REVISTA DE

Terapia Ocupacional

DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

v.12, n.1/3
p.1-54
2001

ISSN 1415-9104

USP

Editorial

Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional
Lilian Vieira Magalhães, Lívia Castro Magalhães, Roseli Esquerdo Lopes

Artigos

Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural
The human development - between the biological determination and the historical-cultural constitution
Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo

A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the Occupational Therapy
Eucenir Fredini Rocha, Maria do Carmo Castiglioni, Rita de Cássia Vieira

Reabilitação no território: construindo a participação na vida social
Rehabilitation in territory: building participation in social life
Fátima Corrêa Oliver, Maria Isabel Garcez Ghirardi, Marta Carvalho de Almeida, Maria Cristina Tissi, Marta Aoki

Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços
Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances
Roseli Esquerdo Lopes

Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil
Adriana de França Drummond, Lívia de Castro Magalhães

Estudo de Caso

Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases
Fátima Aparecida Caromano, Francisco de Paula Nunes Sobrinho

Divulgando Projetos e Experiências

O espaço do brincante na experiência do Projeto Casarão
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão"
Roseli Esquerdo Lopes, Denise Dias Barros, Ana Paula Serrata Malfitano, Debora Galvani

REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CONSELHO EDITORIAL

- Profª. Drª. Eda T. de Oliveira Tassara (Instituto de Psicologia da USP)
- Profª. Drª. 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)
- Prof. Drª. Rosely Esquerdo Lopes (Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar)

CORPO EDITORIAL

- Profª. Drª. Maria Auxiliadora C. Ferrari (Centro Universitário São Camilo)
- Profª. Drª. Marta Carvalho de Almeida (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)
- Profª. Drª. Elisabete Ferreira Mângia (Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP)

PRODUÇÃO EDITORIAL, NORMALIZAÇÃO E DIAGRAMAÇÃO
Fabíola Rizzo Sanchez / Suely Campos Cardoso *(Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).* e-mail: publish@biblioteca.fm.usp.br

INDEXAÇÃO
Maria Aparecida de Lourdes Castro Santos *(Serviço de Biblioteca e Documentação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo)*

IMPRESSÃO GRÁFICA: Graphbox. Rua Cipriano Barata, 1645. São Paulo - SP. graphbox@uol.com.br

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Jacques Marcovitch
Vice-Reitor: Prof. Dr. Adolpho José Melfi

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor: Prof. Dr. Irineu Tadeu Velasco
Vice-Diretor: Prof. Dr. Eduardo Massad

FICHA CATALOGRÁFICA

Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo / [publicação do Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP]. v.1, (1990) - . São Paulo, 2001.

v. : il.
Quadrimestral
Sumários em inglês e português
ISSN 1415-9104

1. Terapia Ocupacional/periódicos I. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP

A Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo é uma publicação quadrimestral do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. É indexada no Index Medicus Latino Americano - IMLA.

CREDENCIAMENTO E APOIO FINANCEIRO DO:
PROGRAMA DE APOIO ÀS PUBLICAÇÕES CIENTÍFICAS PERIÓDICAS DA USP COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO

CORRESPONDÊNCIA
DEPARTAMENTO DE FISIOTERAPIA, FONOAUDIOLOGIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.
Rua Cipotânea, 51 Cidade Universitária "Armando Salles de Oliveira". 05360-000
São Paulo, SP. Fax: 3091 7415 / Tel.: 3091 7454 e-mail:centroto@usp.br

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 12, n. 1/3, p.1-54, jan./dez., 2001. ISSN 1415-9104

SUMÁRIO / CONTENTS

EDITORIAL

Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional
Lilian Vieira Magalhães, Lívia Castro Magalhães, Roseli Esquerdo Lopes i

ARTIGOS

Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural
The human development - between the biological determination and the historical-cultural constitution
Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo 1

A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the Occupational Therapy
Eucenir Fredini Rocha, Maria do Carmo Castiglioni, Rita de Cássia Vieira 8

Reabilitação no território: construindo a participação na vida social
Rehabilitation in territory: building participation in social life
Fátima Corrêa Oliver, Maria Isabel Garcez Ghirardi, Marta Carvalho de Almeida, Maria Cristina Tissi, Marta Aoki 15

Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços
Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances
Roseli Esquerdo Lopes 33

Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil
Adriana de França Drummond, Lívia de Castro Magalhães 34

ESTUDO DE CASO

Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases
Fátima Aparecida Caromano, Francisco de Paula Nunes Sobrinho 40

DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

O espaço do brincante na experiência do Projeto Casarão
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão"
Roseli Esquerdo Lopes, Denise Dias Barros, Ana Paula Serrata Malfitano, Debora Galvani 48

ÍNDICE DE AUTOR / AUTHOR INDEX 52

ÍNDICE DE ASSUNTO 52

KEYWORDS INDEX 53

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO / STANDARDIZATION

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 12, n. 1/3, p.i-ii, jan./dez., 2001.

EDITORIAL

Comissão de Especialistas de Ensino de Terapia Ocupacional

A definição de patamares mínimos de qualidade para a formação de terapeutas ocupacionais tem um longa trajetória, tanto no Brasil, quanto no exterior . Conforme se sabe, desde 1958 vêm sendo publicados os ***Padrões Mínimos para a formação de terapeutas ocupacionais*** pela WFOT (Federação Mundial de Terapia Ocupacional), apenas na versão em inglês na primeira fase, e posteriormente também em espanhol.

O documento (Recommended minimum standards for the education of occupational therapists, WOFT, 1993), resultante da aspiração dos profissionais por maior padronização na formação, tem servido de guia para a criação, estruturação e funcionamento de cursos em vários países, se constituindo em um dos principais critérios para a filiação dos profissionais à própria WFOT[1].

No Brasil, desde a década de 70, os terapeutas ocupacionais vêm articulando ações para a melhoria da qualidade dos cursos, através, inicialmente, das associações profissionais e, num segundo momento, pela própria atividade política dos docentes e alunos das diversas instituições de formação.

Apenas como registro, cabe lembrar a movimentação das escolas que resultou na aprovação do novo currículo mínimo em 1982, bem como na criação do Encontro Nacional de Docentes, fórum bienal que tem formulado diretrizes de ensino e que em outubro de 2000 teve a sua sétima reunião em Salvador .

Num país com as conhecidas dificuldades de apoio institucional às atividades do ensino de maneira geral, a série histórica de atividades consecutivas de quase 30 anos revela a capacidade de construção coletiva que nos encoraja a continuar .

Apesar dos avanços, sempre houve muitas dificuldades no âmbito da relação entre o movimento dos docentes de terapia ocupacional e as ações governamentais de fiscalização e controle do sistema de ensino.

Após o período militar, a reestruturação das políticas para o ensino superior levou à criação das chamadas comissões de especialistas, encarregadas de "*assessorar a SESu na análise dos processos de autorização e reconhecimento de cursos e credenciamento de instituições*"*(www.mec.gov.br/Sesu).*

Inicialmente alocada em conjunto com a fisioterapia, a terapia ocupacional só passou a ter comissões especificamente nomeadas a partir de 1998.

Mesmo enfrentando as dificuldades típicas de trabalhos desta natureza, tanto na fase das comissões mistas, quanto após a separação, as docentes indicadas trabalharam exaustivamente na construção de instrumentos capazes de formalizar a estrutura e o funcionamento dos cursos, sempre se baseando nos padrões oriundos da articulação dos docentes nos encontros nacionais.

Como resultado desse esforço, chegamos a 2000 contando com os seguintes documentos discutidos e aprovados pelo conjunto dos docentes: Diretrizes Curriculares, Padrões de Qualidade, Formulário de Autorização de Funcionamento, Formulário de Avaliação de Novos Cursos, Indicadores de Áreas de Conhecimento e Roteiro de Verificação para Reconhecimento (www.mec.gov.br).

Não obstante, os documentos, embora oriundos da reflexão conjunta e fartamente legitimados pela categoria profissional, nem sempre foram bem recebidos pela própria SESu e sobretudo pelo CNE (Conselho Nacional de Educação), que muitas vezes considerou excessivamente rigorosas as exigências das comissões e que, em virtude disto, vem adiando a sua regulamentação há pelo menos dois anos. Cabe esclarecer que trata-se de uma avaliação que o CNE tem formulado sobre a atividade das comissões em geral e não exclusivamente sobre a Terapia Ocupacional.

Independente da aprovação dos Padrões de Qualidade para cada curso, a CEETO havia estabelecido uma

[1] Em julho de 2000 aconteceu no Chile um encontro de Escolas de Terapia Ocupacional da América Latina, que resultou na redação de documento conjunto entre os países participantes: Brasil, Colômbia, Argentina, Estados Unidos e Venezuela, além do Chile (ver portal da ABRATO). No texto são apontadas diretrizes para a melhoria das escolas da região.

rotina de trabalho, baseada nos documentos aprovados pelos pares. Entretanto, quando da nomeação da atual comissão, feita em junho de 2000, o recém empossado Secretário de Ensino Superior revelou a intenção de promover mudanças profundas no funcionamento das comissões. No Seminário de Integração, para o qual foram convocadas todas as comissões (Brasília, de 24 a 26 de julho de 2000), declarava-se a necessidade de garantir a expansão do sistema de ensino superior brasileiro a partir da flexibilização dos critérios, que deveriam garantir a emergências de modelos heterogêneos de formação (em outras palavras, diferentes níveis de excelência na formação, com escolas encarregadas de fazer pesquisa e produção de conhecimento em alto nível e outras as quais se atribui "apenas" a tarefa de graduar profissionais).

Trata-se, na argumentação governamental, de permitir a coexistência de Universidades, Centros Acadêmicos, Faculdades Integradas e Faculdades ou Escolas Isoladas. Conforme já havíamos referido em documento anterior:

> "*o Estado leva a efeito a intenção de deixar ao mercado a tarefa de regular as ações da esfera pública, atitude de resto bastante conhecida por todos nós e já iniciada em outros setores(..). Tanto os interesses mais coletivos quanto o controle social destas atividades, carecem de espaço e definição nas propostas apresentadas.* "(CEETO, A Atuação da Comissão de Especialistas da SESu/MEC: quadro atual, Salvador, 2000)

Deste modo, em consonância com as intenções anteriormente declaradas, as CEE foram surpreendidas, em recente Seminário de Integração, realizado de 20 a 22 de março de 2001, em Brasília, com a notícia da reestruturação das suas dinâmicas de funcionamento. Conforme comunicação oficial do secretário da SESu, Prof. Antônio Macdowell de Figueiredo, logo ao início dos trabalhos, as comissões passam agora a responder pelo trabalho de Supervisão do sistema superior de ensino, ficando a tarefa de avaliação e fiscalização delegada ao INEP (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais/ MEC).

Neste novo contexto, os reconhecimentos de cursos passariam a ser realizados pelo INEP, sem que tenham sido declarados os critérios a serem considerados nesta atividade. Numa primeira análise, especula-se sobre a perda da capacidade de normatização das comissões, que passariam a ter um caráter meramente consultivo, sem poder para interferir na criação de novos cursos ou na continuidade daqueles considerados insatisfatórios. Esta avaliação, ainda de acordo com as vagas observações do Sr. Secretário, passaria a ser feita a partir de critérios e instrumentos universais, aplicáveis a todos os cursos, que resultarão em relatórios que serão encaminhados às atuais CEE para apreciação e aprovação ou reconsideração. Embora questionados, os membros do *staff* da SESu não conseguiram esclarecer como seria possível fazer essa análise, na medida em que não se sabe sob que parâmetros será alicerçada esta nova avaliação a ser realizada pelo INEP .

Em resumo, anunciou-se a mudança dos critérios, mas os mesmos não foram fornecidos, ficando o esclarecimento dessas questões adiado para o próximo seminário, a ser realizado no mês de abril, em Brasília.

Várias questões surgem então dessa nova orientação da SESu: Qual será o processo de definição dos chamados **critérios universais?**

De que forma os processos avaliativos universais trabalharão questões específicas? Trabalharão?

Qual a possibilidade de participação da sociedade organizada (leia-se entidades de classe, associações científicas, entre outros) nesses processos?

As avaliações deixariam de ser conduzidas por "pares", através das Comissões Avaliadoras indicadas pelas CEE/SESu. Que desdobramentos, positivos e negativos, poderiam advir desta "universalização"?

Acreditamos ser urgente a divulgação, entre os docentes, deste novo cenário que, embora bastante nebuloso, certamente exigirá de nós todos, que vimos lutando pela qualidade da formação dos terapeutas ocupacionais brasileiros, atenção, cuidados, articulação e esforços redobrados.

Comissão de Especialistas de
Ensino de Terapia Ocupacional
Brasília, março de 2001
Lilian Vieira Magalhães
Lívia Castro Magalhães
Roseli Esquerdo Lopes

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.12, n.1/3, p.1-7, jan./dez., 2001.

ARTIGOS

DESENVOLVIMENTO HUMANO - ENTRE A DETERMINAÇÃO BIOLÓGICA E CONSTITUIÇÃO HISTÓRICO-CULTURAL*

THE HUMAN DEVELOPMENT - BETWEEN THE BIOLOGICAL DETERMINATION AND THE HISTORICAL-CULTURAL CONSTITUTION

Marysia Mara Rodrigues do Prado De Carlo[1]

DE CARLO, M.M.R.P. Desenvolvimento humano – entre a derterminação biológica e constituição histórico-cultural. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.1-7, jan./dez., 2001.

RESUMO: Nos estudos e práticas relacionados às pessoas deficientes, tem prevalecido a perspectiva biologicista, segundo a qual a deficiência mental decorre de algum elemento patogênico presente no indivíduo. Na perspectiva histórico-cultural, considera-se que os fatores biológicos constituem o substrato orgânico inalienável do desenvolvimento humano, mas esse não pode ser reduzido ao marco biológico, pois é de natureza fundamentalmente social. Além da superação da dicotomia entre biológico e sociocultural, é preciso procurar compreender quais são as tendências para o desenvolvimento futuro (visão prospectiva) e deixar de ver a deficiência mental como um problema puramente cognitivo, considerando os aspectos afetivo-motivacionais envolvidos. O "outro" tem um papel fundamental na construção de potenciais de desenvolvimento, sendo que a interligação entre o substrato material dos processos psíquicos e a experiência cultural se dá na intersubjetividade, com a mediação de palavras e ações.

DESCRITORES: Desenvolvimento humano. Pessoas mentalmente deficientes. Características culturais. Terapia ocupacional.

Há diversas teorias sobre o desenvolvimento humano e muitas divergências entre elas. Nos trabalhos teóricos e práticos, em geral, costuma haver um "lapso" nas considerações sobre os "componentes" biológicos do desenvolvimento humano (determinismo biológico) e as condições sociais (como outro determinismo, do tipo social), como discutiremos a seguir.

Determinantes do desenvolvimento humano

Acreditava-se, até recentemente, que o destino de uma criança estava infalível e exclusivamente determinado pelo cruzamento genético de seus pais. Considero que este fator genético é importante, mas insuficiente para definir o desenvolvimento humano futuro. Por mais rica que seja a herança genética que a

* O trabalho integral da pesquisa de doutorado da autora foi publicado no livro: *Se essa casa fosse nossa... Instituições e processos de imaginação na educação especial*. São Paulo, Plexus, 1999. 154p.

[1] Professora doutora do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: e-mail: pecarlo@correionet.com.br

criança recebe de seus pais, as experiências vividas, a influência do meio social e a história emocional da criança são determinantes do modo como as pessoas se desenvolvem.

Do mesmo modo como nos referimos à genética, os estímulos do ambiente natural e humano são decisivos, mas são igualmente insuficientes como determinantes do desenvolvimento humano, pois não há como negar o caráter fundamental da estrutura biológica do desenvolvimento humano.

Assim, creio que é preciso superar as perspectivas excludentemente deterministas do desenvolvimento – a da determinação biológica e sociocultural – e considerar suas mútuas influências, especialmente quando há algum tipo de comprometimento, para encontrar estratégias de superação, que também devem considerar as relações afetivas constitutivas da vida de relação.

A interligação entre o substrato material dos processos cerebrais e a experiência cultural se dá pela intersubjetividade – o "outro" tem papel fundamental no desenvolvimento de todo ser humano[2]. As experiências de interação social e as formas coletivas de colaboração precedem às formas individuais de conduta e dão origem às formas complexas de atividade da criança. Além disto, graças à plasticidade do sistema nervoso central e à dinâmica do funcionamento psicológico em geral (que implica em experiências culturais) pode haver uma efetiva reorganização da estrutura psíquica, reunindo e orientando novas forças psíquicas; os estímulos (sócio-culturais) benéficos podem aproveitar melhor e promover as potencialidades do seu cérebro.

As formas culturais de atuação têm uma base natural (os processos elementares), a qual é transformada pela cultura em função das finalidades do homem. Embora as leis de desenvolvimento sejam iguais para todas as pessoas (deficientes ou não), o "desvio" do padrão biológico típico do homem altera a forma de enraizamento do sujeito na cultura, sendo que o comprometimento da base biológica da pessoa deficiente influencia o desenvolvimento cultural. Como todo o aparato da cultura está adaptado à constituição do ser humano típico, com determinada organização psicofisiológica, na pessoa com deficiência (que se diferencia do tipo humano "normal") parece ser evidente a divergência (mais ou menos ostensiva) entre os planos biológico e cultural do desenvolvimento.

O desenvolvimento humano com (para além da) deficiência

O desenvolvimento comprometido pela deficiência apresenta uma expressão qualitativamente peculiar, que se diferencia conforme o conjunto de condições em que se realiza. A influência de um meio desfavorável pode agravar os comprometimentos do desenvolvimento (gerando complicações secundárias), como também pode ser a desencadeadora de quadros que passam a ser classificados como sendo de deficiência, que confere ao sujeito o *status* social de "deficiente". Estas são formas de constituição social da deficiência.

Contudo, a peculiaridade do desenvolvimento da criança deficiente não está no desaparecimento de funções que podem ser observadas na criança normal, mas nas novas formações que se constróem como reação ante a deficiência. Não há a substituição de um órgão ou função diretamente por outro; o que ocorre é uma reorganização do desenvolvimento sob novas condições e sobre novos fundamentos.

Esse tipo novo de desenvolvimento tanto está sob influência das leis biológicas como depende, fundamentalmente, das possibilidades oferecidas, dos limites impostos ou das necessidades estabelecidas pelo meio social, como, por exemplo, de adaptar-se ao meio sociocultural organizado para um tipo humano "normal".

A pessoa com deficiência mental, por exemplo, que tem seu desenvolvimento intelectual comprometido como resultado de uma insuficiência orgânica, em geral, apresenta um desenvolvimento cultural incompleto. Esta condição caracteriza-se, entre outros aspectos, pela falta de habilidade para o domínio e o uso de instrumentos cultural-psicológicos (signos). Entretanto, se desenvolvem, através das relações sociais, maior capacidade de utilização de signos, é porque alcançaram um nível de desenvolvimento cultural mais complexo e têm maiores chances de êxito em sua inclusão social que aquelas que apresentam esta capacidade comprometida. Apesar disto, tem prevalecido a explicação biologicista sobre o desenvolvimento humano, que será apresentada a seguir.

Concepção biologicista do desenvolvimento humano com deficiência

Nos estudos referentes ao desenvolvimento das pessoas deficientes, baseados na perspectiva biologicista, os diferentes tipos de deficiências são decorrentes de algum elemento patogênico presente no indivíduo, pelo mal funcionamento orgânico ou psicológico da pessoa deficiente. Desta forma, a gênese da deficiência estaria na própria pessoa deficiente (causalidade individual) e, sendo a deficiência considerada irreversível, restaria fazer a identificação

e categorização dos deficientes para que os arranjos educacionais fossem os mais adequados possíveis.

Os "problemas" de desenvolvimento e/ou aprendizagem são considerados "erros" ou "desvios" em relação a um determinado padrão de normalidade, concepção de inteligência e ritmo de aprendizagem; os transtornos de aprendizagem são classificados como "distúrbios" ou "dificuldades" em função de suas correlações com "anomalias" ou "patologias". Porém, se existe "atraso" é porque "*há um padrão, uma cronologia baseada em faixas etárias, que por sua vez se baseiam em marcas ou indicadores de desenvolvimento que passaram a ser absolutizados, mas que não deixam de ser um modo arbitrário e convencional de mensuração*" (SMOLKA, 1989, p.42)[4].

Para proceder o isolamento entre "bons" e "maus", "normais" ou "anormais", foram sendo criados diferentes tipos de classificações, em geral baseadas em análises do comportamento, sob as denominações de diagnóstico clínico (segundo a patologia) ou psico-pedagógico (segundo os níveis de desenvolvimento cognitivo-emocional). As divisões, feitas segundo estas classificações ou graus de comprometimento, buscam mostrar as "anormalidades" ou "desvios" em relação ao que é considerado como "normal", criando uma hierarquia segundo as competências individuais, como também servem como parâmetros para recompensar ou punir. Logo, esses diagnósticos serviram como barreira para selecionar as crianças aptas para a escolarização, uma seleção de acordo com características negativas do seu desenvolvimento.

A definição de debilidade mental do sujeito vem sendo feita de forma essencialmente psicométrica, a partir da avaliação do nível de acertos alcançado na realização de certas tarefas. Os testes tentam mostrar que o indivíduo não adquiriu determinados instrumentos cognoscitivos, mas não se propõem a esclarecer as características específicas e os mecanismos implicados no processo de constituição da organização especial de seu psiquismo, nem explicitam suas necessidades, seus processos e recursos especiais necessários à aprendizagem.

Através de métodos psicológicos fundamentados numa concepção quantitativa de desenvolvimento infantil, procura-se determinar o grau de redução do intelecto, mas não se pode caracterizar o própria deficiência e a estrutura interna da personalidade. Uma das conseqüências desta concepção de desenvolvimento quantitativamente limitado e reduzido da criança deficiente é que, na prática, se propôs um processo de educação reduzido (redução do material de estudo) e lentificado (prolongado no tempo) e os processos terapêuticos acabaram restringindo-na ao treinamento das funções elementares, particularmente o treinamento sensório-motor, que tem resultados muito pobres.

Novas síndromes continuam a ser categorizadas, com a descrição de suas distintas características. Todo o esforço em classificar as anomalias mentais, a partir do estabelecimento de categorias nosológicas muito diferenciadas, reconhecendo os quadros sintomáticos de cada uma, teve seus frutos no sentido de um certo tipo de conhecimento. Contudo, cristalizou a idéia do indivíduo deficiente como se fosse uma variedade humana patológica, caracterizada por sua insuficiência intelectual, e vem servindo mais para formar grupos de entidades patológicas e distribuí-las nos espaços institucionais que para efetivamente criar novos e melhores métodos de intervenção educativa e terapêutica.

Desse modo, historicamente, seguindo a evolução do conhecimento médico e as trajetórias da filosofia humanista e da formulação dos direitos humanos, ocorreram mudanças substanciais tanto de atitudes quanto nas concepções em relação à deficiência e aos deficientes. Porém, penso que não se avançou significativamente na compreensão da organização especial do psiquismo e do comportamento dos considerados deficientes e pouco se obteve quanto a novas possibilidades educativas e terapêuticas em geral e quanto à efetiva inserção social das pessoas com deficiências ou com necessidades educativas especiais.

Enfim, a deficiência é uma condição complexa e, para compreendê-la, faz-se necessário compreender o desenvolvimento humano, sem deter-se apenas na natureza dos processos patológicos. É preciso conhecer quais são e como são as estruturas de seu comprometimentos físico, psicológico e sociocultural, que caracterizam diferentes sujeitos e diferentes quadros de deficiência. É preciso, também, separar os aspectos que nascem da condição biológica e que formam a base da deficiência daqueles aspectos que se originam do meio social, como dificuldades de caráter derivativo.

Há a necessidade de identificar não só as etapas de desenvolvimento, mas, principalmente, buscar compreender seu processo complexo e dinâmico. Mais importante do que reconhecer a deficiência ou insuficiência em si mesmas, é conhecer como o sujeito se desenvolve e como responde às dificuldades enfrentadas, de forma a dominar a deficiência utilizando suas capacidades consolidadas e potenciais no processo de desenvolvimento.

Os trabalhos baseados na perspectiva histórico-cultural em Psicologia seguem nessa direção e consideram que a deficiência tem caráter mais social

que biológico; as particularidades psicológicas da pessoa deficiente estão mais relacionadas ao social que ao núcleo biológico, ainda que este não possa ser desprezado.

O desenvolvimento humano na perspectiva histórico-cultural

Para Vigotski (1989a,b)[5,6], contrário à idéia dos incrementos quantitativos, o desenvolvimento humano é um processo dialético complexo, caracterizado por transformações qualitativas que ocorrem núma periodicidade múltipla, baseadas numa intrincada relação entre fatores internos e externos e numa desproporção no desenvolvimento das diferentes funções, tendo em vista a superação de dificuldades e a adaptação. Assim, ao invés de prender-se uma definição geral da deficiência, é preciso determinar como ela se manifesta, como o sujeito enfrenta sua condição de deficiência e por qual via devem avançar a escola e os programas terapêuticos para vencer as conseqüências da deficiência.

É fundamental considerar que, a partir de condições naturais ou biológicas de desenvolvimento, ocorre uma transformação qualitativa dos processos elementares em processos ou funções superiores, de natureza sociocultural. O que diferencia uma pessoa deficiente de outra considerada normal é o tipo de sua estrutura orgânica e psicológica e não padrões quantitativos. Nesta perspectiva, não há uma evolução linear de funções parciais, crescente ou deficitária (neste caso, tratando-se da pessoa deficiente) do ponto de vista quantitativo, mas "saltos" qualitativos relacionados com a aparição de formas novas ou mais avançadas de mediação instrumental e/ou semiótica.

Segundo Vigotski (1989b)[6], existem diferentes possibilidades de superação dos transtornos de desenvolvimento, de acordo tanto com as condições do desenvolvimento biológico quanto pela riqueza e diversidade da experiência sociocultural. Deste modo, embora possa haver um transtorno primário (na base do desenvolvimento), as novas formações qualitativas do desenvolvimento podem "ocultar" os processos primários; as determinações primárias (de base biológica) do desenvolvimento da pessoa deficiente não são anuladas, mas ocultadas no próprio processo de desenvolvimento pelas ocorrências que surgem em etapas mais tardias.

Só existe funcionamento psíquico complexo se houver operação com signos[5], sendo que ambos os processos dependem das experiências culturais e oportunidades concretas que a pessoa tem para se desenvolver. Assim, coloca-se a idéia de que o desenvolvimento cultural se dá pelo encontro, no signo, entre o desenvolvimento natural (orgânico) e o mundo da cultura e que tudo que surge deste encontro pode ser material para a atividade psíquica, posto que tem valor semiótico. Tomando isto por base, penso que é possível vislumbrar o caminho para a constituição do funcionamento psíquico complexo, que é mediado semioticamente, mesmo no caso da pessoa que tem deficiência mental, desde que seja promovido seu desenvolvimento cultural.

Além da superação da dicotomia entre biológico e cultural (considerando que o biológico de forma alguma pode separar-se do social), é preciso deixar de ver a deficiência mental como um problema puramente cognitivo. Embora pessoas portadoras de deficiências apresentem determinadas capacidades comprometidas, isto não significa que todo seu desenvolvimento esteja comprometido; não se pode afirmar que nas pessoas com deficiência mental falta totalmente alguma das capacidades intelectuais. Como o intelecto é uma unidade bastante complexa, cuja estrutura está constituída por diferentes funções e que se constrói de forma heterogênea no processo de desenvolvimento humano, é possível haver uma diversidade qualitativa de tipos de comprometimento intelectual; as funções intelectuais, não estando igualmente afetadas, conferem uma forma qualitativamente peculiar à deficiência mental.

Entretanto, ainda hoje predomina uma orientação intelectualista, segundo a qual todo problema do deficiente mental decorre fundamentalmente de sua debilidade cognitiva. O aspecto principal da deficiência mental parece ser, na verdade, a falta de controle voluntário do comportamento e de motivação para o desenvolvimento das capacidades e das ações.

A afetividade é um aspecto de suma importância no desenvolvimento humano. No caso da pessoa deficiente, é fundamentalmente incitadora para que o sujeito possa vencer suas dificuldades através da construção de vias "alternativas" de desenvolvimento, pois tanto as ações como o pensamento são movidos por necessidades e impulsos afetivos. Compreender as peculiaridades do desenvolvimento comprometido pela deficiência implica reconhecer o vínculo interno e a unidade entre intelecto e afeto, que varia e se aperfeiçoa no curso do desenvolvimento humano, e que o substrato biológico vai sendo modelado dentro de condições sócio-históricas. A cognição aparece como um aspecto particular deste desenvolvimento humano e se constrói de acordo com as relações afetivas estabelecidas nas relações sociais, fundamentalmente, mediadas pela linguagem.

Implicações terapêutico-ocupacionais e educacionais

Considerando que o coletivo é fator fundamental no processo de desenvolvimento humano, afastar a pessoa deficiente do meio social e restringir suas interações e vínculos sociais, privilegiando os procedimentos individualistas, faz com que ela deixe de receber a "alimentação" cultural necessária para seu desenvolvimento, o que leva à acumulação de fatores secundários ou complementares ao quadro primário da deficiência mental. As pessoas deficientes devem ser incorporadas à vida comum, criar enlaces sociais, pois as interações ampliam a experiência e entrelaçam o sujeito com o mundo.

Os procedimentos educacionais e terapêuticos que são limitantes do desenvolvimento, devem ser superados por estratégias sistematizadas que promovam o desenvolvimento cultural dos processos psicológicos e das ações complexas. A pessoa com deficiência necessita de apoio adequado para desenvolver-se, dentro de uma metodologia pedagógica e terapêutica especiais, para que, assim, se conquiste o desenvolvimento cultural.

Acredito que os terapeutas ocupacionais, educadores e outros profissionais da área da saúde não podem mais se contentar com programas reduzidos e com métodos simplificados e facilitados, nem podem se limitar ao estabelecimento de reações condicionadas, ainda que algumas possam ser importantes para a independência e adaptação ao meio. Os programas oferecidos devem adequar-se aos interesses e desejos dos sujeitos e devem promover formas mais complexas da atividade humana. Coloca-se, deste maneira, a tarefa da criação de formas de trabalho que correspondam às peculiaridades dos deficientes, com o cuidado de se elaborar ajustes metodológicos e de preparar os profissionais, para que o portador de deficiência possa alcançar sua plena integração social.

Assim, considerando que o "outro" tem um papel fundamental na construção do desenvolvimento humano, é preciso ultrapassar as concepções educativas e terapêuticas comuns, que costumam priorizar as ações individualizadas e que estão baseadas na aplicação de atividades fundamentadas em relações e materiais concretos, para a "manutenção" de funções psicológicas elementares. Numa perspectiva de superação dos limites da intervenções individualistas (base da educação e terapêutica tradicionais), é importante priorizar o desenvolvimento das capacidades remanescentes, as ações coletivas e descobrir as tendências para o desenvolvimento futuro (numa visão prospectiva), para a superação das dificuldades e limitações do desenvolvimento humano comprometido pela deficiência.

Ressalta-se a importância de processos educacionais e terapêuticos bem orientados e contínuos, com metodologias especiais que levem em consideração as peculiaridades do desenvolvimento da pessoa deficiente ao traçar suas estratégias de intervenção. Se não se identifica as formas criadoras de compensação da deficiência, que se opõem às dificuldades e limitações, e as características próprias que conferem peculiaridade ao desenvolvimento humano comprometido pela deficiência, as avaliações e diagnósticos podem ser muito equivocados e os programas terapêuticos e educativos ineficazes.

Para haver promoção do desenvolvimento humano, é preciso acreditar que este pode ser influenciado positivamente através de experiências socioculturais e de ações terapêuticas significativas, senão, caberia apenas avaliar e classificar / rotular patologias e, quando muito, cuidar com medicamentos da sintomatologia associada à alteração do desenvolvimento, para minimizar doenças associadas, seqüelas, etc.

Ainda que existam, efetivamente, prejuízos de caráter biológico, os educadores e os terapeutas defrontam-se mais com suas conseqüências psicossociais que com os fatos biológicos em si. Os comprometimentos que as pessoas com deficiências possam vir a apresentar se devem, não exclusivamente às características do seu quadro clínico, mas, sobretudo, à falta de uma atenção educativa e terapêutica adequadas, através das quais poderiam aprender a compensar suas desvantagens em determinadas funções pela construção de potenciais de desenvolvimento de outras capacidades e pela substituição de uma via de ação por outra.

No caso do desenvolvimento insuficiente das funções elementares (de base biológica), se não se pode eliminar a causa orgânica (como no caso dos transtornos geneticamente determinados), luta-se contra suas manifestações. No caso das funções psíquicas complexas (superiores), seu desenvolvimento precário está relacionado com o insuficiente desenvolvimento cultural do indivíduo e, se é causado por suas limitações na atividade coletiva, é para ela que devem ser dirigidos os esforços educativos e terapêuticos. As funções psíquicas superiores são as que apresentam maiores possibilidades de desenvolvimento, se forem influenciadas por procedimentos pedagógicos e terapêuticos bem orientados. É mais fácil educar e transformar as formações "tardias" (culturais), no nível

do funcionamento de ordem superior, que aquelas relacionadas com a causa inicial (biológica) do fenômeno – as formações elementares - que são menos dependentes das influências externas do desenvolvimento social.

Em outro trabalho[1] pude demonstrar que mesmo pessoas com deficiência gravemente comprometidas podem operar, ainda que de forma rudimentar, no plano imaginário, apresentando indícios de reflexividade sobre suas condições de vida, quando as relações interpessoais são dirigidas para este objetivo. O que é preciso é propor uma atuação prospectiva em projetos terapêuticos e educacionais, através do investimento na formação de processos semióticos e de pensamento, revertendo a exclusiva preocupação com processos elementares e promovendo condições mais favoráveis para transformações do desenvolvimento e construção da subjetividade.

Enfim, quaisquer profissionais que estejam voltados à promoção do desenvolvimento humano, comprometido ou não por uma deficiência, devem atuar sobre as capacidades e funções emergentes, favorecer a mediação semiótica e instrumental e investir na dimensão imaginária, buscando promover o desenvolvimento das capacidades físicas e funções psicológicas mais elaboradas e criadoras, através da construção de processos imaginários, no nível de funcionamento psíquico de ordem superior. É preciso haver uma intervenção pedagógica e terapêutica que rompa com o mecanismo rígido de pensamento e ação (baseado na aderência ao concreto) e que promova o descolamento da realidade material, na direção da abstração e da construção imaginária (promovendo o funcionamento psíquico complexo). Senão, preserva-se o círculo vicioso da mútua determinação, no sentido da manutenção do indivíduo preso ao nível do seu funcionamento elementar.

Quando as estratégias sociais são eficazes, baseadas num contexto cultural que promove a inclusão social através de atividades significativas para o indivíduo e para a coletividade, podem promover a superação das condições restritivas do aparato biológico e, deste modo, pode ocorrer uma reorganização radical da estrutura psíquica e comportamental. Assim, além de identificar as condições biológicas, é preciso analisar os processos socioculturais para que os serviços educacionais e terapêuticos possam criar metodologias especiais adequadas e coerentes com o propósito de construção de condições superiores de desenvolvimento humano.

DE CARLO, M.M.R.P. The human development – between the biological determination and the historical-cultural constitution. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.1-7, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: In the studies and practices related to handicapped persons, the biological perspective has prevailed, according to which the mental deficiency comes from some pathogenic element present in the affected individual. Regarding the Historical-cultural perspective, although it is considered that the biologic factors constitute the inalienable organic substrat of the human development, this cannot be reduced to the biologic limit, because it is fundamentaly of social nature. Besides overcoming the dychotomy between biological and sociocultural ideas, it is necessary to make an effort to understand the trends for future development (prospective vision) and leave aside the mental deficiency as a purely cognitive problem, considering the affective-motivational aspects involved. The "other" has a fundamental role in the construction of development potentials. The interlink between the material substrate of the psychological processes and the cultural experience happens in the intersubjectivity, by means of words and actions.

KEYWORDS: Human development. Mentally disabled persons. Cultural characteristics. Occupational therapy.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. DE CARLO, M.M.R.P. *Se essa casa fosse nossa... Instituições e processos de imaginação na educação especial.* São Paulo: Plexus, 1999.
2. GÓES, M.C.R. Os modos de participação do outro no funcionamento do sujeito. *Educação e Sociedade,* n.42, p.336-41, 1992.

3. JANNUZZI, G.S.M. *A luta pela educação do deficiente mental no Brasil*. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1985.
4. SMOLKA, A.L.B. O trabalho pedagógico na diversidade (adversidade?) da sala de aula. *Cadernos CEDES*, n.23, p.39-47, 1989.
5. VIGOTSKI, L.S. Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. In: PUZIRÉI, A.; GUIPPENRÉITER, Y., org. *El processo de formación de la psicología marxista: L. Vigotski, A. Leontiev, A. Luria*. Moscu: Editorial Progreso, 1989a. p.87-137.
6. VIGOTSKI, L.S. *Obras Completas - Fundamentos de defectologia*. Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1989b. t.5.

A INCLUSÃO DA CRIANÇA COM DEFICIÊNCIA NA ESCOLA COMUM: REFLEXÕES SOBRE O PAPEL DA TERAPIA OCUPACIONAL

THE INCLUSION OF HANDICAPPED CHILDREN IN REGULAR SCHOOLS: REFLECTION ABOUT THE ROLE OF THE OCCUPATIONAL THERAPY

Eucenir Fredini Rocha[1]
Maria do Carmo Castiglioni[2]
Rita de Cássia Vieira[3]

ROCHA, E.F.; CASTIGLIONI, M.C.; VIEIRA, R.C. A inclusão da criança com deficiência na escola comun: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.8-14, jan./dez., 2001.

RESUMO: Este artigo é uma reflexão sobre a problemática da inclusão da criança deficiente na escola comum e o papel da Terapia Ocupacional. Relata a experiência de inclusão de crianças deficientes usuárias do ambulatório do REATA (Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva), do curso de Terapia Ocupacional da FMUSP, na rede de ensino público, desenvolvida no período de 1995 a 2000. A escolha da metodologia de ação participativa facilitou o dialogo sobre as questões envolvidas e o desmonte de preconceitos e medos relacionados a esta atividade. O resultado foi a criação de uma sala de apoio pedagógico para as crianças matriculadas em escolas comuns e a inclusão de cerca de 49% das crianças do ambulatório, portadoras de deficiências consideradas moderadas e graves, em salas comuns.

DESCRITORES: Aprendizagem. Crianças portadoras de deficiências/educação. Educação especial/classificação. Terapia ocupacional.

INTRODUÇÃO

Segundo Touraine (1994)[5], o conceito de integração social, se impõe no século XIX como uma categoria necessária ao bom funcionamento do corpo social. O cidadão é constituído por direitos e deveres, os quais devem ser cumpridos a fim de que o contrato social se efetive, assim os indivíduos só são considerados integrados socialmente quando cumprem os papéis determinados nessa direção. As instituições, como a escola, emergem como espaço de organização dos indivíduos para o exercício dos papéis sociais esperados.

[1] Profa. Dra. do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.
[2] Profa. Assistente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP.
[3] Terapeuta Ocupacional da Prefeitura do Município do Guarujá - Secretaria de Ação Social e Cidadania e do Centro de Recuperação da Paralisia Infantil e Cerebral – Guarujá.
Endereços para correspondência: eucenirfr@uol.com.br; cas@hotmail.com.br; rita.ca.vi.@bol.com.br

O conceito de integração social tem sido amplamente utilizado no campo da reabilitação de pessoas deficientes e é posto como uma meta a ser alcançada. Para isso, a reabilitação deve "*preparar*" a pessoa deficiente para a sua inserção na sociedade e a escola aparece como mediadora. Essa tem sido a premissa com a qual os técnicos da reabilitação têm trabalhado.

Aqui a ação reabilitacional visa à criança, pois é ela quem deve estar preparada para a escola. Assim, crianças com graves dificuldades, sejam motoras, sensoriais ou intelectuais, têm poucas perspectivas de sucesso, pois, segundo esse paradigma, o seu potencial é pequeno e às vezes inexistente.

O resultante dessa lógica é o processo de escolarização ficar restrito a pessoas deficientes.

A partir da década de 80, emerge uma reação a essa visão e uma subversão a essa lógica. Trata-se da proposta de "*inclusão*", a qual defende que a participação social das pessoas deficientes tem de ser construída por toda a sociedade e que as necessidades das minorias têm de ser contempladas no todo. Desse modo, a escola tem de se apresentar como um contexto inclusivo, ou seja, deve estar preparada para receber todos os alunos. No entanto, esse tema ainda é polêmico, principalmente quando se trata de crianças com deficiências consideradas "graves". No Brasil, a experiência da Terapia Ocupacional nesse universo, está restrita a um acompanhamento de alunos em escolas especiais ou em instituições vinculadas a trabalhos clínicos voltados à preparação do indivíduo para a inserção social, nas quais a finalidade, nem sempre, é escola a comum.

Como contribuição a esse campo, apresentaremos neste trabalho a experiência desenvolvida pelo REATA (Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva do Curso de Terapia Ocupacional da USP)[1].

Situando o problema

Em junho de 1994, em Salamanca, Espanha, foi realizada a "Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade" durante a qual foi elaborada a "Declaração de Salamanca e Linha de Ação" que definiu os princípios norteadores da educação inclusiva:

> "... *toda criança tem direito fundamental à educação; cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem próprios; as pessoas com necessidades educativas especiais devem ter acesso às escolas comuns cuja pedagogia deve ser centralizada na criança; as escolas integradoras representam melhoria no ensino, garantem educação para todos e combatem a discriminação*" (BRASIL, 1994, p.15)[1].

A declaração expressa um posicionamento de ruptura com a educação especial, considerando que esta corrobora a estigmatização e a segregação a que as pessoas deficientes têm estado sujeitas, pois dificulta o acesso à educação regular, reduz as possibilidades escolares a espaços especiais, limita o crescimento pedagógico do aluno e, por fim, diminui as possibilidades do exercício pleno de sua cidadania.

A escola inclusiva visa, portanto, à mudança dos paradigmas epistemológicos e relacionais voltados às pessoas deficientes e pessoas não deficientes, constituindo-se em um espaço de construção de novos conceitos educacionais e de socialização, promovendo a modificação de comportamentos, atitudes e oportunidades para todos os envolvidos.

No entanto, essa idéia é complexa e possui diferentes nuances. Apesar de a "Declaração de Salamanca" existir e ser um eixo norteador, a sua implementação não é fácil e esbarra em muitas dificuldades. A existência de leis por si só não garante a sua efetivação, pois existem barreiras do ponto de vista das relações sociais, tais como os preconceitos e medos; as barreiras arquitetônicas e a falta de direcionamentos pedagógicos.

Em países como os EUA e o Canadá, a proposta vem sendo implantada, porém, também, com muitas dificuldades. É a partir da década de 70 nos EUA, segundo Stainback, S. e Stainback, W. (1999, p.29)[4], que há o fortalecimento das tendências na direção do deslocamento do paradigma da educação da perspectiva de *limitações funcionais*, da ação pedagógica centrada nas dificuldades individuais que fundamenta a educação especial, para a perspectiva do *grupo minoritário*, que propõe a constituição de ambientes educacionais adaptados, melhorados e preparados para atender às

[1] REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva pertence ao curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP e desenvolve atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade. Suas linhas de ação, nessas vertentes, são: modelos assistenciais e de intervenção em reabilitação; saúde da pessoa deficiente e reabilitação em saúde pública; tecnologia assistiva; inclusão social e escolar da pessoa deficiente. Os usuários do REATA são portadores de deficiência física, com outras deficiências associadas ou não, sem restrição de faixa etária-, cujos usuários do seu ambulatório foram incluídos na rede escolar comum.

necessidades de todos os alunos. É somente nos anos 80 que a proposta foi defendida de forma mais intensa e aplicada em várias escolas, no entanto, ainda há muitas resistências e em muitos Estados ainda nem foi aplicada.

Lise Saint-Laurent apud Mantoan (1997, p.67-76)[2] narra a experiência do Canadá, principalmente a de Quebec, e afirma que se pode falar em três etapas distintas do desenvolvimento dessa corrente:

- nos anos 70, o encaminhamento dos alunos com dificuldades leves para as escolas regulares de ensino e a retenção daqueles com dificuldades mais graves em escolas especiais;
- na década de 80, confirmou-se a classe comum como o espaço ideal para o aluno com deficiências leves ou outras incapacidades, como distúrbios de comportamento, dificuldades de aprendizagem, distúrbios de leitura e escrita, entre outros;
- nos anos 90, a proposta de inclusão para todos é fortalecida e as escolas são preparadas para tal atividade.

A experiência dos países europeus, segundo este autor, é similar à do Canadá.

Já, na América Latina e Caribe, com exceção do Equador, segundo Blanco e Duk apud Mantoan (1997, p.184-95)[2], a situação dos alunos com necessidades especiais é ainda muito precária, pois precisam desde legislação específica e clara nessa direção, até o levantamento mais preciso da demanda dessa população. Segundo as autoras, as estatísticas têm demonstrado que muitas dessas crianças freqüentam as escolas comuns sem nenhum apoio específico, porém com um alto índice de fracasso escolar.

No Brasil, a inclusão ainda é um tema pouco debatido e, apesar das leis já estabelecidas, a implementação é quase inexistente. Alega-se que as escolas estão superlotadas, pois não existem vagas suficientes nem para as crianças ditas "normais", e que os professores não estão técnica e pedagogicamente preparados. Esses argumentos também são utilizados por muitos profissionais da área da saúde e de reabilitação envolvidos com essa população.

Na cidade de São Paulo temos diferentes experiências:

- na rede pública, temos as classes especiais (DM, DF, DV, DA) nas escolas estaduais e a experiência de inclusão, nas classes regulares de ensino com o apoio das SAPNEs (Salas de Apoio Pedagógico para Pessoas com Necessidades Especiais), nas escolas municipais;
- na rede particular e filantrópica, temos as escolas especiais e as escolas com inclusão nas classes regulares, muitas com restrição de gravidade e tipo de deficiência.

Essas três modalidades de assimilação da criança com deficiência pela rede de ensino, tanto pública como no privada, estão fundamentadas em diferentes pressupostos.

Nas escolas especializadas ou nas escolas com classes especiais, o conceito de *limitação funcional* guia a proposta pedagógica para o atendimento de crianças com deficiência, ou seja, o aluno é quem deve se preparar para a atividade escolar, diminuindo as suas limitações.

Já na proposta da rede pública municipal, as SAPNEs funcionam como uma espécie de sala de apoio pedagógico, tanto para a criança com deficiência como para o professor da sala comum. A criança regularmente matriculada na sala comum, uma ou duas vezes por semana, é atendida em suas dificuldades escolares por um professor (em alguns casos, especializado em pedagogia especial), com atividades pedagógicas específicas que visam a um maior aproveitamento escolar do aluno na sala comum. Nota-se aqui uma preocupação maior em criar espaços de apoio pedagógico. No entanto, nem todas funcionam dessa forma, algumas acabam perdendo sua identidade e confundem-se com a proposta das *"classes especiais"*. Do ponto de vista do potencial da proposta, ela é promissora se for apoiada e trabalhada, como será relatado na experiência do REATA.

A experiência da inclusão escolar dos usuários do ambulatório do REATA – 1995 a 2000

Em 1995, várias crianças que freqüentavam o ambulatório do REATA estavam em fase de escolarização e as dúvidas em relação ao seu encaminhamento estavam em pauta. Tanto a equipe técnica quanto os pais tinham dúvidas sobre qual seria o melhor tipo de escola para essas crianças.

Alguns profissionais defendiam a escola especial, outros, a classe especial em escola comum e uma minoria, a escola regular. A proposta de inclusão era muito nova e pouco divulgada. Assim, a classe especial para as crianças com deficiência motora "grave" e com problemas de comunicação emergia como a indicação mais adequada do ponto de vista prático e, talvez, a possibilidade de classe normal pudesse ser aventada para os casos considerados "leves".

Os pais também tinham muitas dúvidas e

procuravam individualmente os profissionais da equipe para solicitar orientação.

Além disso, as crianças com deficiências motoras graves não estudavam porque não encontravam vagas nas escolas ou classes especiais ou ainda tinham dificuldades de se locomoverem até elas. Aqueles que conseguiam inserção estavam vivendo grandes dificuldades no processo pedagógico, pois permaneciam na mesma "série", alguns por quatro ou cinco anos, encontrando-se desmotivados e apáticos. Sem programas pedagógicos estabelecidos, tratava-se apenas de oferecer uma forma de ocupação do tempo dessas crianças e adolescentes, com atividades infantilizadas para alunos com diferentes faixas etárias, impossibilitando, assim, o crescimento e a aquisição de novas aprendizagens.

Dessa forma, o que aparentemente seria uma possibilidade demonstrou ser um limitador do crescimento da criança e do adolescente. Esses fatos forçaram os terapeutas a optarem pela escola normal como uma possibilidade. A questão era como inserir as crianças, pois as escolas comuns resistiam em aceitar esses alunos e muitos pais também temiam a idéia.

Para responder essa pergunta, o REATA elaborou diferentes estratégias: foi conhecer as classes e escolas especiais, acompanhou professores responsáveis por alguns usuários do seu ambulatório, discutiu a proposta com cada pai e, finalmente, resolveu ampliar a discussão do problema.

Reuniões e oficinas de debate foram realizadas, durante as quais os pais, os terapeutas e algumas crianças passaram a discutir o tema de forma sistemática. Como resultado desses encontros, organizou-se um evento maior que envolveu diferentes setores da sociedade capazes de trazer contribuições para a construção de saídas para o problema da exclusão escolar.

O evento foi chamado de "Cidadãos com Impedimentos Motores: Aspectos Educacionais, Jurídicos e Tecnológicos"[2], e discutiu em três mesas redondas, os principais problemas da pessoa deficiente grave e as possíveis soluções no campo da educação, da tecnologia de ajuda e dos aspectos jurídicos. Contou com a participação de profissionais de reabilitação do REATA e de outras instituições, educadores, pessoal da área jurídica, pessoas deficientes de movimentos sociais, de associações e de conselhos, bem como dos pais das crianças. Ao todo, oitenta pessoas envolveram-se com o evento.

Com a apresentação da proposta das SAPNEs no evento, novas perspectivas se abriram. A proposta de montar uma sala na região do bairro do Butantã emergiu como uma saída para a questão.

Cabe ressaltar que o encontro polemizou a discussão em torno de questões como o significado da inclusão da criança deficiente na rede regular de ensino, tanto para as crianças, familiares e terapeutas como para a escola. A existência de preconceitos, as dificuldades administrativas, políticas e pessoais também foram levantadas e discutidas.

Construindo a SAPNE Benedito Castrucci[3]: uma tarefa de educadores, terapeutas e pais

De 1995 até o final de 1996, o grupo de pais trabalhou na reivindicação da sala junto à Secretaria Municipal de Educação. Foram feitos abaixo-assinados, listas de crianças que necessitavam do recurso, reuniões com os responsáveis e acompanhamento da aprovação do projeto. O REATA ofereceu uma consultoria ao professor e à escola para a implantação da sala.

Com o estabelecimento da parceria, coube à Universidade a elaboração da lista de materiais e dos equipamentos necessários, os relatórios técnicos de cada criança, a capacitação do professor em conteúdos referentes aos quadros de deficiência, o acompanhamento da inserção das crianças na SAPNE e nas escolas comuns.

Para a Secretaria de Educação, coube disponibilizar o espaço físico e os recursos materiais, a seleção do professor e o apoio pedagógico.

Para acompanhar esse trabalho de forma sistemática, foram definidos dois profissionais do REATA: um terapeuta ocupacional como coordenador

---

[2] O evento ocorreu nos dias 09 e 10 de setembro de 1995, na Cidade Universitária USP e foi organizado pelo REATA (na época denominado NAVC), (terapeutas e pais); Conselho Municipal da Pessoa Deficiente; Centro de Apoio Operacional das Promotorias de Justiça da Infância e da Juventude e da Pessoa Portadora de Deficiência do Ministério Público do Estado de São Paulo; PRODEF – Programa de Atendimento aos Portadores de Deficiência da Secretaria Municipal da Família e Bem Estar Social, Prefeitura de São Paulo; Programa de Atendimento aos Portadores de Necessidades Especiais da Secretaria Municipal de Educação, Prefeitura de São Paulo.

[3] A SAPNE aqui referida encontra-se na EMEI Benedito Castrucci localizada nas proximidades do KM 19 da Raposo Tavares, Distrito do Butantã, São Paulo.

e uma psicóloga de apoio. No decorrer dos anos, manteve-se o terapeuta ocupacional e houve apoio de estagiários do curso de TO e de um profissional de fonoaudiologia, todos membros da equipe de reabilitação do REATA. As reuniões com o professor da sala ocorriam semanalmente, durando, em média, duas horas.

O primeiro passo foi a definição do espaço físico, a elaboração do projeto para a sala e, em seguida, a definição da capacitação continuada a ser oferecida ao professor.

A sala deveria ter um aspecto de *"espaço de aula"* e não de *"terapia"*, como ocorre em muitas salas especiais, e seus equipamentos e materiais deveriam seguir o princípio do *"uso universal"*, ou seja, os recursos de adaptações, jogos e outros materiais deveriam atender diferentes demandas, uma vez que os alunos poderiam ter diferentes dificuldades funcionais, motoras, sensoriais e intelectuais.

O terapeuta ocupacional organizou, então, uma lista de materiais e equipamentos que deveriam estar de acordo com os princípios do uso universal. Com a ajuda do professor buscou-se o que havia disponível no mercado. Alguns recursos não existentes no mercado ou que eram de alto custo foram confeccionados pelos pais e pela comunidade, a partir de projetos elaborados pelo laboratório.

Como primeira estratégia de capacitação, os equipamentos e materiais disponíveis na sala foram explorados e analisados pelo TO e pelo professor, buscando o conhecimento do potencial funcional e as indicações de cada recurso. Essa atividade visou a proporcionar autonomia ao professor na busca de recursos de apoio durante a atividade pedagógica. Ocorreu aqui um primeiro deslocamento epistemológico em relação ao problema: o olhar da escola deveria estar centrado na busca de soluções coletivas, ambientais e de apoio e não só na dificuldade individual. As conseqüências deste deslocamento epistêmico foram sentidas em diferentes níveis da organização das atividades cotidianas do ambulatório, como os relatórios técnicos.

No que se refere aos relatórios técnicos de cada criança, propôs-se uma estratégia nova para a época. Como, geralmente, essas avaliações são compostas de diagnóstico e suas características, essa tarefa tornou-se também uma atividade voltada para a formação do professor. Primeiro, os relatórios foram elaborados com os respectivos diagnósticos, porém, ao contrário do que se faz normalmente, as características das crianças foram apresentadas somente em sua positividade, ou seja, enfatizando suas capacidades para as atividades motoras, sensoriais e intelectuais. Cada um desses relatórios foi discutido com o professor. O diagnóstico serviu para relativizar esse conhecimento no campo da Pedagogia. Os diagnósticos clínicos descrevem patologias, ou seja, quadros de doenças, incapacidades e impossibilidades, o que dá para a escola uma sensação de impotência diante do problema, levando-a a procurar ajuda de especialistas para direcionar o seu trabalho. No entanto, ao se falar do quadro em pauta aplicado a cada criança, havia a necessidade de se conhecer o que cada uma *podia e não o que não fazia*.

Ao apresentar um relatório que descrevia as capacidades, a escola teve maiores condições de vislumbrar a sua ação pedagógica e de criação de possibilidades. Associado à capacidade de analisar os materiais e os equipamentos de ajuda e de estratégias grupais de apoio, o professor passou a se sentir mais seguro na sua ação.

Com essas duas intervenções, o REATA objetivou desmontar atitudes preconceituosas ou generalizantes em relação ao aluno deficiente. O objetivo era instrumentalizar a escola e o professor para a construção de propostas escolares específicas para cada criança. Assim, aos poucos, foi sendo instituído um novo parâmetro de avaliação do alunado, não mais psico-médico, porém pedagógico.

Da SAPNE à classe comum: construindo a passagem...

Uma vez que os alunos estavam inseridos na sala de apoio e desenvolvendo atividades pedagógicas, tornou-se necessário efetivar a ação de inclusão das crianças nas salas comuns.

A primeira ação de inclusão foi na EMEI Benedito Castrucci, onde se encontrava a SAPNE, apesar de muitos dos alunos não estarem matriculados nessa escola devido à sua faixa etária.

Atividades tais como a participação durante o lanche, brincadeiras no parque com as outras crianças, utilização da brinquedoteca e da biblioteca, uso do banheiro, entre outras, passaram a fazer parte da rotina dos alunos na SAPNE. Dessa forma, a criação de uma "cultura" de convivência, dentro do espaço escolar, de crianças deficientes e não deficientes foi se constituindo.

Muitas das crianças da SAPNE, assim como seus pais e outros professores da escola, temeram essas atividades. Pouco a pouco, foram se acalmando,

pois todos esses aspectos foram trabalhados na assessoria semanal do REATA, de forma prática, com estratégias de solução para cada impasse.

Em 1998, foi montado um projeto de sensibilização dos outros professores da escola, a partir de textos da literatura infantil e de outros materiais audiovisuais, enfocando o tema *"Deficiência e Estigmatização"*. Essa atividade ocorreu durante um ano, com a duração de duas horas a cada quinzena e resultou em um maior envolvimento dos professores das salas comuns.

RESULTADOS

Ao final de 2000, das 28 crianças do ambulatório do REATA, 49,01% foram inseridas em escola comum; 17,8% permaneciam em classe especial; 7,14%, em escola especial e 25% ainda estavam sem escola. Esses números demonstram que, apesar do sucesso da experiência, muito trabalho ainda tem de ser feito com as escolas e com os pais.

A constância e a regularidade da assessoria garantiram um bom vínculo com a escola e com os professores, proporcionando o sucesso das estratégias utilizadas. Cada dúvida foi discutida e elaborada, as estratégias de solução foram exploradas passo a passo, desde a percepção de um equipamento necessário, como conseguí-lo, como usá-lo, dificuldades de relacionamentos, até os problemas de aceitação da proposta ou de transformação do professor da SAPNE num multiplicador da ação inclusiva.

Gradativamente, a necessidade de apoio específico em relação a quadros de patologias e a equipamentos foi diminuindo e dando espaço para outros temas, tais como incluir a criança na classe comum ou como expandir a capacitação para outros professores. Nos anos de 1999 e 2000, o apoio foi se espaçando para encontros quinzenais e mensais até chegar na proposta de se marcar encontros só quando fossem necessários.

Na direção da escola inclusiva: a contribuição da Terapia Ocupacional

A inclusão de todas as crianças na escola comum tem de ser considerada como um direito e não como uma possibilidade. No entanto, a idéia não deve ser forçada e sim construída. Para tanto, se faz necessário um posicionamento nessa direção e o estabelecimento de diferentes estratégias para se atingir essa meta.

Os limites da educação especial têm demonstrado que a escola inclusiva é a melhor opção. O espaço comum emerge como um contexto de aprendizagem mais significativo e motivante, suscitando esforços de colaboração que a segregação tradicional não proporciona.

O modelo inclusivo, se efetivamente trabalhado, é uma proposta de superação de atitudes e comportamentos de exclusão e discriminação, não só em relação às pessoas com deficiências, mas também a outras minorias, pois aponta para valores que potencializam a positividade das diferenças (p.211)[3] e revê conceitos como *"capaz/incapaz; produtivo/improdutivo; eficaz/ineficaz; certo/errado, normal/anormal"*, entre outros. Fortalece, portanto, a diversidade como possibilidade.

No entanto, considerando a nossa realidade, muitas barreiras precisam ser transpostas, tais como a necessidade de um maior preparo dos professores da rede comum e o envolvimento dos profissionais da reabilitação com uma postura deslocada das abordagens psico-biologizantes.

O trabalho da Terapia Ocupacional na escola, assim como o de qualquer outro técnico da reabilitação, deve ter um caráter de apoio logístico ao corpo docente, aos coordenadores e órgãos administrativos. Os aspectos específicos do ensino podem e devem entrar no bojo da discussão com os especialistas, no entanto, a contribuição desses profissionais está no campo da reflexão quanto aos benefícios diretos e indiretos das diferentes ações dirigidas à população deficiente.

A abordagem da Terapia Ocupacional não vinculada a especialidades dirigidas a grupos populacionais específicos, como deficientes mentais, sensoriais, físicos, múltiplos ou crianças com outras incapacidades, é outra vertente a ser construída, pois, a especificidade facilita análises por déficits individuais, desqualifica as estratégias educacionais e de socialização facilitadoras do potencial grupal, provocando de forma indireta mecanismos de exclusão.

Entende-se, assim, a ação da Terapia Ocupacional como oposta à perspectiva da integração social: o aluno não deve ser preparado para a inserção e sim a inclusão é que deve ser construída. O debate e a reflexão sobre os mecanismos geradores da exclusão são instrumentos valiosos na construção de estratégias inclusivas. Cada atividade prática, ao ser idealizada e planejada pelos pais, professores e terapeutas visando à inclusão, pode tornar-se um espaço de diálogo com as questões que permeiam o problema. Assim, ao se desvelar os diferentes sentidos que as deficiências e as incapacidades geram para todos, novas perspectivas relacionais se abrem.

ROCHA, E.F.; CASTIGLIONI, M.C.; VIEIRA, R.C. The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the Occupational therapy. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.8-14, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: This article is a reflection about the problem of the inclusion of handicapped child into a regular school and the role of Occupational Therapy. Furthermore, it describes the experience of including handicapped children who use the REATA ambulatory (Laboratory of Studies about Rehabilitation and Assistive Technology) from the course of Occupational Therapy at FMUSP, in public schools, developed from 1995 to 2000. The choice for a methodology of participative action facilitated talking about the involved issues and overcoming prejudice and fear related to this activity. The out come was the creation of a room in pedagogical support of children who attend regular schools, as well as the inclusion of about 49% of the children from ambulatory, whether having grave or moderate disabilities, in regular rooms.

KEYWORDS: Occupational therapy. Learning. Disabled children / education. Education, special/ classification.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Conselho Consultivo. *Ministério da Educação e Ciências. Organização das Nações Unidas para Educação, a Ciência e a Cultura da Espanha – Declaração de Salamanca e linha de ação: sobre necessidades educativas especiais*. Brasília: CORDE, 1994.
2. MANTOAN, M.T.E. *A integração de pessoas com deficiência: contribuições para uma reflexão sobre o tema*. São Paulo: Mennon, 1997.
3. ROCHA, E.F. *Do corpo orgânico ao corpo relacional: uma proposta de deslocamento dos fundamentos e práticas de reabilitação da deficiência*. São Paulo, 1999. 237p. Tese (doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
4. STAINBACK, S.; STAINBACK, W. *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
5. TOURAINE, A. *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes, 1994.

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.12, n.1/3, p.15-22, jan./dez., 2001.

REABILITAÇÃO NO TERRITÓRIO: CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO NA VIDA SOCIAL*

REHABILITATION IN TERRITORY: BUILDING PARTICIPATION IN SOCIAL LIFE

Fátima Corrêa Oliver[1]
Maria Isabel Garcez Ghirardi[2]
Marta Carvalho de Almeida[2]
Maria Cristina Tissi[2]
Marta Aoki[3]

OLIVER, F.A.; GHIRARDI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.; TISSI, M.C.; AOKI, M. Reabilitação no território: construindo a participação na vida social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.15-22, jan./dez., 2001.

***RESUMO*:** Trata-se de apresentar e refletir sobre princípios para o desenvolvimento de atenção territorial em reabilitação para pessoas com deficiências. Inicialmente, considera-se que as ações de reabilitação devem ser parte das políticas públicas de atenção a esse segmento da população, fundamentadas no direito à saúde, na necessidade de universalização da assistência como parte de processos de equiparação de oportunidades (ONU, 1992). Políticas assistenciais com essas características criam condições para modificar a lógica da atenção filantrópica e beneficente, característica da política pública atual para a área. Em segundo lugar, considera-se que o referencial da Reabilitação Psicossocial tomado do campo da atenção em saúde mental (SARACENO, 1999) traz elementos para estruturar a atenção. As categorias como "morar", "realizar trocas sociais" e "produzir e trocar mercadorias e valores" são contextualizadas na experiência em reabilitação com base territorial desenvolvida em bairro periférico do município de São Paulo. A atenção domiciliar, o reconhecimento e potencialização da rede social e de suporte de e para pessoas com deficiências, aliados à criação de iniciativas de geração de renda e trabalho abertas à participação de todos os moradores, são algumas das características. Ações como essas estão articuladas às necessidades de investimento em alternativas de desenvolvimento social local, exigindo participação ativa de pessoas com deficiências, familiares e moradores. O apoio a iniciativas da Associação Cultural local busca facilitar a constituição de processos participativos, possibilitando diálogo entre necessidades percebidas, busca de soluções coletivas para problemas como: desemprego, medo da violência, falta de vagas nas escolas e creches, confinamento no domicílio, inexistência de espaços públicos de lazer ou cultura entre outros. A cidadania se constitui nesse processo, exercício permanente individual e coletivo.

DESCRITORES: Apoio social. Acesso aos cuidados de saúde/tendências. Defesa do paciente. Política social. Terapia ocupacional/tendências. Pessoas deficientes/reabilitação. Territorialidade.

* Parte das questões aqui tratadas foram apresentadas em Conferência durante o VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional realizado em Porto Alegre, em outubro de 2001.

1 Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.
2 Docente da Universidade de Sorocaba, Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo colaboradora do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP desde 1997.
3 Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.
e-mail: mcarmei@usp.br

A REABILITAÇÃO ENQUANTO AÇÃO TERRITORIAL: NOTAS INICIAIS

As considerações aqui expostas são parte de construção coletivamente tecida ao logo dos últimos três anos, fruto da parceria entre profissionais da Universidade e da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo que desenvolvem práticas de ensino e pesquisa de atenção territorial em reabilitação, particularmente o projeto "Reabilitação baseada na Comunidade no Jardim D'Abril". O tema discutido integra estudos realizados no âmbito do grupo de pesquisa "Políticas, ações sociais, cultura e reabilitação" credenciado junto ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

A reflexão sobre Reabilitação no território nos remete, necessariamente, à complexidade da sociedade brasileira. Há aspectos da realidade político – social do país que exigem atenção permanente. Um desses aspectos é a necessidade de constituição de políticas de saúde que respondam a diversos padrões de mortalidade e morbidade característicos de países onde coexistem: doenças infecto parasitárias, mortes por causas violentas, por acidentes de trabalho, pelas conseqüências da fome e também pela alteração do perfil etário da população[9]. Esses perfis levam a demandas diferenciadas de atenção no campo da promoção da saúde, do tratamento e, sem dúvida, da atenção em reabilitação.

Outro aspecto é a complexidade exigida para se articular as políticas públicas de saúde às necessidades de prevenção de deficiências e incapacidades, de tratamento e acompanhamento e de reabilitação na população. Historicamente, as diretrizes colocadas para o campo da atenção à saúde têm privilegiado ora a estruturação da atenção especializada, ora a atenção básica, trabalhando a partir de demandas já conhecidas. Tem sido difícil para planejadores, gerentes e profissionais projetar a reabilitação como política pública e desenvolver, na prática cotidiana, a universalização da atenção à saúde ao incluir novos segmentos populacionais cuja atenção está historicamente localizada no segmento das instituições filantrópicas e beneficentes[7,11].

Esses fatores incidem diretamente sobre as possibilidades de criação de serviços e as práticas assistenciais a eles relacionadas, que devem ser inventadas ou implementadas[(1)].

Para articular os elementos da discussão proposta parte-se do pressuposto de que a Atenção em Reabilitação é um direito, e para que se estabeleça é necessário desenvolvê-la como política pública, integrada ao desenvolvimento social e político[3,8]. Considera-se que serviços públicos de atenção às pessoas com deficiência podem contribuir para a mudança das concepções sobre as possibilidades e direitos desse grupo, como também para o rompimento da lógica da caridade e da filantropia vigentes, que reiteram a idéia de incapacidade e minoridade reproduzindo processos invalidantes da pessoa[13]. Organismos que operam com essa lógica ainda hoje são mobilizadores de parcelas da população quando as deficiências são foco da atenção, pois chamam a sociedade a "contribuir" a "assistir", a "doar" e não a construir itinerários de participação nos direitos[(2)].

De outra perspectiva, serviços de atenção às pessoas com deficiência devem trabalhar com a temática da construção de direitos fundamentais durante os processos de tratamento e intervenção e não apenas enquanto objetivo de uma trajetória que deve se concretizar pelo esforço individual do deficiente, após o processo de reabilitação. Os temas do direito à atenção, do direito de ir e vir, do direito de estar e participar da escola regular, do direito à tecnologia de ajuda, entre outros, são parte da vida cotidiana das pessoas atendidas. Se forem elementos constitutivos da intervenção serão dinamizadores de processos de tratamento e reabilitação.

Dessa forma, são também problemas do serviço aqueles normalmente considerados sob o rótulo de "sociais" (como a falta casa para morar, da pessoa institucionalizada, a falta de alimentos, impossibilidade da criança ir à creche por falta de vagas ou por falta de documentos entre outros). Em outras palavras, os serviços públicos devem estar preparados para trabalhar com clientelas e populações reais. Devem impedir a redução da complexidade da existência humana à incapacidade ou diagnóstico do sujeito ou ao grau de severidade de seu comprometimento motor ou mental. Devem ser serviços que concretizem situações e trabalhem a partir da visão da pessoa com deficiência como sujeito de direitos, fomentando sua participação direta e de familiares na identificação de demandas e proposição

(1) é importante lembrar que vem se realizando esforços no sentido de criação e implementação da atenção à saúde das pessoas com deficiências como política pública, desde os anos 80, especificamente no estado e no município de São Paulo[10,11,16,17,21]. Como também capacitação de profissionais para ações de reabilitação com participação comunitária[20].

(2) como se evidencia em iniciativa como Teleton que se realiza anualmente, veiculada amplamente na mídia e que tem como objetivo arrecadar fundos para instituição de reabilitação).

de soluções; contribuindo, efetivamente, com processos de validação social.

Como já afirmado em trabalhos anteriores, as intervenções em saúde e reabilitação de caráter territorial, permitem redimensionar os problemas e demandas da população com deficiência compreendidas em seu contexto sociocultural[12]. Assim, o território é espaço de possibilidades, de expressões concretas de como é possível permanecer vivo, apesar das dificuldades. Nele também é possível conhecer e atuar sobre o sentido atribuído às coisas, à vida, compreender e empreender a produção de valores e trocas sociais. É, ainda, um dos principais lugares de produção de saberes sobre o mundo, sobre a deficiência, sobre os problemas e de criação de soluções.

Esses elementos demarcam distinções de enfoque em relação à inserção institucional da reabilitação, que na maioria das vezes privilegia o desempenho afetivo funcional, ou o treino de habilidades, separando sujeito e contexto.

Nas práticas territoriais sujeito e contexto são uma unidade indissociável, que requer estratégias específicas de aproximação, de reconhecimento e de compreensão enquanto processo, como condições fundamentais à proposição de ações de reabilitação dotadas de significado ou sentido real para melhorar a vida[1,2].

A atenção em reabilitação é extremamente limitada quando propõe-se à substituição de disfunções por habilidades, através de processos de tratamento ou treinamento específicos, para supostamente, num segundo momento empreender os processos participativos.

Atenção às pessoas com deficiências: um diálogo com a reabilitação psicossocial

Atualmente, as práticas territoriais junto às pessoas com deficiência compartilham princípios gerados no campo da Reabilitação Psicossocial em saúde mental, apresentados por Saraceno (1999)[18] que considera que a reabilitação é:

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

Para que a reabilitação implique abertura de espaços de negociação e aumento da contratualidade social é necessário, entre outros aspectos, que se crie condições para uma conexão permanente entre necessidades e direitos e para a construção de percursos individuais e grupais facilitadores de ampliação de possibilidades de vida. Nesse sentido, importa refletir acerca das categorias: 1. morar; 2. realizar trocar sociais e 3. produzir e trocar mercadorias e valores[18] como estruturadores de experiências de reabilitação de pessoas portadoras de deficiências.

A substituição, restauração ou desenvolvimento de funções, que, muitas vezes, estão comprometidas nas pessoas com deficiências, durante o processo de ampliação de trocas e redes sociais. E também, poderão orientar o trabalho de equiparação de oportunidades e de igualdade de participação na vida social e no desenvolvimento, apontados como objetivos a serem atingidos no processo de reabilitação pelos organismos internacionais[15].

Morar

Para Saraceno (1999, p. 114)[18] a *"reabilitação tem muito a ver, seja com a idéia de casa, seja com aquela de morar"*. Nesse sentido, há diferenças entre estar e habitar uma casa. *Estar* representa a possibilidade de ter concretamente uma casa, não estar institucionalizado. Ao se propor ações e reabilitação, isso faz sentido frente ao fato de que é ainda significativo o contingente de pessoas com deficiências que habitam os hospitais psiquiátricos. Ou ainda, de crianças ou adolescentes que continuam sendo institucionalizadas, porque são portadores de deficiências e suas famílias não contam com serviços de apoio para sua manutenção no domicílio, apesar da indicação contrária do Estatuto da Criança e do Adolescente[4,5].

Não estar institucionalizado, ter uma casa, um local de moradia, nem sempre significa habitar um espaço adequado do ponto de vista das condições de saúde, e isto fica claro, principalmente, nas áreas periféricas das grandes cidades. Algumas vezes, ter a casa não significa ter poder sobre o espaço material e sobre as relações que *morar/habitar* implica.

O que se observa na prática territorial em reabilitação é que parte das pessoas com deficiências que têm incapacidades motoras ou sensoriais importantes, suporta relações familiares pautadas pela violência, incluindo maus tratos (físicos, psicológicos e morais) e até exploração financeira. Muitas vezes, contribuem diretamente para o sustento familiar, através do Benefício de Prestação Continuada, mas não têm autonomia para gerenciamento desse recurso. Essas condições exigem que a intervenção, no campo da atenção, assuma a necessidade de respeito aos direitos, incluindo aqui o direito à moradia e a maior autonomia,

sendo necessário que se projete alternativas concretas para mudanças, como é o caso da criação de moradias alternativas, comunitárias. Estas podem, inclusive, constituir-se em grande campo de intervenção da terapia ocupacional.

A noção de habitar está ligada à de possibilidade de participação efetiva nos espaços materiais e simbólicos da casa, de neles circular livremente, marcando-os afetiva e materialmente. Nesse sentido, essas duas dimensões do morar (ter e habitar uma casa), são aspectos importantes a serem reconhecidos e trabalhados no processo de reabilitação, tanto no acompanhamento específico de pessoas com deficiência como no estabelecimento de políticas de reabilitação, que devem ocorrer mediante articulação de vários setores sociais.

Pode ser mais comum nas experiências de reabilitação de pessoas com deficiências, conceber a casa como o espaço concreto de existência diária. No entanto, é importante a atenção para não compreendê-la reduzida ao espaço material que se ocupa, ou ainda, a um ambiente que o profissional quer conhecer para adaptá-lo às necessidades colocadas pelo objetivo de melhorar ou favorecer o desempenho funcional da pessoa com deficiência. Da mesma maneira que é importante, para todos, disporem de um lugar material para estar quotidianamente, é fundamental pertencer ao espaço afetiva e simbolicamente.

A ampliação da compreensão sobre a categoria morar deve refletir-se também sobre outra dimensão da atenção territorial – a atenção domiciliar tanto pela necessidade de se conhecer objetivamente o domicílio para desenvolvimento de procedimentos importantes para a reabilitação, como pelo fato de muitas pessoas estarem impossibilitadas ou impedidas de realizar circulação social. O domicílio, local para o desenvolvimento de estratégias de atenção é também lugar de expressão:

- de diferenças de visão de mundo;
- de formas de gerir a vida;
- de cuidado com o outro;
- de respeito ou não à diferença.

Essas diferenças podem traduzir-se em desigualdades também no ambiente doméstico e familiar.

A intervenção dos profissionais nas práticas territoriais de reabilitação estará em diálogo permanente com esse universo, que é parte do contexto da pessoa. Assim, o conhecimento a respeito de como se habita e o acompanhamento no domicílio são elementos constitutivos dessa ação.

Realizar trocas sociais

Essa categoria refere-se à possibilidade de estar em ambientes que proporcionem a troca social, isto é, em situações em que é possível conversar sobre o cotidiano, sobre tudo e sobre nada. O reconhecimento entre pessoas ocorre no bar, na mercearia, no mercado ou em outros espaços e que, muitas vezes, os profissionais, que não pertencem a determinado território desconhecem. Trata-se da possibilidade de estar em contato com outras identidades, pessoas, fazer parte de uma rede social, como afirma Saraceno (1999)[18] *"a participação dessa troca ou da invenção dos lugares nos quais a troca seja possível é a rede social"* (p. 123).

O reconhecimento de uma rede social, no entanto, gera questões importantes. À primeira vista e mais próximo das ações de reabilitação, está a rede social primária: a família. É mais freqüente que os serviços de reabilitação restrinjam sua ação a esse âmbito, quando se trata de lidar com a rede social. Sem dúvida, são complexos os problemas vividos pelas pessoas com deficiências no âmbito familiar e elegê-lo como foco de intervenção pode ser mais *"concreto"* do que identificar ou conhecer a rede social mais ampliada e complexa. Reconhecer a necessidade e se estabelecer estratégias de atenção à família, que a envolva em projetos de reabilitação é uma forma de possibilitar que também seja protagonista do processo de reabilitação de seus familiares (SARACENO, 1999, p.123)[18].

No caso das pessoas com deficiências, os familiares participam diretamente do processo de reabilitação porque, na prática, vivem o cotidiano do desenvolvimento das intervenções. Freqüentemente são incluídos no processo para realizar ou reproduzir as ações técnicas que lhe são delegadas (orientações para posicionamento da pessoa, para estimulação da criança, para o autocuidado entre outras) e a esse plano fica limitada sua participação. Ainda que não seja adequada a ação permanentemente "orientada" da mãe, o que poderia significar a perda da naturalidade dos relacionamentos familiares e a realização formal do papel materno, a sociedade brasileira delega às famílias o provimento dos cuidados de suas pessoas com deficiências, o que gera demandas importantes. As políticas compensatórias específicas estão restritas ao Benefício de Prestação Continuada, de difícil acesso. Não há creches ou escolas regulares abertas, centros de convivência ou núcleos de atenção integrada que possam receber pessoas com deficiências por alguns períodos do dia ou da semana. Isso obriga que cada família destaque um adulto como cuidador ou então, como na maior parte dos casos, a mãe assuma esse papel, permanentemente. Por outro lado, são restritos outros graus de participação de familiares seja na definição mais direta do processo de acompanhamento, na direção/

gestão de serviços, ou na definição de políticas para pessoas com deficiências. Quando acionados a participar, geralmente o são para garantir os recursos financeiros ou materiais para continuidade do trabalho assistencial a ser desenvolvido junto à pessoa com deficiência.

No entanto, limitar a rede social ao âmbito da família é deixar do lado de fora da reabilitação a complexidade do mundo real e de grande parte da vida das pessoas. São inúmeras as possibilidades de espaços de trocas sociais para os diferentes grupos sociais e etários em determinado território. Nos projetos territoriais a concretização dessas possibilidades está agregada aos programas de acompanhamento e de intervenção que se estabelecem.

Investir na rede social das pessoas, não é identificar ou localizar equipamentos ou recursos formalmente constituídos, apenas. É gerar, junto com elas, seus próprios itinerários de acolhimento, no território.

Efetivar trocas sociais explicita laços e possibilidades. A rede social pode ser articulada como apoio objetivo à produção de um objeto a ser utilizado pela pessoa, à produção de uma situação de cuidado especial na ausência de familiar. A rede social fortalecida pode oferecer suporte à permanência de pessoas com transtornos graves em seu contexto sociocultural e contribuir para o término de situações de violência e maus tratos entre outras situações.

Na rede social ampliada, diferentes grupos e poderes locais são instrumentos de trabalho e de ajuda.

Produzir e trocar mercadorias e valores

Tema fundamental ao se trabalhar com adultos ou jovens, a importância da experiência do trabalho se constitui como forma de reconhecimento, participação social efetiva, maneira de sustentar-se, garantir a sobrevivência ou forma de auto-realização[18].

Na reabilitação territorial o tema trabalho tem dado origem a ações de reabilitação ou habilitação profissional integradas a projetos de inserção e participação social. Assim, as diversas propostas de reabilitação, a partir ou para o trabalho, enfocando a preparação e/ou capacitação da pessoa com deficiência têm se baseado em princípios como:

1. a necessidade de que instituições ou serviços invistam na preparação da pessoa para o trabalho de forma gradual, contínua e equilibrando expectativas e possibilidades concretas, o que pode significar a inserção em projetos de trabalho abrigado ou protegido, que se torna permanente, única opção de contato com o mundo do trabalho, tendo em vista as dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência para a inserção no mercado de trabalho;
2. a importância de preparar-se individualmente através da escolarização formal para que a pessoa possa apresentar-se e competir no mercado de trabalho, disputando postos e funções, seja no regime de cotas, seja concorrendo individualmente.

No entanto, é essencial que no âmbito dos processos de reabilitação questione-se o sentido atribuído ao trabalho na intervenção, quando este é considerado objetivo final do processo de reabilitação. Na prática territorial o desafio é torná-lo parte integrante e fundamental das modalidades assistenciais em reabilitação para adultos, procurando aliar possibilidades de ampliação da rede social à auto-realização e à garantia de recursos para a própria sobrevivência ou de familiares. Essa articulação possibilita trabalhar a partir de demandas concretas para implementar as trocas sociais e afetivas necessárias ao processo de reabilitação. Constituir-se como interlocutor, participante de um grupo de trabalho e geração de renda constrói experiências individuais e coletivas positivas no sentido do reconhecimento e integração sociais.

E em se tratando de grupos sociais, muitas vezes, já excluídos do mundo do trabalho, pela deficiência e/ou condição de inserção social, as propostas de geração de renda e trabalho podem inscrever-se em iniciativas de trabalho cooperativo, entre pessoas com e sem deficiências, potencializando alternativas e recursos existentes no território.

A atenção territorial e a ampliação de oportunidades para todos

Fundamentar-se em uma visão ampliada de saúde, articulada às condições de vida, ao acesso ao trabalho, à educação, atividades culturais, alimentação e cuidados básicos para a vida produz desdobramentos inerentes ao trabalho territorial em reabilitação. Reconhece-se no território novos problemas, outras dimensões de problemas antes conhecidos parcialmente, e novos grupos populacionais são identificados por vivenciarem processos semelhantes aos de pessoas com deficiências como por exemplo: pessoas com transtornos psíquicos graves, adultos, jovens e crianças em risco de ruptura das redes sociais e de suporte.

Assim, as atividades abertas à participação de todos permitem maior inserção no território e apoio da comunidade e têm maiores chances de se consolidar visto que além de enfocar necessidades das pessoas com

deficiências, semelhantes em grande parte às dos demais moradores de um mesmo território; lida diretamente com a vulnerabilidade que as pessoas com deficiências vivem em relação a condições de saúde, de acessibilidade e de enfrentamento de barreiras psicossociais.

O reconhecimento dos processos sociais do território, lugar de carências e possibilidades coloca a reabilitação diante de demandas de pessoas com deficiências que, ainda que ressalvadas suas particularidades, são as mesmas dos demais moradores, estando ligadas às perspectivas de vida colocadas para moradores de áreas empobrecidas. Isso define a necessidade de apoio às iniciativas de organização comunitária, pois estas significam possibilidades de discussão coletiva de problemas e de soluções, para problemas de pessoas com deficiências que também são de todos: da necessidade de convivência e oportunidades de desenvolvimento de atividades de lazer, culturais e de geração de renda, do medo da violência, do desemprego, da problemática dos jovens e crianças[14,19].

Assim, a reabilitação no território propõe processos participativos para coletivizar a interpretação dos problemas e a busca de soluções levando em conta a realidade compartilhada por todos. Um exemplo disso é quando os integrantes de uma comunidade discutem de forma organizada os problemas de transporte coletivo, incluindo a necessidade de criação de linhas específicas para pessoas com deficiências e o fazem em primeira pessoa do singular e do plural, diante de representantes da Secretaria Municipal de Transportes[3].

Apenas uma reunião a mais? Não, mudanças ocorreram no território.

Quando são discutidos os problemas de moradia, de desemprego, de convivência entre jovens do território, enfim, a possibilidade de lidar com demandas de todos, inclusive de pessoas com deficiências, torna-se parte dos resultados do trabalho.

Associações Comunitárias trazem à tona a necessidade de organização da população local, colocam em pauta a possibilidade de sonhar, de acreditar que outra realidade territorial pode ser possível. Inicia-se um processo em que alguns se sentem capazes de romper com a visão negativa que a população tinha e tem de si mesma. Associações Culturais são uma alternativa para coletivizar também as possíveis soluções: participar politicamente é um exercício, pressionar o poder público a assumir seu papel um caminho[4].

Sob esse ponto de vista compreende-se a cidadania enquanto exercício permanente de participação social e política e, no caso das populações excluídas, a cidadania está em construção. Nesse processo, os profissionais envolvidos também estão em transformação e a necessidade de revisão de seus saberes técnicos e de classe social é permanente, característica presente na formação de muitos terapeutas ocupacionais brasileiros e latino americanos. Participação como afirma Demo (1988, p. 10-11)[6] *"é processo de conquista para todos"*.

OLIVER, F.A.; GHIRARDI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.; TISSI, M.C.; AOKI, M. Rehabilitation in territory: building participation in social life. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.15-22, jan./dez., 2001.

***ABSTRACT*:** This work is meant to present and reflect upon principles for the development of territorial care in rehabilitation for handicaps. First, we consider that the actions of rehabilitation must be part of public policies of care to this sector of population, based on the right to health, on the need for universalization of assistance as part of processes of equalization of opportunities (ONU, 1992). Assistencial policies with such features create conditions to change the logic of philanthropic and beneficent care, typical of current public policies in this area. Second, we consider that the reference of Psychosocial Rehabilitation, taken from the field of mental health care (SARACENO, 1999), provides elements to structure care. Categories as "living", "making social exchanges" and "producing and exchanging goods and values" are brought to this context , in experiments in rehabilitation in a territorial basis, developed in poor suburban districts of the city of São Paulo. Home care, the recognizement and potentialization of the social net and of the support from and to handicaps, along with work and revenue generation programs, open to the participation of all dwellers of those districts, are some of the features of this work. Actions like these are related to the needs of investment in alternatives for local social development, demanding the active participation of handicaps, their families and neighbours. The support to initiatives of the local Cultural Association aims to make the constitution of participative processes easier, enhancing the dialogue between the needs and the search for collective solutions to problems like: unemployment, fear of violence, lack of room in schools, home confinement, lack of public places for leisure and culture, among others. Citizenship is constituted in this process, as a permanent individual and collective practice.

KEYWORDS: Ocupational therapy/trends. Disabled persons/rehabilitation. Social support. Territoriality. Health services accessibility/trends. Patient advocacy. Public policy.

[3] na prática desenvolvida no Jardim D'Abril, no segundo semestre de 2001, se realizou reunião específica para discussão desse tema. Em março de 2002, iniciou-se a circulação de ônibus adaptados facilitando o acesso das pessoas com deficiências aos equipamentos sociais da cidade.

[4] atualmente, no Jardim D'Abril a Associação Cultural local, como Organização Não Governamental, disputa recursos públicos para criar alternativas para jovens, adultos e crianças com e sem deficiências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALMEIDA, M.C. *Saúde e Reabilitação de pessoas com deficiência: políticas e modelos assistenciais.* Campinas, 2000. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP.
2. ALMEIDA, M. C. de, OLIVER, F. C. Abordagens territoriais e comunitárias em reabilitação de pessoas com deficiências: fundamentos para a terapia ocupacional. In: CAMARGO, C.; CARLO, M. M. R. Del., org. *Terapia ocupacional no Brasil: tendências e perspectivas.* São Paulo, 2001. p.29-47.
3. BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição Federal do Brasil,* promulgada em 1 de outubro de 1988. São Paulo: Ícone, 1988.
4. BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente.* Lei n.8069 de13/7/90. São Paulo: Cortez, 1990.
5. CASTRO, L. H.; SANTOS, E. Onde estão aqueles que não podemos ver? São Paulo, 1999. Monografia (conclusão de curso) - Disciplina Iniciação Científica II – Saúde da Pessoa com Deficiência – Curso de Terapia Ocupacional da USP.
6. DEMO, P. *Participação é conquista.* São Paulo: Cortez, 1988.
7. LOPES, R. E. *Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no município de São Paulo.* Campinas, 1999. Tese (doutorado) - Faculdade de Educação, UNICAMP.
8. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *A atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços.* Brasília: Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 1993.
9. MONTEIRO, C., org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças.* 2.ed. São Paulo: HUCITEC–NUPENS/ USP, 2000.
10. OLIVER, F. C. *A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência no sistema saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania.* São Paulo, 1990. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
11. OLIVER, F. C. *Saúde mental e saúde da pessoa com deficiência: estudo da incorporação da assistência nos serviços municipais da Administração Regional de Saúde – 6 São Miguel (1989-1995).* São Paulo, 1998. Tese (doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
12. OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C.; TISSI, M. C.; CASTRO, L. H; FORMAGIO, S. Reabilitação baseada na Comunidade: Discutindo Estratégias de Ação no Contexto Sociocultural. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,* v. 10, n. 1, p.1-10, 1999.
13. OLIVER, F. C.; NICÁCIO, F. Da instituição asilar ao território: caminhos para a produção de sentido nas intervenções em saúde. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,* v. 10, n. 2/3, p. 67-70, 1999.
14. OLIVER, F. C.; TISSI, M. C.; CAMARGO, J. Oficina do fazer: criando e ampliando processos de validação a partir de atividades de geração de renda. In: VII CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., Porto Alegre, 2001. Ocupando a ação: uma pre-ocupa-ação a terapia ocupacional. Porto Alegre: Instituto Porto Alegre, 2001. p.144.
15. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência - 1982.* Genebra. Documentos Oficiais da Assembléia Geral, 37º período; Suplemento 51. Traduzido do espanhol pelo CEDIPOD – Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência. São Paulo, 1992.
16. ROCHA, E. F; TEIXEIRA, B.; SILVA, L. A R. Política de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e reabilitação na rede pública de saúde do município de São José dos Campos: reflexões sobre a proposta In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., Águas de Lindóia, 1999. p. 74.
17. ROCHA, E. F.; KRETZER, M.; SILVA, L.; PULA, A. R.; DOMINGUES, A. Avaliação da implantação do programa de atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência e incapacidades no PSF/ Qualis Zona Leste e Sudeste do município de São Paulo – dados preliminares: outubro de 2000 a setembro de 2001. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., Porto Alegre, 2001. *Ocupando a ação: uma pre-ocupa-ação da terapia ocupacional.* Porto Alegre: Instituto Porto Alegre, 2001. p. 65.
18. SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.* Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia–Te Corá, 1999. p. 112-42: A reabilitação como cidadania.

19. TISSI, M. C.; OLIVER, F. C.; AOKI, M.; CANDOLO, M. E.; CAMARGO, J.; CICCONE, I. M.; BORTOLI, M. N. da S.; ROUX, S. B. C. Le. Projeto integrado: identificando problemas e promovendo saúde: Estudo do território e desenvolvimento de ações para a participação social. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 7., Santos, 2001. *Saúde e democracia.* Santos: Associação Paulista de Saúde Pública, 2001. p.129.
20. TISSI, M. C.; OLIVER, F. C.; ROCHA, E. F.; PAULA, A. R. Capacitação de recursos humanos para formulação de políticas de atenção a pessoas com deficiência e capacidades no setor público. In: CONGRESSO PAULISTA DE SAÚDE PÚBLICA, 6., Águas de Lindóia, 1999. Águas de Lindóia, 1999. p.97.
21. TOLDRÁ, R.; PÉREZ, M. A.; MATTA, M. A. P. Acesso e qualidade da atenção à pessoa portadora de deficiência física em serviços públicos de saúde do município de Campinas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,* v. 11, n. 2/3, p. 72-8, 2000.

POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: CONSTRUÇÕES, CONTRADIÇÕES E AVANÇOS*

BRAZIL HEALTH POLICIES: HISTORICAL TRENDS, CONTRADICTIONS AND ADVANCES

Roseli Esquerdo Lopes[1]

LOPES, R.E. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.23-33, jan./dez., 2001.

RESUMO: Neste trabalho descrevemos a trajetória histórica das políticas de saúde no Brasil e, em particular, apresentamos uma análise dos significados, contradições e alcances do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa análise é feita a partir das formulações constantes do trabalho de Offe e Lenhardt e Ronge, em 1984, destacando-se o referencial concernente às políticas públicas do Estado Capitalista. Trata-se de compreender a dinâmica instalada na área da saúde pelo acúmulo histórico e estado atual do conjunto de instituições políticas a ela relacionadas, inclusive as estruturas jurídicas vigentes e sua construção. Aplicamos os conceitos do referencial estabelecido à problemática concreta da assistência à saúde no Brasil, buscando, por exemplo, estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde - antes e depois da "abertura democrática" no Brasil e da Constituição de 1988. Concluímos que: por um lado, o arcabouço constitucional do SUS representa um avanço necessário, mas não suficiente para a consolidação do direito social na saúde; por outro lado, é e tem sido possível, seja através da pressão direta dos movimentos populares e outras forças, seja pela busca da utilização dos espaços criados pelo SUS, por governos comprometidos com a atenção à saúde individual e coletiva, avançar em direção à saúde como um direito de cidadania no Brasil.

DESCRITORES: Política de saúde/tendências. SUS (BR). Brasil. Direito à saúde.

* Parte deste texto foi apresentado no VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Porto Alegre, 2001 e compõe, com modificações, o Capítulo 2 de nossa tese de doutoramento: Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional. Campinas, Universidade Estadual de Campinas, 1999. 2v.

[1] Doutora em Educação, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). *Endereço para correspondência*: Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar. Rodovia Washington Luiz, Km 235. Caixa Postal 676 - São Carlos,- SP. CEP: 13.565-905. relopes@power.ufscar.br

Do direito à filantropia à saúde como direito de cidadania

O início do século XX, no Brasil, deu-se sob capitalismo 'democrático', que não garantia institucionalmente, naquele momento, os direitos sociais enquanto elementos de cidadania[1] – este é, à época, um traço comum aos regimes capitalistas, inclusive àqueles das economias centrais[25]. Durante as duas primeiras décadas deste século, o conjunto da população, incluídas aí as classes assalariadas urbanas, dependeram, do ponto de vista de amparo social, da filantropia. As prestações de serviços de saúde e o amparo aos alijados do mercado de trabalho eram portanto concessões caritativas. A integração do cidadão nas relações de troca, que gerava o processo de acumulação, se dava, nessas épocas liberais anteriores às crises de instabilidade do capitalismo, dentro de uma economia voltada para a exportação de produtos agrícolas. Conseqüentemente, as garantias à saúde necessárias ao êxito da acumulação resumiam-se a "*uma política de saneamento dos espaços de circulação das mercadorias exportáveis e à erradicação ou controle das doenças que poderiam prejudicar a exportação*" (MENDES, 1996, p.58)[29].

A partir dos anos 20, com o peso crescente dos trabalhadores urbanos, definidos cada vez mais, em função do processo de especialização e subespecialização do trabalho, em segmentos profissionais distintos, começaram a surgir, organizadas inicialmente por empresas, as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que consistiam em um seguro para trabalhadores do setor privado, garantindo pensões, aposentadorias e assistência médica a filiados e dependentes, financiados através de contribuição compulsória estipulada contratualmente. É importante assinalar que as CAPs resultaram de iniciativa do Estado (Decreto 4682, de 24 de janeiro de 1923), preocupado em disciplinar, controlar e garantir a reprodução do trabalho em setores essenciais à economia brasileira.

Na década de 30 as CAPs foram sendo unificadas paulatinamente em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), congregando os trabalhadores de empresas de mesma categoria profissional - marítimos, comerciários, bancários, industriários, etc. Isto aconteceu a reboque das profundas crises do capital que marcaram o fim da década anterior e que obrigaram os teóricos do Estado capitalista a reformular as teses liberais do "laissez faire", introduzindo mecanismos de controle, gerenciados pelo Estado, de forma a minimizar as possibilidades de catástrofes econômicas como a de 1929. Tratava-se de seguro social institucionalizado, à semelhança de outros que surgiram, à época e com finalidades análogas, tanto nas economias centrais quanto nas periféricas[14,19,20]. Este seguro social não se circunscrevia apenas a aposentadorias e pensões; a garantia da inserção dos proprietários da força de trabalho nas relações de troca passava também por sua eventual recapacitação através da oferta de serviços médicos, já existente nas estruturas das CAPs[9,28].

Estes fenômenos, característicos do que denomina-se cidadania regulada[2][37], respondiam portanto tanto aos interesses do capital, em crise, com a intervenção do Estado no sentido de cumprir a determinação funcional[3] de zelar pelos interesses comuns daquele, quanto às demandas do trabalho, em particular de seus setores mais organizados, dentro da lógica de auto-preservação da acumulação. E geraram, no imaginário brasileiro, a noção de assistência médica (de melhor qualidade) como um direito derivado do contrato de trabalho, em contrapartida à contribuição de caráter obrigatório; diferentemente da assistência médica de natureza pública e filantrópica, a ser oferecida à população carente, fora do mercado formal de trabalho.

Estabeleceu-se, pois, o conceito de que o Estado é responsável pelas medidas coletivas de saúde, a serem financiadas com recursos orçamentários da União, enquanto a assistência médica individual é prerrogativa daqueles que, sendo assalariados, a ela fazem juz, uma vez que contribuem para a previdência com uma parcela de seus vencimentos. A saúde não é portanto um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado; não é sequer um direito do trabalhador – o que se criou foi um conceito muito mais

[1] Cidadania, entendida como o conteúdo de pertença igualitária de uma dada comunidade política, é medida pelos direitos e deveres que a constituem e pelo conjunto de instituições que é compatível com a eficácia social e política desses direitos e deveres comuns (MARSHAL, 1967)[25].

[2] "um conceito de cidadania cujas raízes encontram-se (...) em um sistema de estratificação ocupacional e que, ademais, (...) é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo de direitos associados a estas profissões, **antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade**" (Santos, 1994, p. 68, grifo nosso)[37].

[3] Segundo Offe e Ronge (1984)[34], os Estados capitalistas democráticos podem ser entendidos como formas institucionais de poder público que, em sua relação com a produção material, se caracterizam basicamente por três determinações funcionais: privatização da produção; dependência estrutural do processo de acumulação e legitimação democrática.

restritivo, o da assistência médica, vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal, ou uma dádiva piedosa, caso contrário. A assistência médica – e a garantia da saúde em geral – eram vistos como pertinentes à esfera privada e não à pública.

A partir da segunda metade da década de 40, com o advento do populismo, o controle da Previdência Social passou a ser objeto de disputa entre o Estado, de um lado, que queria continuar a utilizá-la como instrumento de cooptação, clientelismo e fonte de recursos para investimento em setores básicos da economia e os trabalhadores, de outro lado, que, politizando a questão, reivindicavam a gestão daquilo que era, afinal, sustentado por suas contribuições[9].

Nos anos 50, com a aceleração da industrialização do país e sob o paradigma do modelo desenvolvimentista, desloca-se o pólo dinâmico da economia para os centros urbanos e gera-se uma massa operária que deveria ser atendida com outros objetivos pelo sistema de saúde. O importante, então, já não é *"sanear o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva"* (MENDES, 1996, p.59)[29]. O sistema previdenciário expandiu-se quantitativamente, tanto no conjunto de usuários a serem atendidos quanto na soma de recursos envolvidos; frente à ampliação e diversificação desse universo, gerou-se demanda crescente pelo estabelecimento de normas globais únicas que o parametrizassem.

Em 1960 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, sob pressão dos trabalhadores, uniformizando-se os benefícios prestados; a Previdência Social passava a ser a responsável pela assistência aos agravos da saúde individual de seus beneficiários.

Após o golpe militar de 1964, ainda sob o impacto do enorme desbalance na correlação de forças entre capital e trabalho então gerado, sob um Estado agora sem a componente de legitimação democrática, e até mesmo em função disso, ocorreu a unificação da Previdência Social: foi criado, em 1966, o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), cujo controle passou a ser integralmente do Estado, alijados, nas circunstâncias, trabalhadores, empregadores e demais componentes da sociedade civil, de mais a mais igualmente afastados de todos os outros âmbitos do cenário político pela ditadura. Foi a expressão concreta do modelo médico-assistencial privatista, que neste momento histórico se consolida institucionalmente[11,29].

Quase uma década depois, em 1975, aprova-se a Lei 6229/75, que, dispondo sobre o Sistema Nacional de Saúde, deu desenho jurídico-formal a esse modelo, selando as dicotomias já existentes entre atenção médica curativa e medidas de caráter coletivo e entre serviços públicos e privados de saúde, dando contornos específicos às tarefas correlatas ao Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e ao Ministério da Saúde (que data de 1953), que passava agora a responsabilizar-se também pela assistência médica individual.

Esses desdobramentos estavam alinhados a uma política mais geral vigente, que apontava para a abertura de espaços para a entrada da iniciativa privada nas áreas de saúde e educação, criando, com a eliminação, por quase duas décadas, da componente democrática do capitalismo brasileiro, um novo perfil para a composição estrutural de nossas instituições políticas (sustentada pelos aparatos legais então construídos), coerente com um aprofundamento da desigualdade social e com o crescimento da massa de excluídos, cujas conseqüências eram reprimidas pela força bruta. Esse Estado, que assim resolvia os conflitos anti-capitalistas, pôde, compreensivelmente, administrar com tranqüilidade os interesses globais do capital, face ao grau menor de contradições internas presentes num 'status quo' em que a correlação capital-trabalho era brutalmente desfavorável a este último. Assim é que, concomitantemente a um movimento global que empurrava cada vez mais brasileiros para a miséria, de outra parte gerava-se o chamado "milagre brasileiro", construído, entre diversos fatores, a partir do processo de industrialização e aumento de produtividade associado à apropriação maciça de mais-valia. Em outras palavras: à medida que aumentava o "exército de reserva" e, portanto, a população excluída do mercado formal de trabalho, abria-se espaço para a privatização em geral, saúde incluída.

Foi em decorrência dessa conjuntura que se agudizou o 'apartheid social' também na área da saúde. Os carentes, via de regra sem vínculo empregatício próprio ou de seus familiares, eram orientados para o setor público ou filantrópico. Ou seja, o Estado mantinha o controle sobre as condições objetivas de permanência dos proprietários da força de trabalho fora do mercado e sobre os correspondentes processos quantitativos de proletarização e desproletarização, condições essas compatíveis com o (baixíssimo) nível de cidadania vigente – a eles era reservada uma atenção de pior qualidade, permitindo inclusive um enxugamento dos gastos públicos. A inclusão e manutenção daqueles proprietários da força de trabalho que efetivamente a negociavam no mercado passaram a se dar por intermédio de sistemas de amparo que os encaminhavam para o setor privado de prestação de serviços médicos, via Previdência Social. Isto propiciou não somente o enraizamento definitivo desse setor, como sua

pronunciada capitalização no período, fruto da intervenção estatal, através de políticas públicas de terceirização da atenção médica que, ao destinarem parte significativa dos recursos disponíveis ao setor privado, permitiram um processo de acumulação que se deu quase que à margem dos riscos do mercado[7,16,27,36].

Iniciou-se, nos anos 80, o processo de redemocratização do país, com a reconquista de alguma cidadania política. A partir desse marco, tiveram origem uma série de transformações que passaram a alterar profundamente a estrutura e a dinâmica político-econômico-social no país.

A reforma sanitária que se desenvolveu no Brasil, dentro desse processo de abertura e sob pressão dos movimentos populares e da sociedade civil, dentre outros fatores, teve que se defrontar com dificuldades multifacetadas, muitas das quais, por sua natureza, só poderão ser superadas – se é que serão – a longo prazo. Duas questões despontam preliminarmente: a herança histórica objetivamente existente, à época, na área da saúde e as novas condições político-econômicas globais que então se desenhavam, nacional e internacionalmente.

Com relação à questão inicial, resgatar aquela herança, como resultado do panorama traçado acima, é fundamental para que possamos avaliar as origens da crise da saúde no Brasil, as limitações estruturais e dinâmicas impostas pelo quadro histórico, e portanto a extensão possível das diretrizes e reformas sanitárias que, com o processo de abertura e seus múltiplos atores, acabou resultando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Destacamos, dentro dessa primeira questão, três tópicos que nos parecem essenciais.

Primeiro, firmou-se, como conseqüência do processo descrito, uma conceituação de saúde que tende a reduzi-la à medicalização, ou seja, à visão que identifica a saúde com o combate às patologias, relegando a um segundo plano a discussão das condições estruturais mais gerais necessárias à obtenção e manutenção da saúde. Em decorrência, foram sobrevalorizados a profissionalização médica e respectivo poder, com todas as desvantagens inerentes ao corporativismo a ele relacionado, bem como a demanda cada vez mais acentuada por serviços médicos - cuja oferta não corresponde necessariamente a uma proporcional melhoria da saúde da população. A incorporação tecnológica descontrolada, dentro de um esquema de oferta de serviços dominado pela iniciativa privada, ocorreu de forma enviesada, deformada pela lógica do lucro, seja dos fornecedores de equipamentos e insumos, seja dos prestadores de atenção médica. Portanto, além da distorção da compreensão do que seja saúde pelo imaginário popular, produziu-se um outro desvio: o de que a medicalização é tão mais eficiente quanto mais exames médicos, remédios e aparelhos de última geração estiverem disponíveis. Esta perspectiva implica em demanda crescente por serviços médicos e sofisticação tecnológica, cujo custo rapidamente ascendente não se traduz de fato em correspondente melhoria das condições de saúde. Em função desse modelo de atenção predominante moldou-se todo um sistema de formação e alocação de recursos humanos para a saúde[4,10,24].

O segundo tópico refere-se à trajetória da oferta de serviços médicos oferecidos aos trabalhadores, através da Previdência Social, vistos como via de acesso à saúde: no Brasil do século XX, ao menos até o fim da década de 70, estes são encarados como contrapartida devida às contribuições retiradas de seus salários, dentro de uma concepção de cidadania regulada. A saúde não é, assim, um direito de todos e um dever do Estado.

O terceiro tópico diz respeito à transição demográfica e epidemiológica que vem ocorrendo em nosso país[9,29,30]: a redução das taxas de mortalidade infantil, aliada a uma expectativa de vida maior (embora fortemente diferenciada regionalmente), tem gerado uma transformação significativa no perfil etário da população. Em conseqüência, a par das questões de saúde decorrentes da concentração de renda e da ampliação da população abaixo da linha de pobreza, tais como as infecções comuns, a desnutrição, as doenças típicas resultantes da falta de saneamento básico, começaram a ganhar importância o câncer, as disfunções do aparelho circulatório e outras, características de uma outra faixa etária, agora percentualmente maior. O desenvolvimento industrial gerou um crescente adensamento populacional nas regiões urbanas e uma forte polarização e desigualdade regionais no que se refere à qualidade da vida e às doenças ocupacionais e do trabalho, deteriorando, ao mesmo tempo, o meio ambiente. Criam-se, assim, demandas por ações de saúde preventivas, de caráter coletivo e, também, ações de atenção de alta complexidade tecnológica.

Apontamos acima para diversas problemáticas de fundo estrutural, presentes no sistema de saúde vigente em nosso país à época: um sistema construído a partir da visão reducionista do conceito de saúde, enquanto eliminação da doença através da prestação de serviços médicos; um sistema discriminatório e não universalista, destinando serviços de qualidade inferior à população como um todo e dispensando um outro tratamento àqueles inseridos no mercado de trabalho; um sistema com ênfase privatista, em que a lógica do

lucro e não as necessidades concretas da população formam o eixo principal diretor das ações; um sistema em que, particularmente, toda uma rede física pré-existente tem que ser considerada como realidade concreta; uma herança de recursos humanos compatíveis com o sistema, continuamente acrescidos de mais profissionais, com formação oriunda de um sistema educacional também fortemente privatizado; conseqüentemente, um corporativismo profissional, tendente a resistir a mudanças que alterem as inserções cristalizadas e, principalmente, um corporativismo empresarial, no que concerne à ocupação de nichos de mercado referentes a equipamentos e correspondente tecnologia, seja esta ou não necessária, nos quantitativos existentes, ao melhor equacionamento da saúde, do ponto de vista da construção da cidadania plena para todos.

Por outro lado, do ponto de vista político e institucional, para além de superar a visão de saúde restritiva e não universalista impregnada no sistema e no imaginário da população, tornava-se necessário (mas não suficiente) aprovar um novo arcabouço de leis e instituições, para viabilizar a possibilidade teórica de reforma – daí à sua efetiva implementação concreta vai uma grande distância. Esta última observação é especialmente importante: o caráter classista do Estado capitalista reside, do ponto de vista adotado neste trabalho, na estrutura de suas instituições políticas; portanto, visto que seja essencial para qualquer reforma a alteração destas, essa mudança implica apenas no câmbio do novo conjunto de ações e eventos, situados dentro do universo de possibilidades redimensionado pelas novas seletividades e respectivos filtros[(4)32]: quais deles (ações e eventos) de fato ocorrerão é algo que só será definido pela correlação de forças entre capital e trabalho a ser estabelecida, o que depende de inúmeros fatores, dentre os quais a contínua mobilização popular e da sociedade civil.

Essas eram as condições objetivas, no tocante especificamente à saúde.

Com relação à segunda questão que acima explicitamos – isto é, quanto às novas condições político-econômicas globais, diversas eram as causas, interna e externamente, que permeavam a "abertura" controlada do país a uma nova ordem, através de uma transição dominada por forças de corte nitidamente conservador. No plano internacional, a crise do capital no primeiro mundo implicava num cenário de redução de liquidez, com reflexos nas economias dos países ditos "em desenvolvimento", como o Brasil, já pressionado por sua dívida externa, que havia crescido rapidamente. Dentro de nossas fronteiras, por outro lado, o quadro externo desfavorável era acirrado pela crise fiscal do Estado, pelo esgotamento do crescimento econômico e pelo agravamento das tensões internas geradas por um grau cada vez mais insuportável de concentração de renda, que elevava o potencial de conflitos sociais a níveis perigosos. Portanto, a gradual descompressão política que reintroduziria a componente democrática no capitalismo brasileiro teve suas origens tanto no acúmulo de contradições internas quanto num quadro de crise global do capital e foi administrada de forma a garantir a permanência e a preservação dos interesses da acumulação.

No Brasil do início dos anos 80, portanto, a partir dos anacronismos na área da saúde, acumulados nas décadas anteriores e da nova conjuntura político-econômica, havia espaço objetivo para um movimento por uma reforma sanitária. Os novos horizontes trouxeram à cena política novos atores e diferenciados projetos. A par do extraordinário fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 70[12,13,21] revigorou-se também o sindicalismo: ambos puderam afinal eclodir publicamente, após décadas de repressão. A crise e os sucessivos escândalos na Previdência Social – foco de fantástica corrupção, clientelismo político, desvio de recursos públicos para outras finalidades e má administração – e o aumento do contingente de excluídos que só tinham acesso a serviços de saúde de segunda categoria ou à filantropia, eram razões mais que suficientes para que as forças sociais que discutiam a questão saúde se estruturassem para debatê-la em processo que, a partir de conferências municipais e depois estaduais, culminou na realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, que, realizada em 1986, congregou delegados de todo o país[6,15,38].

As teses centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde, no sentido da universalização do atendimento à saúde, da descentralização administrativa, da participação comunitária e da redefinição paradigmática

(4) O conceito de **seletividade**, que configura o poder discriminatório do coletivo de instituições políticas do Estado em relação ao conjunto de ocorrências sócio-político-econômicas, é aqui entendido como uma **configuração de regras de exclusão institucionalizadas**, regras que, sancionadas pelas instituições políticas daquele Estado, operam uma **restrição sistemática e não aleatória dos espaços de possibilidades dos eventos**, excluindo assim desses espaços um subconjunto criteriosamente definido de eventos (os **não-eventos**), via **processos de seleção**, os quais também são designados pelo termo **filtros**. Os principais filtros ou mecanismos de seleção são: estruturais, ideológicos, processo e repressão (OFFE, 1984)[32].

da atuação do Estado na área, visando a construção da cidadania e a garantia da saúde – para além da atenção médica – como um direito de cada brasileiro e um dever do Estado, constituídas em seu relatório final[3], tornaram-se poderosos instrumentos de pressão em dois eventos de grande significado, um no Executivo e outro no Legislativo.

Em 1987, o governo implantou o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, que reforçou uma tendência já prenunciada a partir da vigência do programa de Ações Integradas de Saúde (AIS, 1983), de aumento de repasses financeiros da União para estados e minicípios[5,6,26].

Em 1988, a Constituição Brasileira referendou a nova lógica, criando o SUS[1], regulamentado pelas Leis 8080 e 8142, de 1990[2], e organizado segundo as diretrizes apontadas pela VIII Conferência, o que sem dúvida constituiu uma extraordinária mudança; ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, incorporava princípios e práticas correntes, preservando o espaço de atuação da iniciativa privada no setor.

Não há, ao nosso ver, como negar que os textos constitucionais e infra-constitucionais representaram um enorme avanço, desde a ótica do movimento social organizado; não se pode, em contrapartida, superdimensionar esse resultado, que, além de não garantir em absoluto a consecução das transformações que potencialmente comportava, mantinha a idéia de um sistema plural de atendimento à saúde, no qual estava também assegurado o campo de ação para a continuidade da acumulação no setor, a partir da ocupação dos nichos de oferta de serviços comercialmente rentáveis. Não é por outra razão que o Congresso Nacional, de um lado sob pressão popular, mas de outro integrado por maioria conservadora, aprovou os textos em questão.

O Sistema Único de Saúde

A partir de 1987, com a criação do SUDS e, posteriormente, com a criação do SUS, iniciou-se um processo em que, se de uma parte estendia-se o atendimento médico, enquanto direito de cidadania, àqueles fora do mercado de trabalho, antes relegados à caridade estatal ou à filantropia, de outra rebaixava-se o nível deste atendimento, se comparado ao oferecido anteriormente aos usuários da Previdência Social, isto é, aos assalariados[29].

Este fato foi conseqüência evidente de uma série de fatores.

Em primeiro lugar, a crise do Estado brasileiro e a das economias centrais, bem como as políticas públicas de caráter neoliberal, implicaram em uma redução progressiva do aporte de verbas públicas federais à saúde[(5)]. Simultaneamente, a nova base populacional que potencialmente poderia utilizar o sistema excedia em 60 milhões de pessoas[29] o número anterior de usuários. A qualidade dos serviços públicos, portanto, caiu. Em conseqüência, gerou-se uma forte demanda por serviços de melhor nível, que pudessem ser disponibilizados aos assalariados, em especial os possuidores de mão-de-obra especializada. O movimento resultante foi a privatização dos serviços de saúde rentáveis, do ponto de vista mercadológico: a diminuição do aporte de recursos orçamentários ao setor público implicou numa redução proporcional dos valores pagos por serviços privados, afastando os produtores mais capitalizados, que se descredenciaram, total ou parcialmente, passando a suprir a recém criada demanda através do sistema de saúde supletivo[(6)7,29]. Isto é o que Faveret Filho e Oliveira (1989)[18] chamam de "universalização excludente": com a deterioração real do montante pago pelo Estado, apenas os prestadores de serviços tecnologicamente mais atrasados permaneceram credenciados. Em conseqüência, a utilização dos serviços do SUS pelos usuários portadores de mão-de-obra de pouca qualificação e pelos segmentos da população não integrados economicamente tornou-se progressivamente maior, em termos percentuais.

O quadro que emerge desses fatos explica porque puderam ser aprovados os novos textos constitucionais e infra-constitucionais por legisladores em sua maioria conservadores.

Há inegáveis ganhos teóricos na conquista de um reconhecimento legal, juridicamente consagrado, do direito à saúde como um elemento de cidadania[17,19].

O mesmo se pode dizer dos mecanismos de descentralização implantados, com a redução dos desvios de recursos, do seu uso clientelístico, como

[(5)] Conforme análise de Médici, entre 1989 e 1993 ocorreu uma forte redução do gasto público com saúde no Brasil. Os gastos públicos 'per capita' com saúde no Brasil caíram de US$ 95,60 em 1989 para US$ 62,70 em 1992; foram de US$ 65,39 em 1993 e US$ 93,00 em 1994 (Médici, 1995)[26]. De acordo com Mendes (1996)[29], os gastos foram, sucessivamente, de US$ 11,3 bilhões em 1989, US$ 9,4 bilhões em 1990, US$ 7,8 bilhões em 1992 e US$ 7,5 bilhões em 1993 - uma queda de mais de 33% em apenas 4 anos.

[(6)] Os seguintes números ilustram essa tendência: apenas nos dois anos posteriores à criação SUDS - 1987/1989 - o número de usuários do sistema de atenção supletiva cresceu 7.200.000 (Gouvea apud Mendes, 1996, p.81)[29], ou 8.740.000 (Foster Higgins apud Elias, 1996b, p.71)[16]; em 1994, atingiu 34.400.000, patamar em que houve uma certa estabilização. O faturamento do sistema passou de US$ 2,4 bilhões em 1989 para US$ 6,4 bilhões em 1993 (TORLONI FILHO apud MENDES, 1996, p.81)[29].

moeda de troca política; e também do cada vez mais presente controle democrático destes recursos pela comunidade, através dos Conselhos Estaduais, Municipais, Distritais e Locais de Saúde, cuja criação foi possível a partir do SUS e tem sido implementada concretamente ao longo dos últimos anos. Todo espaço de poder está sujeito a tentativas de manipulação por partidos políticos, corporações e interesses pessoais; contudo, embora distorções como essas possam ter ocorrido e possam vir a ocorrer, inegável também é que esses Conselhos têm tido papel primordial, enquanto locus privilegiado de construção da cidadania social[8,21,35].

Uma outra forma de avaliar a importância do SUS é imaginar um cenário em que este não existisse: nesse caso, estaria mantida uma discriminação social sancionada pelo Estado, na área da saúde; ou seja, um sistema de atendimento para os cidadãos de primeira linha, isto é, os que trocam sua força de trabalho no mercado, versus um atendimento *formalmente de segunda categoria* para os demais, para os excluídos. A criação do SUS, portanto, teve o grande mérito de haver rompido aquela discriminação, *juridicamente admitida*. Desse ponto de vista, foi sem dúvida um passo de significado marcante: ganharam com ele, de forma inequívoca, os 60 milhões de brasileiros que antes só tinham acesso à saúde como um favor do Estado ou das instituições beneficentes e, de forma mais geral, todos aqueles que lutam pela diminuição do grau de iniqüidade social no Brasil.

A par disso tudo, não obstante, os números mostram que o Estado e suas políticas neoliberalizantes da última década, apesar e simultaneamente à criação do SUS, promoveram, em função das crises nacionais e internacionais do capital e em alinhamento com os movimentos do primeiro mundo, uma redução substancial de verbas para a saúde. Ou seja, apesar da enorme expansão do número de usuários, pela via da universalização dos serviços, a verba disponível diminuiu, provocando um declínio na qualidade dos mesmos. Em outras palavras, acabou-se a discriminação estatalmente avalizada, no sistema de saúde; mas, com a "universalização excludente", manteve-se a discriminação real.

Seria teoricamente possível propor uma interpretação do quadro atual na saúde que o classificasse como um continuísmo da situação anterior: saúde encarada como atendimento médico, na prática; proprietários da força de trabalho que de fato a negociam no mercado recebendo serviços de melhor qualidade do que o conjunto da população; medicina privada obtendo os lucros que sempre obteve; Estado investindo insatisfatoriamente na saúde, como sempre investiu.

Pretendemos, porém, oferecer a seguir uma outra avaliação desse quadro.

SUS, um avanço, necessário e ainda um desafio

Aquilo que há de continuísmo é, de um lado, resultado da trajetória histórica da correlação de forças entre capital e trabalho na última década e, de outro, uma característica da própria natureza classista de dominação inerente a todo Estado capitalista[31]. Consideramos, contudo, que, durante os anos 80, houve uma mudança qualitativa na estrutura das instituições políticas do Estado brasileiro, face à necessidade de incorporar a legitimação democrática, enquanto determinação funcional, às outras duas que tipificam qualquer capitalismo: a privatização da produção e a dependência do processo de acumulação.

Na área da saúde, particularmente, essa mudança qualitativa se expressou através de inovações sócio-políticas[(7)] de âmbito nacional, que resultaram desses desdobramentos, face à legitimação democrática, dada a impossibilidade de manter a credibilidade estatal (a ser agora referendada – ou não – nas urnas), anteriormente minada por inúmeros escândalos e fracassos, sem mudar a forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais. Era necessário, portanto, para mudar a estrutura das instituições políticas do Estado, alterar, também qualitativamente, as seletividades do aparelho estatal (definidas como "*configurações de regras de exclusão institucionalizadas*"[32] – e, como resultado, os correspondentes filtros.

Nossa tese é a de que na área da saúde houve uma modificação qualitativa da estrutura das instituições políticas do Estado, e portanto de suas seletividades, vistas como o poder discriminatório do coletivo dessas instituições em relação ao conjunto de ocorrências sócio-político-econômicas.

Para estabelecer a diferença entre as restrições sistemáticas e não aleatórias aos espaços de possibilidades de eventos na área da saúde – antes e depois da abertura democrática no Brasil – vamos analisar as distinções entre a operação dos diferentes filtros numa época e em outra.

---

(7) Mudanças adotadas na forma de gerar, financiar e distribuir as prestações de serviços sociais pelos gestores do Estado, conciliando as exigências admitidas e as necessidades humanas já sancionadas com os requisitos de reprodução do capital (OFFE; LENHARDT, 1984)[33].

Com relação ao filtro repressão, seu abrandamento é a marca registrada de qualquer processo de democratização. Eventos antes selecionados negativamente passam depois a não ser reprimidos. Esta diferença está nas origens do fortalecimento dos mecanismos de pressão que, agora mais diretos e visíveis, engendraram as outras transformações, isto é, as transformações das estruturas das instituições políticas na área da saúde propriamente dita.

Em função dessas transformações, a alteração sofrida pelos filtros estruturais é talvez a mais agudamente significativa. A instituição, primeiro do SUDS (mudança de estrutura político-administrativas) e depois do SUS pelo texto constitucional (mudança de estrutura jurídico-legal) consiste em uma forte guinada desse mecanismos de seleção. É possível discutir, a partir da nova estrutura existente, a possibilidade de acesso universal e igualitário à saúde; antes, não, pois o arcabouço político-administrativo-jurídico-legal determinava a existência de dois distintos tipos de atenção à saúde a serem prestados: aos assalariados e aos demais. Em particular, por exemplo, é possível depois – e não antes – debater qual o orçamento necessário para facultar aquele acesso de todos à saúde (definida na Constituição de forma ampla, sem reduzi-la a medicalização), cuja garantia é vista agora como um dever do Estado para com cada brasileiro[1].

Os filtros ideológicos também passaram por descontinuidades de grande monta. A cidadania social, enquanto conceito ideológico, é um não-evento, nos anos pré-década de 80. Havia sido cristalizada, como paradigmaticamente indiscutível, a concepção de cidadania regulada, sendo o atendimento à saúde parte do pagamento (não um direito inalienável do cidadão) do assalariado, subproduto da troca de sua mercadoria (a força de trabalho) no mercado. Dos anos 80 em diante, a cidadania social, em específico no tocante à saúde, foi progressivamente colocada em foco e finalmente ratificada institucionalmente nos textos constitucionais.

Os filtros de processo, após a promulgação da Constituição e textos regulatórios infra-constitucionais posteriores, sofreram igualmente mudanças. Assim é que a descentralização, aliada à possibilidade de controle comunitário via criação dos Conselhos, em todos os níveis, abriu horizontes processuais antes inexistentes[(8)].

As transformações que culminaram com a incorporação da legitimação democrática, enquanto nova determinação funcional do Estado, no Brasil da década de 80, não podem, contudo, diminuir a visibilidade e importância das outras duas determinações: a privatização da produção e a dependência estrutural do processo de acumulação.

Em outras palavras, em primeiro lugar está garantida, pela própria natureza do Estado, a atuação do mercado na área da saúde, o que se fará nos espaços economicamente rentáveis capazes de gerar acumulação. Em segundo lugar, o câmbio do universo de eventos possíveis é uma condição necessária para potenciais avanços, do ponto de vista da conquista da cidadania social – e portanto, enquanto tal, uma vitória de enorme significado para os defensores dessa perspectiva. Em terceiro lugar, essa condição não é de forma nenhuma suficiente: absolutamente nada é garantido, por sua existência, além da ampliação de espaços de possibilidades que a caracteriza. Esta ampliação não implica em negação da lógica capitalista pré-existente e nem em cerceamento das práticas e dinâmicas envolvidas no 'status-quo' anteriormente em vigor. O fator que determinará, portanto, o 'ponto de operação' do sistema de saúde na nova situação será, essencialmente, a correlação de forças entre os diversos atores que se movem na cena político-econômico-social.

O continuísmo do perfil do Brasil concreto, na área da saúde, em particular, poderia ter sido ditado como conseqüência obrigatória da permanência estrutural das seletividades do Estado; mas, mudando estas, como foi o caso, alargando-se o horizonte do abstratamente permitido, o grau de mudanças objetivas que se viabilizarão neste novo cenário será grandemente influenciado pela correlação de forças a que nos referimos.

Em conjunturas em que a defesa oficial dos excluídos ou os discursos estatais do "tudo pelo social" se aliam a políticas institucionais neoliberais, com enxugamentos de gastos públicos nas áreas sociais, ao mesmo tempo em que proliferam subsídios ao sistema financeiro e a outros proprietários dos meios de produção, o resultado dessa correlação de forças tem gerado um quadro que reflete uma continuidade das ações públicas e privadas na saúde, não obstante as perspectivas reais de mudanças construídas na década passada[22,23].

Apesar de toda essa situação, que é resultante de

[(8)] Nada garante, a priori, que os resultados – em termos de redução do clientelismo, fiscalização das verbas e sua utilização em prol dos princípios de cidadania social, etc., – sejam necessariamente satisfatórios; mas há eventos, como o controle popular sobre os recursos disponíveis e a discussão coletiva de prioridades, que não estão excluídos do universo de possibilidades pelo próprio processo de construção desse universo, como anteriormente.

um processo histórico, que em breves traços alinhavamos acima e de uma "abertura" democrática conservadora, procuramos demonstrar a importância da implantação das inovações sócio-políticas que alteraram estruturalmente as instituições políticas do Estado Brasileiro, na área da saúde.

É possível hoje, por conseguinte, em termos de um projeto de médio e longo prazos, pensar em propor uma nova agenda para a saúde que, ao racionalizar o Sistema Único de Saúde, busque inseri-lo em um novo paradigma sanitário. Uma proposta que, utilizando plenamente os novos espaços filtrados, a partir do fortalecimento das lutas pela cidadania e portanto da geração de um outro contexto político, apesar das determinações do Estado capitalista e exercitada radicalmente sua componente de legitimação democrática, pudesse contemplar:

a) na esfera pública, a garantia de que os princípios do SUS realmente se concretizem, com a universalização do acesso à saúde a todos os brasileiros, o que implica também na articulação de lutas pela conquista da cidadania nos mais diversos âmbitos, como direito a salários dignos e a igual acesso universal à habitação, transporte, alimentação, educação, esporte e lazer compatíveis com condições saudáveis de vida; na área da saúde propriamente dita, será essencial garantir a descentralização, com repasse de recursos suficiente e delegação de poderes para os níveis estaduais e municipais que permitam a formulação e execução de políticas de saúde de qualidade – sob controle da sociedade civil organizada – só assim será possível travar a batalha pela superação das atuais intermediações político-clientelísticas, pela ruptura dos anéis burocráticos, mecanismos patrimonialistas e vícios corporativos que entravam a publicização do espaço estatal; ainda na área da saúde – na realidade na interface entre esta e a da educação – será fundamental a tarefa de formação e reciclagem de recursos humanos para que as tarefas que o SUS demanda possam ser cumpridas;
b) na esfera privada, o controle público do espaço privado contratado com o SUS, pela via da utilização de instrumentos de direito administrativo pela cidadania e do espaço privado da atenção supletiva, que deverá ser submetido à regulação estatal; a efetiva submissão da iniciativa privada na saúde às regras do mercado, com a eliminação de subsídios cruzados e de renúncias fiscais.

Independentemente, porém, de transformações sistemáticas e ganhos duradouros a se construírem processualmente, é, e tem sido, certamente possível, seja através de pressão direta dos movimentos populares e outras forças, seja pela busca da utilização, por governos comprometidos com as lutas desses movimentos, dos espaços criados pelas novas seletividades do Estado, avançar em direção a essa agenda para a saúde.

LOPES, R.E. Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.23-33, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: In this work we describe the historical trajectory of health policies in Brazil. In particular, we discuss the 'SUS' (Unified Health System); we present an analysis of its meanings, contradictions and scope. This analysis is worked out having in mind the theoretical formulations developed by Offe, Lenhardt and Ronge, especially those concerning political policies in the Capitalist State. Our goal here is to understand the existing dynamics in the health area, as a result both of the historical and current trends of the related political institutions, including those of a juridical nature, now in vigor, and the way they were constructed. We apply the so established abstract referential to the concrete realm of health assistance policies in Brazil, searching, for instance, to determine the difference between the systematic and non-random restrictions to the spaces of possibilities of events in the health area - before and after the "abertura democrática" (a period in which the democratic order was restored) in Brazil and the 1988's Constitution. We conclude that, on one hand, the constitutional core of SUS represents a necessary breakthrough, which is not however sufficient for the consolidation of social rights in the health area; on the other hand, it is and it has been possible - under direct pressure of popular movements and other forces or through the use of spaces now available as the result of the SUS by governments committed to policies of individual and collective health care - to progress towards guaranteeing health as a citizenship right.

KEYWORDS: Health policy/trends. SUS (BR). Brazil. Health rights.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. *Constituição*: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico, 1988.
2. BRASIL. Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8080 de 19/09/1990 e mensagem presidencial ao senado federal com as razões dos vetos. *Saúde em Debate*, n.30, p.15-20, dez. 1990.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. 430p.
4. CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1991.
5. CAMPOS, G.W.S. *Reforma da reforma*: repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1992.
6. COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova* (São Paulo) CEDEC, n.19, p.123-40, 1989.
7. COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: LAURELL, A.C., org. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1995a. p.225-44.
8. COHN, A. Saúde e cidadania: análise de uma experiência de gestão local. In: EIBENSCHUTZ, C., org. *Política de saúde*: o público e o privado. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995b. p. 315-27.
9. COHN, A. A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil*: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996. p.11-55.
10. COHN, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil*: políticas e organização dos serviços. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 1996.
11. COHN, A. et al. *A saúde como direito e como serviço*. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1991.
12. COSTA, N.R. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. *Rev. Admin. Pública.* (Rio de Janeiro), v.28, n.4, p.5-17, out/dez. 1994.
13. COSTA, N.R. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: COSTA, N.R. et al., org. *Demandas populares e políticas públicas de saúde*. Petrópolis: Vozes/ ABRASCO, 1989. v.1, p.45-65.
14. DRAIBE, S.M. Qualidade de vida e reformas de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. *Lua Nova* (São Paulo) CEDEC, n.31, p.5-46, 1993.
15. ELIAS, P.M. *Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político-institucional*. São Paulo, 1996a. 345p. Tese (doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
16. ELIAS, P.M. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: CONH, A., ELIAS, P.M. *Saúde no Brasil:* políticas e organização de serviços. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1996b. p.57-117.
17. ESCOREL, S. Elementos para análise da configuração do padrão brasileiro de proteção social - o Brasil tem um Welfare State? *Cadernos Fiocruz*, Série Estudos, n. 1, Política, Planejamento e Gestão em Saúde, 1993.
18. FAVARET FILHO, P., OLIVEIRA, P.J. *A universalização excludente*: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro/IEI, 1989.
19. FLEURY, S. *Estado sem cidadãos*: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
20. GINSBURG, N. *Divisions of welfare*: a critical introduction to comparative social policy. London: Sage Publications, 1992.
21. JACOBI, P.R. *Movimentos sociais e políticas públicas*: demandas por saneamento básico e saúde - São Paulo, 1974-84. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1993.
22. LAURELL, A.C. *Estado e políticas sociais no neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995.
23. LOPES, R.E. Neoloberalismo e políticas de saúde no Brasil. *Cidadania Textos* – GEMDEC/ UNICAMP (Campinas), v.1, n.6, p.1-20, 1995.
24. MACHADO, M.H. Trabalhadores da saúde: um bem público. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.48, p.54-7, set. 1995.
25. MARSHALL, T.H. *Cidadania, classe social e status*. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.
26. MÉDICI, A.C. Necessidades de financiamento do setor saúde no Brasil em 1995. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.48, p.69-76, set. 1995.
27. MÉDICI, A.C. Incentivos governamentais ao setor privado de saúde no Brasil. *Rev. Admin. Pública* (Rio de Janeiro), v.26, n.2, p.79-115, abr./jun. 1992.
28. MENDES, E.V., org. *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO, 1995.
29. MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde.* São Paulo: Hucitec, 1996.
30. MONTEIRO, C.A., org. *Velhos e novos males da saúde no Brasil.* São Paulo: Hucitec, 1996.
31. OFFE, C. *Problemas estruturais do Estado capitalista*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.

32. OFFE, C. Dominação de classe e sistema político. Sobre a seletividade das instituições políticas. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.139-77.
33. OFFE, C.; LENHARDT, G. Teoria do Estado e política social. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.9-53.
34. OFFE, C.; RONGE, V. Teses sobre a fundamentação do conceito de "Estado Capitalista" e sobre a pesquisa política de orientação materialista. In: Problemas estruturais do Estado capitalista. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984. p.121-37.
35. PIMENTA, A.L. Políticas públicas e movimentos sociais: estratégias e formas de luta. In: OPAS. *Saúde e revisão constitucional*: controle social e formas organizacionais do SUS. Brasília: OPAS, 1993. p.11-6. (Série Direito e Saúde, n. 2)
36. RODRIGUES NETO, E. O SUS e o setor privado: vamos moralizar essas relações. *Saúde em Debate* (Londrina) CEBES, n.49-50, p.9-10, dez/95 mar. 1996.
37. SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça:* a política social na ordem brasileira. 3.ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.
38. TEIXEIRA, S.M.F. *Reforma sanitária*: em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez/ABRASCO, 1989.

Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.12, n.1/3, p.34-9, jan./dez., 2001.

TENDÊNCIAS DA FORMAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO BRASIL

TENDENCIES IN THE EDUCATION OF OCCUPATIONAL THERAPIST IN BRAZIL*

Adriana de França Drummond[1]
Lívia de Castro Magalhães[2]

DRUMOND, A.F.; MAGALHÃES, L.C. Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.34-9, jan./dez., 2001.

RESUMO: Este artigo analisa as tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil tendo como referência os currículos mínimos de Terapia Ocupacional vigentes no país, as Diretrizes Curriculares do Curso de Terapia Ocupacional, as orientações curriculares da Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT) e os currículos de quatorze instituições de ensino superior que oferecem o curso no país. Como, no momento atual, devido à implantação das diretrizes curriculares, muitos cursos estão passando por reformas curriculares, acreditamos que este trabalho poderá contribuir para o avanço das reflexões sobre a singularidade da formação do terapeuta ocupacional.

DESCRITORES: Terapia Ocupacional/educação. Terapia ocupacional/recursos humanos. Terapia ocupacional/tendências. Educação profissionalizante/classificação. Currículo.

Apesar de sabermos que a compreensão do processo de formação profissional não se resume à análise da organização de currículos, o estudo dos currículos revela concepções políticas, sociais e culturais adotadas pelos agentes ou grupos envolvidos na definição de um perfil profissional. Como proposto por Moreira e Silva (1995, p.7) em sua perspectiva sociocultural de análise de currículo:

> *Isso significa que ele [o currículo] é colocado na moldura mais ampla de suas determinações sociais, de sua história, de sua produção contextual. O currículo não é um elemento inocente e neutro na transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em relações de poder (...). O currículo não é um elemento transcendente e atemporal – ele tem uma história, vinculada a formas específicas e contingentes de organização da sociedade e da educação.*

* Parte deste trabalho foi apresentada como tema livre no VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional (Porto Alegre, 2 a 5 de outubro de 2001).

[1] Mestre em Educação pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais; docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

[2] Doutora em Educação pela Universidade de Illinois, EUA; docente do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais.

Endereço para correspondência: Departamento de Terapia Ocupacional / Avenida Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II. 3º andar – Campus Pampulha CEP: 31270-901. e-mail: dto@ eef.ufmg.br

Superando-se, portanto, a visão do currículo como um elemento neutro na transmissão do conhecimento, entende-se que sua análise permite compreender as forças que atuam na produção, seleção e organização de seus conteúdos num determinado momento histórico. A análise da história dos currículos que norteiam a formação profissional é importante, pois, como discutido por Yerxa (1998), terapeuta ocupacional norte-americana, os currículos contribuem para criar o futuro da profissão, uma vez que vão influenciar a forma como os estudantes percebem a profissão, a si mesmos e aos pacientes. Além disso, por seu intermédio, os docentes orientam as práticas futuras dos alunos e direcionam, de certa forma, a produção de conhecimento na área.

Considerando a importância dos currículos para a estruturação da formação profissional, objetivamos neste trabalho analisar as tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil. Nossa discussão será baseada na análise do percurso dos currículos mínimos dos Cursos de Terapia Ocupacional, das Diretrizes Curriculares do Curso de Terapia Ocupacional do Brasil, das tendências observadas na formação do terapeuta ocupacional nos Estados Unidos e Canadá e dos currículos de quatorze cursos de Terapia Ocupacional do país (BRASIL, 1964; CONSELHO..., 2001).

Partindo do princípio de que os currículos são influenciados pela inter-relação de questões específicas da profissão com tendências político-sociais, devemos nos perguntar: por que, num determinado momento histórico, incluem-se e excluem-se diferentes conhecimentos, conferindo ao currículo uma certa configuração e traçando um determinado perfil profissional? Iniciaremos com uma breve discussão sobre alguns fatores que vêm influenciando a construção dos currículos de Terapia Ocupacional em outros países, e passaremos, mais adiante, à análise dos fatores relacionados à formação do terapeuta ocupacional no Brasil.

Nos Estados Unidos e no Canadá, observa-se grande influência dos movimentos de vida independente e de leis de proteção ao deficiente na formação do terapeuta ocupacional. Nos EUA, por exemplo, na área da infância a EHA (UNITED STATES, 1975) e, mais recentemente, a IDEA (UNITED STATES, 1997) resultaram em um aumento considerável da oferta de emprego para terapeutas ocupacionais no sistema escolar, uma vez que, de acordo com a lei, a criança deficiente tem o direito de receber todo tipo de assistência necessária para que se beneficie da educação especial, o que inclui os serviços prestados pela Terapia Ocupacional. Com a demanda desses profissionais, houve um acentuado crescimento de cursos de reciclagem sobre a intervenção da Terapia Ocupacional na escola e muitos currículos passaram a incluir disciplinas específicas de Terapia Ocupacional escolar, o que não existia antes.

Por outro lado, os currículos das escolas norte-americanas são também fortemente influenciados por modelos teóricos específicos da profissão. Desde a década de 1980, tem sido intenso o movimento no sentido de retomar as bases filosóficas da profissão, centrando os currículos no estudo da ocupação. Segundo Nielsen (1998, p. 386),

> Os programas educacionais devem ser capazes de preparar clínicos que dêem valor e compreendam o conceito de ocupação e que sejam capazes de prontamente traduzir ocupação em programas bem articulados de intervenção nos níveis individual e grupal.

Quando, nos Estados Unidos, enfatiza-se a necessidade de investimento da classe profissional na temática da ocupação humana, isso não significa a institucionalização do Modelo da Ocupação Humana, proposto por Kielhofner (1985; KIELHOFNER; BUKKE, 1980) como um modelo teórico-prático a ser adotado pelos cursos e pelos profissionais. O que se objetiva é incentivar os profissionais a se debruçarem sobre um eixo conceitual que caracterize a profissão. O modelo representa apenas uma das tentativas de se organizar o conhecimento sobre a temática da ocupação, a fim de subsidiar a intervenção clínica. Porém, existem várias outras perspectivas teóricas centradas nessa mesma temática, como a Ciência da Ocupação (CLARK et al., 1991), o Modelo do Processo de Intervenção em Terapia Ocupacional (FISHER, 1998) ou a bem conhecida abordagem *top down* de Trombly (1995).

Resguardadas as diferenças políticas, socioeconômicas e culturais entre EUA e Canadá, observam-se também, nesse país, as influências macrossociais sobre a formação do terapeuta ocupacional. A tentativa do governo canadense de investir nas políticas de bem-estar social fez com que várias esferas sociais reorganizassem suas ações, adotando novas estratégias de atenção aos cidadãos. No caso específico da Terapia Ocupacional, pode-se observar a construção de modelos teórico-práticos gerais voltados para a garantia da singularidade dos sujeitos, como o modelo proposto pela Associação Canadense de Terapia Ocupacional (CANADIAN..., 1991), centrado no indivíduo dentro de um contexto ocupacional.

Em consonância com a tendência de enfoque na

ocupação, ditada pelos países que têm maior tradição em pesquisa e desenvolvimento de teoria em Terapia Ocupacional, a Federação Mundial de Terapia Ocupacional (WFOT), em suas instruções para o reconhecimento internacional de cursos, também enfatiza a importância de os currículos serem centrados na temática da ocupação. Essa tendência foi reafirmada no último Congresso Mundial de Terapia Ocupacional, realizado em 1998 em Montreal. Recomendou-se que, ao se analisar um currículo de Terapia Ocupacional, faça-se a pergunta: o currículo está sendo desenvolvido sob o enfoque do conceito de ocupação? (WFOT, 1998). Esse movimento voltado para o estudo da ocupação com ênfase nas atividades cotidianas e nos papéis exercidos pelos cidadãos não é isolado ou específico da profissão, pois há uma tendência mundial no sentido de enfocar a saúde em aspectos funcionais, conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS – ICIDH-2, 2000).

Nos Estados Unidos e no Canadá, marcos políticos definitivos influenciaram os rumos traçados na formação do terapeuta ocupacional. As tendências nessa área são construídas por políticas de saúde e educação adotadas pelos governos e determinadas, em última instância, por políticas socioeconômicas e pela inter-relação desses fatores com a construção do conhecimento. Além dessas influências sociopolítico-econômicas no esboço de perfis profissionais, impõem-se questões referentes ao mercado de trabalho e ao campo de conhecimento. No caso da Terapia Ocupacional, evidenciam-se em diversos países fortes tendências a centrar o currículo dos cursos no estudo da ocupação. Essas tendências são forjadas por uma busca de visibilidade da profissão e pela necessidade de compreender com maior propriedade a singularidade do terapeuta ocupacional, em resposta a questões como o que e como avaliar, o que objetivar no tratamento e qual a eficácia da intervenção.

É possível, no Brasil, identificar tendência(s) de formação do terapeuta ocupacional? Para se pensar as tendências que se esboçam na formação do terapeuta ocupacional no Brasil e entender os conhecimentos que vêm sendo eleitos como conteúdos válidos a serem transmitidos, é necessário resgatar, mesmo que brevemente, a história dos currículos mínimos dos cursos de Terapia Ocupacional no país. Sabemos que os currículos não expressam necessariamente o que é ensinado em sala de aula, pois observa-se que, quando os docentes sentem necessidade de mudança no currículo, mesmo sem alterá-lo oficialmente, já vão modificando sua percepção da relevância do que deverá ser enfocado, bem como procurando a melhor forma de trabalhá-lo. Atemo-nos aqui à reforma do currículo pelo fato de que representa um esforço coletivo de mudança dos agentes envolvidos na formação profissional.

Os primeiros currículos adotados nos cursos de ensino superior de Terapia Ocupacional no Brasil respaldaram-se no primeiro currículo mínimo vigente a partir de 1964, que propunha uma formação estritamente técnica, pela qual o terapeuta ocupacional e o fisioterapeuta exerciam a função de "ajudantes" subordinados à categoria médica. Apesar de o estabelecimento de um currículo mínimo único para Fisioterapia e Terapia Ocupacional retratar as dificuldades de se diferenciar a formação dos dois profissionais, naquela época, o currículo mínimo representou um ganho dessas categorias profissionais, que passaram a se firmar no mercado de trabalho como profissões de nível superior na área da saúde. Hoje, ao se analisar o primeiro currículo mínimo vigente no país, observa-se que uma de suas grandes limitações é que não fornecia subsídios teóricos para a compreensão da realidade de saúde brasileira, pois não incluía a reflexão crítica acerca das contradições vividas na reabilitação e da dimensão política, econômica e social da atuação do profissional (BRASIL, 1964).

Fatores externos e internos à profissão desencadearam mudanças do currículo mínimo em 1983. O novo currículo mínimo que entrou em vigor propunha uma formação composta por quatro ciclos: de matérias biológicas, de formação geral, pré-profissionalizante e profissionalizante. Buscou-se sobretudo aprofundar a análise da realidade de saúde brasileira, diferenciando-se a formação do fisioterapeuta e do terapeuta ocupacional e fundamentando-se a clínica em Terapia Ocupacional. Os atuais currículos dos cursos de Terapia Ocupacional do Brasil foram elaborados direta ou indiretamente com base nesse currículo mínimo (BRASIL, 1983).

O currículo mínimo implantado em 1983 permaneceu em vigência por mais de quinze anos até que as atuais políticas de educação adotadas pelo governo federal extinguiram a figura do currículo mínimo e estabeleceram a normatização da formação profissional por intermédio das diretrizes curriculares.

Hoje, as diretrizes curriculares são o elemento norteador da formação do profissional de nível superior no Brasil. As diretrizes curriculares dos cursos de Terapia Ocupacional, aprovadas oficialmente pelo Conselho Nacional de Educação (CNE) em 12/09/2001, foram desenvolvidas a partir de consulta às escolas de Terapia Ocupacional e apreciadas favoravelmente no

VI Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional (ENDTO) realizado em Gramado, 1998. Mesmo sem aprovação oficial do CNE, muitos cursos, especialmente os novos, passaram a respaldar seus currículos nessas diretrizes. Segundo o Relatório do VII ENDTO (2000), as diretrizes foram utilizadas como recurso para alguns cursos, principalmente os particulares, terem ganhos como a contratação de professores em período integral, a criação de laboratórios para aulas práticas e a contratação de professores terapeutas ocupacionais (CONSELHO..., 2001).

Apesar de avaliações positivas das diretrizes curriculares por representantes de cursos nos encontros de docentes, cabe-nos refletir sobre o seu significado e efeitos na formação do profissional. Há, por parte do governo, interesse em aumentar o número de vagas no ensino superior, até aí uma estratégia louvável, se essa política retratasse maior acesso da população à educação superior, o que exigiria uma reorganização das políticas de educação, desde a educação infantil, com responsabilidade pela qualidade do ensino público. Uma flexibilização curricular que implique uma formação voltada exclusivamente para a demanda de mercado, submetida a seu controle e regulação, não nos parece uma estratégia comprometida com a melhoria da qualidade do ensino superior no Brasil. Esse fato pode agravar-se se os critérios para autorização, avaliação e reconhecimento dos cursos forem elaborados e fiscalizados sem atenção ao princípio básico de resguardar a qualidade do ensino superior. Tal discussão remete a pensar nas dificuldades históricas que o ensino superior no Brasil encontra para manter a qualidade da formação de cidadãos que vivam e atuem em uma sociedade mais justa. Caberá, no futuro, analisar o impacto das diretrizes curriculares na formação dos profissionais de nível superior no Brasil.

Visando a trabalhar com dados relativos à organização curricular atual dos cursos de Terapia Ocupacional do Brasil, faremos uma breve análise de alguns currículos enviados ao Colegiado do Curso de Terapia Ocupacional da UFMG para subsidiar o processo de reforma curricular desse curso. Dos vinte e cinco cursos de Terapia Ocupacional existentes no país em 1999/2000, quatorze encaminharam o material solicitado (grade curricular, ementa, objetivos da formação do profissional) ao Colegiado de Curso[1]. Nossa proposta inicial era fazer um estudo comparativo desses currículos, mas, como o material enviado pela maioria das escolas era incompleto, tornou-se inviável qualquer análise estatística com elaboração de tabelas comparativas. Assim, vamos nos ater às observações gerais sobre o material apresentado (DRUMOND, 1999).

Analisando-se os quatorze currículos, pode-se observar que a maioria dos cursos: a) apresenta carga horária dos ciclos pré-profissionalizante e profissionalizante superior ao mínimo previsto; b) concentra a carga horária prática no final do curso; c) mantém uma formação extensa de conteúdos biomédicos; d) inclui conteúdos relacionados à saúde do trabalhador, à ergonomia, geriatria e gerontologia; e) introduz disciplinas relacionadas à monografia. Esses currículos ainda estão centrados no modelo preestabelecido pelo currículo mínimo vigente. Já os cursos que mencionaram estar em fase de reforma curricular ou com intenção de fazê-la e que apresentaram esboço de seus projetos[2] apontaram a necessidade de realizarem mudanças mais estruturais ou de pensarem outra maneira de idealizar a formação do terapeuta ocupacional, rompendo com o foco no ciclo biológico.

O exame dos currículos leva à constatação de que há uma diferença entre introduzir conteúdos pulverizados e traçar um eixo de formação. Entendemos que a definição de eixos é essencial para traçar com maior clareza um perfil profissional.

Quando ressaltamos a necessidade de se criar eixos teórico-práticos na formação do terapeuta ocupacional, referimo-nos à pertinência de não apenas introduzir-se, por exemplo, um arsenal teórico sobre a problemática da inserção socioeconômica-cultural das pessoas a que prestamos serviço, mas também de fundamentar a formação do terapeuta ocupacional nessa reflexão. Libertar-se da formação enfocada na patologia significará não somente retirar alguns conteúdos da esfera biológica, mas delinear uma proposta de trabalho para além do enfoque da remissão da doença ou da amenização do quadro patológico, enveredando na

[1] Os cursos que encaminharam seus currículos foram: Instituto de Porto Alegre, Faculdade de Educação Física de Lins, Universidade de São Paulo, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Universidade Federal de São Carlos, Universidade de Sorocaba, Universidade Tuiuti do Paraná, Centro de Ensino Superior Santa Terezinha (São Luís), Universidade Federal de Pernambuco, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Universidade de Uberaba, Universidade de Fortaleza, Universidade Castelo Branco - RJ).

[2] Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo).

pesquisa teórica e prática que sustenta a intervenção da Terapia Ocupacional.

Se se almejam a inclusão social das pessoas e maior qualidade de vida em seu cotidiano, será aos desdobramentos desse objetivo que se deve ater na teoria e na prática, seja na esfera do trabalho, das atividades de vida diária ou em outras dimensões que compõem esse cotidiano. Será então necessário debruçar-se sobre o estudo da ocupação humana em sua amplitude de relações, estudá-la na perspectiva a que nos remete: aspectos sociológico, antropológico, econômico e singular de cada indivíduo ao ocupar-se. A compreensão da ocupação exige a articulação entre técnica e política, já que contribuir para a inclusão e a circulação social dos pacientes a que prestamos serviço impõe, para o bom resultado da prática, a inter-relação entre essas duas dimensões.

Entende-se que, se consolidada essa articulação de forma consistente, conseguir-se-á identificar um currículo de Terapia Ocupacional desde seu começo, distanciando-se dos currículos compostos por fragmentos de conhecimento, acumulados para que, no final da formação, tenha-se uma unidade. Como bem discutido por Yerxa (1998), o currículo de Terapia Ocupacional é um instrumento importante, que pode tanto fortalecer a profissão e a formação profissional, enfatizando idéias e conceitos que irão permear a prática, quanto fragmentar e banalizar a prática clínica, se der ênfase a técnicas e métodos que possam ficar obsoletos. Cabe, então, a pergunta: os currículos dos cursos a serem implantados e os currículos a serem reformados irão romper com concepções, inaugurar algo de "novo" ou apenas modificar o que está instituído, operando cortes e recortes dos mesmos conteúdos e disciplinas?

Para além das reformas curriculares, vários autores apontam outros aspectos importantes, relacionados à formação profissional. Yerxa (1998) discute a necessidade de se criar uma cultura de pesquisa no campo da Terapia Ocupacional, especificamente o fomento à pesquisa sobre a ocupação. Acreditamos que o trabalho de conclusão de curso, presente na maioria dos currículos, demonstra a preocupação de formalizar teoricamente as experiências do corpo discente e fomentar o ingresso do aluno no universo da pesquisa em Terapia Ocupacional. Essa oportunidade de orientar trabalhos e adentrar na construção do saber em seu campo de atuação faz emergir um novo perfil do docente. É essa nova práxis dos docentes, anterior a qualquer reforma curricular, que sustentará a prática almejada (CANDAU, 1997).

Assim, acreditamos firmemente que, criando uma cultura de pesquisa em Terapia Ocupacional, sustentada por uma práxis condizente com a pesquisa, estaremos consolidando a formação do profissional e tornando mais clara a atuação da Terapia Ocupacional.

DRUMOND, A.F.; MAGALHÃES, L.C. Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.34-9, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: This study analyzes the tendencies of the education of occupational therapists in Brazil, on the basis of the Brazilian Minimum Curriculum, the Brazilian Federal Government Curriculum Guidelines for Occupational Therapy courses, the guidelines from the Word Federation of Occupational Therapy (WFOT) and the curriculum of fourteen Brazilian undergraduate Occupational Therapy programs. We hope that this paper will contribute to the advance of the reflections concerning the specificity of the formation of the occupational therapist.

KEYWORDS: Occupational therapy/education. Occupational therapy/manpower. Occupational therapy/trends. Education professional/classification. Curriculum.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Currículo Mínimo dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Parecer 388/63*. Portaria Ministerial 511/64, de 23 de julho de 1964.
2. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. *Resolução número 4, 28 de fevereiro de 1983*. Fixa os mínimos de conteúdos e duração dos Cursos de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
3. CANADIAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. *Occupational therapy guidelines for client-centered practice*. Toronto, CAOTA/ LACE Publication, 1991.

4. CANDAU, V. M., org. Universidade e formação de professores: que rumos tomar? In: CANDAU, V. M. *Magistério: construção cotidiana*. Petrópolis: Vozes, 1997.
5. CLARK, F. A.; PARHAM, D.; CARLSOM, M.E. et al. *Occupational science: academic innovation in the service of occupational therapy's future*. AJOT, v.44, p.300-10, 1991.
6. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior – MEC. *Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Terapia Ocupacional*. Parecer Número: CNE/CES 1210/2001, aprovado em 12/09/2001
7. DRUMMOND, A.F.A. *Formação inicial do terapeuta ocupacional: estudo dos currículos do Curso de Terapia Ocupacional / UFMG*. Belo Horizonte, 1999. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais.
8. ENCONTRO NACIONAL DE DOCENTES DE TERAPIA OCUPACIONAL, 7., Salvador, 2000. *Relatório*. Salvador: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2000.
9. FISHER, A.G. *Uniting practice and theory in a occupational therapy framework*. AJOT, v.52, n.7, p.509-21, 1998.
10. KIELHOFNER, G., ed.. *A model of human occupation: theory and applications*. Baltimore: Willians & Wilkins, 1985.
11. KIELHOFNER, G.; BURKE, J.P. *A model of human occupation, part I: conceptual framework and applications*. AJOT, v.34, p.572-81, 1980.
12. MOREIRA, A.F.; SILVA, T.T., org. *Currículo, cultura e sociedade*. São Paulo: Cortez, 1995.
13. NIELSEN, C. *How can the academic culture move toward occupation-centered education?* AJOT, v.52, n.5, p.386-7, 1998.
14. TROMBLY, C.A. *Occupation: purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms*. AJOT, v.49, p.960-72, 1995.
15. UNITED STATES. *Public Law 105-17. Individuals with disability education act amendments*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1997.
16. UNITED STATES. *Public Law 94-142. The education for all handicaped children act*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1975.
17. YERXA, E. *Occupation: the keystone of a curriculum for a self-defined profession*. AJOT, v.52, n.5, p.365-72, 1998.

ESTUDO DE CASO

CARACTERIZAÇÃO DA POSTURA SENTADA EM DOIS MOBILIÁRIOS DIFERENTES E A INFLUÊNCIA NO DESEMPENHO EM UM TESTE GRÁFICO – ESTUDO DE CASOS

SITTING POSTURE CARACTERIZATION IN TWO DIFFERENTS FURNITURES AND ITS INFLUENCE DURING THE PERFORMANCE IN A GRAFIC TEST – REPORT CASES

Fátima Aparecida Caromano[1]
Francisco de Paula Nunes Sobrinho[2]

CAROMANO, F.A.; NUNES SOBRINHO, F.P. Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.40-7, jan./dez., 2001.

RESUMO: Este trabalho, através de um estudo de delineamento experimental de sujeito único, com três participantes, caracterizou a postura sentada em dois tipos de mobiliário cadeira-mesa com características ergonômicas diferentes, durante atividade motora manual, através do sistema Vídeo *Position Analiser*. Após esta caracterização, analisou-se a relação entre as posturas utilizando os dois mobiliários e o desempenho motor manual em um teste gráfico. A análise estatística demonstrou que o mobiliário cadeira-mesa experimental promoveu uma melhora significativa no desempenho no teste gráfico, para os três participantes do estudo, aumentando a velocidade de realização dos traços (número de traços) com manutenção da qualidade dos traços (porcentagem de acertos).

DESCRITORES: Postura. Desempenho psicomotor. Ergonomia (saúde ambiental). Aptidão.

INTRODUÇÃO E OBJETIVO

Recentemente, o ambiente escolar, principal espaço físico para efetivação formal do processo ensino-aprendizagem, tem sido foco de discussão e pesquisa por parte de vários autores com formações diversificadas entre si, e consequentemente com enfoques diferentes sobre o tema. Este fato traz consigo a vantagem de que os conhecimentos produzidos complementam-se formando uma visão global do assunto[1].

Dentro de um pensamento multidisciplinar e ergonômico, o objetivo do presente estudo foi analisar funcionalmente a postura sentada induzidas por dois mobiliários cadeira-mesa significativamente diferentes e o grau de desempenho dos participantes durante a realização de um teste gráfico.

Grande parte dos trabalhos publicados abordando o ambiente escolar são realizados dentro de um enfoque ergonômico. LAVILLE[11] na década de setenta definia ergonomia como "um conjunto de

[1] Profa. Dra. do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina da USP.
[2] Prof. PhD da Universidade Estadual do Rio de Janeiro.
Endereço para correspondência: Rua Cipotânea, 51. CEP: 05360-000. Cidade Universitária da USP. São Paulo, SP – centroto@usp.br

conhecimentos a respeito do homem em atividade, aplicável a concepção de tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção, nascido das necessidades básicas dos homens, apoiado em dados sistemáticos e utilizando-se de métodos científicos para a pesquisa de seus trabalhos". Oborne (1983)[16] já na década de oitenta não focalizava a adaptação do trabalho ao homem, e sim a tecnologia de interface onde o homem e equipamento se encontram em harmonia. Inclui a física e a anatomia como ciências básicas da ergonomia e amplia os objetivos ergonômicos, no que diz respeito ao homem como parte do sistema, incluindo os estudos realizados considerando a estrutura e funcionamento do corpo humano, ou seja, suas limitações, capacidades e adaptações às demandas ambientais. A ergonomia tornou-se o estudo do homem em seu ambiente de trabalho.

Nunes (1984)[13] definiu ergonomia como uma tecnologia sistêmica e interdisciplinar interessada no modo pelo qual o ambiente físico afeta o desempenho dos indivíduos em diferentes campos da atividade humana. Afirmou ainda, que no ambiente escolar, a interação entre o estudante e o ambiente físico pode ser analisado e explorado pelo educador[14,15].

Neste trabalho estudou-se a relação entre a postura induzida por dois mobiliários diferentes e o desempenho em um teste habilidade motora fina manual, pela análise da postura através de filmes dos participantes realizando um teste gráfico, através de um sistema computadorizado (sistema *Vídeo-Position Analiser* modelo VP-1000) utilizado na determinação de movimentos e ângulos articulares e também por um sistema de fichas para o estudo do desempenho no teste gráfico.

MÉTODO

Participantes

Os três participantes do experimento pertenciam a população de alunos da Universidade de São Paulo. Caracterizavam-se por serem estudantes universitários, adultos jovens do sexo feminino, sem história de doença musculoesquelética, neuromuscular ou cardiorespiratória e características antropométricas (peso e altura) estatisticamente semelhantes.

Participante 1: sexo feminino, caucasiana, 21 anos e destra.

Participante 2: sexo feminino, caucasiana, 22 anos e destra.

Participante 3: sexo feminino, caucasiana, 23 anos e destra.

Material

- Mesa de madeira com um metro de altura e superfície de trabalho de um metro por oitenta centímetros e inclinável, sendo que foram utilizados dois níveis de inclinação: 0° e 25° de inclinação para baixo, ambos em relação à horizontal (Figura 1).
- Cadeira com altura ajustável, assento de 30cm por 30cm, com inclinação de 0° com a horizontal, apoio lombar de altura ajustável (Figura 1).
- Cadeira experimental com 50cm de altura e inclinação do assento de 33cm por 43cm, de 30° para baixo em relação à horizontal. A cadeira possui apoio para os joelhos de 30cm por 43cm e inclinação de 25° para clima em relação à horizontal (Figura 1).

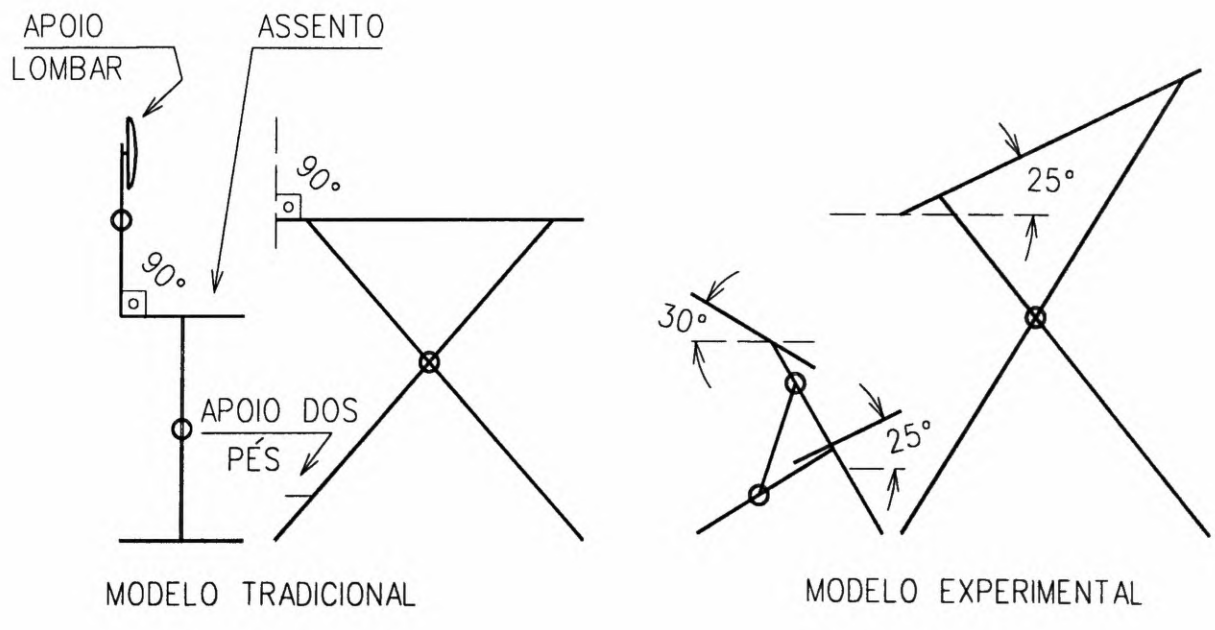

Figura 1. Esquema dos mobiliários cadeira-mesa utilizados nesse estudo: à esquerda, o mobiliário convencional e à direita, o mobiliário experimental

- Filmadora modelo *Phillips-Hitashi*, com capacidade de gravação de 44 quadros por minuto, que ficou situada a um metro e meio de altura e a quatro metros de distância do local onde se encontravam os mobiliários cadeira-mesa e os participantes; fitas de VHS; monitor de televisão modelo *Mitsubishi*, 12 polegadas; sistema Vídeo *Position Analiser* Modelo VP 1000; balança clínica com medidor de altura acoplado, marca Filizolla; fita métrica; fichas para coleta de dados; fichas para realização de atividade gráfica e canetas.

Local da pesquisa

O experimento foi conduzido no Laboratório de Ergonomia, numa sala de 4m por 6m, pertencente à Fundação Jorte Duprat Figueiredo, de Segurança e Medicina do Trabalho – Fundacentro (SP). O espaço foi adaptado para realização do experimento, sendo mantida a iluminação natural associada a luz artificial.

Delineamento experimental

Em função do objetivo desse estudo de realizar uma análise postural em duas situações caracteristicamente diferentes, o delineamento de escolha foi o de sujeito único, do tipo estratégias intraséries com múltiplas mudanças de fases, segundo a classificação de Hayes (1987)[7], que assim o define: "tipo de delineamento de sujeito como seu próprio controle, onde comparam-se conjunto de dados de uma mesma série, organizados por tempo e por situação".

A seqüência de exposição dos participantes às duas situações experimentais seguiu como esquematizado abaixo, sendo que as seqüências de exposição, após estabelecidas, foram sorteadas entre os participantes (Quadro 1).

Quadro 1. Delineamento Experimental, onde A significa experimento realizado no mobiliário convencional e B, o experimento realizado no mobiliário experimental

Participante 2									
Atividade	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A
Sessão	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Participantes 1 e 3									
Atividade	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A	A/B	B/A
Sessão	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Procedimento experimental

Durante nove dias consecutivos, entre nove e onze horas da manhã, os participantes eram, individualmente orientados na realização de uma série de atividades que se iniciavam após a marcação de alguns pontos anatômicos, no plano sagital, à direita do corpo.

Após estas atividades os participantes eram convidados a sentarem-se no mobiliário A e B, de acordo com o delineamento experimental, em seguida, era-lhes entregue a tarefa gráfica do dia e uma caneta (foram usados sempre o mesmo tipo de papel quadriculado e caneta esferográfica) e explicadas as normas para execução da tarefa, ou seja, o participante deveria reproduzir com precisão e rapidez o modelo que se encontrava no alto da página. Para tanto tinha um período de tempo cronometrado de três minutos, período em que também estava sendo filmado. Após cinco minutos em repouso na posição de decúbito dorsal, repetia-se a execução da mesma tarefa, com filmagem, no outro tipo de mobiliário.

As atividades apresentavam grau de dificuldade crescente, de uma sessão para outra, como pode ser visto na Figura 2, tentando eliminar o fator aprendizagem.

Foram considerados cada traço realizado pelos participantes (total de traços), sendo considerado como traço correto aquele realizado sobre a linha, sem ultrapassar seus limites. A diferença entre total de traços corretos resultou número traços errados e a porcentagem de traços certos em relação ao total de traços, a porcentagem de acertos. No caso dos traços oblíquos foram considerados certos os que atingiram os pontos extremos (início e fim) como o indicado no modelo.

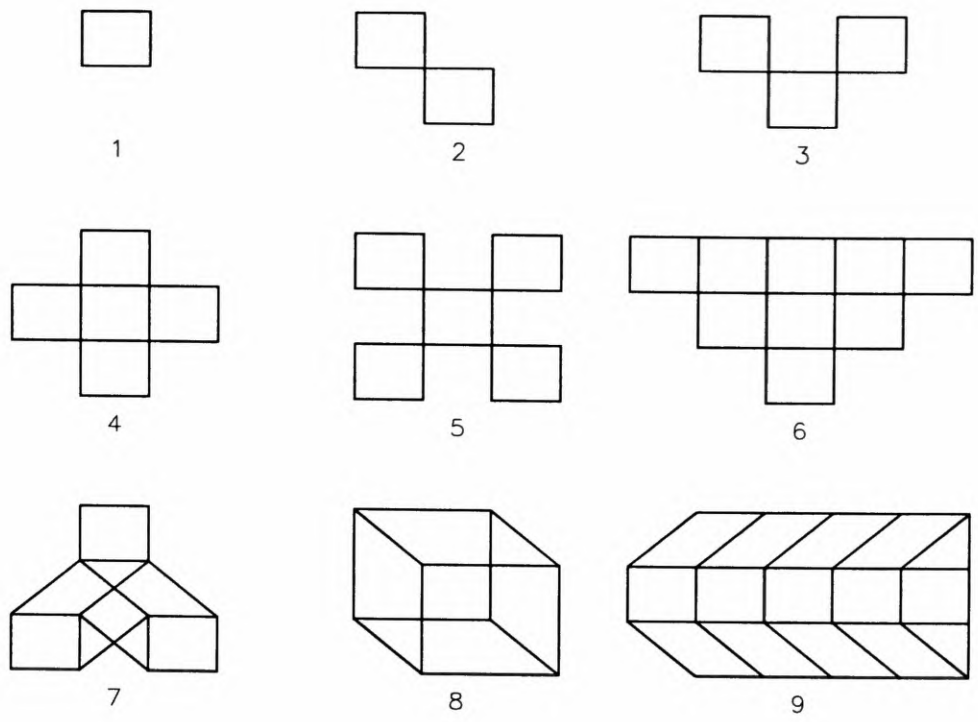

Figura 2. Figuras apresentadas aos participantes para serem reproduzidas em papel quadriculado (1cm x 1cm)

A coleta de dados relacionada ao material gráfico foi realizada por uma só pessoa, sendo que, dois observadores externos colheram os dados de três sessões, que foram sorteadas, para o cálculo do índice de fidedignidade, que foi calculado de acordo com a fórmula de JOHNSON[9], resultando 97,8%, considerado ótimo, isto é, confirmando a existência de fidedignidade nos dados colhidos. Para este cálculo foram considerados: número de traços, número de acertos e número de erros.

Os três participantes foram submetidos durante nove sessões experimentais, em dias consecutivos, sempre no período da manhã, à seguinte seqüência de atividades:

a) marcação de pontos anatômicos previamente definidos, através de palpação e colocação de um material plástico não tóxico, de 2cm X 2cm, preto, adesivo, a pele dos participantes[18] (Figura 3);
b) realização de medidas antropométricas, a partir dos pontos anatômicos (dados a serem fornecidos ao programa de computador utilizado no sistema Vídeo *Position Analiser*;
c) repouso em decúbito dorsal por cinco minutos;
d) filmagem do participante sentado, realizando atividades gráficas pré-estabelecidas, por um período de três minutos cronometrados, em vista lateral direita, em cada um dos mobiliários em estudo, sendo que a seqüência de utilização dos mobiliários em estudo foi estabelecida antecipadamente pelo delineamento experimental;
e) repouso em decúbito dorsal por um período de cinco minutos entre as atividades.

Após as provas os participantes eram dispensados para retornarem no dia seguinte, no mesmo período.

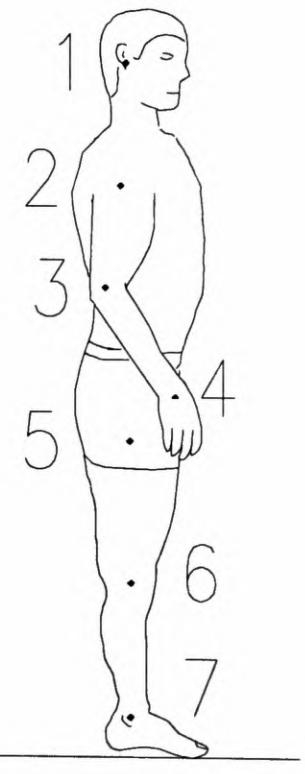

Figura 3. Pontos anatômicos utilizados como referência para o estudo de ângulos articulares e deslocamentos, onde: 1. lóbulo da orelha; 2. Cabeça do úmero; 3. articulação do cotovelo; 4. porção distal da ulna; 5. trocânter maior do fêmur; 6. articulação do joelho e 7. maléolo externo

A caracterização dos participantes nas posições sentadas foi realizada através do sistema Vídeo *Position Analiser* – VP 1000 que acopla um sistema de plano cartesiano a um aparelho de televisão adaptado ao sistema e acoplado a um computador, através do qual se determinou as posições de pontos anatômicos filmados com precisão. A partir destes pontos foram calculados os ângulos articulares. Foram analisados os períodos de seis minutos (44 quadros por minuto) de cada experimento (num total de nove experimentos), sendo três minutos em cada mobiliário cadeira-mesa. Determinou-se a postura mais freqüente para cada participante, em cada mobiliário estudado.

RESULTADOS

A posição mais freqüentemente adota pelos participantes, nos dois mobiliários está descrita nas Figuras 4 e 5.

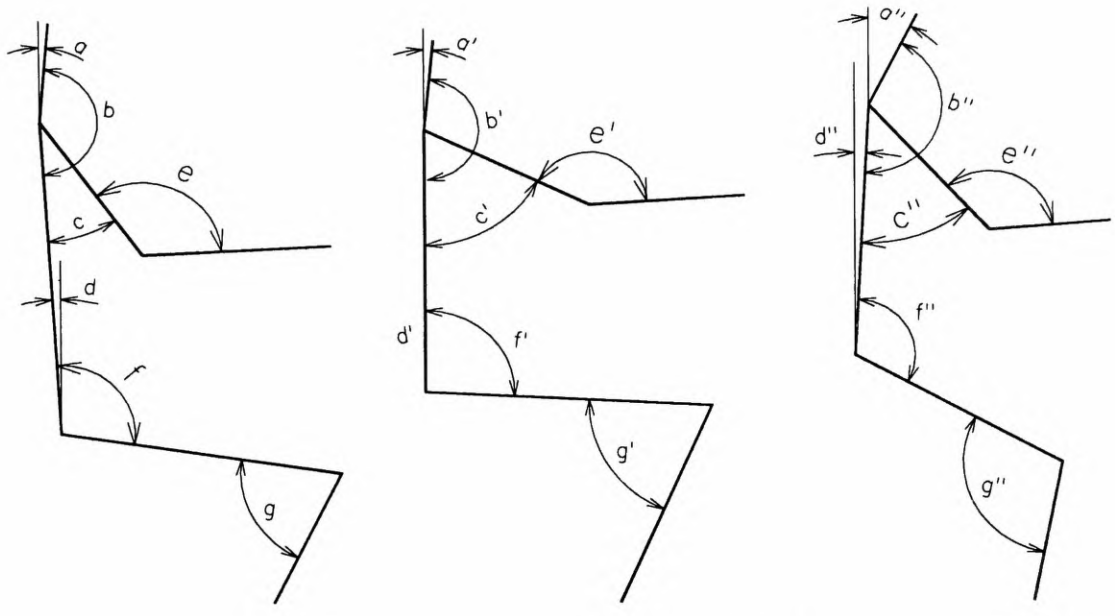

Figura 4. Postura dos participantes 1, 2 e 3, durante a realização de atividades gráficas no mobiliário cadeira-mesa convencional, onde: a) é o ângulo de flexão da cabeça em relação à horizontal (3°, 0° e 30° respectivamente para os participantes 1, 2 e 3); b) o ângulo de flexão da cabeça em relação ao tronco (175°, 180°, 150°); c) o ângulo de flexão da articulação do ombro (31°, 62°, 42°); d) ângulo de deslocamento do tronco em relação à horizontal (posterior 6°, 0°, anterior 3°); e) ângulo de flexão do cotovelo(123°, 150°, 130°); f) ângulo de flexão do quadril (102°, 96°, 112°) e g) o ângulo de flexão da articulação do joelho (73°, 70°, 110°).

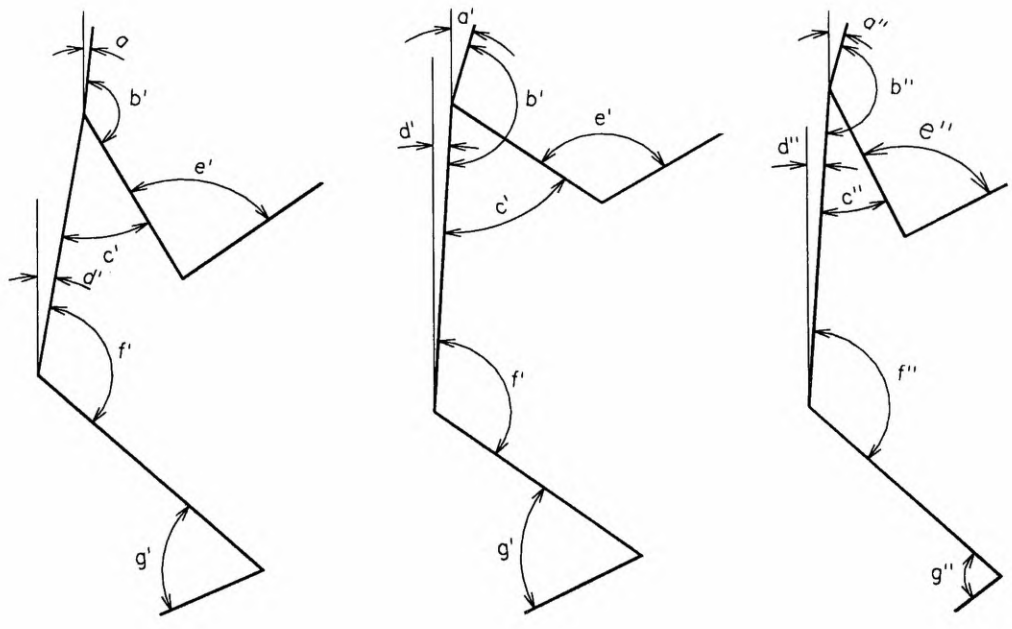

Figura 5. Postura dos participantes 1, 2 e 3 durante a realização de atividades gráficas no mobiliário cadeira-mesa experimental, onde: a) é o ângulo de flexão da cabeça em relação à horizontal (5°, 17° e 14°, respectivamente para os participantes 1, 2 e 3); b) o ângulo de flexão da cabeça em relação ao tronco (190°, 170°, 170°); c) o ângulo de flexão da articulação do ombro (39°, 56°, 30°); d) ângulo de deslocamento do tronco em relação à horizontal (anterior 10°, anterior 4°, anterior 5°); e) ângulo de flexão do cotovelo (85°, 115°, 85°); f) ângulo de flexão do quadril (112°, 122°, 129°) e g) o ângulo de flexão da articulação do joelho (71°, 66°, 67°).

A porcentagem de acertos não variou entre os experimentos para nenhum dos participantes. O número de traços que cada participante realizou em cada sessão variou ao longo dos experimentos, e diferiu de um mobiliário para outro, sendo que os três participantes realizaram maior número de traços quando utilizando o mobiliário experimental (14%, 12% e 10% a mais que o realizado utilizando o mobiliário convencional, para os participantes 1, 2 e 3, respectivamente).

Procedeu-se análises de variância para cada medida (número de traços e porcentagem de acertos), tendo sido considerados os participantes como blocos, tratamentos os tipos de mobiliário cadeira-mesa em estudo e as sessões como replicatas do experimento. Dado que a variável número de acertos é contagem, realizou-se a análise de variância com a raiz quadrada das mesmas que é uma transformação que não viola as suposições para se efetuar a análise de variância.

O Quadro 2 apresenta o resumo dos resultados encontrados na análise de variância. Observa-se que as variáveis apresentam diferença significante entre participantes e somente as variáveis raiz quadrada do número de acertos, apresenta diferença significativa entre os tratamentos.

Quadro 2. Resultados da análise de variância para as medidas referentes ao teste gráfico.

VARIÁVEL	PARTICIPANTE	TRATAMENTO
Porcentagem de acertos	**	N.S.
Número de traços	**	**

Nota: ** significante a 1%, e N.S. não significante

CONCLUSÃO E DISCUSSÃO

Nesse trabalho foi caracterizada a postura sentada, induzida por dois mobiliários cadeira-mesa significamente diferentes, para três participantes jovens e saudáveis. Confirmou-se a afirmação de que mobiliários cadeira-mesa com formato significativamente diferentes induzem posturas diferentes.

O mobiliário cadeira-mesa convencional apresenta a vantagem de possuir a altura da cadeira adaptável ao participante e a presença de apoio lombar, também ajustável. Suas principais desvantagens são a presença da superfície da mesa e o assento fixos em 90° de inclinação com a vertical.

Como pode ser visto na Figura 4, o mobiliário convencional induziu ângulos de inclinação da cabeça de 3°, 0° e 30° para os participantes 1, 2 e 3 respectivamente, afastando-se de um ideal que gira em torno de 15°). Os ângulos de flexão do cotovelo encontrados foram 123°, 150° e 130° para os participantes 1, 2 e 3 respectivamente, dentro dos limites aceitos pela literatura[8]. Os ângulos de flexão do quadril (coxa em relação ao tronco) foram 102, 96 e 112 para os sujeitos 1, 2 e 3, respectivamente, ficando aquém do indicado por alguns autores[5,6], principalmente no caso do participante 2. O valor encontrado para o participante 3 é aceito como dentro do normal[4]. Os ângulos da articulação do joelho encontrados para os participantes 1, 2 e 3 foram 73°, 70° e 110° respectivamente, inferiores aos valores indicados por OXFORD[16].

O mobiliário cadeira-mesa experimental possui a vantagem de apresentar a superfície da mesa e o assento inclináveis e adaptações aos participantes, além de apoio para os joelhos. Questiona-se neste mobiliário a falta de apoio lombar, o que pode levar a um esforço da musculatura dorsal em função do tempo, como demonstrado por Lander et al. (1987)[10]. Outro ponto a ser discutido e analisado com maiores detalhes é a circulação dos membros inferiores que se por um lado é facilitada pela descompressão nas articulações coxo-femural, joelho e pé, e por uma menor pressão na região glútea, parte posterior da coxa e fossa poplítea, por outro induz pouca mobilidade já que os membros inferiores se encontram apoiados e limitados na região do joelho.

Como pode ser visto na Figura 5, este mobiliário induziu para os participantes 1, 2 e 3, ângulos de inclinação da cabeça de 5°, 17° e 14° respectivamente, mais próximos do ideal que no mobiliário convencional; ângulos de flexão do cotovelo de 85°, 115° e 85°, que para os participantes 1 e 3 se apresentam abaixo dos valores preditos como biomecanicamente adequados. Deve-se notar que estes valores podem ter sido influenciados pelo deslocamento anterior do tronco de 10°, 4° e 5° para os participantes 1, 2 e 3, respectivamente. Os ângulos de flexão do quadril encontrados foram 122°, 122° e 129° respectivamente e dentro da faixa prevista como ideal para estabilizar a postura da coluna próximo ao fisiológico. Quanto à articulação do joelho os valores encontrados foram de 71°, 66° e 67°, inferiores aos esperados, segundo a literatura[2].

Pode-se concluir que, mesmo com características antropométricas semelhantes, os participantes se adaptaram de forma diferente entre si, em relação aos mobiliários.

Com suas vantagens e desvantagens específicas, o mobiliário cadeira-mesa experimental consegui promover um a melhora no desempenho no teste gráfico, melhorando a velocidade de realização dos traços

(número de traços) com manutenção da qualidade dos traços (porcentagem de acertos).

Questiona-se estes dados para participantes com alterações no aprendizado, em função de deficiência mental, motora ou visual, já que a literatura nos conduz a concluir que tais diferenças tendem a aparecer, a partir do momento que se ofereça um mobiliário cadeira-mesa que induza uma maior estabilidade postural e um campo de visão adequado.

Por último, é interessante colocar que os dados colhidos poderiam alterar significativamente em função do tempo, como nos faz supor a literatura[2].

A postura estável e biomecanicamente eficiente é uma área de pesquisa de interesse de educadores e fisioterapeutas, cujas pesquisas devem considerar a realização de trabalho sedentário intercalado com atividades físicas, fornecendo assim esclarecimentos para perguntas ainda não respondidas sobre o mobiliário escolar. Cabe lembrar que, estando em um país em desenvolvimento, pesquisas sobre a adaptação do mobiliário escolar ao aluno, pelo aluno, após orientação adequada, a exemplo do estudo de CAROMANO et al.[3] são fundamentais para fornecer subsídios aos professores.

Agradecimentos: A autora gostaria de agradecer ao Prof. Dr. Aloísio Ávila, docente e chefe do Laboratório de Biomecânica do Curso de Educação Física da Universidade Federal de Santa Maria (RS) pelo auxílio na análise postural e aos diretores da Fundacentro (SP) por cederem seus laboratórios para execução dos experimentos.

CAROMANO, F.A.; NUNES SOBRINHO, F.P. Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.40-7, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: This work, through a study of three participants, characterized the sitting posture in two types of furniture chair-table with diferent ergonomic characteristics, during manual activity, through the Video system Position Analiser. After this characterization, it was analyzed the relationsship among the sitting posture in the two furnitures and the manual activity (graphic test). The statistical analysis demonstrated that the experimental furniture of chair-table promoted a significant improvement in the hability during the graphic test, for the three participants of the research, improving the speed of accomplishment of the lines (number of lines) with maintenance of the quality of the lines (percentage of successes).

KEYWORDS: Posture. Psychomotor performance. Ergonomics (environmental health). Aptitude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ADAM, A. Modelos de Pesquisa Ergonômica para um projeto de sistema cadeira-mesa para auditório e escritório. *Rev. Bras. Saúde Ocup.*, v.59, n.15, p.64-9, 1987.
2. BRANTON, P. Behavior, Body Mechanics and disconofort. *Ergonomics*, v.12, n.2, 1969.
3. CAROMANO, F.A; FERRACINI, N.B.S.; NEYRET, C.M.F.; CARDOSO, L.P. Programa de Orientação sobre postura sentada para crianças pré-escolares. *Rev. Fisioter. Univ. São Paulo*, v.1, p.21-6, 1994.
4. CARRUTH, M.K. The chair-desk interface, 1983. [não publicado].
5. FLOYD, W.F. e WARDS, J.S. Antropometric and physiological considerations in school, office and factory seating. *Ergonomics*, v.12, n.2, p.132-9, 1969.
6. FUCIGNA, J.T. The ergonomics of offices. *Ergonomics*, v.10, n.5, p.598-604, 1967.
7. HAYES, S. *Delineamento de pesquisa para situação de intervenção em educação e psicologia.* São Carlos: UFSCar, 1987.
8. HOEGER, W.W.R.; HOPKINS, D. A comparison of sit and reach test and modified sit and reach test in measurements of flexibility in women. *Res. Q. Exerc. Sport*, v.63, n.2, p.191-5, 1992.

9. JOHNSON, S.M.; BOLSTAD, O.D. Methodological issues in naturalistic observation: some problems and solutions for field research. In: HAMERLINCK, L.A.; HANDY, L.C.; MARCH, E.J. *Behavior change – methodologycs concepts and practice.* Champaign, JL: Research Press, 1973. p.7-67.
10. LANDER, C.; KORBOM, G.; DEGOOD, D.; ROWLINGSON, J. The balans chair and its semi-knecling position: na ergonomic comparison with the convencional sitting position. *Spine*, v.12, n.3, p.269-72, 1987.
11. LAVILLE, A. *Ergonomia*. São Paulo: EDUSP, 1977.
12. LEWIN, T. Anthropometric studies on Swedish industrial workers when standing and sitting. *Ergonomics*, v.12, n.6, p.883-902, 1969.
13. NUNES, F.P. Tomorrow's workplace. *Newsweek*, v.3, n.23, 1984.
14. NUNES, F.P. *A ergonomia do sistema indivíduo-cadeira-mesa*. São Carlos: UFSCar, 1987.
15. NUNES, F.P.; ALMEIDA, A.; HENDRICKSON, J.; LENT, J.R. Special education teachers perceptions of the educational desk: A survey report. *Int. J. Instructional Medic*, v.12, n.3, 1985.
16. OBORNE, D.J. *Ergonomics at work*. New York: John Wiley and Sons, 1983.
17. OXFORD, H.W. Anthropometric data for educational chair. *Ergonomics*, v.12, n.2, p.38-46, 1969.
18. TAKAHASHI S.Y., TANAKA C., CAROMANO F.A.; BOTELHO A.S. (1995) Método fotográfico para avaliação e controle do padrão postural. *Rev. Bras. Reumatol.*, v.32, n.4, p.137, 1995. [Resumo].

DIVULGANDO PROJETOS E EXPERIÊNCIAS

O ESPAÇO DO BRINCANTE NA EXPERIÊNCIA DO PROJETO CASARÃO*

THE 'PLAYER'S PLACE' IN THE EXPERIENCE OF "PROJETO CASARÃO"*

Roseli Esquerdo Lopes[1]
Denise Dias Barros[2]
Ana Paula Serrata Malfitano[3]
Debora Galvani[4]

LOPES, F.A.; BARROS, D.D.; MALFITANO, A.P.S.; GALVANI, D. O espaço do brincante na experiência do Projeto Casarão. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.48-51, jan./dez., 2001.

RESUMO: Este trabalho faz parte de um programa de intervenção de terapia ocupacional no campo social que vem sendo desenvolvido por docentes, profissionais e estudantes da USP e da UFSCar. Os dados aqui apresentados são parte de um projeto que se insere no campo da Pesquisa Participante e que vem realizando um estudo etnográfico como base de intervenção no campo da Terapia Ocupacional Social. A Associação de Construção por Mutirão do Casarão (Movimento de Luta por Moradia Urbana – Unidade do Brás, São Paulo) propôs ao Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia uma parceria em termos de produção de propostas de soluções para problemáticas que vêm percebendo em seu meio social. Dessa forma foi criado o *Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia*, que busca formas de equacionar as necessidades de uma população em situação de risco e vulnerabilidade social. Uma de suas propostas tem como objetivo trabalhar com as crianças de dois a seis anos, através de oficinas de brinquedos e brincadeiras, além de atenção domiciliar, atendimento e prosseguimento individualizados. Este relato descreve o trabalho realizado na Oficina de Brinquedos e Brincadeiras e seus desdobramentos. Observamos que as atividades desenvolvidas visam contribuir constituindo lugares e ações comunitárias na área da infância e adolescência, promover a melhoria de qualidade de vida e abrir possibilidades de fortalecimento das redes sociais, nem sempre presentes no cotidiano das crianças brasileiras.

DESCRITORES: Terapia ocupacional. Participação comunitária. Relações familiares. Desenvolvimento infantil/classificação. Vulnerabilidade social. Qualidade de vida. Meio social. Projetos de pesquisa.

* Este trabalho contou com o apoio do CNPq.

[1] Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas e Coordenadora do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia.

[2] Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), Doutora em Sociologia pela USP e Coordenadora do Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia.

[3] Terapeuta Ocupacional do Projeto Casarão e Bolsista do Programa PIBIC/CNPq/UFSCar 1999-2001.

[4] Terapeuta Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP e Terapeuta Ocupacional do Projeto Casarão.

***Endereços para correspondência**: Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luiz, Km 235 – Caixa Postal 676. CEP: 13565-905. São Carlos, SP* – relopes@power.ufscar.br *e Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. CEP: 05360-000. São Paulo, SP – centroto@usp.br*

INTRODUÇÃO

A concepção de criança é uma noção sócio-cultural construída e que, portanto, se modifica historicamente[2,10,11]. Nossa sociedade define, na Carta Constitucional, a criança como prioridade. O Artigo 4º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – lei que regulamenta os direitos desta população – diz:

> *"É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, e à convivência familiar e comunitária"* (BRASIL, 1990).

Entretanto, boa parte das crianças brasileiras enfrenta um cotidiano bastante adverso que as conduz, desde muito cedo a precárias condições de vida e ao trabalho infantil, ao abuso e à exploração por parte de adultos. A situação da criança revela a contradição de uma sociedade marcada por grandes desigualdades sociais[5].

Dentro desta contradição, Khatib[8] aponta que reconhecendo a *"indissolubilidade entre um processo e o contexto em que ele ocorre, torna-se forçoso, senão inevitável pensar o contexto social"* (1996, p.113) em que estas crianças estão inseridas.

A infância e a juventude de parcela significativa da população brasileira encontram-se na indigência, vivendo em situação de vulnerabilidade extrema. São diversos os fatores que confluem para a dissociação social. Extrema desigualdade, a migração para os grandes centros urbanos, precariedade de moradia, características históricas da formação da família nuclear brasileira, apoiada numa precarização do trabalho, levam, muitas vezes, a uma situação de rupturas de participação e da coesão social, pauperização da sociabilidade sócio-familiar e dos vínculos que se tornam fugidios[3,9].

Num esforço oposto ao da desterritorialização e da *desfiliação*[6], inscrevem-se as experiências desenvolvidas por alguns movimentos sociais, como o Movimento de Luta por Moradia Urbana, na cidade de São Paulo, e que representam uma das faces da luta e da resistência silenciosa e cotidiana que têm marcado a história da sociedade civil no Brasil.

Uma dessas experiências é a da Associação de Construção por Mutirão do Casarão, que integrando o Movimento de Luta por Moradia Urbana (São Paulo - Capital). Composta por moradores de cortiços do Brás, Mooca e Belém na cidade de São Paulo, vem lutando por moradia digna e de qualidade; nesse sentido firmaram, em 1991, um convênio com a Prefeitura para construção das habitações por mutirão com autogestão, que hoje compõem o Conjunto Habitacional da Celso Garcia – Casarão. Desde 1997, as 182 famílias deste condomínio têm buscado formas de garantir qualidade de vida e o acesso a serviços e a participação social plena. Ali convivem como moradores cerca de 600 pessoas, sendo aproximadamente 300 na faixa etária entre 0 e 21 anos[9].

A Associação tem procurado, por meio de diversas iniciativas junto ao poder público municipal, o apoio para o término das obras inacabadas. Ela tem buscado, também, parcerias para efetivar as diferentes propostas do seu "Projeto de Cidadania Integral"[1]. Neste contexto, o Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia (Grupo interinstitucional de estudos, formação e ações pela cidadania de crianças, adolescentes e adultos em processos de ruptura das redes sociais de suporte. É composto por docentes, discentes e profissionais da área de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, UFSCar e USP e por terapeutas ocupacionais das cidades de Campinas, Paulínia, São Carlos e São Paulo), inicia uma série de pesquisas com vistas a elaborar um projeto de atenção para as crianças e adolescentes no local[9]. Resulta desse processo a elaboração do Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia[3].

O *Projeto Casarão* define intervenções organizadas através de cinco programas de atuação articulados entre si de modo a realizar ações integradas no território e locais, buscando equacionar tanto as demandas individuais como coletivas.

A presença constante, a brincadeira e as atividades criativas são instrumentos importantes que permitem a transformação de relações e de espaços indiferenciados em possibilidades escuta e de acolhimento[3].

Desde janeiro de 2000, decidiu-se pela implementação de algumas oficinas: Oficina de Férias, História e Memória, Danças Afro-Brasileiras, Capoeira, *Street-Dance* e *Hip-Hop*, Reciclagem e Empapelamento, Artes Circenses e Brinquedos e Brincadeiras; ações territoriais; ações de acompanhamento institucional e individual; bem como ações de formação, pesquisa e registro das atividades.

No que tange especificamente às crianças de até seis anos, têm sido realizadas atividades territoriais, atenção e prosseguimento individualizados e atividades coletivas no condomínio que atualmente se traduzem no desenvolvimento do *Espaço do Brincante - Oficina de Brinquedos e Brincadeiras*.

O início da implantação do Projeto Casarão deu-se com o trabalho dirigido às crianças. Elas foram os primeiros moradores que se aproximaram das profissionais e das propostas de forma espontânea e com muita facilidade.

Nas primeiras experiências pudemos observar uma grande participação das crianças – em média 50 crianças por atividade – e a formação de um grupo, com faixa etária entre três e sete anos, que requisitavam um espaço para brincadeira, vivências e experimentações, com atividade semi-direcionadas, que permitissem a fantasia e o brincar.

Pareceu-nos fundamental, também, a criação de um espaço para criança, que a colocasse enquanto sujeito de direitos e que, ao mesmo tempo, criasse condição para discutirmos com os moradores adultos a própria noção de infância. Notamos constantes disputas por espaços dos adultos com adolescentes além do desagrado dos primeiros com as brincadeiras das crianças[7]. Nascia, assim, o *Espaço do Brincante: Oficina de Brinquedos e Brincadeiras.*

O Espaço do Brincante: a Oficina de Brinquedos e Brincadeiras

A Oficina iniciou no período de março a dezembro de 2000 com a coordenação de uma terapeuta ocupacional e de uma graduanda bolsista. Durante o ano, vários estagiários e bolsistas dos cursos de Terapia Ocupacional da USP e da UFSCar contribuíram para a efetivação desse trabalho. As crianças participantes da Oficina de Brinquedos e Brincadeiras vivem em apartamentos de 32m² com seus familiares, dividindo suas roupas, materiais, comida, e a própria cama. Uma parte significativa das famílias é monoparental com adultos sem trabalho ou com trabalhos precários. Percebe-se uma concepção na qual a criança permanece submetida às vontades e necessidades do mundo adulto[9]. As crianças freqüentam creches e escolas com condições precárias de espaço, com educadores que possuem formação frágil e poucos elementos para trabalhar com a realidade da demanda.

Dentro do próprio condomínio é difícil encontrar um lugar onde as crianças possam brincar: nos corredores dos prédios o barulho atrapalha os adultos, na praça, a maior área coletiva do condomínio. Dessa forma, era primordial ampliar o lugar e o espaço das crianças, assim como seu acolhimento concreto e simbólico. A cada Oficina de Brinquedos e Brincadeiras, as brincadeiras e as atividades criativas têm sido instrumentos importantes que possibilitaram a transformação de relações e de espaços indiferenciados em possibilidades de acolhimento e vida. Esta oficina foi se delineando como um espaço extremamente importante para as crianças, a partir do qual muitas demandas individuais surgiram. Tornou-se um potencializador de conhecimentos e um facilitador para o vínculo das crianças com suas famílias. Havia, nos primeiros meses, uma grande 'voracidade' das crianças em relação ao material e disputavam impacientes a atenção e o contato com os operadores sociais[7].

A implementação de ações como a oficina descrita anteriormente tem aberto um campo de a possibilidade para tecermos, com fios e pontos mais firmes, uma rede de suporte social e afetiva que cria condições mais favoráveis de vida para aquelas crianças.

LOPES, F.A.; BARROS, D.D.; MALFITANO, A.P.S.; GALVANI, D. The 'player's place' in the experience of 'Projeto Casarão'. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.12, n.1/3, p.48-51, jan./dez., 2001.

ABSTRACT: This work is part of an intervention program of occupational therapy in the social field, which has been developed by professionals, lecturers and students from USP/UFSCar. The information here presented is part of a project that may be seen, from a methodological point of view, as a participative research. Our intervention was based on an ethnographic and epidemiological study that we carried on. The 'Associação de Construção por Mutirão do Casarão' an urban movement for housing (Brás, São Paulo) has proposed to the 'Núcleo USP/UFSCar' (part of 'Projeto Metuia') a partnership that has the purpose of promoting solutions to problems that have been detected in its social circles. Therefore, the 'Projeto Casarão – Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia' was conceived to search ways to meet the needs of a risky and vulnerable population. One of the purposes of 'Projeto Casarão' is to care for children from zero to six years old, providing activities such as toys' and plays' workshops, territorial support and individual monitoring. This article describes the work done at the 'Oficina de Brinquedos e Brincadeiras' ('Workshop of toys and plays') and some its implications. We have observed that the activities developed are producing a feedback to the whole project and that they contribute to other interventional programs in community spaces – specially in the area of children and adolescent care – which try to promote better life quality, making available increasingly supporting social nets, which are not really part of the everyday life of most Brazilian children.

KEYWORDS: Research design. Ocupational therapy. Consumer participation . Social environment. Child development / classification. Social vulnerability.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASSOCIAÇÃO DE CONSTRUÇÃO POR MUTIRÃO DO CASARÃO. *Projeto cidadania integral: proposta para implantação*. São Paulo, 1996. (mimeo)
2. ARIÉS, P. *História social da criança e da família*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.
3. BARROS, D.D. et al. *Projeto Casarão: Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia*. Núcleo USP/UFSCar do Projeto Metuia: Universidade de São Paulo: Universidade Federal de São Carlos, 2000. (digitado)
4. BRASIL. *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Cortez, 1990.
5. BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. *Referencial curricular nacional para a educação infantil*. Brasília, 1998.
6. CASTEL, R. Da indigência à exclusão, a desfiliação. Precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A., org. *Saúde e Loucura, n.4*. São Paulo: Hucitec, 1994. p.21-48.
7. GALVANI, D. *Terapia ocupacional social e o movimento de luta por moradia: a criança também ocupa seu espaço*. São Paulo, 2000. (Monografia) - Curso de Especialização: Práxis Artística e Terapêutica - Interfaces entre Arte e Saúde, Universidade de São Paulo.
8. KHATIB, U.E. Sobre a criança e seu processo de desenvolvimento. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* (São Carlos), v.5, n.2, p.111-20, 1996.
9. LOPES, R.E. et al. Terapia ocupacional no território: as crianças e os adolescentes da Unidade do Brás (Movimento de Luta por Moradia Urbana). *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* (São Carlos), v.9, n.1, p.30-49, 2001.
10. MARCÍLIO, M.L. *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec, 1998.
11. PRIORE, M. del, org. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1999.

ÍNDICE DE AUTOR / AUTHOR INDEX

Almeida, M.C., 15
Aoki, M., 15
Barros, D.D., 48
Caromano, F.A., 40
Castiglioni, M.C., 8
De Carlo, M.M.R.P., 1
Drummond, A.F., 34
Galvani, D., 48
Ghirardi, M.I.G., 15
Lopes, R.E.,33, 48
Magalhães, L.C., 34
Malfitano, A.P.S., 48
Oliver, F.C., 15
Rocha, E.F., 8
Sobrinho, F.P.N., 40
Tissi, M.C., 15
Vieira, R.C., 8

ÍNDICE DE ASSUNTO

Acesso aos cuidados de saúde/tendências
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Aptidão
Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos, 40

Apoio social
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Aprendizagem
A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional, 8

Brasil
Políticas de saúde no brasil: construções, contradições e avanços, 23

Características culturais
Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural, 1

Crianças portadoras de deficiência/educação
A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional, 8

Currículo
Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil, 34

Defesa do paciente
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Desempenho psicomotor
Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos, 40

Desenvolvimento
Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural, 1

Desenvolvimento infantil/classificação
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

Direito à saúde
Políticas de saúde no brasil: construções, contradições e avanços, 23

Educação especial/classificação
A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional, 8

Ergonomia (saúde ambiental)
Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos, 40

Educação profissionalizante/classificação
Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil, 34

Inclusão escolar
A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional, 8

Meio social
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

Participação comunitária
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

Pessoas com deficientes/reabilitação
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Pessoas mentalmente deficientes
Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural, 1

Política de saúde/tendências
Políticas de saúde no brasil: construções, contradições e avanços, 23

Política social
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Postura
Caracterização da postura sentada em dois mobiliários diferentes e a influência no desempenho em um teste gráfico – estudo de casos, 40

Projeto de pesquisa
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

Qualidade de vida
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

Relações familiares
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

SUS (BR)
Políticas de saúde no brasil: construções, contradições e avanços, 23

Terapia ocupacional
Desenvolvimento humano - entre a determinação biológica e constituição histórico-cultural, 1
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48
A inclusão da criança com deficiência na escola comum: reflexões sobre o papel da Terapia Ocupacional, 8
Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil, 34

Terapia ocupacional/educação
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15
Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil, 34

Terapia ocupacional/recursos humanos
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Terapia ocupacional/tendências
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15
Tendências da formação do terapeuta ocupacional no Brasil, 34

Territorialidade
Reabilitação no território: construindo a participação na vida social, 15

Vulnerabilidade social
O espaço do brincante na experiência do projeto casarão, 48

KEYWORDS INDEX

Aptitude
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases, 40

Brazil
Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances, 23

Child development/classification
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão", 48

Consumer participation
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão", 48

Cultural characteristics
The human development - between the biological determination and the historical-cultural constitution, 1

Curriculum
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Disabled children/education
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the occupational therapy, 8

Disabled therapy/education
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the occupational therapy, 8

Disabled persons/rehabilitation
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

Education, professional/classification
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Education, professional/trends
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Education, special/classification
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the occupational therapy, 8

Ergonomics (environmental health)
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases, 40

Health policy/trends
Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances, 23

Health rights
Brazil health policies: historical trends, contradictions and advances, 23

Health services accessibility/trends
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

Human development
The human development - between the biological determination and the historical-cultural constitution, 1

Learning
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the occupational therapy, 8

Mentally disabled/persons
The human development between the biological determination and the historical-cultural constitution, 1

Occupational therapy
The human development - between the biological determination and the historical-cultural constitution, 1
The inclusion of handicapped children in regular schools: reflection about the role of the occupational therapy, 8
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão", 48

Occupational therapy/education
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Occupational therapy/manpower
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Occupational therapy/trends
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15
Tendencies in the education of occupational therapist in Brazil, 34

Patient advocacy
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

Posture
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases, 40

Psychomotor performance
Sitting posture caracterization in two differents furnitures and its influence during the performance in a grafic test – report cases, 40

Public policy
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

Research design
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão", 48

Social environment
The 'player's place' in the experience of "Projeto Casarão", 48

Social support
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

Social vulnerability
The 'player's place' in the experience of "projeto casarão", 48

SUS (BR)
Brazil health poicies: historical trends, contradictions and advances, 23

Territoriality
Rehabilitation in territory: building participation in social life, 15

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

A **REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO** é uma publicação do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e veículo de informação na área e ciências afins. Publica ainda, trabalhos de Revisão, Debates, Pontos de Vista Divulgando Projetos e Experiências, Resenhas de Livros e Entrevistas.

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

DIREITOS AUTORAIS. Os trabalhos enviados para publicação devem ser inéditos e são de propriedade da Revista. É vedada a reprodução total ou parcial dos trabalhos, bem como a tradução para outros idiomas, sem a autorização do Corpo Editorial. Todos os trabalhos submetidos à publicação deverão ser acompanhados pela declaração de transferência dos direitos autorais. Este documento é fornecido pela Revista.

O conteúdo e opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores.

FORMA E CONTEÚDO:

1 APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS. Os originais deverão ser digitados em programa de texto Word for Windows, espaço 2, impressos em papel A4, branco, em um só lado da folha. Para as seções: Artigos, os trabalhos não devem ultrapassar 15 páginas; Pontos de Vista, Divulgando Projetos e Experiências e Debates devem ter no maxímo 10 páginas. Utilizar letra Arial, tamanho 11.

O disquete do trabalho a ser publicado deve ser entregue e acompanhado de duas cópias em papel branco, sem rasuras, no seguinte endereço:

CENTRO DE DOCÊNCIA E PESQUISA EM TERAPIA OCUPACIONAL DA FMUSP. REVISTA DE TERAPIA OCUPACIONAL DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Rua Cipotânea, 51. Cidade Universitária "Armando de Salles de Oliveira" . 05508-900 - São Paulo, SP.

2 PÁGINA DE ROSTO. Deve constar:

- título do trabalho elaborado de forma breve e específica, para auxiliar os serviços de recuperação da informação;
- versão do título para o inglês;
- nome completo dos autores e respectivos títulos profissionais e acadêmicos;
- identificação das instituições as quais os autores estão vinculados;
- referência ao trabalho como parte integrante de dissertação, tese ou projeto;
- referência à apresentação do trabalho em eventos, indicando nome do evento, local e data de realização;
- endereço para correspondência.

3 RESUMO/ABSTRACT. Os trabalhos enviados às seções, Artigos, Divulgando Projetos e Experiências, Debates e Dissertações devem apresentar dois resumos, um em português e outro em inglês. Observar as recomendações da NBR-68, ABNT, para redação e apresentação de resumos:

- quanto a extensão, a norma determina o máximo de 250 palavras para os artigos de periódicos;
- quanto ao conteúdo, deverão observar a estrutura formal do texto, isto é, indicar objetivo do trabalho, mencionar os procedimentos básicos, relacionar os resultados mais importantes e principais conclusões;
- quanto à redação e estilo, usar o verbo na voz ativa na 3ª pessoa do singular, evitar locuções como "o autor descreve", "neste artigo", etc., não adjetivar e não usar parágrafos.

4 DESCRITORES/KEYWORDS. Palavras ou expressões utilizadas para fins de indexação e que representam o conteúdo dos trabalhos. Para o uso de descritores em português, consultar "Descritores em Ciências da Saúde" (DECS) parte da metodologia LILACS-Literatura Latino Americana e do Caribe em da Saúde.

5 ESTRUTURA DO TEXTO. O caráter interdisciplinar da publicação permitiu estabelecer um formato mais flexível quanto à estrutura dos trabalhos, sem comprometer o conteúdo. A publicação sugere que os trabalhos de investigação científica devem ser organizados mediante a estrutura formal:

- **Introdução**, estabelecer o objetivo do artigo, relacionando-o à outros publicados anteriormente, esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado;
- **Material e Métodos, ou, Casuística e Métodos** (quando a pesquisa envolve seres humanos), descrever procedimentos, apresentar as variáveis incluídas na pesquisa, determinar e caracterizar a população e amostra, detalhar técnicas e equipamentos, indicar quantidades exatas;
- **Resultados,** exposição factual da observação, apresentada na seqüência lógica do texto, apoiados em gráficos e tabelas;

- **Discussão,** apresentação dos dados obtidos e resultados alcançados, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores;
- **Conclusões**, são as deduções lógicas e fundamentadas nos Resultados e Discussão.

6 REFERÊNCIAS. Organizadas em ordem alfabética pelo último sobrenome do primeiro autor e numeradas consecutivamente; todos os autores dos trabalhos devem ser citados; os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela "List of Jounals Indexed in Index Medicus". Para elaboração das referências observar as recomendações da NB-6023, da ABNT, 2002:

- **Livros e monografias:**
  PIAGET, J. *Para onde vai a educação?* 7. ed. Rio de Janeiro: J. Olimpio, 1980. 500 p.
- **Capítulo de livro:**
  KARASOV, W.H., DIAMOND, J.M. Adaptation of nutrition transport. In: JOHNSON, L.R. *Phyisiology of gastrointestinal tract.* 2. ed. New York: Raven Press, 1987. p. 189-97.
- **Artigos de periódicos**:
  BENETTON, M.J. Terapia ocupacional e reabilitação psicossocial: uma relação possível? *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo,* v. 5/9, p. 11-6, 1993/6.
- **Teses:**
  DEL SANT, R. *Propedêutica das síndromes catatônicas agudas.* São Paulo, 1989. 121 p. Dissertação (mestrado) Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- **Eventos: considerado no todo:**
  CONGRESSO BRASILEIRO DE NEUROLOGIA, 6., 1984, Rio de Janeiro. *Resumos ...* Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Neurologia, 1974.
- **Eventos: considerado em parte:**
  SPALDING, E. Bibliografia da revolução federalista. In: CONGRESSO DA HISTÓRIA DA REVOLUÇÃO DE 1984, 1., Curitiba, 1944. *Anais ...* Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1944. p. 295-300.

7 INDICAÇÃO DA FONTE DAS CITAÇÕES. As formas de apresentação das fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto, observar os exemplos:

- **citação textual,** parte do texto é transcrito na íntegra
  ... a luta, a impossibilidade de coexistência com o outro (LACAN, 1985, p.50-1)[4].
- **citação livre,** reproduz o conteúdo do documento original
  Para Velho (1981, p.27)[11] *o indivíduo...*
- **citação da fonte secundária** (citação de citação)
  O homem não se define pelo que é mas pelo que deseja ser (ORTEGA Y GASSET, 1963 apud SALVADOR, 1977, p.160)[10].
- **citação referente a trabalhos de três ou mais autores**
  ... consultadas periodicamente (SOUZA et al., 1984, p.7)[16].
- **citações diretas no texto** (mais de 3 linhas) - citações diretas, no texto, com mais de três linhas, devem ser destacadas com recuo de 4 cm da margem esquerda, com letra menor que a do texto utilizado e sem aspas.

8 NOTAS DE RODAPÉ. Adotadas para a primeira página do artigo com informações que identifiquem os autores: vínculo profissional, títulos profissionais e acadêmicos dos autores, consignação de bolsas e endereço para correspondência e e-mail.

9 ILUSTRAÇÕES E LEGENDAS

- **Tabelas**, devem ser digitadas e apresentadas em folha à parte, numeradas consecutivamente na ordem em que forem citadas no texto. O título deve constar na parte superior da tabela. Evitar o uso de linhas verticais e inclinadas. O limite de tabelas é de 5, acima deste número as despesas correm por conta do autor;
- **Figuras,** correspondem as ilustrações, fotografias, desenhos, gráficos etc., adotar o mesmo procedimento das tabelas quanto a numeração e títulos. Usar a abreviação figura para todas as ilustrações acima, excetuando-se para as tabelas e gráficos.

10 AGRADECIMENTOS. Quando pertinentes, dirigidos à pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho.