de executar movimentos hábeis, acurados e tinha habilidades diminuídas de processar informações percepti-

vas. Essa disfunção limitava não somente as habilidades, mas também o desempenho de hábitos e de papéis. Para mudar para o papel de estudante, Eddie necessitava estar adquirindo hábitos de organizar o tempo e a energia em relação ao comportamento produtivo que levassem em consideração suas limitações físicas. Na escola, por exemplo, uma criança normal aprenderia a montar uma construção em papel, num projeto de co-lagem, de forma rápida e eficiente, a fim de completar a tarefa e ter a oportunidade de desfrutar o sucesso de tal projeto. Tais oportunidades eram impossíveis para Eddie por causa de suas habilidades físicas diminuídas, de forma que ele ou tinha que escolher outras atividades, ou desenvolver uma estrutura de tempo na qual ele pudesse realizar tarefas mais difíceis.

Finalmente, a ruptura do nível da vontade era possível. Seus problemas físicos limitavam a variação de comportamentos que ele podia ordenar. Assim, ele estava em risco de realizar seus interesses e metas valorizadas e desenvolver um senso de causalção pessoal. Por exemplo, ele tinha interesse em desenhar, mas freqüentemente falhava nisso. Ele também valorizava sua habilidade de ser independente no cuidar de si mesmo, mas, muitas vezes, tinha oportunidades limitadas por causa dos constrangimentos de tempo, para desenvolver as habilidades necessárias para preencher as exigências desse papel. Eddie estava experimentando um crescente senso de fracasso das ações incompletas e incompetentes que ele executava freqüentemente.

Interpretação

A descrição dos subsistemas do menino demonstram que, embora ele não estivesse presentemente num ciclo malévolo, ele estava em risco de entrar num. Importamente, apesar da incapacitação, ele ainda estava num ciclo benigno. Isso era sua grande força. Os constrangimentos sobre o sistema geral começam com limitações no subsistema de desempenho. Deveria desempenhar, imediatamente, atividades que aumentem as ações habilidosas e, através de

dispositivos adaptativos, que aumentem a eficiência das habilidades limitadas. Onde as limitações não possam ser mudadas, os outros subsistemas terão de compensar. Embora ele tivesse inúmeras habilidades apropriadas, ele estava experimentando dificuldade para organizar essas habilidades em hábitos. Para que o sistema se adapte a limitações imutáveis no subsistema de desempenho, o subsistema do hábito, mais elevado, deve organizar as habilidades limitadas em rotinas que as maximizem.

Eddie é um menino com 6,9 anos de idade, com paralisia cerebral e quadriplegia atetosa, de moderada a grave.

Isso freqüentemente requer uma disposição maior de tempo para a realização da maioria das tarefas. Dada a acomodação dos hábitos às habilidades físicas limitadas, os papéis que estão dentro da capacidade de Eddie devem também ser realisticamente desempenhados. Uma vez que a escola demanda largamente habilidades simbólicas, ele deveria sair-se bem no papel de estudante. O maior risco está na área de relações interpessoais. Nesse ponto, o desenvolvimento de relações entre pares (amizades) devem ser encorajadas e amparadas. Aqui, o professor pode ser de grande ajuda. Muitas vezes, os pares podem necessitar de conselho e de instrução para suplantar barreiras de medo, comunicação problemática e assim por diante.

Finalmente, o subsistema da vontade precisava de atenção. É um sinal positivo que Eddie tivesse interesses e metas valorizadas. Ele necessitava de oportunidades para executar tarefas que lhe fornecessem graus moderados de desafio. Tais tarefas podem ser tanto no brincar como dentro de seu papel familiar produtivo. Essas tarefas contribuem como uma causa para o senso de si. Importamente, as coisas que ele tinha oportunidade de fazer e podia fazer obscureciam suas limitações. Uma atitude de exploração e de solução de problemas em torno de suas limitações lhe permitiria compensar muitas limitações físicas. Aprendendo a valorizar tais estratégias

adaptativas, ele estará capacitado a desenvolver um forte senso de si, como causa, apesar de sua grave incapacitação.

Recomendações de Tratamento

Brincar é o foco central das recomendações de tratamento. É nessa arena que Eddie se engajaria em atividades que resultariam em habilidades e hábitos para transações efetivas com o ambiente. Além disso, no brincar, Eddie teria oportunidades para resolver problemas e tomar decisões à medida que ele experimentava suas limitações físicas. Em ambientes crescentemente diversos e desafiantes, de diversão, ele poderia começar a fazer as adaptações nos subsistemas de habituação e volição que fossem necessárias. A família parecia valorizar suas adaptações às suas limitações. Isso serve como um ponto forte para consignar áreas deficientes no subsistema de volição. A interação com pares precisava ser encorajada e nutrida dentro e fora da sala de aula. Portanto, as seguintes recomendações foram feitas ao Eddie, à sua família e ao pessoal apropriado na nova escola:

1. Recomenda-se que Eddie se junte a um grupo de escoteiros. Isso lhe daria oportunidade de estar com pares. Além disso, pela virtude do modelo de produtividade inerente ao escotismo, ele terá uma chance de desenvolver habilidades, no nível inicial, numa variedade de atividades apropriadas à sua idade. O escotismo daria também a ele uma oportunidade de desenvolver novos interesses. Troca de idéias sobre a terapia ocupacional deveriam ser feitas aos líderes dos escoteiros a fim de facilitar a adaptação de Eddie ao grupo.

2. Foi recomendado que Eddie receba tratamento contínuo de terapia ocupacional, terapia física e terapia de fala. Essas três terapias centrariam em suas deficiências ao nível do subsistema de desempenho. Especificamente, a terapia ocupacional concentrar-se-ia no refinamento de ações hábeis e na construção de suportes para o desenvol-

vimento de hábitos necessários na vida diária de Eddie (isto é), fornecer atividades que amparem os papéis de brincalhão, estudante e membro da família). Como parte desse processo, a terapia ocupacional forneceria dispositivos auxiliares e adaptativos necessários para suplantar as limitações das habilidades motoras de Eddie naquelas atividades que ele escolher. O aconselhamento sobre a escolha ocupacional deve começar com um foco na identificação das habilidades de Eddie e na exploração das formas que ele possa melhor usá-las como um membro produtivo da sociedade.

3. Foi recomendado que a participação de Eddie na família seja cuidadosamente observada. Seus pais já demonstraram um estilo natural de solicitar comportamentos em atividades relacionadas com pequenas tarefas, apropriadas para a idade. Uma continuação dessa forma com expectativas e desafios crescentes contribuirá para um senso de participação produtiva por parte de Eddie. Isso não somente lhe dará um senso de competência e de satisfação em seu processo de preenchimento do papel, como também permitirá que ele desenvolva habilidades necessárias para as atividades domésticas por si próprio. Conformemente, ele deveria ser encorajado e permitido a começar atividades como cozinhar. Deve ser parte desse plano a consulta periódica com um terapeuta ocupacional sobre a solução de problemas a fim de descobrir as atividades de que Eddie pode e deseja participar e para planejar como essas atividades podem ser adaptadas para aumentar seu desempenho.

Ele foi indicado a uma clínica de pacientes externos para determinação da terapia ocupacional para seu estado físico e comportamental.

4. Foi recomendado que um terapeuta ocupacional trocasse idéias com os funcionários da nova escola a respeito da adapta-

ção e expectativas para as áreas psicossociais de desempenho de Eddie.

Caso 2 — Adolescência

Informações Identificadoras Básicas

Richard era um rapaz de 16 anos de idade indicado para a terapia ocupacional para treinamento pré-vocacional. A colocação em uma entidade residencial foi antecipada por causa do comportamento delinqüente de Richard, abuso de drogas e o pedido de assistência dos pais. Psiquiatricamente, Richard foi diagnosticado como tendo neurose depressiva numa personalidade passiva-agressiva, associada com o abuso de drogas e de álcool. Academicamente, Richard foi destinado a uma classe de pessoas de educação prejudicada e suas notas de desempenho era ao nível da quarta série. Medicamente, a surdez estava presente no ouvido esquerdo.

Informações e Descrição do Problema

Como adolescente mais velho, a tomada de decisão e a transição ocupacional do papel de estudante para o de trabalhador eram preocupações centrais na determinação. Os instrumentos foram administrados para determinar a percepção motora e espacial, a tomada de decisões, e a solução de problemas no subsistema de desempenho. No subsistema habitual, as atividades da vida diária, os papéis de pré-trabalho e de trabalho foram examinadas. No subsistema da vontade, os interesses e as metas foram determinadas. Na adolescência, o equilíbrio entre os subsistemas é importante, isto é, as metas valorizadas devem estar de acordo com as habilidades.

Determinações motoras e perceptivas refinadas, especificamente o Teste da Mão, de Bennet (7) e o Teste de Habilidade Mecânica, de Mac Quarrie (8), produziram pontos que variaram do 2º. ao 20º. percentil, indicando graves deficiências nas habilidades motoras refinadas. Uma entrevista sobre as atividades da vida diária, planejada

para esse local, revelou hábitos satisfatórios de cuidar de si mesmo, mas foram notadas deficiências em habilidades e hábitos nas atividades comunitárias, como procedimentos bancários, administração do dinheiro e de viver em apartamento, as quais precisariam estar em ordem a fim de suportar o papel de trabalhador.

A história ocupacional, modificada por esse local (9), revelou uma orientação de trabalho em relação a trabalhos manuais com um produto concreto como resultado. Os modelos de papel de trabalho tinham sido disponíveis e consistentes durante toda sua infância. Além disso, ele demonstrou uma habilidade para discriminar entre comportamentos de trabalho e de diversão e os ambientes associados. Sua história de trabalho consistia de pequenas tarefas em casa sem qualquer experiência voluntária ou paga na comunidade. Richard era capaz de diferenciar sua ocupação de fantasia com seus interesses, habilidades e oportunidades, testados na realidade. A determinação de Richard sobre suas próprias habilidades era consistente com a observação de suas habilidades. Portanto, ele demonstrou habilidade para processar "feedback" externo. O Inventário de Controle de Tempo, de Larrington (10), revelou habilidades adequadas com ênfase presente no planejamento de implementação de curto prazo e a projeção de si através do tempo. A escolha ocupacional declarada de Richard era ser maquinista, o que se correlaciona com seu forte interesse e conceito de trabalho na área manual. Em suma, o nível da escolha ocupacional de Richard e as habilidades e hábitos associados parecem estar no estágio da tentativa, com ênfase na aquisição de habilidades e oportunidades disponíveis (15 - 16 anos).

As conclusões sobre Richard podem ser tiradas das informações através de referência ao esquema de duração da vida do modelo (3). Conforme ele indica, as características de trabalho adolescente são desenvolvidas no brincar, em pequenas tarefas e na escola, sendo elementos críticos

a disposição, o comprometimento e a escolha do papel de trabalhador. Richard participa de futebol americano, box, e identificou sua atividade social como "andar de carro". Richard era benquisto por seus pares, controlava apropriadamente seus sentimentos competitivos e exibia um forte interesse no auto-aprimoramento. Ele tinha realizado pequenas tarefas em casa e no local, mas tinha sido incapaz de ser bem sucedido na escola. Entretanto, quando colocado numa classe de pessoas com "handicap" educacional, Richard desempenhou-se consistentemente sob supervisão mínima. Correspondentemente, enquanto estava em tratamento, seu comportamento de drogado era controlado através de severas conseqüências - perda de passes para atividades sociais e visitas ao lar.

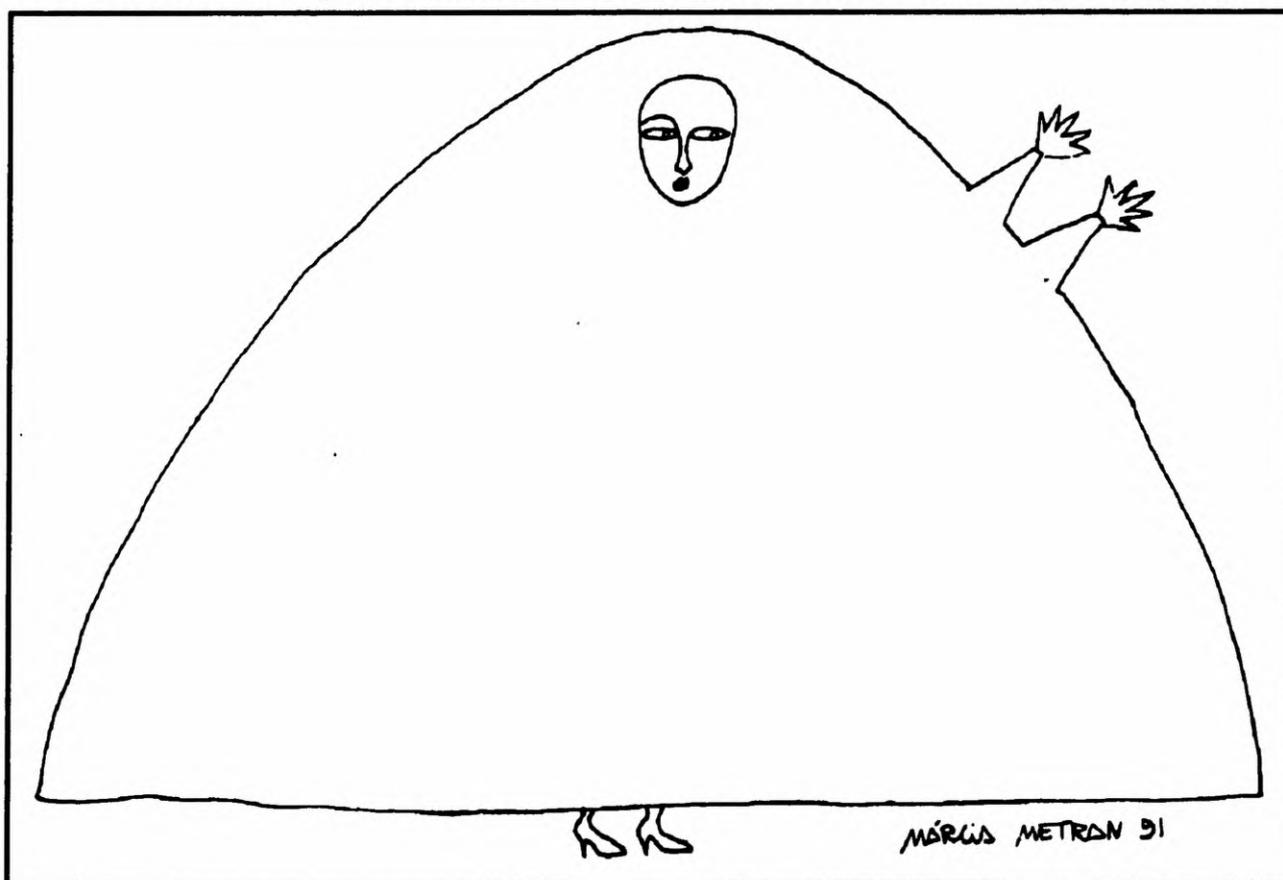
Interpretação

O perfil composto tirado dessas determinações indicava deficiências nas tarefas motoras e perceptivas refinadas (subsistema de desempenho). Ele tinha deficiências de hábitos de vida na comunidade e hábitos marginais de cuidar de si e de controle do tempo (subsistema do hábito). Seus pontos fortes no desenvolvimento do papel de trabalhador estavam largamente no subsiste-

ma de volição, onde ele tinha interesses e um plano de vida que contribuíam para a escolha ocupacional apropriada à sua idade. Em suma, Richard exibia deficiência nas habilidades motoras refinadas no subsistema de desempenho e organização marginal de hábitos na vida diária. Esses subsistemas precisavam ser colocados em linha com seu subsistema de volição mais totalmente organizado que era também seu ponto mais forte.

Plano de Tratamento

O foco no tratamento foi sobre o desenvolvimento das habilidades que Richard iria necessitar para trabalhar e assisti-lo a estabelecer hábitos de cuidar de si próprio, de trabalho e diversão a fim de amparar o papel emergente de trabalhador. Devido ao forte interesse manual de Richard, seus pontos baixos na escola e sua escolha ocupacional, o tratamento foi dirigido para melhorar as habilidades motoras e espaciais-perceptivas refinadas e o uso de ferramentas. A meta era que ele pudesse ler e interpretar diagramas independentemente. O terapeuta ocupacional forneceu informações e arranjou visitas a locais de trabalho a fim de auxiliar a solidificar a escolha ocupacional. Ele recebeu treinamento e prática para me-



lhorar o cuidar de si próprio e adquirir hábitos de manutenção independente da comunidade. Foram-lhe dadas, também, oportunidades de lazer apropriado para adolescentes, como jogos, artes e artesanatos e eventos sociais. Dentre essas, a ênfase foi sobre o desenvolvimento de elementos críticos, tais como competência, cooperação e competição apropriadas. Depois de dois meses de terapia ocupacional, Richard foi colocado numa classe de máquinas-operatrizes, numa escola de comércio próxima. Seu comparecimento era regular e o desempenho no trabalho, excelente. Depois de seis meses, Richard recebeu sessões de terapia ocupacional sobre procura de trabalho e entrevistas.

Ele obteve um trabalho de tempo integral como maquinista. Um ano mais tarde, ele foi admitido no mesmo emprego e mantinha um apartamento.

Caso 3 — Idade Adulta

Informações Identificadoras Básicas

June é uma mulher com a idade de 31 anos, com um diagnóstico de esquizofrenia crônica, passando pela sua décima quinta hospitalização devido a uma ruptura psicótica. Seu papel ocupacional, antes da admissão, era o de dona de casa.

Informações e Descrição do Problema

Os instrumentos de determinação foram aplicados para determinar sua história ocupacional, sua habilidade para administrar sua vida diária (subsistema de desempenho e habitual) e interesses (subsistema de volição). A história ocupacional (9) indicou preparação pobre para o papel de dona de casa, sem que tivesse sido exigido dela nenhuma tarefa pequena na infância e nem tivesse tido qualquer modelo de papel. June estrutura presentemente seu tempo livre e seus interesses de lazer em torno de seus filhos.

... sua história ocupacional, sua habilidade para administrar sua vida diária (sub-

sistemas de desempenho e habitual) e interesses (subsistema de volição).

Ela identificou seus anos na Universidade quando ela trabalhava, ia à escola e casou-se como os períodos mais bem sucedidos e agradáveis de sua vida. Ela trabalhou como coreógrafa durante muitos anos até o nascimento de seu primeiro filho. Durante seus anos de carreira, sua família era muito protetora. Uma vez mãe, ela permaneceu em casa, como ela diz, “para criar os filhos apropriadamente”. Ela era incapaz de administrar seu tempo, acha maçantes os trabalhos domésticos, desligou-se de envoltivos comunitários e seu casamento logo envolveu abuso físico. Nesse tempo, ela indicava um forte interesse em lecionar dança para crianças. O Inventário de Controle de Tempo, de Larrington (10), indicou desorientação do tempo em relação a hora, dia, mês, e uma inabilidade para estruturar o tempo ou estabelecer prazos fatais. A Lista de Interesses (11) revelou as atividades da vida diária e as atividades culturais/educacionais como suas duas áreas mais fortes de interesse.

Interpretação

O perfil produzido através das determinações indicou deficiências nos subsistemas de desempenho e do hábito. Essas deficiências incluíam o controle pobre do tempo e habilidades pobres em atividades da vida diária e desenvolvimento incompleto do papel de trabalhadora. Seus pontos fortes estavam no subsistema de volição; ela tinha interesses e metas bem desenvolvidos. Examinando suas informações à luz da linha contínua de vida do modelo (3), seus problemas podem se melhor compreendidos. Os adultos devem usar o tempo de lazer para prover satisfação e relaxação. O papel do trabalhador deve ser assimilado, com sucesso, como o principal papel ocupacional. O papel de trabalhadora, de June, e suas satisfações subseqüentes foram interrompidas para assumir um papel ocupacional, o de dona de casa, para o qual ela não tinha habilidades ou hábitos apropriados.

June está agora consciente disso e está procurando aulas de economia doméstica e de simples reparos de casa. Seu tempo de lazer é gravemente deficiente e não lhe fornece satisfação.

A existência dos pontos mais fortes de June estavam no subsistema de vontade e marginal e áreas de deficiência nos subsistemas habitual e de desempenho. O subsistema da vontade contém a imagem e os desejos que afetam, organizam e ordenam os subsistemas do hábito e de desempenho do indivíduo (2). Uma vez que as deficiências ocorreram nos dois níveis inferiores, o tratamento foi dirigido para construir habilidades e instituir padrões de hábitos diários, a fim de permitir um desempenho consistente de papel. O tratamento focou em permitir que June ordenasse as suas metas e interesses já identificados e declarados.

Planos de Tratamento

Foram desenvolvidos e implementados os seguintes planos no tratamento de June. As atividades culturais educacionais foram usadas como um primeiro passo no desenvolvimento do lazer. Por exemplo, ela começou a ir a concertos e ao cinema enquanto ainda estava hospitalizada. Concluiu-se que o amparo e a interação com seus pares iriam fornecer-lhe "feedback" e melhorar a solução básica de problemas. Ordenar seu interesse declarado de ser voluntária na escola foi uma maneira de fornecer tal interação social. Isso também ajudou a estruturar sua vida diária e permitiu que ela testasse sua nova escolha ocupacional - professora de dança. Como resultado dessas atividades, ela começou a ter controle da sua vida, estabilizou a agenda diária e melhorou suas habilidades nas atividades básicas da vida diária. Quatro meses após ter deixado o hospital, June ainda estava executando trabalho voluntário, atendendo a "um atelier para a aula de afazeres domésticos" e indo almoçar semanalmente com amigos.

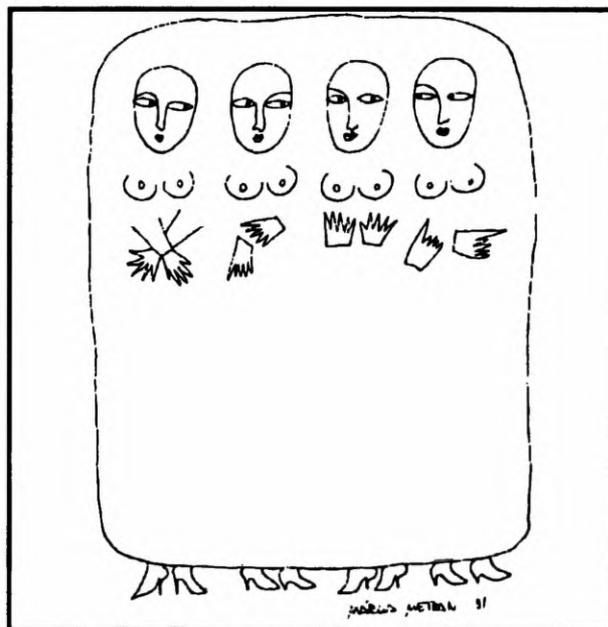
Caso 4 — Velhice e Aposentadoria

Informações Identificadoras Básicas

Rose, uma mulher com 64 anos de idade, recentemente aposentada de uma escola principal no distrito em que ela ensinou por mais de 30 anos, foi indicada para uma terapia ocupacional num centro de reabilitação. Ela estava convalescendo de um grande acidente de carro no qual recebeu múltiplos ferimentos, inclusive fraturas de seu pulso e antebraço direitos, de seu joelho direito e quadril esquerdo, que resultaram numa cirurgia de substituição do quadril. Ela era capaz de sentar-se ereta durante seis horas. Ela tendeu a deteriorar a posição e, quando foi lembrada disso, disse que era muito doloroso impertigar-se. Os planos de tratamento médico eram definidos, de forma ampla, como desenvolver ao máximo as habilidades físicas necessárias para uma vida independente. Nenhuma contra indicação está presente.

Informações e Descrição do Problema

Esta paciente tem uma história ocupacional de sucesso, que foi ameaçada por um ferimento traumático e seus efeitos residuais. Além disso, ela estava no meio de uma transição do papel de trabalhadora para o de aposentada, o que aumentou mais o risco de entrar num ciclo malévolo. Devido ao seu passado bem sucedido, a avaliação focou nos pontos fortes entre os subsistemas, uma vez que eles eram centrais para sua adaptação à mudança de papel e às prováveis limitações físicas. Os dados fo-



ram coletados através de observações, de entrevistas semi-estruturadas e da história ocupacional (9) da Lista de Interesses (11) e do Inventário de Tomada de Decisão (6).

Dentro do subsistema da vontade, Rose relatou que seus interesses estavam uniformemente dispersos entre as atividades da vida diária e das áreas sociais, recreacionais e cultural/educacional. Ela gostava de fazer pequenos trabalhos de arte; estava engajada, segundo afirmou, em atividades regulares de recreação e sociais (jogos de cartas, grupos de teatro) e gostava de conferências e aulas. Rose descreveu a si própria como auto-confiante e uma pessoa de auto-iniciativa. Até seu recente acidente, ela disse que podia e fazia qualquer coisa que pensava em fazer.

Ela valorizava o envolvimento ativo em atividades sociais (viagens, recreação) e sempre tinha visto a si própria como uma pessoa que auxiliava as outras. Isso era verdadeiro em sua vida profissional assim como em sua vida pessoal. Rose esteve casada durante dez anos com um homem que tinha a doença de Parkinson. Ela falava afetuosamente de sua relação com ele e dos cuidados físicos e da assistência que ela lhe dava até sua morte, seis anos atrás.

Dentro do sistema do hábito, Rose era vista como uma mulher com padrões bem estabelecidos de comportamento. Ela andava pela sua vizinhança a fim de completar suas pequenas tarefas. Ela planejava e participava avidamente de idas ao teatro e outros pontos de interesse local. Ela se jactava de uma histórica de viagens ao redor do mundo. A história do seu papel ocupacional passado incluía posições valorizadas como professora, mãe e tia. Rose não contou nenhuma outra história de papéis familiares, uma vez que era a filha única de pais que "morreram jovens".

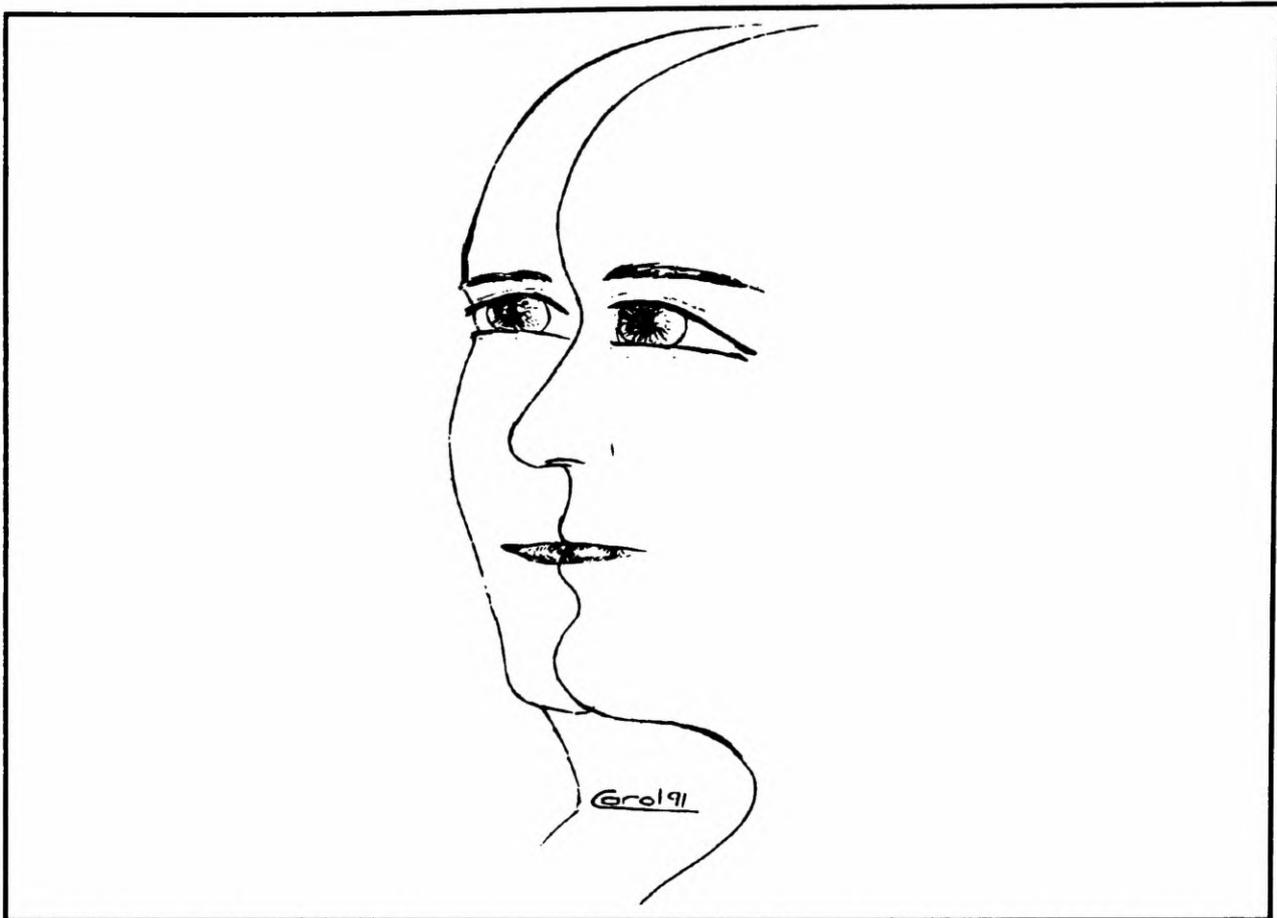
No nível do subsistema de desempenho, Rose estava reaprendendo as habilidades básicas necessárias para prover independência nas tarefas da vida diária. Ela exigia auxílio de moderado a máximo para

transferir-se de sua cadeira de rodas para a cama, a cadeira ou ao banheiro. Ela era capaz de vestir-se com o uso de equipamento adaptativo para roupas de vestuário da extremidade inferior. Nenhuma limitação era notada nos movimentos da extremidade superior. Ela já tinha demonstrado bons resultados nas habilidades de cuidar de si própria e expressava verbalmente determinação de "vencer essa coisa". As habilidades de tomada de decisão e de solução de problemas estavam intactas e combinavam para formar uma base forte da qual ela descobria como resolver problemas de movimento e de realizar tarefas.

Acima de tudo, Rose era uma mulher otimista, inteligente, que trabalhava duro no processo de reabilitação. Durante momentos vulneráveis, de desaponto, quando ela falhava na tentativa de fazer uma tarefa, ela chorava. Quando perguntada sobre o que a aborrecia, ela falou de seu medo de "perder minha independência". Claramente, ela estava recebendo "feedback" de seu desempenho deficiente, o que lhe dava pouco senso de competência ou de satisfação.

Interpretação

O acidente recente estava exigindo reorganização dentro de todos os subsistemas de comportamento. Rose tinha que aprender novas habilidades que seriam reorganizadas no nível habitual, em hábitos e papéis. Como os hábitos, a mudança de papel é natural durante o decorrer da vida; entretanto, esta mulher estava experimentando uma mudança abrupta e possivelmente permanente em suas habilidades, causada por sua incapacitação. Ela precisava aprender novos hábitos e habilidades e transformá-los em novos padrões de vida diária. Tinha que ser dada cuidadosa atenção para definir os resultados realistas esperados e alinhá-los com sua atitude a respeito do desempenho. Ela não podia executar a quantidade de atividades que costumava fazer no mesmo período de tempo, o que necessitava uma reorganização do seu uso do tempo. Deu-se também atenção ao processamento do "feedback" de Rose sobre os resultados



atuais. Ela precisava internalizar as expectativas da sociedade quanto ao papel de aposentada a fim de assegurar que ela continuaria a se ver como a origem de seu próprio comportamento dentro do novo papel de aposentada.

Planos de tratamento

Rose foi auto-dirigida em seu processo de reabilitação. O terapeuta ocupacional escolheu cuidadosamente atividades e tarefas que Rose valorizava, podia executar e completava com sucesso. Centrou-se no desenvolvimento de habilidades no subsistema de desempenho; entretanto, o terapeuta era cuidadoso para monitorar o alinhamento dos comportamentos dentro de todos os subsistemas. Rose estava correntemente experimentando desequilíbrio entre os sistemas de volição, habitual e desempenho. Ela não podia fazer o que ela valorizava por causa das limitações físicas; ela interpretava isso como perda de independência, o que era um comportamento altamente valorizado. Seus fracassos na independência precisavam ser temperados e controlados pelo terapeuta ocupacional, que cuidadosamente combinava as necessidades com as habili-

dades. Controlar a complexidade das tarefas era crítico se esta paciente devia ter experiências de reabilitação no seu nível desejado de competência e satisfação. A intervenção foi planejada para auxiliar a reorganização e a reestruturação de seus hábitos e rotinas em alinhamento com suas metas e interesses valorizados. Por exemplo, era importante para ela manter sua independência. Uma forma pela qual ela definia essa independência era sua habilidade de preparar suas refeições. Dentro do local da terapia ocupacional, Rose foi treinada para andar pela sua cozinha numa cadeira de rodas. Isso exigiu mudança no uso do espaço assim como o ensino de técnicas de simplificação do trabalho.

Fazer compras e outras pequenas atividades foram reorganizadas de tal forma que seus pontos fortes e habilidades remanescentes fossem maximizados, enquanto se minimizava a interferência de suas limitações em sua vida diária. As atividades que eram muito difíceis e demandavam quantidades de tempo e de energia desproporcionais foram tirados da sua rotina. Por exemplo, ela arranhou para ter sua roupa

lavada fora. Durante esse estágio do tratamento, foi dada ênfase na preservação dos resultados das atividades enquanto os processos para conseguí-los eram modificados e adaptados. O resultado de se reorganizar esses aspectos do seu desempenho de cuidar de si próprio foi reter tempo e energia para procurar o lazer que ela valorizava. Rose foi capaz de continuar seus interesses bem-estabelecidos em trabalhos manuais criativos sem nenhuma ruptura. Ela fez as pequenas e necessárias revisões nessas atividades, o que incluiu períodos mais frequentes de descanso e exercícios da mão e do pulso. As discussões sobre as atividades nas horas de lazer resultaram em seu reconhecimento da necessidade de mudar a forma pela qual ela

procurava seu forte interesse em visitas a museus e outras atividades correlatas. Enquanto ela tinha feito essas coisas sozinha, ela juntava-se a um grupo organizado de turismo, onde ela conseguia o auxílio que precisava para viajar.

O tratamento resultou em Rose ser capaz de fazer a transição para o papel de aposentada, com sucesso, e de uma maneira que a satisfizesse. Ela foi capaz de manter uma rotina ativa e realizadora, reorganizando suas atividades e não sobrecarregando seu sistema. Assim, ela preservou o equilíbrio entre suas metas valorizadas e interesses e seus hábitos, seu novo papel e suas habilidades mais limitadas. □

ABSTRACT

This paper, the last of four, completes the presentation of a model of human occupation. Its purpose is to illustrate how a model of occupation can be applied in clinical practice. Three major assumptions concerning occupational therapy that underlie this model are described, the three parts of the model presented earlier are reviewed, and the use of the model in assessment to generate plans for treatment is discussed. Four case histories are used to demonstrate assessment and intervention.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reilly, M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *Am J Occup Ther* 16: 1-9, 1962.
2. Kielhofner, G, Burke J. A model of human occupation. Part 1. Structure and content. *Am J Occup Ther* 34:572-581, 1980.
3. Kielhofner, G. A model of human occupation. Part 2. Ontogenesis from the perspective of temporal adaptation. *Am J Occup Ther* 34:657-663, 1980.
4. Kielhofner, G. A model of human occupation. Part 3. Benign and vicious cycles. *Am J Occup Ther* 34:731-737, 1980.
5. Takata, N. Play as a prescription. In *Play as Exploratory Learning*, M. Reilly, Editor. Beverly Hills: Sage Publications, 1974.
6. Westphal, M. A study of decision making. Master's Thesis. Department of Occupational Therapy, University of Southern California, Los Angeles.
7. Bennett, G. K. *The Bennett Hand Tool Dexterity Test*, New York: Psychological Composition, 1965.
8. MacQuarrie, T. W. The MacQuarrie test for mechanical ability. *J Personell Res* 5:329-337, 1927.
9. Moorehead, L. The occupational history. *Am J Occup Ther* 23:329-334, 1969.
10. Larrington, G. An exploratory study of the temporal aspects of adaptive functioning. Master's Thesis. Department of Occupational Therapy. University of Southern California, Los Angeles, California, 1970.
11. Matsutsuyu, J. The Interest Checklist. *Am J Occup Ther* 23:323-328, 1969.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL é uma publicação do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de revisão, debates, pontos de vista, resenhas de livros e entrevistas.

Os artigos e outros textos enviados para publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e Consultoria Científica que decidirá sobre sua publicação, podendo ser, eventualmente, devolvidos aos autores para adaptação às normas de publicação desta Revista.

A REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA USP não aceita colaboração de textos editados em publicações congêneres. O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

Instruções para apresentação dos originais

a) Os originais dos trabalhos enviados deverão ser datilografados em papel branco, tamanho ofício, em três vias, espaço dois, de um só lado da folha, com 60 toques por linha. Para artigos sugere-se que não ultrapassem 15 laudas de 20 linhas; pontos de vista e debates devem permanecer em torno a 10 laudas e resenhas, 4 laudas.

b) A apresentação dos originais devem respeitar as características abaixo detalhadas com:

- **Identificação:** nome do(s) autor(s), bem como filiação científica e respectivos endereços para correspondência. **ATENÇÃO:** SOLICITAMOS QUE ESSAS INFORMAÇÕES SEJAM ENVIADAS EM FOLHA SEPARADA DO CORPO DO TRABALHO.

- **Cabeçalho** compreendendo: título do trabalho, preferencialmente breve e específico, devendo dar idéia precisa sobre o conteúdo do texto.

- **Texto** que deverá, sempre que possível, obedecer a forma usual das publicações científicas, ou seja, contendo introdução, desenvolvimento com divisões segundo o esquema do trabalho e, conclusões.

- **Resumo** contendo no mínimo 50 palavras e no máximo 100, um em português devendo preceder o texto; outro em inglês colocado no final, antes das referências bibliográficas; a redação do resumo deverá apresentar uma descrição geral, expondo o que foi discutido ou pesquisado e é recomendada a descrição do marco de referência do estudo (se foi realizado num ambulatório, centro de saúde ou em instituição privada ou pública, etc.) e, quando tratar-se de pesquisa clínica conter o período de acompanhamento dos pacientes.

- Referências bibliográficas cuja elaboração deve seguir as normas NB 66 da Associação Brasileira de Normas Técnicas- ABNT., não deixando de conter autor, título, local, editora, data da publicação, página; as citações devem ser **referidas no texto** com sobrenome do autor em maiúsculas, ano da publicação e página.

- As notas e citações dos trabalhos devem ser colocadas em rodapé e indicadas no texto com asterístico, após a frase ou a palavra a qual se referem.

- Agradecimentos às pessoas ou instituições que tenham contribuído de maneira relevante para o trabalho, devem ser mencionadas antes das referências bibliográficas.

c) Os artigos poderão conter fotografias (em papel brilhante), desenhos, gráficos e outros devidamente legendados.

d) A redação da revista reserva-se o direito de adaptar o material de referência segundo as normas aqui descritas.

e) Solicita-se o envio em folha separada, de sugestões por escrito ou esboços de ilustrações para o artigo.

f) O autor deve encaminhar uma carta explicando o tipo de trabalho (artigo, resenha, etc) que submete à apreciação para publicação.

g) Os artigos devem ser enviados em três vias ou uma via e disquete (contendo o texto cujo programa deve ser o editor de texto WORD) para o seguinte endereço:

CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP — REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Av. Dr. Arnaldo, 455 — 2^o andar-sala 2- CEP 01246 — São Paulo-SP Fone: 853.6011/330

