

Organizadoras
Cláudia Regina Cabral Galvão
Andreza Aparecida Polia
Marcia Queiroz de Carvalho Gomes



Olhares e perspectivas da Terapia Ocupacional

construindo teorias e
pensando a prática

Edição Comemorativa dos 10 anos do Curso de Terapia
Ocupacional na Universidade Federal da Paraíba

Olhares e perspectivas da Terapia Ocupacional

construindo teorias e
pensando a prática



Reitor
Vice-Reitora

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA

Valdiney Veloso Gouveia
Liana Filgueira Albuquerque



Direção
Gestão de Editoração
Gestão de Sistemas

EDITORIA UFPB

Natanael Antonio dos Santos
Sâmella Arruda
Ana Gabriella Carvalho

Conselho Editorial

Adailson Pereira de Souza (Ciências Agrárias)
Eliana Vasconcelos da Silva Esvael (Linguística, Letras e Artes)
Fabiana Sena da Silva (Interdisciplinar)
Gisele Rocha Côrtes (Ciências Sociais Aplicadas)
Ilda Antonieta Salata Toscano (Ciências Exatas e da Terra)
Luana Rodrigues de Almeida (Ciências da Saúde)
Maria de Lourdes Barreto Gomes (Engenharias)
Maria Patrícia Lopes Goldfarb (Ciências Humanas)
Maria Regina Vasconcelos Barbosa (Ciências Biológicas)

Editora filiada à:



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Organizadoras
Cláudia Regina Cabral Galvão
Andreza Aparecida Polia
Marcia Queiroz de Carvalho Gomes

Olhares e perspectivas da Terapia Ocupacional

construindo teorias e
pensando a prática

Editora UFPB
João Pessoa
2021

Projeto Gráfico
Revisão Gráfica
Editoração Eletrônica e
Design da Capa
Selo 10 anos do Curso
de Terapia Ocupacional

Direitos autorais 2021 – Editora UFPB

Efetuada o Depósito Legal na Biblioteca Nacional, conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À EDITORA UFPB

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio.

A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do autor.

Editora UFPB

Alice Brito

Lucas Nóbrega

Marina Batista Chaves Azevedo de Souza e
Viviane Fonseca Santos

Catálogo na fonte:

Biblioteca Central da Universidade Federal da Paraíba

O45 Olhares e perspectivas da Terapia Ocupacional : construindo teorias e pensando a prática [recurso eletrônico] / Organizadoras : Cláudia Regina Cabral Galvão, Andreza Aparecida Polia, Marcia Queiroz de Carvalho Gomes. - João Pessoa : Editora UFPB, 2021.

165 p.: il.

Recurso digital (2,2MB)

Formato: PDF

Requisito do Sistema: Adobe Acrobat Reader

ISBN 978-65-5942-107-7

1. Terapia ocupacional. 2. Terapia infantil. 3. Saúde mental.
I. Galvão, Cláudia Regina Cabral. II. Polia, Andreza Aparecida.
III. Gomes, Marcia Queiroz de Carvalho. IV. Título.

UFPB/BC

CDU 615.85

Livro aprovado para publicação através do Edital N° 01/2020/Editora Universitária/ UFPB - Programa de Publicação de E-books.

EDITORA UFPB

Cidade Universitária, Campus I,
Prédio da Editora Universitária, s/n
João Pessoa – PB, CEP 58.051-970
<http://www.editora.ufpb.br>
E-mail: editora@ufpb.br
Fone: (83) 3216.7147



Prefácio

TERAPEUTAS OCUPACIONAIS SÃO TREINADOS PARA ESCRUTINAR VIDA NA ADVERSIDADE.

TERAPEUTAS OCUPACIONAIS SÃO TREINADOS PARA ESCRUTINAR VIDA NA ADVERSIDADE?

TERAPEUTAS OCUPACIONAIS SÃO TREINADOS PARA ESCRUTINAR VIDA NA ADVERSIDADE!

UMA FRASE QUE SE APRESENTA COMO AFIRMATIVA, COMO QUESTÃO, COMO SURPRESA.

E assim se apresenta como provocação e convite à reflexão dos leitores na trajetória deste E-book elaborado por docentes do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba, em comemoração aos 10 anos da inauguração do Curso.

O convite para este prefácio levou-me ao mergulho em lembranças que entrelaçam fios da história pessoal e fios da história coletiva de implantação desse curso.

Há 10 anos, no outono de 2010, eu chegava a João Pessoa para o desafio da implantação do primeiro Curso de Terapia Ocupacional no Estado da Paraíba. Chegava junto com as docentes Carmen Teresa e Ângela Dornelas, recebidas por Cláudia Galvão que lá já se encontrava, há um ano, trabalhando solitária nesse processo.

Quatro mulheres, terapeutas ocupacionais, com diferentes motivações, vindas de diferentes cantos do país, diferentes áreas de atuação profissional, diferentes experiências em docência, diferentes culturas, diferentes gerações e muitas expectativas. Um desejo comum: participar de uma criação coletiva,

enfrentando as diversidades e adversidades, na construção solidária de um projeto pioneiro e inovador, utilizando, agregando e/ou transformando as experiências passadas singulares.

Minha mudança de Campinas-SP para João Pessoa surgiu de uma decisão inusitada e repentina, uma mudança radical e uma aposta em novos projetos pessoais, profissionais e familiares. Uma mudança que foi se tramando em meio a profundas transformações das Políticas de Educação.

De um lado, as políticas brasileiras neoliberais dos anos 1990 resultaram grandes crises na Educação, marcadamente nos primeiros anos da década de 2000. O movimento privatista da Educação e a fragilização do ensino público impactaram as instituições acadêmicas, sobretudo as de ensino superior. A proliferação de cursos universitários privados com menor controle do Estado, sem planejamento equilibrado dos limites e necessidades do país e com maior flexibilização sobre conteúdos e cargas horárias curriculares submeteram a Educação à lógica de mercado.

Tradicionais universidades privadas e confessionais foram particularmente afetadas por essa crise, sofrendo grandes evasões ou fechamento de cursos, dentre os quais, alguns cursos renomados de Terapia Ocupacional em diferentes pontos do país. Essa crise afetou significativamente o cotidiano das instituições universitárias, seja pela diminuição da qualidade de ensino, pela redução do corpo docente, pela burocratização da gestão e dos processos de trabalho, pela lógica industrial de produtividade ou pela primazia da avaliação quantitativa sobre a qualitativa.

A vida acadêmica sofria um processo de empobrecimento. Diminuíam os espaços de participação política e trabalho coletivo na vida universitária. A criatividade ia cedendo espaço para protocolos. A prática reflexiva e o trabalho prazeroso competiam com a burocracia e com a fragmentação de saberes e fazeres.

De outro lado, novas mudanças políticas no país começavam a desenhar um novo cenário para a Educação, a partir de 2003, resgatando o investimento no ensino público universitário e o reconhecimento do papel estratégico das universidades federais para o desenvolvimento econômico e social. Em 2007 é instituído pelo governo federal o REUNI - Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, conforme decreto nº 6.096 de 24 de abril de 2007.

A implantação do Curso teve início em 2008, tendo como objetivos: expansão e interiorização de cursos em universidades federais; ampliação do acesso, permanência e ocupação de vagas ociosas; elevação da qualidade do

ensino superior; aumento do contingente de recursos humanos; melhoria e maior aproveitamento da infraestrutura; reestruturação administrativa e acadêmica; respostas às novas demandas locais e globais. No período de 2008 a 2012, o REUNI favoreceu a abertura de muitos cursos públicos de graduação em Terapia Ocupacional no Brasil, principalmente nas regiões que não ofereciam esse curso até então. Nesse contexto foi criado o Curso de Terapia Ocupacional da UFPB.

João Pessoa me seduziu rapidamente! O extremo oriente do Brasil e das Américas, a Ponta do Seixas, que até então conhecia tão somente das aulas de geografia de tempos passados, estava logo ali, ao alcance dos olhos e dos pés. Não me cansava de caminhar por suas praias e admirar o verde de suas águas. Não raro visitava as praias do litoral sul para respirar a magia de suas falésias. Sempre que possível marcava um encontro com o nascer e pôr do sol e também da lua, exuberantes espetáculos de luz e cores.

A orla de Tambaú e Cabo Branco me cativou por sua democracia. Diversidade sem fim de pessoas, comidas, atividades, sons, músicas, artes, artesanatos, festas e encontros, no vai e vem dos passeios, caminhadas, corridas e devaneios que integravam naturalmente o cotidiano da cidade. Uma orla que foi respeitada no planejamento urbano e que, diferente da maioria das capitais litorâneas do país, limitou a altura dos prédios próximos ao mar, garantindo melhor conforto ambiental. Uma cidade rica em patrimônio histórico, culinária, atividades culturais e infraestrutura, ao mesmo tempo, simples e tranquila no modo de vida.

O cotidiano na universidade, no entanto, era bem árido! Quando chegamos, não havia nenhuma estrutura para iniciar as atividades do curso, apenas o Projeto Político Pedagógico e o canteiro de obras do futuro prédio dos cursos de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, ambos em processo de implantação. Tínhamos total apoio do pessoal da Direção do Centro de Ciências da Saúde e de seus Assessores de Graduação, porém, tínhamos que transformar o projeto em realidade, dando concretude a tudo, em seus mínimos detalhes, para receber os alunos no segundo semestre.

Inicialmente não tínhamos nenhum espaço próprio. Utilizávamos salas, equipamentos e materiais da administração do CCS e, posteriormente, dividimos um espaço administrativo provisório com o curso de Fonoaudiologia, no aguardo da finalização da obra. Era necessário mobiliar e equipar o espaço, mas a aquisição do ar condicionado foi a maior conquista, para aliviar o calor que chegava a ser inacreditável para uma paulista recém-chegada!

Mesmo sem ter ainda adquirido autonomia e domínio espacial do campus universitário, fui convocada a assumir a chefia de departamento, sem direito a recusa. As quatro docentes deveriam dividir entre si mesmas os cargos de

coordenação e vice coordenação de curso, chefia e vice chefia de departamento. O compromisso com a construção de um ambiente de trabalho prazeroso e criativo era nosso principal desejo e o maior desafio.

Entre desejos e impossibilidades, buscamos adequar minimamente o Projeto Político Pedagógico às necessidades da profissão, uma vez que ele havia sido elaborado por profissionais da saúde não terapeutas ocupacionais, caracterizando-se por predominância do modelo biomédico, organização disciplinar fragmentada e distanciamento das tendências atuais da Terapia Ocupacional.

Estabelecemos como metas a estruturação do curso; a adequação do Projeto Político Pedagógico às diretrizes do SUS, às recomendações da WFOT, às novas tendências da profissão e da educação; a visibilidade do curso e da profissão no estado da Paraíba e ampliação de campos de estágio e mercado de trabalho.

Acumulando cargos, funções pedagógicas e administrativas, nossas demandas e desafios constituíam uma longa lista de tarefas: análise e reformulação do Projeto Pedagógico e grade curricular; elaboração de pedidos e acompanhamento de pregões relativos a materiais, equipamentos, mobiliários, livros e expedientes; organização de espaços de trabalho, fluxo e arquivo de documentos; acompanhamento de projetos e execução das obras do novo prédio; organização de concursos para provimento do quadro de professores; gerenciamento e treinamento de recursos humanos técnico-administrativos; divulgação da Terapia Ocupacional na comunidade universitária; estratégias para visibilidade do curso e da profissão no estado e implementação do mercado de trabalho; implantação de serviços na rede de saúde para desenvolvimento de campos de estágio; projetos de inserção da Terapia Ocupacional no Hospital Universitário, Residência Multiprofissional e Pró-Saúde; planejamento de capacitação docente; projetos e atividades de ensino, pesquisa e extensão. Era trabalho sem fim!

Com muita emoção recebemos os alunos da primeira turma em agosto, antes mesmo da finalização do prédio, distribuindo-nos pelas salas do Centro de Ciências da Saúde. Muitas adaptações recíprocas de tudo e de todos. Tudo era muito novo!

A atividade docente exigiu-me um esforço de adaptação, sobretudo, com relação à língua, costumes, gírias e expressões, até poder adquirir maior espontaneidade na relação com os estudantes, o que chegava a ser divertido! Estudei o “dicionário paraibês”, adorei a força das expressões e agreguei para sempre o uso de alguns vocábulos.

A solenidade de abertura do curso contou com a presença de autoridades da universidade, representantes do COFFITO e CREFITO, comunidade acadêmica, convidados da Educação e da Saúde locais, dentre outros. Para a aula inaugural, convidamos Dra. Lilian Magalhães, então professora na Universidade de Ontário - Canadá, que nos brindou com reflexões sobre Ciência Ocupacional.

O convite expressava nossa intenção de direcionar o projeto pedagógico do curso para a superação do modelo médico reducionista, rumo a uma visão holística da Terapia Ocupacional, considerando a complexidade da ocupação humana como fator determinante de saúde, qualidade de vida e bem estar, ampliando sua compreensão para além de recurso terapêutico e dirigindo-se à perspectiva de promoção da ocupação. À época, a Ciência Ocupacional era pouco desenvolvida no Brasil.

Tudo era motivo de festa por ali! Dentro ou fora da universidade, não faltavam os típicos e deliciosos quitutes paraibanos e um bom trio de forró pé de serra! Boas lembranças e muitas saudades me tomam enquanto escrevo...

Mas fiquei pouco por ali. O projeto familiar de mudança para o nordeste acabara não se concretizando, motivo pelo qual retornei a Campinas, dando início a novos projetos. Desliguei-me da universidade no outono de 2011, um ano após minha chegada, carregando a ambivalência típica de imigrantes que, por onde passam, vão agregando e deixando histórias, afetos, espaços e produções que vão constituindo suas identidades híbridas.

Logo depois que saí da universidade, começaram a chegar as novas professoras, fruto dos concursos que elaboramos em 2010. Fui assistindo de longe, com confesso orgulho, o crescimento do corpo docente, a inauguração do novo prédio que passou a acomodar as salas de aula, laboratórios, clínica escola e administração dos cursos de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia, assim como a consolidação do curso, ao longo desses 10 anos.

A partir deste ponto, a continuidade dessa história passa a ser protagonizada por seu atual corpo docente, através de suas produções.

Neste *e-book* o leitor tem à disposição um mosaico de possibilidades para abordagem da ocupação humana, em sua complexidade, como fator determinante de saúde, qualidade de vida e bem estar.

Convido-os a uma viagem, com várias paradas, por onde podemos vislumbrar diferentes aspectos de como pensar e fazer Terapia Ocupacional:

Um olhar que supera estigmas sobre a funcionalidade de crianças, seja com deficiências físicas ou com desenvolvimento típico, busca aproximar as percepções de si mesmas e as avaliações dos adultos sobre elas, considerando a

importância do autoconceito e da autoeficácia para o desenvolvimento infantil e envolvimento em ocupações significativas. Próximo a essa abordagem, um estudo vem apoiar processos de reabilitação de crianças, valorizando suas ocupações significativas. Uma rica comparação entre as autopercepções e as percepções de pais sobre o desempenho de crianças em diferentes áreas da ocupação, sinalizando a importância de considerar as perspectivas de ambos nos planos de intervenção terapêutica.

Dois textos nos mostram a importância da comunicação e do desenvolvimento da linguagem verbal e não verbal para engajamento em ocupações, desenvolvimento de habilidades e construção de vínculos afetivos. Tanto na interação adulto-bebê-criança, quanto na interação com idosos com Alzheimer, a contextualização e a qualidade das interações são fundamentais, seja para processos terapêuticos, pesquisas e aplicação de testes, seja, simplesmente, para o bom desenvolvimento das relações humanas.

Sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas, uma pesquisa analisa os impactos no cotidiano de seus usuários e os prejuízos no desempenho ocupacional, convívio familiar e participação social. E um estudo baseado em práticas clínicas nos apresenta uma reflexão singular, com força de mudança paradigmática, revisitando o conceito de “recuperação” e ampliando-o para o conceito de “enfrentamento”, que considera a importância do ato criativo e da experiência significativa na reconstrução cotidiana da saúde.

A análise do esporte adaptado para adolescentes com deficiência física nos permite perceber a condição imanente e concomitante de dois aspectos da ocupação significativa: sua utilização como meio ou recurso terapêutico e como finalidade em si mesma.

O uso humanizado da tecnologia abre novas e amplas perspectivas para a “telerreabilitação”. Uma experiência mostra como o uso alternativo de tecnologias digitais para confecção de cadeiras de rodas personalizadas permitiu vencer barreiras geográficas e econômicas para promover assistência e qualidade de vida a pessoas com deficiências em regiões remotas.

Uma pesquisa com crianças respiradoras orais, junto a um Ambulatório de Alergia e Alergologia, analisa as consequências sobre o processamento sensorial e, conseqüentemente, seus impactos sobre o desempenho das atividades cotidianas dessas crianças.

Na perspectiva da promoção da ocupação, alguns autores ampliam as possibilidades de análise das intervenções terapêuticas ocupacionais em diferentes contextos, mantendo, como unidade, o papel determinante das

políticas públicas e sociais na constituição e qualificação da ocupação humana. No campo da Saúde Pública, uma pesquisa com lactentes inseridos em creches avalia fatores de riscos biológicos e ambientais ao desenvolvimento infantil, visando à implementação de políticas públicas para proteção à primeira infância. Uma análise sobre a construção social da velhice aponta para a importância das políticas públicas e das relações sociais para a proteção do processo de envelhecimento, garantindo ao idoso o reconhecimento de seu papel social e a qualidade de sua vida ocupacional. A aplicação de um instrumento de pesquisa sobre a Síndrome de Burnout com estudantes de Terapia Ocupacional reafirma a importância de analisar o adoecimento universitário e de considerar, para tal análise, as políticas públicas, o contexto social e econômico. O desenvolvimento de tecnologias da Terapia Ocupacional Social junto a crianças, adolescentes e jovens, em contextos de vulnerabilidade, revela sua potencialidade para promoção do exercício de cidadania, criatividade, participação democrática e formação de redes comunitárias de apoio, evidenciando a importância das políticas públicas para qualificação da vida cotidiana.

Enfim... Parece-me que, independente do caminho que escolhermos, a trajetória pela Terapia Ocupacional vai lavrando em nossas identidades a habilidade de encontrar a poesia da vida, mesmo diante da adversidade.

Escrevo este prefácio no outono de 2020, em pleno isolamento social pela pandemia do COVID-19. E o que é o outono senão o desprendimento das folhas como estratégia de sobrevivência para enfrentar o inverno, à espera da primavera?

Maria de Lourdes Feriotti



Apresentação

Este livro, no formato de coletânea, se constitui, em sua maior parte a partir da trajetória de formação *strictu sensu* dos docentes do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), bem como de suas atuações em projetos de extensão e pesquisa nas múltiplas perspectivas dessa profissão.

Há recortes de pesquisas de doutorado que envolvem os conhecimentos próprios da Terapia Ocupacional e também de sua interlocução com diversas outras áreas do saber, tais como: linguística, educação física, educação especial, bem como, em aspectos que permeiam o cotidiano da prática profissional, como os processos de desenvolvimento da infância à velhice, tecnologia assistiva, saúde mental, adoecimento e políticas públicas. Também há espaço para a autorreflexão através da validação de protocolos que investigam patologias vinculadas aos processos de trabalho, porém que podem ser expandidas para os processos de estudo.

O eixo principal são os conhecimentos que vêm sendo produzidos pelos docentes do curso de Terapia Ocupacional da UFPB durante esses 10 anos do início na Paraíba, considerando o impacto gerado pela implantação do mesmo na própria instituição, bem como em âmbito local, estadual e nacional. Em 2010 quando o curso foi criado de acordo com dados do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª região (CREFITO 1) havia 30 terapeutas ocupacionais no estado da Paraíba e atualmente (2010), ainda de acordo com dados da referida entidade são 234 profissionais registrados no estado.

A criação do curso potencializou a inserção deste profissional na rede pública e privada do estado possibilitando uma absorção quase imediata dos recém-formados devido a uma demanda que existia previamente. Além do papel profissional na prática cotidiana desempenhado pelos terapeutas ocupacionais recém-formados, a criação do curso tem proporcionado o desenvolvimento de projetos de pesquisa e de extensão voltadas às necessidades de saúde, sociais e de educação da população dentro da própria UFPB.

Através da implantação do curso de Terapia Ocupacional foi possível o estabelecimento do diálogo interdisciplinar, com as diversas esferas do conhecimento, o que se reflete na multiplicidade de olhares apresentados dos capítulos apresentados a seguir.

O capítulo de abertura ‘Um olhar da Terapia Ocupacional para a parentalidade e para o autoconceito e a autoeficácia nos processos de avaliação infantil’ trata de aspectos revelados no estudo de doutorado “Autoconceito, autoeficácia e parentalidade: crianças com deficiência física, com desenvolvimento típico e seus familiares” desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos. Os achados provocaram reflexões e trouxeram contribuições à formação da autora como terapeuta ocupacional, especialmente acerca da parentalidade e das autoavaliações infantis na prática profissional, e que, possibilitam a extensão da autorreflexão da autora tanto para os estudantes em processo de formação quanto para os próprios profissionais tanto da Terapia Ocupacional quanto de outras áreas que atuam na área da infância.

O segundo capítulo intitulado “Aspectos Teóricos Essenciais na Compreensão da Aquisição de Linguagem: as Bases da Atenção Conjunta e Intencionalidade” é também um recorte de uma tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Linguística da Universidade Federal da Paraíba. Nela a autora parte de estudos do desenvolvimento linguístico e aborda os principais elementos do desenvolvimento da comunicação entre adultos e bebês necessários para que a criança seja compreendida como um ser intencional e social, o que possibilita um reflexo sobre a atuação dos terapeutas ocupacionais tanto com crianças neurotípicas com atípicas.

O capítulo ‘Um Olhar da Saúde Pública para o desenvolvimento de lactentes inseridos em creches’ se constitui como apontamentos realizados a partir de uma tese desenvolvida no Programa de Pós Graduação Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz. Nele, a autora aborda os fatores biológicos e ambientais associados ao desenvolvimento de lactentes inseridos em creche, a partir de um estudo epidemiológico, e discute as implicações para a saúde pública na perspectiva da vigilância ao desenvolvimento infantil.

A autoeficácia, abordada no capítulo ‘Comparação entre a Eficácia Percebida por Crianças com Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação e seus Pais’, é considerada um aspecto fundamental para que crianças se sintam motivadas e competentes para realizarem suas ocupações. Crianças com dificuldades de coordenação motora podem enfrentar problemas para fazerem atividades comuns da infância como brincar com bola, escrever, andar de bicicleta. A eficácia percebida por pais e crianças difere quando o assunto é o desempenho ocupacional o que pode gerar conflito no momento de definir metas para a atuação da Terapia Ocupacional. Esse trabalho foi construído a

partir das reflexões de uma tese de doutorado desenvolvida no Programa de Pós Graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Em relação as temáticas que permeiam a infância, o quinto capítulo ‘Respiração Oral e Processamento Sensorial de Crianças’ foi desenvolvido a partir de uma tese de doutorado vinculada ao Programa de Pós Graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco. Trata-se de um estudo com crianças respiradoras orais entre 5 e 11 anos e como se dá o processamento sensorial dessas crianças. São apresentadas consequências no cotidiano da população estudada quando na presença de alterações no processamento dos sistemas sensoriais (tátil, proprioceptivo, vestibular, auditivo e visual). Também são apresentadas as respostas sociais que as crianças respiradoras orais dão em frente a estímulos.

‘A saúde como uma ação criativa de enfrentamento da vida: a experiência de pessoas que abusam de álcool e outras drogas’ é um trabalho produzido a partir de uma tese realizada no Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Neste capítulo, as autoras apresentam a análise filosófica de Canguilhem (2012) sobre a distinção qualitativa entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, para fundamentar as discussões sobre o processo de enfrentamento da vida, com base nas experiências de autocuidado de dependentes de álcool e outras drogas, considerando o adoecer como parte do viver e que estar saudável é manter-se no movimento de buscar pela saúde, mais do que alcançar um estado idealmente “normal”.

Ainda com relação a aspectos que envolvem a saúde mental, o capítulo “Desempenho Ocupacional de Usuários Alcoolistas” tem o objetivo de desvelar as áreas de desempenho ocupacional (trabalho e participação social), de usuários alcoolistas atendidos em um CAPS AD tipo III, de um município do nordeste brasileiro, antes e após o uso abusivo.

Na área social temos “Terapia Ocupacional Social no Nordeste: experiências advindas do núcleo Metuia UFPB/Uncisal”, capítulo no qual os autores propõem uma contextualização dos projetos de extensão que vem sendo desenvolvidos pelo núcleo Metuia da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas: as ações, as populações-alvo e as tecnologias sociais utilizadas, partindo de um alinhamento teórico -metodológico desenhado pela Terapia Ocupacional Social em torno da defesa da autonomia, da cidadania e dos direitos sociais dos sujeitos individuais e coletivos em situação de vulnerabilidade social.

O capítulo “Cadeira de Rodas Digitalizada no Sertão Nordestino: vencendo distâncias”, aborda uma das vertentes que sustentam a prática profissional

dos terapeutas ocupacionais que atuam na área de reabilitação neurológica com ênfase nos recursos da Tecnologia Assistiva. Ele traz o recorte de uma tese desenvolvida no Programa de Ciências de Reabilitação da Universidade de São Paulo. A discussão permeia regiões pobres e distantes que tiveram a oferta do serviço personalizado de cadeira de rodas digitalizadas, feito com a tecnologia Computer-aided Design (CAD) e Computer-aided Manufacturing (CAM) para uma população com doença rara, a síndrome Sporan. Para melhorar a assistência à pessoa com deficiência foi utilizada a ferramenta de comunicação do aplicativo “*Whatsapp*”, que abre discussão com base nos conceitos de “telerreabilitação” e a “telecadeira de rodas” e se apresenta como recurso alternativo para eliminar as barreiras geográficas e econômicas.

O capítulo “Influência do Esporte Adaptado na Autoimagem do Adolescente com Deficiência Física” é um recorte da dissertação de mestrado intitulada – “A atividade esportiva e sua influência na imagem corporal do adolescente com deficiência física: um estudo de dois casos”. Caracteriza-se por um estudo qualitativo descritivo que objetivou investigar as influências da prática da atividade esportiva no desenvolvimento da imagem corporal de adolescentes com deficiência física e instigar a reflexão sobre o processo de inclusão social desses adolescentes em escolas e clubes esportivos na comunidade em que estão inseridos. Neste sentido, as autoras abordam três eixos temáticos para melhor compreensão dos leitores: 1- O adolescente e seu corpo; 2- Imagem corporal, adolescência e a deficiência física; 3- A atividade esportiva adaptada e deficiência física.

‘A Construção Social da Velhice: de Objeto de Caridade a Objeto de Novas Políticas Públicas’ traz reflexões a partir de uma tese desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia. Caracteriza-se como um trabalho de abordagem socioantropológico que discute, resumidamente, a trajetória histórica da construção social da velhice como “problema social”, tomando como perspectiva as relações intergeracionais, face as transformações no mundo do trabalho, na família e a institucionalização das relações sociais através da regulação do Estado.

O estudo realizado no capítulo ‘Para Além dos Protocolos: Análise Sociolinguística Interacional durante a Aplicação de um Teste de Compreensão de Sentenças com Pessoas com Alzheimer’ foi construído a partir das reflexões desenvolvidas em uma tese no Programa de Pós Graduação em Linguística da Universidade Federal da Paraíba. Nesse trabalho a autora tem como objetivo identificar os aspectos de interação conversacional entre pesquisador e idoso com Alzheimer durante a aplicação de um teste de compreensão de sentenças gramaticais. O processo de análise permitiu identificar aspectos verbais e não

verbais utilizados tanto pelo pesquisador quanto pelo sujeito nas três etapas: interação pré-teste, interação durante o teste e interação pós-teste. Os resultados iniciais mostram que as pistas de contextualização são importantes para o êxito da interação comunicativa e na condução do teste.

No capítulo que encerra a coletânea “Validade de uma Medida Psicométrica para Estudantes de Terapia Ocupacional” os autores caminham por uma área da Terapia Ocupacional vinculada aos aspectos que abordam a saúde do trabalhador. O objetivo do estudo foi verificar a adequação do modelo Inventário de *Burnout* de Maslach para Estudantes - *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS) com o intuito de verificar a confiabilidade e validade do modelo para este grupo, bem como identificar os itens do inventário que obtiveram maior importância/peso de respostas.

A produção dos trabalhos trazidos nessa obra foi possível pelo próprio percurso traçado individualmente pelos docentes que compõem o curso de graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Para a implantação do curso o corpo docente migrou de diferentes regiões do país e a maior parte dele ainda estava em busca de qualificação profissional, o que gerou a produção dos muitos excertos de teses aqui apresentados.

É possível perceber que a interlocução dos saberes da Terapia Ocupacional possibilitou aos docentes a ampliação dos campos do saber da própria área dialogando com perspectivas ilimitadas do cotidiano visto sob a óptica das demais áreas do saber. Desse modo ensejamos que o resultado desses processos individuais que compõem o coletivo de Departamento de Terapia Ocupacional possa, além de marcar a comemoração dos 10 anos de criação do curso, nortear a produção de novas práticas e pesquisas nas diferentes áreas pelas quais a profissão caminha.

Uma parte do desenho da capa deste ebook é a imagem do Evento Comemorativo dos 10 anos da Terapia Ocupacional e autoria de Marina Batista Chaves Azevedo de Souza (Doutora em Terapia Ocupacional e Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Sergipe) e de Viviane Fonseca Santos (Graduanda em Farmácia na Universidade Federal de Sergipe).

Cláudia Regina Cabral Galvão

Andreza Aparecida Polia

Marcia Queiroz de Carvalho Gomes



Sumário

CAPÍTULO 120

UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA A
PARENTALIDADE E PARA O AUTOCONCEITO E A AUTOEFICÁCIA
NOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO INFANTIL

Alyne Kalyane Câmara de Oliveira

CAPÍTULO 2 32

ASPECTOS TEÓRICOS ESSENCIAIS NA COMPREENSÃO DA AQUISIÇÃO DE
LINGUAGEM: AS BASES DA ATENÇÃO CONJUNTA E INTENCIONALIDADE

Andreza Aparecida Polia

CAPÍTULO 3 42

UM OLHAR DA SAÚDE PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO
DE LACTENTES INSERIDOS EM CRECHES

Ângela Cristina Dornelas da Silva

CAPÍTULO 450

COMPARAÇÃO ENTRE A EFICÁCIA PERCEBIDA POR CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO E SEUS PAIS

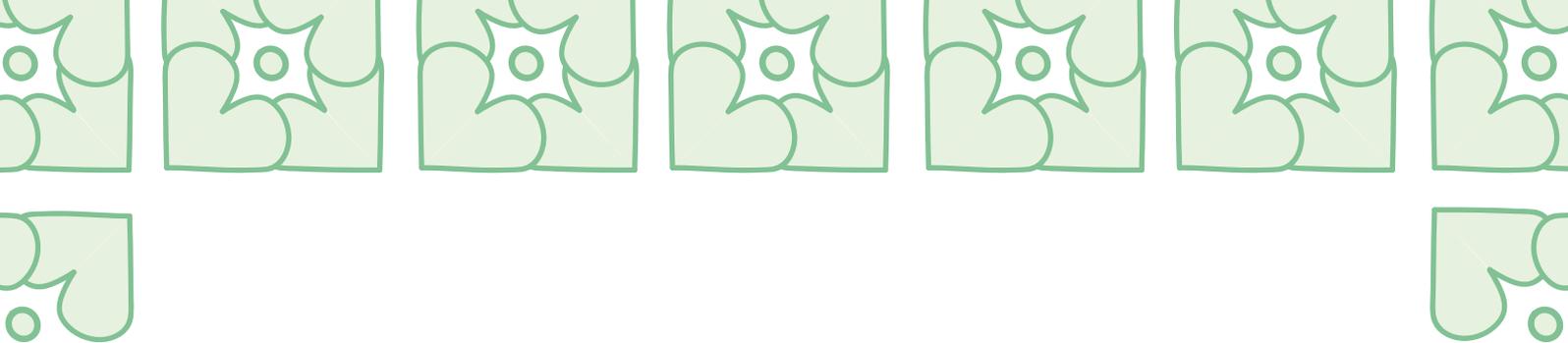
*Clarice Ribeiro Soares Araújo, Flaviana Alves Rodrigues, Luana Fernandes Azevedo,
Priscila A. Costa Valadão, Ana Amélia Cardoso*

CAPÍTULO 560

RESPIRAÇÃO ORAL E PROCESSAMENTO SENSORIAL DE CRIANÇAS

*Ana Carollyne Dantas de Lima, Daniele Andrade da Cunha,
Camilla Albertina Dantas de Lima, Hilton Justino da Silva*





CAPÍTULO 667

A SAÚDE COMO UMA AÇÃO CRIATIVA DE ENFRENTAMENTO
DA VIDA: A EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE
ABUSAM DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Carolina Couto da Mata, Vanessa Andrade de Barros

CAPÍTULO 7 74

DESEMPENHO OCUPACIONAL DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS

Livia Patrícia Araújo dos Santos, Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

CAPÍTULO 888

TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL NO NORDESTE: EXPERIÊNCIAS
ADVINDAS DO NÚCLEO METUIA UFPB/UNCISAL

*Beatriz Prado Pereira, Iara Falleiros Braga, Gustavo Artur Monzeli,
Waldez Cavalcante Bezerra*

CAPÍTULO 9 102

CADEIRA DE RODAS DIGITALIZADA NO SERTÃO
NORDESTINO: VENCENDO DISTÂNCIAS

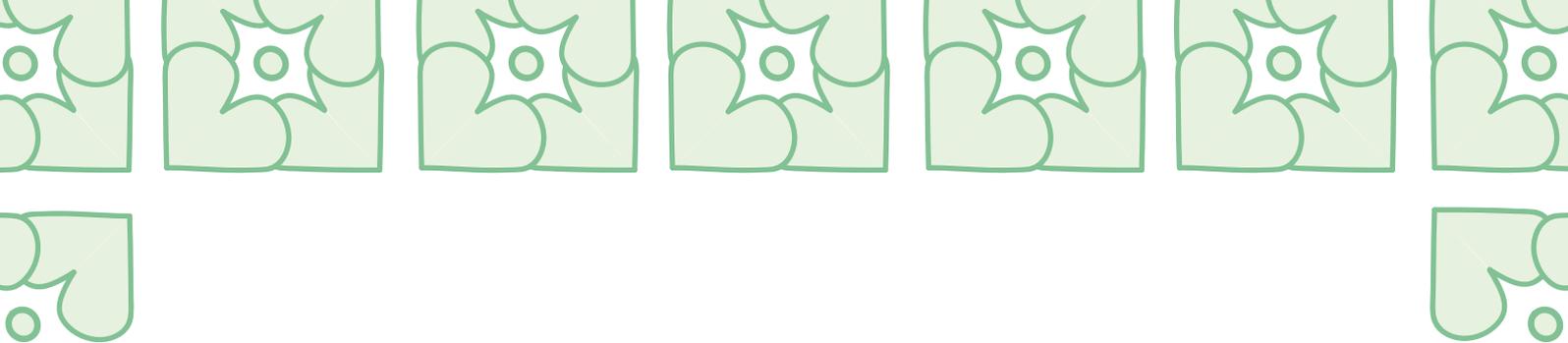
*Cláudia Regina Cabral Galvão, Priscilla Maria de Andrade Cavalcante
Silvana Santos, Selma Lancman*

CAPÍTULO 10 111

INFLUÊNCIA DO ESPORTE ADAPTADO NA AUTOIMAGEM
DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Valéria Leite Soares, Silvana Maria Blascovi-Assis





CAPÍTULO 11 121

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE: DE OBJETO DE CARIDADE A OBJETO DE NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Marcia Queiroz de Carvalho Gomes

CAPÍTULO 12 131

PARA ALÉM DOS PROTOCOLOS: ANÁLISE SOCIOLINGÜÍSTICA INTERACIONAL DURANTE A APLICAÇÃO DE UM TESTE DE COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COM PESSOAS COM ALZHEIMER

Berla Moreira de Moraes

CAPÍTULO 13 143

VALIDADE DE UMA MEDIDA PSICOMÉTRICA PARA ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Joana Elise Araújo Lopes, Danilo Nascimento Rolim dos Santos, Erivaldo Lopes de Souza, Bárbara Iansã de Lima Barroso

APRESENTAÇÃO DOS AUTORES..... 157





Capítulo 1

UM OLHAR DA TERAPIA OCUPACIONAL PARA A PARENTALIDADE E PARA O AUTOCONCEITO E A AUTOEFICÁCIA NOS PROCESSOS DE AVALIAÇÃO INFANTIL

Alyne Kalyane Câmara de Oliveira

INTRODUÇÃO

Este capítulo versa sobre aspectos revelados na ocasião do meu estudo de doutorado (OLIVEIRA, 2016), os quais provocaram reflexões e trouxeram contribuições à minha formação como terapeuta ocupacional. A referida pesquisa se insere no contexto do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEEs) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), onde pude desenvolver a tese intitulada “Autoconceito, autoeficácia e parentalidade: crianças com deficiência física, com desenvolvimento típico e seus familiares”, sob orientação da professora Dra. Thelma Simões Matsukura e coorientação da professora Dra. Anne Marie Germaine Victorine Fontaine.

A proposta de estudo surgiu com a finalidade de investigar relações entre as autoavaliações infantis e as práticas educativas/estilos parentais, tanto na população de crianças com deficiência física, como em crianças com desenvolvimento típico. Ao decidir investigar sobre autoavaliações, como terapeuta ocupacional, precisei debruçar-me sobre referenciais da Psicologia do Desenvolvimento, para compreensão das crenças autorreferenciadas, selecionando o autoconceito e o senso de autoeficácia como objetos de estudo. Além destes, a parentalidade foi outro conceito que teve foco e precisou ser aprofundado.

Desde o princípio de minha atuação como terapeuta ocupacional, a atenção à infância tem marcado minha trajetória profissional, com ações e pesquisas voltadas principalmente para a saúde e a educação da criança com deficiência, de seus familiares e demais aspectos que perpassam os contextos em que estas populações se inserem. Na ocasião do estudo de mestrado (OLIVEIRA, 2012) havia

investigado sobre a percepção/julgamento de cuidadores familiares de crianças com paralisia cerebral e de profissionais da reabilitação sobre o desempenho funcional dessas crianças e fatores relacionados à avaliação dos pais acerca da funcionalidade de sua criança com deficiência.

Neste percurso, passei a indagar-me acerca da percepção que as crianças têm sobre si mesmas, numa tentativa de “dar voz” às crianças, incluindo as com algum tipo de deficiência, acreditando na importância desta autoavaliação em seu desenvolvimento, como elemento motivacional e que deve ser considerado por aqueles que lidam diretamente com esta população, seja em contexto domiciliar, escolar ou terapêutico. Mais que isso, é preciso lidar com a criança enquanto ser singular e sujeito de direitos, de maneira que seus desejos e julgamentos, inclusive sobre si mesma, devem ser considerados.

Verifica-se, na prática, a consideração destes aspectos por parte de alguns profissionais da área da saúde e/ou da educação, mas em geral, não é comum o uso de análises sistemáticas sobre os julgamentos infantis, com o uso de protocolos ou técnicas de avaliação, o que poderia potencializar o sucesso e a eficiência das intervenções. Um melhor entendimento sobre estes julgamentos pode ajudar os profissionais a interpretar os resultados de suas intervenções e criar abordagens efetivas para desenvolver na criança a confiança sobre si mesma. Nos casos em que tais aspectos não são sequer considerados, a prevenção de problemas e a promoção do desenvolvimento da criança ficam a desejar.

Em crianças com deficiência física, além dos comprometimentos motores da própria condição de saúde e dos fatores do ambiente, a forma como a criança se autoavalia, como seu autoconceito e sua autoeficácia, podem levar a repercussões na aprendizagem, no comportamento e na funcionalidade infantil. Dentre os fatores ambientais, sugere-se a influência dos cuidadores familiares no desenvolvimento do autoconceito e da autoeficácia de suas crianças, a partir da forma como orientam o comportamento dos filhos no cotidiano, também denominada como práticas e estilos parentais.

Considerando a importância do autoconceito e da autoeficácia no processo de desenvolvimento da criança em geral e, especificamente, da criança com deficiência física, ao utilizarem suas habilidades nas atividades cotidianas e como elemento motivacional para a aquisição de novas habilidades funcionais, compreende-se como relevante identificar o modo como estas crianças se percebem em diferentes domínios e as possíveis relações existentes entre os estilos parentais e as autoavaliações infantis.

CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA

Sobre a Fundamentação Teórica

No intuito de contextualizar o campo de investigação da pesquisa, apresentar os principais constructos e conceitos envolvidos na temática e fundamentar a justificativa do estudo, a tese inicialmente aborda os conceitos de deficiência física e suas repercussões na funcionalidade da criança; os aspectos conceituais das autoavaliações infantis, com ênfase no autoconceito e na autoeficácia; aponta estudos que se propuseram a investigar o autoconceito e a autoeficácia em crianças com deficiência física; discorre a respeito da parentalidade – práticas educativas e estilos parentais – e da influência em relação as autoavaliações infantis, para poder apresentar o objetivo que norteia o estudo e as hipóteses investigadas.

O autoconceito refere-se a um conjunto de atribuições cognitivas que a pessoa faz sobre si, sobre suas características pessoais e seu comportamento em situações (CANDIEUX, 1996). Possui caráter amplo, envolvendo atribuições em diferentes domínios, como conduta comportamental, aparência física, desempenho cognitivo/acadêmico, desempenho motor/atlético e aceitação social (HARTER, 1985), numa perspectiva multidimensional.

A autoeficácia reflete o autojulgamento diante de uma tarefa e contexto específico, relacionada às expectativas ligadas ao *self* e à percepção de sua própria capacidade em realizar uma determinada tarefa, mobilizar recursos e agir para controlar demandas do ambiente, ou seja, uma avaliação do que o indivíduo acredita ser capaz de fazer, a partir das competências que possui (BANDURA; AZZI; POLYDORO, 2008; MISSIUNA *et al.*, 2006).

Ambos começam a ser construídos na infância, a partir das interações com outras pessoas e das interpretações que a criança faz do seu ambiente, como quando ela se percebe produzindo efeitos por meio das suas ações. Podem ser alterados ao longo da vida, de acordo com experiências significativas, e podem mediar processos de funcionalidade, participação, saúde e bem-estar da pessoa ao decorrer dos ciclos de vida (TAYLOR *et al.*, 2014; BAUM; CHRISTIANSEN, 2005).

Acerca das autoavaliações infantis, como parte da tese, revisão sistemática da literatura foi realizada com o objetivo de identificar pesquisas que investigaram sobre o autoconceito e a autoeficácia em crianças com deficiência física, evidenciar e discutir sobre o que elas têm revelado sobre as autoavaliações nessa população (OLIVEIRA; MATSUKURA; FONTAINE, 2017).

A busca foi realizada durante o mês de maio de 2015, em bases de dados eletrônicas: MEDLINE, LILACS, SCIELO, Biblioteca Cochrane, Index Psi Periódicos, PubMed, PePSIC e Redalyc, considerando-se o período de publicação dos artigos entre os anos de 1995 e 2014, a partir da combinação entre os termos: criança, autoeficácia, autoconceito, autopercepção, pessoas com deficiência e paralisia cerebral, além de seus respectivos em inglês. Após processo de triagem e seleção da amostra de artigos por meio de critérios de inclusão, sete estudos foram analisados.

Todos estrangeiros, apenas um deles abordava a autoeficácia (MISSIUNA *et al.*, 2006) e seis investigaram sobre o autoconceito em crianças com deficiência física, especificamente, com paralisia cerebral (SOYUPEK *et al.*, 2010; DUNN *et al.*, 2009; ZIEBELL *et al.*, 2009; RUSSO *et al.*, 2008; SHIELDS *et al.*, 2007; SCHUENGEL *et al.*, 2006).

Os resultados indicaram que não há conformidade sobre o autoconceito de crianças com paralisia cerebral, não existindo evidências suficientes para concluir que este constructo seja inferior nestas crianças. Em relação a autoeficácia, em que apenas um estudo foi localizado, crianças com deficiência física se classificam como menos competentes que crianças com outros problemas no neurodesenvolvimento. Tais achados precisam ser considerados à luz das divergências metodológicas dos estudos, como características das amostras de crianças e os instrumentos de medida usados, sugerindo-se investigação sobre os constructos em cenário brasileiro, uma vez que aspectos culturais, muito provavelmente, devem repercutir nas autoavaliações infantis (OLIVEIRA; MATSUKURA; FONTAINE, 2017).

Uma das influências sobre o desenvolvimento de autoavaliações pode advir das estratégias e técnicas utilizadas pelos pais na educação dos filhos, ou seja, as práticas educativas parentais, bem como, do resultado do uso de um conjunto dessas práticas, o estilo parental (ROCHA; INGBERMAN; BREUS, 2011; GOMIDE, 2006).

A maneira como os pais lidam com questões de poder, hierarquia e apoio emocional na relação com seus filhos reflete o estilo parental (SALVO; SILVARES; TONI, 2005). Sendo que as práticas educativas parentais podem ser classificadas em positivas e negativas (GOMIDE, 2006).

Sobre a parentalidade – práticas educativas e estilos parentais – como um relevante fator ambiental, a tese buscou avançar na compreensão da adoção dos estilos e práticas educativas parentais em famílias de crianças com e sem deficiência, uma vez que a literatura não aponta resultados conclusivos sobre o assunto (PINQUART, 2013; DYCHES *et al.*, 2012) e por entender que esse conhecimento traz importantes subsídios para intervenções na área

da saúde e da educação, numa tentativa de identificar possíveis relações entre a parentalidade e as crenças autorreferenciadas em crianças com desenvolvimento típico e com deficiência física.

Sobre o Objetivo e Hipóteses

A pesquisa teve como objetivo comparar os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física e crianças com desenvolvimento típico, e verificar relações entre estas autoavaliações, os estilos e as práticas educativas parentais de seus cuidadores familiares.

As seguintes hipóteses foram testadas:

- Os estilos e práticas educativas parentais de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física diferem dos de crianças com desenvolvimento típico.
- O autoconceito e a autoeficácia de crianças com deficiência física são mais baixos do que os de crianças com desenvolvimento típico.
- Há correlações positivas entre os estilos e práticas educativas parentais positivas de cuidadores familiares, o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico.
- Há correlação positiva entre o autoconceito e a autoeficácia tanto em crianças com deficiência física quanto em crianças com desenvolvimento típico.

Sobre os Procedimentos Metodológicos

A metodologia da pesquisa apresenta-se detalhada na íntegra da tese, com descrição dos participantes, do local de pesquisa, da instrumentação utilizada e dos procedimentos realizados, evidenciando todo o caminho percorrido pela pesquisadora para alcance dos objetivos traçados.

Brevemente, cabe aqui dizer que, no total, 112 participantes foram agrupados: 20 crianças com deficiência física, de todos os níveis de comprometimento motor (leve, moderado e grave); 36 crianças com desenvolvimento típico; e 56 cuidadores familiares principais das crianças. Estas eram meninos e meninas, com idade entre 8 e 12 anos, inseridas em escolar regular pública. A amostra participante foi intencional, identificada com objetivo e por conveniência.

Os instrumentos utilizados com as crianças de ambos os grupos foram o *Self-Perception Profile for Children* (SPPC) (VALENTINI *et al.*, 2010) e o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS) (RUGGIO; MAGALHÃES, 2008); com os cuidadores foi utilizada uma Ficha de Caracterização do Cuidador e Grupo Familiar, uma Ficha de Caracterização da Criança e o Inventário de Estilos Parentais (IEP) (SAMPAIO; GOMIDE, 2007) e ainda, o *Gross Motor Function Classification System (GMFCS) - Family Report Questionnaire* (MORRIS; GALUPPI; ROSEMBAUM, 2004) para classificar o nível motor apenas das crianças com deficiência física por seus cuidadores.

A pesquisa foi realizada em 16 escolas públicas de ensino fundamental, da Rede Municipal e Estadual de Educação, localizadas em Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte, na região nordeste do Brasil, nas quais foram localizadas as crianças, e o que oportunizou evidenciar um pouco desta realidade – descentralizando as pesquisas que acontecem, em maior parte, na região sudeste do país.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – São Carlos/SP, seguindo as recomendações vigentes na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, conforme protocolo nº166.946 e concordância das Secretarias de Educação do município e estado para realização nas escolas da rede de ensino de Natal/RN.

A coleta de dados com os cuidadores e crianças que concordaram em participar ocorreu durante onze meses, entre os anos de 2013 e 2014, nas escolas de vínculo das crianças, em dias e horários marcados. Separadamente, cada cuidador e criança respondia os instrumentos sob o formato de entrevista.

Os dados foram analisados de forma descritiva, evidenciando padrões de distribuição e frequência das variáveis, e inferencial, com abordagem estatística paramétrica, uso do software SPSS, e os resultados dos testes foram significativos quando $p < 0,05$.

Dados dos estilos e práticas educativas parentais dos cuidadores, do autoconceito e da autoeficácia das crianças com deficiência física foram comparados com os das crianças com desenvolvimento típico através dos testes *t*, qui-quadrado, exato de Fisher, ANOVA-*one way* e *post hoc*-LSD.

As médias de autoeficácia, do autoconceito, do estilo parental e práticas educativas parentais foram comparadas com variáveis da criança e do cuidador, a saber: o sexo e a idade da criança; a condição de trabalho, a situação conjugal e a escolaridade do cuidador. Posteriormente, estas médias ainda foram

comparadas em relação à variável nível de comprometimento motor das crianças com deficiência.

Correlações entre os estilos e práticas parentais dos cuidadores familiares, do autoconceito e da autoeficácia das crianças com e sem deficiência foram investigadas com uso do teste de Pearson, para identificar relações entre estas variáveis nos grupos, separadamente, e ainda, no grupo de crianças com comprometimento motor leve e no grupo com comprometimento motor moderado ou grave.

Sobre os Resultados e Discussões

A maior contribuição da tese refere-se à apresentação dos resultados obtidos com a pesquisa, principalmente os resultantes das análises estatísticas inferenciais: comparativas e correlacionais, assim como, a discussão dos resultados, a qual foi dividida e organizada em partes, valorizando a discussão sobre as hipóteses testadas, mas também trazendo apontamentos sobre dados secundários revelados que merecem atenção (como o resultado descritivo dos estilos parentais adotados em ambos os grupos, considerações sobre o nível de comprometimento motor e o brincar como parte da rotina de crianças com e sem deficiência, sobre o acesso e a participação de crianças com necessidades educacionais, como os alunos com deficiência, em salas de recursos multifuncionais nas escolas regulares, e sobre a organização dos dados do alunado pelas escolas e secretarias). Discussões sobre perspectivas de ações/intervenções e sobre avanços, limites e questões futuras a partir do estudo também são pontuadas.

REFLEXÕES PARA A PRÁTICA DA TERAPIA OCUPACIONAL

Para além dos resultados de uma investigação, que sinalizam a “fotografia” de uma determinada realidade – crianças com deficiência física, crianças com desenvolvimento típico e seus cuidadores familiares principais, no caso do referido estudo – e que devem ser aprofundados em pesquisas futuras, vivenciar o processo de construção de uma tese de doutorado, imersa em novos aprendizados, trouxe significativas contribuições à minha prática profissional, algumas das quais tentarei elencar, a partir da ponderação de conceitos centrais e princípios básicos para a profissão, como os descritos no documento Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo (AOTA, 2015).

A primeira delas é a reflexão que a pesquisa suscita sobre estratégias de atenção à criança, com a participação ativa dela, por meio do processo de lhes dar voz e considerar seu julgamento acerca de si própria nas ações de cuidados que envolvem a educação e a saúde integral infantil, como no domínio e processo de prática da Terapia Ocupacional. Por vezes, durante os anos em que estive dedicada à esta pesquisa, me vi revisitando a condução de casos que havia acompanhado e o quanto eu poderia ter feito diferente em relação a valorização da percepção da criança sobre si e a importância de considerá-la nos processos terapêuticos, a partir de avaliações/instrumentos que alcancem de fato a autoavaliação da criança (em diferentes domínios) e sobre suas habilidades.

Na prática da Terapia Ocupacional isto pode ser aplicável, por exemplo, ao traçar o perfil ocupacional e realizar a análise do desempenho ocupacional de crianças em terapia (seja no brincar, no autocuidado, nas atividades escolares). A partir destes, é possível e indicado criar metas em colaboração com o cliente (ainda que criança), que conduzam aos resultados desejados (como a participação e o envolvimento em determinadas ocupações), o que ajudaria na efetividade dos planos de intervenção traçados em conjunto também com outros mediadores do desenvolvimento, como seus cuidadores principais, na maioria das vezes, seus pais.

Devem ser também considerados como agentes de transformação na vida da criança, seus professores, seus pares e terapeutas, e que apesar das crenças (autorreferenciadas) serem entendidas como um fator do cliente, múltiplos fatores podem influenciar na origem e desenvolvimento dessas percepções, incluindo não apenas as experiências vivenciadas na família, mas aquelas exigidas ao longo da vida nos diferentes ambientes, como na escola e na comunidade.

Nesta direção, especial atenção deve ser dada à relação indivíduo-tarefa-ambiente, uma vez que tanto a elaboração quanto a expressão de crenças autorreferenciadas, como as estudadas, emergem da interação da pessoa com o meio.

Outra reflexão importante que o estudo provoca é o cuidado em não considerarmos em nossa prática estigmas sociais, como generalizar que pessoas com alguma deficiência não podem se sentir bem consigo mesmas. Ao generalizar, não damos oportunidade para o cliente demonstrar como ele realmente se percebe e acabamos por interferir negativamente em seus processos de motivação, envolvimento em ocupações e participação na vida, afastando-se do êxito em alcançar a saúde e bem-estar dos clientes, como um dos propósitos de nossa atuação, em seu sentido mais amplo.

Isto serve não apenas para os profissionais, mas também se aplica (no contexto da tese) aos cuidadores familiares das crianças, ao considerar que as

práticas e o estilo parental, como um fator ambiental, têm especial relevância no processo de desenvolvimento dos filhos, por exemplo, a forma como as relações e atitudes dos pais, incluindo a forma como orientam o comportamento dos filhos, podem repercutir no nível de participação da criança em seu cotidiano, ajudando a promover, facilitar, apoiar e/ou manter a saúde desta. Para tanto, a parentalidade pode interferir no desempenho ocupacional da criança ao agir como facilitador ou barreira.

Nesta direção, uma aplicação para a prática proveniente do contexto da tese refere-se a importância do apoio e orientação profissional no processo terapêutico frente aos estilos e práticas educativas adotadas por pais (independentemente de positivas ou negativas), para que o familiar busque recursos, se empodere e saiba lidar com as situações estressoras da rotina de ser cuidador de uma criança (com ou sem deficiência) e possam fazer uso consciente das práticas e estilos parentais.

De forma geral, importante relativizar toda informação ou observação junto às crianças e suas famílias com base tanto nos fatores do cliente, quanto nos ambientes; consideração esta que remete a relação transacional – entre a pessoa, seu envolvimento em ocupações, e o contexto em que se insere – que define e guia a prática da Terapia Ocupacional, como num olhar concomitante para todos os aspectos do domínio da profissão; complexo, mas fundamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação acerca das autoavaliações na infância e sobre a parentalidade em cuidadores familiares de crianças, com e sem deficiência física, permitiu uma análise mais aprofundada sobre como estes fatores podem se relacionar e sobre como estes devem ser considerados no processo de prática da Terapia Ocupacional.

Dentre as reflexões resultantes da tese, de forma geral, aponta-se para a necessidade de um olhar e enfoque simultâneo sobre as crianças e suas famílias nas ações de terapeutas ocupacionais que lidam com o público infantil, buscando entender os diferentes aspectos do domínio e do processo da prática, como os fatores do cliente e dos ambientes, que estão a impactar na vida e saúde das pessoas.

Não obstante, o estudo acrescenta ao conhecimento da área e representa uma possibilidade de tornar mais eficaz o direcionamento de ações de saúde e também de educação, como a prestação de serviços e intervenções profissionais com atenção voltada aos cuidadores familiares, incluindo a consideração de diferentes aspectos dos contextos familiares, como a parentalidade, e que contribuam para um ambiente mais favorável ao desenvolvimento infantil e à

promoção da funcionalidade das crianças, especialmente as com deficiência, através do envolvimento ativo dessas nas investigações sobre seu processo de desenvolvimento, a partir da autoavaliação.

FINANCIAMENTO

O presente trabalho foi realizado com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

REFERÊNCIAS

AOTA, American Occupational Therapy Association. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo (3ed.). Traduzida. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 26(ed. Esp.), p. 1-49, jan./abr., 2015.

BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria Social Cognitiva**: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed, 176 p. 2008.

BAUM, C. M.; CHRISTIANSEN, C. Person-environment-occupation-performance: an occupation-based framework for practice, Cap. 11. *In*: CHRISTIANSEN, C.; BAUM, C. M. (Eds.). **Occupational therapy**: performance, participation and well-being. Thorofare, NJ: Professional Book Division, 2005.

CANDIEUX, A. Psychometric properties of a pictorial self-concept scale among young learning disabled pupils. **Psychology in the schools**, v. 33, n. 3, p. 221-229, 1996.

DUNN, N.; SHIELDS, N.; TAYLOR, N.F.; DODD, K.J. Comparing the self-concept of children with cerebral palsy to the perceptions of their parents. **Disability and Rehabilitation**, v. 31, n. 5, p. 387-393, 2009.

DYCHES, T. T.; SMITH, T. B.; KORTH, B.B.; ROPER, S.O.; MANDECLO, B. Positive parenting of children with developmental disabilities: a metaanalysis. **Research in Developmental Disabilities**, v. 33, p. 2213-2220, 2012.

GOMIDE, P. I. C. **Inventário de estilos parentais (IEP)**: modelo teórico – manual de aplicação, apuração e interpretação. Petrópolis: Editora Vozes, 2006.

HARTER, S. **Manual self-perception profile for children**. University of Denver, 1985.

MISSIUNA, C.; POLLOCK, N.; LAW, M.; WALTER, S.; CAVEY, N. Examination of the perceived efficacy and goal setting system (PEGS) with children with disabilities,

their parents, and teachers. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 60, p. 204-214, 2006.

MORRIS, C.; GALUPPI, B. E.; ROSEMBAUM, P. L. Reliability of family report for the gross motor function classification system. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 46, n. 7, p. 455-460, 2004.

OLIVEIRA, A. K. C. **Repertório funcional de crianças com paralisia cerebral: a perspectiva de cuidadores e profissionais**. 137 f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2012.

OLIVEIRA, A. K. C. **Autoconceito, autoeficácia e parentalidade: crianças com deficiência física, com desenvolvimento típico e seus familiares**. 152p. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OLIVEIRA, A. K. C.; MATSUKURA, T. S.; FONTAINE, A. M. G. V. Autoconceito e autoeficácia em crianças com deficiência física: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 23, n. 1, p. 145-160, jan./mar., 2017.

PINQUART, M. Do the parent-child relationship and parenting behaviors differ between families with a child with and without chronic illness? A meta-analysis. **Journal of Pediatric Psychology**, v. 38, n. 7, p. 708-721, 2013.

ROCHA, G. V. M.; INGBERMAN, Y. K.; BREUS, B. Análise da relação entre práticas parentais e o autoconceito de pré-escolares. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 13, n. 1, p. 87-106, 2011.

RUGGIO, C. I. B.; MAGALHÃES, L. C. **Adaptação transcultural do perceived efficacy and goal setting system – PEGS para crianças brasileiras**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Reabilitação) - Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

RUSSO, R. N.; GOODWIN, E.J.; MILLER, M.D.; HANN, E.A.; CONNELL, T.M.; CROTTY, M. Self-esteem, self-concept, and quality of life in children with hemiplegic cerebral palsy. **Journal of Pediatrics**, v. 153, n. 4, p. 473-477, 2008.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como preditoras de problemas de comportamento e competência social. **Psicologia em Estudo**, v. 22, n. 2, p. 187-196, 2005.

SAMPAIO, I. T. A.; GOMIDE, P. I. C. Inventário de estilos parentais (IEP) – Gomide (2006): percurso de padronização e normatização. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 25, n. 48, p. 15-26, jan./mar. 2007.

SHUENGEL, C.; VOORMAN, J.; STOLK, J.; DALLMEIJER, A.; VERMEER, A.; BECHER, J. Self-worth, perceived competence, and behaviour problems in children with cerebral palsy. **Disability and Rehabilitation**, v. 28, n. 20, p. 1251-1258, 2006.

SHIELDS, N.; LOY, Y.; MURDOCH, A.; TAYLOR, N.F.; DODD, K.J. Self-concept of children with cerebral palsy compared with that of children without impairment. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 49, n. 5, p. 350-354, 2007.

SOYUPEK, F.; AKTEPE, E.; SAVAS, S.; ASKIN, A. Do the self-concept and quality of life decrease in CP patients? Focussing on the predictors of self-concept and quality of life. **Disability and Rehabilitation**, v. 32, n. 13, p. 1109-1115, 2010.

TAYLOR, C.; LILLIS, C.; LeMONE, P; LYNN, P. **Fundamentos da enfermagem: a arte e a ciência do cuidado de enfermagem**. 7ª ed. São Paulo: Artmed. 2014.

VALENTINI, N. C.; VILLWOCK, G.; VIEIRA, L.F.; VIEIRA, J.L.L.; BARBOSA, M.L.L. Validação brasileira da escala de autopercepção de Harter para crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n. 3, p. 411-419, 2010.

ZIEBELL, M.; FROUDE, E.; IMMS, C.; McCOY, A., The relationship between physical performance and self-perception in children with and without cerebral palsy. **Australian Occupational Therapy Journal**, v. 56, p. 24–32, 2009.



Capítulo 2

ASPECTOS TEÓRICOS ESSENCIAIS NA COMPREENSÃO DA AQUISIÇÃO DE LINGUAGEM: AS BASES DA ATENÇÃO CONJUNTA E INTENCIONALIDADE

Andreza Aparecida Polia

INTRODUÇÃO

Este trabalho é um recorte comentado da tese intitulada “Aquisição de linguagem nas especificidades da Encefalopatia Crônica Não Progressiva” vinculada ao LAFE (Laboratório de Aquisição da Fala e da Escrita) do Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal da Paraíba.

Neste texto, optamos por apresentar os conceitos teóricos que foram abordados como fundamentação da tese e que explicam como se desenvolvem as interações entre adultos, bebês e um terceiro elemento que pode ser um outro ser humano ou um objeto do contexto.

ATENÇÃO CONJUNTA E HABILIDADES SOCIAIS

Bruner (1975;1983) foi um dos primeiros pesquisadores a estudar a atenção conjunta considerando a fase da aquisição de linguagem como um processo do qual fazem parte as interações afetivas entre mãe e criança para o estabelecimento das trocas comunicativas. Ele defende que, desde que a criança nasce, está inserida em contextos comunicativos com os sujeitos que a cercam e aprende a expressar seus desejos e a como compreender os desejos de seus interlocutores.

Através das primeiras interações, a atenção conjunta, segundo o autor, é um processo com um formato triangular que envolve adulto, criança e um objeto, que se torna o foco do olhar compartilhado entre a mãe e a criança (BRUNNER, 1983).

Com a possibilidade de estabelecer e manter esse contato visual com o parceiro, o que começa a acontecer por volta dos sete meses de idade do bebê e, inicialmente, é controlado pelo adulto, a criança começa a perceber, na fala da mãe, a indicação de que está olhando para determinado objeto, o qual se tornará o foco da atenção conjunta.

De acordo com Scarpa (2001), esse processo começa de forma gestual e, posteriormente, ocorre de forma verbal, o que propicia à interação adulto-criança a aquisição do sistema de transitividade que será determinante para estabelecer papéis discursivos.

Tomasello (2003) pontua que as crianças demonstram condições muito precoces para interagir e colaborar com os outros e que essas condições vão sendo aprimoradas na ontogênese humana. Baseado nas propostas de Brunner (1975), o autor considera que a criança tem a oportunidade de compreender a intencionalidade contida nas ações do outro, quando se engaja socialmente. A partir desse momento, as habilidades sociais se ampliam quando a criança começa a interagir diadicamente (TOMASELLO, 2003).

No engajamento diádico, a criança se envolve num esquema interacional com trocas de turno com o outro por meio do olhar, do toque, do sorriso e da vocalização. Nesse modo de interagir, os participantes precisam compreenderem os outros como agentes intencionais e demonstrar motivação para compartilhar as emoções (TOMASELLO, 2003; TOMASELLO *et. al.*, 2005). Sobre isso, Cavalcante (2018) explica:

O reconhecimento de uma ação é uma habilidade amplamente compartilhada e tem uma história evolutiva bastante profunda. A capacidade de analisar as ações do outro e antecipar os resultados da ação é fundamental para que qualquer tipo de vida social coordenada seja possível. Assim, o estabelecimento de interação colaborativa só pode ser alcançado através da percepção mútua de ações visíveis do outro. E através da “leitura” das orientações de cada um, é que a orientação conjunta pode acontecer (CAVALCANTE, 2018, p. 13).

Tomasello (2003) trata, ainda, da importância de se desenvolver a comunicação gestual, que possibilitará a participação cooperativa do ser humano no meio social. Para ele, os gestos constituem a primeira forma de comunicação humana que será ampliada com a aquisição dos símbolos linguísticos.

ATENÇÃO CONJUNTA E INTENCIONALIDADE

Outro conceito desenvolvido por Tomasello (2003) se refere às propriedades da atenção conjunta, em que ele demonstra que os bebês passam a compreender a existência do outro como ser intencional, o que ele denomina como um dos processos que ocorrem na “revolução dos nove meses de idade” e, através dos quais, se desenvolvem as relações com focos externos (por exemplo: objetos, ambientes ou situações), que podem ser acompanhadas, dirigidas ou compartilhadas.

O termo “atenção conjunta” começou a ser utilizado por Tomasello (2003) para indicar um conjunto de comportamentos que são triádicos, ou seja, o envolvimento da coordenação do bebê em sua interação com objetos, pessoas ou situações, o que resulta em um triângulo referencial: criança, adulto e objeto ou evento.

Para Costa Filho e Cavalcante (2013), a atenção conjunta é um modo de funcionar que a criança utiliza para garantir seu lugar na interação. Podemos observar essas cenas de atenção conjunta com o adulto, já que ele também utiliza estratégias para estabelecer trocas comunicativas com o bebê. A diferença é que o adulto pode usar a linguagem verbal para sustentar as cenas de atenção conjunta, enquanto a criança se expressa através da comunicação não verbal, como, por exemplo, utilizando o gesto de apontar.

Ávila-Nóbrega (2010) defende que a atenção conjunta é usada para indicar uma gama de comportamentos triádicos, que refletem o envolvimento da coordenação do bebê na interação com objetos e pessoas, o que resulta em um triângulo referencial: criança, adulto e objeto/evento, representado na figura 1.

Figura 1 - Relação triádica de atenção conjunta



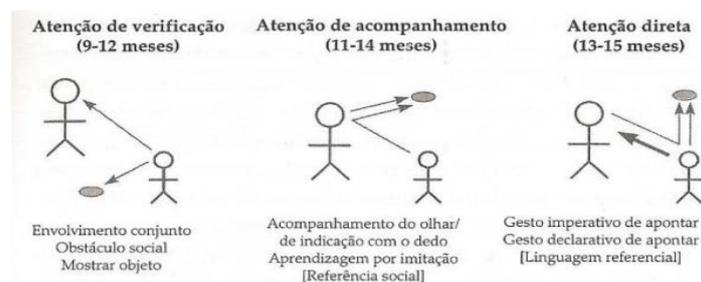
Fonte: ÁVILA-NÓBREGA (2010, p. 38)

O autor enfatiza, nessa figura, que não há uma relação hierárquica, visto que o uso do triângulo é para reforçar a ideia da relação triádica, e as setas demonstram que a interação nas situações de atenção conjunta não são unilaterais (ÁVILA-NÓBREGA, 2010; 2018). Para ele, essa representação envolve:

- (...) → o acompanhamento do olhar do bebê para o mesmo local direcionado pelo olhar do interagente;
- o envolvimento conjunto relativamente longo de interação com o interagente e objeto;
- o bebê percebe o interagente como ponto de referência social e
- o bebê realiza ações semelhantes às do interagente sobre os objetos e ambientes (ÁVILA-NÓBREGA, 2018, p. 80).

Carpenter, Nagell e Tomasello (1998) consideram que a alternância do olhar, o apontar e a imitação de gestos pela criança, ao se dirigir a um objeto cuja atenção compartilha com um adulto, são as pistas de que elas começam a perceber a intencionalidade do outro. Devido à complexidade da atenção conjunta, Tomasello (2003) descreveu as diferenças entre três formatos, nas cenas de atenção conjunta, que são diferenciados, principalmente, devido à postura que a criança assume (COSTA FILHO; CAVALCANTE, 2013) representados na figura 2.

Figura 2 - Tipos de interação de atenção conjunta



Fonte: TOMASELLO (2003, p.89)

Na atenção de verificação, há um envolvimento conjunto entre o adulto e a criança, que divide sua atenção entre a observação do adulto e a verificação de certo objeto inserido no espaço. Esse objeto seria um meio pelo qual a criança começa a estabelecer sua interação com o ambiente (COSTA FILHO, 2011). Esse tipo de atenção “estabelece-se em uma atividade conjunta, em que o adulto mostra o objeto tomando esse objeto como um “obstáculo social – ao bebê” (COSTA FILHO, 2015, p. 110).

O segundo tipo é denominado por Tomasello (2003) de atenção de acompanhamento. Nesse caso, a criança olha para um objeto/evento conduzida pelo olhar do adulto ou através dele, ou de um gesto de apontar desse adulto, ou, ainda, de ambos, olhar e o gesto de apontar. De acordo com Costa Filho (2011), embora exista a presença do gesto de apontar, o olhar do adulto é que direciona a atenção da criança, o que reforça a ideia de que, na ausência do apontar

convencional, apenas o olhar em direção a um objeto cumpre a função de levar a criança a observar o foco da atenção conjunta.

O terceiro tipo é denominado por Tomasello (2003) de atenção direta e conta com o uso do gesto de apontar, que pode ser declarativo ou imperativo. Nessa cena, tanto o adulto quanto a criança são responsáveis pela troca comunicativa que combina linguagem verbal e não verbal, esta última representada pelos gestos declarativos através dos quais a criança espera que o adulto compartilhe a atenção dada a algum objeto ou dos gestos imperativos que ocorrem quando ela espera que os adultos façam algo para ela. De acordo com Costa e Filho (2015, p. 111), “(...) nesse tipo de atenção conjunta, parece ser mais explícita a entrada do objeto foco da atenção, fato que se dá através da linguagem referencial utilizada pelo sujeito que traz o objeto à cena”.

Tomasello e Carpenter (2007) a partir de seus achados acerca da intencionalidade compartilhada, descrevem que representamos linguisticamente através do uso do pronome ‘nós’ e, o uso desse pronome se refere às intenções colaborativas em que os indivíduos compartilham seus estados psicológicos entre seus pares. Os autores reforçam que a grande premissa de Vygostky, que torna a cognição humana diferente das demais, é a capacidade que temos de aprender com o conhecimento das outras pessoas e dos artefatos criados ao longo do tempo, além da capacidade de colaborar uns com os outros em atividades coletivas.

HABILIDADES SOCIOCÓGNITIVAS E INTENCIONALIDADE COMPARTILHADA

Tomasello e Carpenter (2007, p. 121, trad. nossa) asseveram que há quatro conjuntos importantes de habilidades sociocognitivas que são transformadas pela intencionalidade compartilhada: acompanhamento do olhar e atenção conjunta (*gaze following and joint attention*), manipulação social e comunicação cooperativa (*social manipulation and cooperative communication*), colaboração e atividade em grupo (*group activity and collaboration*) e aprendizagem social e aprendizagem instruída (*social learning and instructed learning*).

A primeira diz respeito ao ‘acompanhamento do olhar e à atenção conjunta’ que reflete a capacidade que a criança tem de reconhecer a existência de outra pessoa, perceber seu olhar e compartilhar o mesmo foco de atenção, o que caracteriza um compartilhamento intersubjetivo:

É importante ressaltar que atenção conjunta não significa duas pessoas vivenciando a mesma coisa ao mesmo tempo, mas sim, duas pessoas

vivenciando a mesma coisa ao mesmo tempo, e sabendo juntas, que elas estão fazendo isso (TOMASELLO; CARPENTER, 2007, trad. nossa, p.121).

A segunda habilidade é denominada de ‘manipulação social e comunicação cooperativa’, representada pelos gestos que a criança faz quando tem a intenção de se comunicar (TOMASELLO; CARPENTER, 2007; MELO, 2015; COSTA FILHO, 2016), por exemplo, “(...) aos nove meses de idade, os bebês humanos começam a direcionar a atenção dos outros para os objetos, fazendo gestos para iniciar interações de atenção conjunta” (TOMASELLO; CARPENTER, 2007, trad. nossa, p. 122). Esse estudo aponta, ainda, que, por volta dos 12 meses, os bebês usam o gesto de apontar para compartilhar seus interesses e a atenção com outras pessoas e para informar aos outros sobre a presença de algo que eles desconhecem, o que, para os autores, significa que o apontar pode ser descrito como colaborativo, porque, mesmo quando as crianças o fazem querendo algo para si, elas são capazes de influenciar o objetivo das outras.

A terceira habilidade é a de “colaboração e atividade de grupo”, que se caracteriza pela capacidade de colaborar em ações que têm objetivos comuns, pelo próprio comprometimento e pela consciência desse comprometimento, além da concepção de planos compartilhados a fim de alcançar um objetivo. De acordo com Costa Filho (2016),

Nessa habilidade, a intencionalidade está presente no momento em que, dentro da atenção conjunta, os sujeitos traçam uma espécie de plano para atingir a meta que compartilham. Traçar um plano, entretanto, não é uma ação literal que poderíamos compreender como a elaboração de uma estratégia, mas sim uma marca do envolvimento dos sujeitos que partilham um determinado objetivo (COSTA FILHO, 2016, p.31).

Em sua tese, Melo (2015) relata que a habilidade de atividade de grupo e colaboração só é possível de ser desenvolvida por crianças que participam de contextos de atenção conjunta.

Posteriormente, Warneken e Tomasello (2009) colocaram essa habilidade como a base para o desenvolvimento do altruísmo. Os autores pesquisaram o comportamento de crianças com idades entre 14 e 18 meses, através de um experimento que envolvia alguém pendurando uma toalha em um varal e, acidentalmente, deixava um prendedor cair no chão e simulava não conseguir pegá-lo. Dentro do mesmo estudo, em outro ambiente, o pesquisador tentava guardar uma pilha de revistas dentro de um armário, mas fingia não conseguir abrir a porta porque suas mãos estavam ocupadas. Em ambas as situações, quase todas as crianças tomaram uma atitude de ajudar o pesquisador a realizar

sua tarefa, o que levou os autores a concluírem, entre outros aspectos, que o desenvolvimento da cooperação e das atividades em grupo é uma habilidade que pode ser observada já a partir do primeiro ano de vida e que tem a atenção conjunta em suas bases.

Por fim, a quarta habilidade transformada pela intencionalidade compartilhada é a de “aprendizagem social e aprendizagem instruída”. Os autores apontam, inicialmente, que há formas de aprendizagem social que ocorrem de maneiras individuais, por meio de informações unilaterais, por exemplo, quando as crianças recebem e agrupam informações de adultos confiáveis (MELO, 2015).

Por outro lado, a aprendizagem instruída se refere a situações de interação em que os adultos ensinam algo às crianças através de demonstração. Em ambos os casos, as formas de aprender estão inseridas na aprendizagem compartilhada, pois as crianças imitam o que foi aprendido para demonstrar aos adultos o que aprenderam.

Tomasello e Carpenter (2007) concluíram essa pesquisa refletindo que as habilidades e as motivações para a intencionalidade compartilhada são expressões diretas da adaptação biológica que possibilitam que as crianças participem das práticas culturais ao seu redor.

Essa intencionalidade e o contexto das relações em que ela se desenvolve, apresentada por Tomasello (2003), também é tratada por outros autores como Rivero (2003) e Rochat (2007), e de acordo com Sarriá (1991), Sugarman em 1973 foi a primeira autora que identificou a comunicação intencional como a coordenação por parte da criança de ações dirigidas a um objeto externo e a outra pessoa, com o intuito de satisfazer aos próprios propósitos, ou seja, a criança capta a atenção do adulto e transmite a ele seu desejo utilizando-o para alcançar um fim associado a um objeto.

Rivero (2003) relata que a comunicação intencional nos bebês é um tipo de habilidade que é, necessariamente, coconstruída em um contexto social e relacional, desde as primeiras trocas sociais estabelecidas entre o bebê e o adulto. Sobre isso, Aquino e Salomão (2018) refletem que

o desenvolvimento comunicativo não é um processo de trocas cognitivas ou linguísticas independentes das ações e das interações concretas, uma vez que o processo comunicativo está circunscrito nas trocas interpessoais que geram as representações mentais e as dotam de sentido. Nessa ótica, a intencionalidade comunicativa passa a ser concebida como um processo social e, portanto, abordada a partir de intenções expressas por meio de condutas não verbais, tais como os gestos, as expressões faciais,

os movimentos e as posturas do corpo de parceiros de uma interação (AQUINO; SALOMÃO, 2018, p. 415).

De acordo com Rochat (2007), a habilidade de comunicação intencional desenvolve-se através das trocas recíprocas, do espelhamento afetivo e da imitação mútua, que possibilitam ao bebê estabelecer as distinções entre o 'eu' e o 'outro'. Na visão desse autor, o desenvolvimento de ações intencionais nos bebês resulta da maneira única e tipicamente humana de comunicação recíproca e intencional entre os bebês e seus cuidadores, desde períodos iniciais da vida infantil.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A fala do adulto tem um papel promotor tanto na intencionalidade quanto no engajamento da criança nas cenas de atenção conjunta, pois, nos contextos desse tipo de cena, para as crianças que ainda estão no processo de aquisição da linguagem, a fala juntamente com os gestos que a acompanham e o direcionamento do olhar podem representar um indicativo ou mesmo uma condição para que de fato as cenas de atenção conjunta se constituam.

Esse conhecimento pode embasar as orientações tanto educacionais quanto familiares no que se refere ao processo de interação entre adultos e crianças, ou seja, profissionais e familiares devem ser instruídos acerca da importância de seus comandos verbais, gestuais e do olhar nas trocas interativas com os bebês e as crianças.

Entendemos que o desenvolvimento social e de algumas habilidades relacionais como o altruísmo estão intrinsecamente ligados aos contextos de atenção conjunta, de modo que, instrumentalizar os adultos acerca da melhor forma de interagir com as crianças, poderá potencializar a formação de vínculos com eles próprios e entre elas, favorecendo a estruturação de habilidades sociais futuras.

REFERÊNCIAS

AQUINO, F. de S. B.; SALOMAO, N. M. R. Intencionalidade comunicativa e atenção conjunta: uma análise em contextos interativos mãe-bebê. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, V. 24, n.1, p. 107-115, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 08 mar. 2018.

ÁVILA-NÓBREGA, P.V. **Dialogia mãe-bebê**: a emergência do envelope multimodal em contextos de atenção conjunta. 92f. Dissertação (Mestrado em Linguística).

Programa de Pós Graduação em Linguística. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2010.

ÁVILA-NÓBREGA, P.V. **O estudo do envelope multimodal como uma contribuição para a aquisição da linguagem.** 1ª Ed. Curitiba: Appris, 2018.

BRUNER, J. From communication to language: a psychological perspective. **Cognition**, v. 3, n. 3, p. 255-287, 1975.

BRUNER, J. **Childs talk:** learning to use language. New York: Norton, 1983.

CARPENTER, M.; NAGELL, K.; TOMASELLO, M. Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. **Monographs of the Society for Research in Child Development**, n.63, v. 4, p.1-175, 1998.

CAVALCANTE, M. C. B. Contribuições dos estudos gestuais para as pesquisas em aquisição da linguagem. **Linguagem & Ensino**, Pelotas, v.21, n. esp., VIII SENALE, p. 5-35-, 2018.

COSTA FILHO, J.M.S. da. **Olá, pocoyo:** a constituição da atenção conjunta infantil com o desenho animado.141f. Dissertação (Mestrado em Linguística). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2011.

COSTA FILHO, J. M. S.; CAVALCANTE, M.C.B. Atenção Conjunta e referência linguística em contextos interativos com um desenho animado. **Signo**, Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, p. 143-163, 2013.

COSTA FILHO, J.M.S. da. Notas sobre atenção conjunta: teoria, contextos e formatos. *In*: CAVALCANTE, M.C.B; FARIA, E.M.B. de. **Cenas em aquisição da linguagem:** multimodalidade, atenção conjunta e subjetividade. João Pessoa: Editora da UFPB, 2015.

COSTA FILHO, J.M.S. da. **Atenção conjunta:** o jogo da referência na realidade virtual.215f. Tese. (Doutorado em Linguística). Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2016.

COSTA FILHO, J. M. S.; CAVALCANTE, M.C.B. Atenção Conjunta e referência linguística em contextos interativos com um desenho animado. **Signo**, Santa Cruz do Sul, v. 38, n. 65, p. 143-163, 2013.

MELO, G.M.L. de S. **Cenas de atenção conjunta entre professoras e crianças em processo de aquisição de linguagem.** 2015.276f. Tese (Doutorado em Linguística). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

RIVERO, M. Los inicios de la comunicación: la intencionalidad comunicativa y el significado como procesos graduales. **Anuário de Psicologia**, v.3, n.34, p.337-356, 2003.

ROCHAT, P. Intentional action arises from early reciprocal exchanges. **Acta Psychologica**, n.124, p.8-25, 2007.

SARRIÁ, E. Observacion de la comunicacion intencional preverbal: um sistema de codificacion basado em el concepto de categoria natural. **Psicotema**, v.2, n.3, p. 359-380, 1991.

SCARPA, E.M. Aquisição da linguagem. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A.C. (orgs.). **Introdução à linguística: domínios e fronteiras** v.2. São Paulo: Cortez, p.203-232, 2001.

TOMASELLO, M. **Origens culturais do conhecimento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

TOMASELLO, M. **Constructing a language: a usage-based theory of language acquisition**. Cambridge. MA: Harvard Press, 2005.

TOMASELLO, M., CARPENTER, M. Shared intencionaly. **Developmental Science**, v. 10, n.1, p.121-125, 2007.

WARNEKEN, F.; TOMASELLO, M. The roots of human altruism. **British Journal of Psychology**, n. 100, p.455-471, 2009.



Capítulo 3

UM OLHAR DA SAÚDE PÚBLICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE LACTENTES INSERIDOS EM CRECHES

Ângela Cristina Dornelas da Silva

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional tem uma grande importância na habilitação e reabilitação de crianças com desenvolvimento atípico. Durante o exercício profissional, nós, terapeutas ocupacionais, buscamos estratégias para que estas crianças possam atingir um repertório de atividades que lhes permita ter autonomia e o máximo de independência possível nas ocupações cotidianas.

O acúmulo de experiência no cuidado de crianças com prejuízos no desenvolvimento levou os profissionais de terapia ocupacional a entenderem que é necessário reconhecer situações de risco, que possam comprometer o desenvolvimento infantil, para intervir de modo a prevenir desfechos indesejáveis que colocam crianças em condição de desvantagem em relação a outras que não se expõem a situações de riscos. Pensar o desenvolvimento infantil, em uma perspectiva da saúde pública, é entender que é extremamente importante garantir o desenvolvimento global pleno para que a criança construa habilidades necessárias para o cuidado consigo e com os outros. Portanto, é fundamental conhecer os fatores que contribuem ou prejudicam o desenvolvimento de crianças em diversos contextos sociais.

Neste sentido, durante o processo de planejamento e execução de projeto de tese de doutorado, fui conduzida a questões como: quais fatores estão associados ao desenvolvimento infantil? Qual o papel do setor saúde para garantir o desenvolvimento infantil pleno? A que se propõe uma política de saúde para a primeira infância? Como um pesquisador pode contribuir para o acúmulo de conhecimento na área da saúde da criança dentro de uma política pública?

Neste contexto, este trabalho pretende discutir como a saúde pública pode contribuir para o desenvolvimento infantil, a partir da compreensão de fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes inseridos em creches públicas, estudados através de uma pesquisa de campo realizada no Município de João Pessoa, Paraíba, objeto da minha tese de doutorado (SILVA, 2013) defendida em 2013 no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fiocruz.

CONTEXTUALIZANDO

O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E A CRECHE

O desenvolvimento infantil compreende o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva, que resulta em uma criança competente para responder às suas necessidades e às do meio que a rodeia (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

É um processo complexo, resultado da interação do corpo geneticamente programado com o ambiente social e cultural no qual a criança está inserida. Apesar do potencial genético, o que a criança acaba finalmente por ser é sempre influenciado por aquilo que o ambiente lhe oferece (GESELL, 1996).

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) compreende o progresso contínuo e integrado das funções do sistema nervoso, como a afetividade, a sensibilidade, a inteligência, a linguagem e a motricidade (BRANDÃO, 1984).

Para Gesell (1996) o DNPM pode ser observado através dos comportamentos: pessoal social, linguagem, motor fino adaptativo e motor grosso.

O ritmo normal do desenvolvimento pode ser afetado por fatores de risco biológicos ou ambientais. Os fatores de risco biológicos são eventos pré, peri e pós-natais que resultam em danos biológicos, como a prematuridade, a hipóxia cerebral grave, o kernicterus, as meningites e encefalites, uso de álcool ou drogas durante a gestação, dentre outros (MIRANDA *et al.*, 2003).

As experiências adversas de vida ligadas à família, ao meio ambiente e à sociedade são consideradas como fatores de risco ambientais, tais como: condições precárias de saúde, a falta de recursos sociais e educacionais dos pais, violências, dentre outros (FIGUEIRAS *et al.*, 2005).

Crianças que convivem com fatores de risco passam a ser consideradas em risco para problemas de desenvolvimento (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Neste contexto, as creches representam parte dos fatores ambientais que circundam a vida da criança, e é uma realidade cada vez mais presente no cotidiano das famílias.

Estudos realizados com crianças em creches mostram que a baixa renda familiar, a baixa escolaridade dos pais, e o grande número de crianças sob os cuidados de um funcionário, se associaram a suspeita de atraso (BISCEGLI *et al.*, 2007; SANTOS *et al.*, 2009; REZENDE *et al.*, 2005).

Outros estudos identificaram a linguagem e a área pessoal social como as de piores resultados na avaliação de crianças em creches (BISCEGLI *et al.*, 2007; REZENDE *et al.*, 2005).

Barros *et al.* (2003) compararam o desenvolvimento motor de crianças de creches públicas e escolas privadas e concluíram que o desenvolvimento das crianças biologicamente saudáveis pode sofrer influência negativa dos fatores de risco ambientais.

Sheridan *et al.* (2012) demonstraram que a falta de estímulo ambiental adequado provoca diminuição da massa cinzenta e branca no cérebro, mas que podem ser revertidas com intervenções positivas.

Bernardino e Kamers (2003) concluíram que os cuidados generalizados, introduzidos a partir dos princípios higienistas como a normatização dos horários de alimentação, sono, dentre outros, podem comprometer o desenvolvimento de bebês inseridos em creches.

Portanto, considera-se indispensável que as políticas públicas contemplem o ambiente físico das creches e a capacitação dos cuidadores e professores, além de vislumbrar o trabalho interdisciplinar e intersetorial para qualificar o atendimento integral da criança.

A PESQUISA DE CAMPO (SILVA ET AL., 2015)

METODOLOGIA

De março a junho de 2012, foi realizado um estudo seccional com censo da população de crianças na faixa etária entre 6 e 18 meses, que estavam matriculadas e frequentando os berçários dos Centros de Referência em Educação Infantil (CREI) da Rede Municipal de Ensino da Cidade de João Pessoa/PB, e suas respectivas mães (biológicas ou substitutas).

Os instrumentos de coleta de dados foram: roteiro de entrevista para as coordenadoras dos CREI; formulário de observação do ambiente; questionário

para as mães, incluindo o *selfreport questionnaire 20* (SRQ-20) e o Teste de Triagem do Desenvolvimento Denver II (TTDDII). As crianças nascidas prematuramente, e que tinham no teste até doze meses de idade, tiveram as idades corrigidas. Para estimar a prevalência de alteração no desenvolvimento na população estudada, os resultados foram classificados em duas categorias: Normal e Alterado.

Os dados foram analisados através de estatística descritiva (frequência relativa e absoluta, e média) e inferencial (ANOVA, qui-quadrado e regressão logística).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP)/ Fiocruz.

Principais resultados

Participaram do estudo 112 crianças e suas respectivas mães, distribuídas em 10 CREI. A média de idade das crianças foi 14,4 meses ($\pm 3,0$ DP) com equivalência na proporção de meninos e meninas. O peso ao nascer variou entre 1.775g e 4.900g com média de 3.235,32g ($\pm 578,929$ g DP), sendo que 9,8% das crianças nasceram com baixo peso e 13,4% foram prematuras. Dentre os nascimentos, 50,9% ocorreram através de parto vaginal. A maioria das famílias tinha renda per capita de até 0,5 salário mínimo (75,9%).

A prevalência de crianças com alteração no desenvolvimento infantil foi de 52,7%. O comportamento da linguagem apresentou mais provas com resultados de atraso, seguida das áreas pessoal-social, motor grosso e motor fino adaptativo.

Os fatores que se associaram a alteração no desenvolvimento infantil foram: idade da criança maior que 12 meses (RC = 4,3; IC95%: 2,4-7,4), parto vaginal (RC = 4,4; IC95%: 1,6-11,7), uso de fototerapia (RC = 7,9; IC95%: 1,6-38,8) e a creche não ter acompanhamento da ESF (RC = 2,9; IC95%: 1,3-6,7).

DISCUTINDO OS RESULTADOS NA PERSPECTIVA DA SAÚDE PÚBLICA

A saúde pública se constitui em um campo de saber e de prática, voltado para o diagnóstico das condições de saúde, incluindo os fatores determinantes das mesmas, e implementação de medidas de prevenção e tratamento de agravos a saúde que afetam as populações. Sua atuação depende do Estado, que formula e implementa políticas para assegurar o melhor nível de saúde da população.

No contexto brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS) consiste na política de saúde para o país, e agrega os serviços de assistência e vigilância epidemiológica,

sendo também responsável pela avaliação das políticas de saúde e pela formação dos profissionais para atuarem no sistema.

A saúde pública tem como um dos pilares a epidemiologia, que deve estar “estritamente incorporada às políticas, programas e serviços públicos de saúde” (IV PLANO DIRETOR PARA O DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL, p. 28, 2005). A epidemiologia é ferramenta fundamental para a tomada de decisão na Saúde Pública, portanto, no SUS!

Assim, a pesquisa de campo aqui relatada foi desenhada metodologicamente como um estudo epidemiológico, tipo transversal, que buscou identificar a prevalência de atraso no desenvolvimento infantil em uma parcela da população de lactentes do município de João Pessoa, e que permitisse comparar os resultados com o de outros estudos realizados com o mesmo instrumento em outras regiões do país.

Os resultados evidenciaram que a prevalência de atraso no desenvolvimento na população de João Pessoa era semelhante à de outras populações da região Nordeste, mas superior a prevalências encontradas na região sul e sudeste do país (SILVA, 2013).

Considerando o perfil biológico e sociodemográfico da população estudada, foi possível identificar que as crianças não apresentavam doenças relacionadas ao atraso no desenvolvimento, mas possuíam uma condição social que dificultava o provimento de recursos (humanos e materiais) para a estimulação do DNPM.

Um outro propósito do estudo foi identificar fatores que se associavam de modo positivo ou negativo ao DNPM. Os resultados mostraram que a medida que as crianças cresciam tinham mais atraso, fortalecendo a ideia de que as crianças progressivamente necessitam ampliar seus repertórios, o que só é possível com uma adequada estimulação ambiental.

Outros resultados evidenciaram a necessidade de um bom acompanhamento ao parto e ao recém-nascido, além de políticas intersetoriais, para garantir um bom desenvolvimento infantil.

Por conseguinte, o estudo trouxe elementos importantes para entender o DNPM de lactentes. Sendo o estudo epidemiológico sobre atraso no DNPM pioneiro na Paraíba, forneceu dados que devem contribuir para formulação de políticas e ações locais. Evidenciou diferenças regionais que podem servir de norte para a proposição de políticas regionais e nacional para a população em questão.

A prevalência de alteração no desenvolvimento infantil e os fatores associados ao desenvolvimento aqui encontrados revelam a vulnerabilidade social no qual vivem a referida parcela da população e a necessidade da integração do

setor saúde a outros setores da administração pública para melhorar a qualidade de vida destas famílias.

Embora o atraso no desenvolvimento em população de crianças típicas não se enquadre como um agravo a saúde, é um problema de saúde pública quando atinge um grande percentual de crianças, pois compromete o bem-estar infantil, e impede que as crianças desenvolvam todo seu potencial que é fundamental para a construção de conhecimentos e autonomia na vida adulta. Esses aspectos da vida são importantes para que as pessoas possam cuidar de sua saúde e reivindicar as condições para a mesma.

Concomitantemente, os estudos epidemiológicos contribuem para a implementação de políticas para a primeira infância, sobretudo para a vigilância ao desenvolvimento infantil, pois trazem parâmetros e expõem realidades que ajudam a delinear estratégias e metas. De acordo com Caminha *et al.* (2017) o monitoramento do desenvolvimento, padronizando vigilância, triagem e intervenções pertinentes representam uma etapa avançada do nível de cuidados de saúde da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados de estudos epidemiológicos se tornam indicadores de qualidade da oferta de serviços para o desenvolvimento infantil. Estudar fatores que estão associados ao desenvolvimento infantil é de extrema importância porque traz a compreensão de quais eventos e processos que circundam a vida da criança são nocivos e quais são protetivas para o desenvolvimento infantil. Eliminar ou minimizar os fatores negativos e favorecer os protetivos compreendem a prevenção ao prejuízo no DNPM.

Estudar crianças inseridas em creche é importante pelo lugar que estas vêm ocupando na infância, sendo necessário estruturar serviços de qualidade para garantir o DNPM.

Portanto, as políticas de saúde devem atingir as crianças inseridas em creches, e os terapeutas ocupacionais, enquanto profissionais de saúde que possuem formação para atender as demandas voltadas para o desenvolvimento infantil, devem engajar-se em estudos diagnósticos e de avaliação de programas e políticas, contribuindo sobremaneira com seu olhar sobre o cotidiano para uma infância melhor.

REFERÊNCIAS

BARROS, K.M.F.T.; FRAGOSO, A.G.C.; OLIVEIRA, A.L.B.; FILHO, J.E.C.; CASTRO, R.M. de. Do environmental influences alter motor abilities acquisition? A comparison among children from day-care centers and private schools. **Arq Neuropsiquiatr.** v. 61(2-A), p. 170-175, 2003.

BERNARDINO, L. F. ; KAMERS, M. A creche e o brincar: alternativas para a educação no primeiro ano de vida. **Estilos clin.** São Paulo, v.8, n.15, jun, 2003.

BISCEGLI, T.S.; POLIS, L.B.; SANTOS, L.M.; VICENTIN, M. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev Paul Pediatr.** v.25, n.4, p. 337-42, 2007.

BRANDÃO, J. S. **Desenvolvimento psicomotor da mão.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1984. Cap. 4 p.53-68.

CAMINHA, M. F, C.; SILVA, S.L. da; LIMA, M. de C.; AZEVEDO, P. T. A. de C.; FIGUEIRA, M.C. dos S.; FILHO, M.B. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 102-109, Mar. 2017.

IV PANO DIRETOR PARA O DESENVOLVIMENTO DA EPIDEMIOLOGIA NO BRASIL. Epidemiologia nas políticas, programas e serviços de saúde. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 8, supl. 1, p. 28-39, 2005

FIGUEIRAS, A.C.; SOUZA, I.C.N.; RIOS, V.G.; BENGUIGUI, Y. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C.: OPAS, 2005.

GESELL, A. **A criança dos 0 aos 5 anos.** 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MIRANDA, L.P; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria** v.79, (Supl.1), p. 33- 42, 2003.

REZENDE, M.A.; COSTA, O.S.; PONTES, P.B. Follow-up of the child's motor abilities in day-care centers and pre-schools. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 348- 55, 2005.

SANTOS, D.C.C.; TOLOCKA, R.E.; CARVALHO, J.; HERINGER, R.L.C.; ALMEIDA, C.M.; MIQUELOTE, A.F. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até três anos de idade. **Rev Bras Fisioter.**v.13, n. 2, p.173-9, 2009.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M.R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do Adolescente. **Psicologia em Estudo**. v. 10, n. 2, p. 209-216, mai./ago, 2005.

SHERIDAN, M.A.; FOX, N.A.; ZEANAH, C.H.; McLAUGHLIN, K.A.; NELSON, C.A. Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. **PNAS early edition**. v. 109, n. 32, p. 1-6, 2012.

SILVA, A.C.C.; ENGSTRON, E. M.; MIRANDA, C.T. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 31, n. 9, p. 1881-1893, Sept. 2015.

SILVA, A.C.D. **Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6 a 18 meses de vida inseridas em creches públicas do município de João Pessoa/PB**. 2013. 135 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2013.



Capítulo 4

COMPARAÇÃO ENTRE A EFICÁCIA PERCEBIDA POR CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO E SEUS PAIS

Clarice Ribeiro Soares Araújo
Flaviana Alves Rodrigues
Luana Fernandes Azevedo
Priscila A. Costa Valadão
Ana Amélia Cardoso

INTRODUÇÃO

O Transtorno do desenvolvimento da Coordenação (TDC) é uma condição crônica caracterizada por déficits na aquisição e na execução de habilidades motoras coordenadas que geram interferência nas atividades da vida diária e que não são justificadas por problemas neurológicos. Para haver o diagnóstico de TDC, é necessário atender a determinados critérios estabelecidos no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais -DSM-V (*American Psychiatric Association* - APA, 2014).

O TDC afeta cerca de 5 a 6% das crianças com idade entre cinco e 11 anos (APA, 2014). Cardoso, Magalhães e Rezende (2014) encontraram prevalência de 4,3% em crianças brasileiras de 7 a 8 anos. Estudo realizado em Florianópolis com 687 crianças de 7 a 10 anos, demonstrou que 7,1% apresentaram TDC, e maior prevalência em meninos (BELTRAME *et al.*, 2017).

As dificuldades apresentadas por crianças com TDC podem levar a percepção reduzida de eficácia, levando a criança a evitar atividades mais complexas (CARNEY *et al.*, 2010). A restrição na participação em atividades pode gerar consequências psicossociais durante a adolescência e idade adulta (CARNEY *et al.*, 2010; ENGEL-YEGER; HANNA-KASIS, 2010). Pesquisas sobre auto eficácia, auto

percepção e liberdade de escolha em atividades de lazer com crianças com TDC indicam que estes sentimentos podem influenciar a motivação para participar (ENGEL-YEGER; HANNA-KASIS, 2010; POULSEN; ZIVIANI; CUSKELLY, 2007).

Atualmente existe forte tendência em considerar a percepção da criança para melhor investigação das dificuldades motoras a partir da abordagem com foco no cliente (GALVÃO; LAGE; RODRIGUES, 2008; LALOR; BROWN; MURDOLO, 2015). O uso dessa abordagem enfatiza a identificação de atividades significativas que a pessoa está motivada a aprender (LALOR; BROWN; MURDOLO, 2015).

Uma das maneiras de se estabelecer metas de intervenção considerando a percepção da criança e de seus pais é utilizando o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS) (MISSIUNA; POLLOCK; LAW, 2004). O PEGS é uma avaliação baseada no Modelo Canadense de Desempenho Ocupacional e Engajamento – CMOP-E (TOWNSEND; POLATAJKO, 2013) desenvolvido para coletar dados sobre a autoeficácia de crianças com dificuldades motoras durante a realização das atividades diárias, além de permitir que a criança selecione as metas para Terapia Ocupacional.

Apesar da importância de selecionar metas de intervenção baseadas na percepção da criança, muitas vezes na reabilitação pediátrica os objetivos são comumente determinados pelos pais em nome de seu filho (VROLAND-NORDSTRAND *et al.*, 2016). Tais metas podem não ser aderidas pelas crianças, pois pode haver diferenças entre as percepções de pais e filhos.

O objetivo deste trabalho foi investigar se existem diferenças entre as percepções da criança com TDC e a percepção de seus pais sobre a eficácia no desempenho de atividades cotidianas através do PEGS. Especificamente procurou-se compreender em quais áreas da ocupação, de acordo com o CMOP-E (TOWNSEND; POLATAJKO, 2013), crianças e pais percebem menor e maior capacidade e se estas áreas coincidem.

MÉTODO

Estudo exploratório que comparou a autoeficácia percebida de crianças com TDC e seus pais no desempenho de atividades. É parte integrante de um estudo maior, um ensaio clínico randomizado que analisou a eficácia de dois protocolos de intervenção para crianças com TDC, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil (CAAE 54543216.3.0000.5149/Parecer 1.520.296 de 20/04/2016,) e está registrado na plataforma *ClinicalTrials.gov* (NCT02893852).

Os participantes foram recrutados por meio de busca ativa em lista de espera do Laboratório de Integração Sensorial (LAIS) do IDEIA (Investigação e Intervenção no Desenvolvimento na Infância e Adolescência) do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG, reportagens veiculadas nas redes sociais, contato entre terapeutas que atuam na área infantil e por convites a escolas de ensino fundamental da cidade de Belo Horizonte, MG. O protocolo detalhado para recrutamento da amostra está disponível em Araújo (2019).

Para avaliação da variável de desfecho (eficácia percebida) foi utilizado o *Perceived Efficacy and Goal Setting System* (PEGS) versão brasileira (RUGGIO et al., 2018). O PEGS informa sobre a eficácia percebida no desempenho de atividades do cotidiano da criança em conjunto com pais e professores. É realizado no formato de entrevista estruturada em crianças com idade a partir de seis anos.

Para avaliação da percepção da criança são utilizados 28 pares de figuras de atividades dentro das áreas de lazer/brincar, tarefas escolares/produativas e autocuidado, sendo 3 pares de figuras com atividades realizadas por crianças com mobilidade reduzida, que fazem uso de cadeira de rodas, por exemplo, e mais um par de cartas em branco, no qual a criança pode citar outra atividade que não tenha sido abordada pelo teste.

Um dos pares de figuras mostra uma criança desempenhando a atividade com facilidade (mais competente) e a outra com dificuldade (menos competente). A criança precisa escolher aquela que mais se parece consigo e definir se é muito ou pouco parecida gerando uma escala de pontuação do tipo *Likert* de 1 a 4. As pontuações são definidas como: 1= Muito incapaz; 2 = Pouco incapaz; 3 = Pouco capaz; e 4 = Muito capaz. O escore do PEGS varia entre o mínimo de 24 e máximo de 112 pontos. No caso deste estudo, foram usados 24 pares, o que reduz o escore máximo para 96 pontos.

Os questionários para pais e professores contêm itens que correspondem aos cartões apresentados para a criança. Pais e professores devem identificar a dificuldade da criança em realizar cada uma das atividades também numa escala de 1 a 4. Através do teste é possível estabelecer de três a quatro metas de intervenção. Para este estudo foram consideradas apenas as avaliações de autoeficácia da criança e o questionário para pais, cuja pontuação total é igual àquela atribuída a criança.

ANÁLISE DOS DADOS

Todos os dados foram organizados utilizando Microsoft Excel, analisados e plotados através do programa de análise estatística *GraphPadPrism6*. A significância estatística foi avaliada utilizando o teste t de *Student* não-pareado e os resultados representam a média e desvio padrão (média \pm SD). Valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos.

RESULTADOS

Participaram do estudo 22 crianças entre sete e 11 anos de idade com características de TDC de acordo com os critérios do DSM-V e seus responsáveis, 22 mães e/ou pais. A caracterização dos participantes é apresentada na tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes.

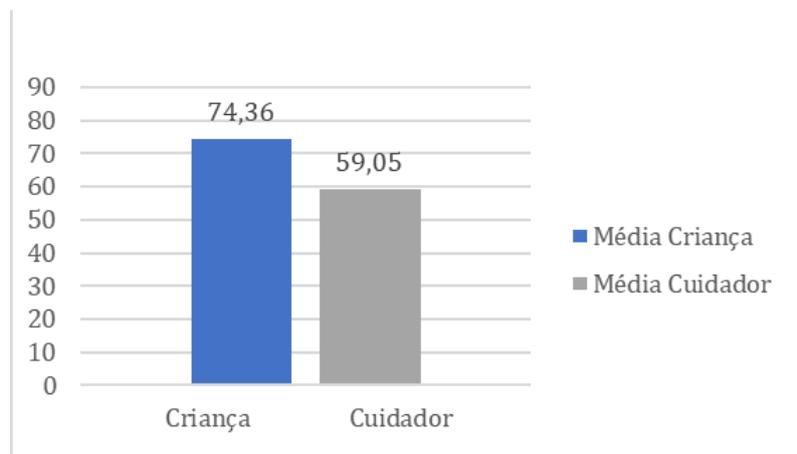
IDADE (Média de anos \pm desvio padrão)	8,95 \pm 1,09
Sexo Masculino	18 (81,8%)
Sexo Feminino	4 (18,2%)
.....	
Condição Socioeconômica*	
.....	
A	3 (13,6%)
B1	5 (22,7%)
B2	8 (36,4%)
C1	5 (22,7%)
C2	1 (4,5%)

Nota: *Classe A significa nível socioeconômico mais alto, Classe C corresponde à classe média.

Fonte: Critério de Classificação Econômica Brasil – Associação Brasileira de empresas de Pesquisa (ABEP). Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

A eficácia percebida pelas crianças ao desempenharem as atividades é mais alta em comparação ao que os pais percebem, isto é, pais pensam que as crianças são menos eficientes do que elas percebem ser. Houve diferença significativa entre as médias de pontuação entre os dois grupos (p valor < 0.0001) (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Pontuação total média do PEGS

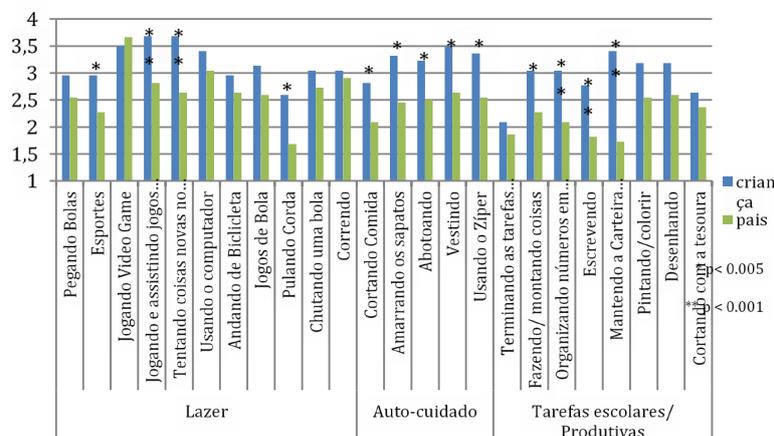


Fonte: autoras.

A pontuação média de crianças e cuidadores em cada item do PEGS é apresentada no Gráfico 2. A percepção de eficácia das crianças diferiu de forma significativa de seus pais em 13 das 24 atividades avaliadas pelo PEGS.

Considerando que as pontuações iguais a 1 e 2 do PEGS remete a percepção de incapacidade e 3 e 4 a de capacidade, a análise evidencia que as atividades em que as crianças se consideram menos capazes são: terminar as tarefas escolares em tempo (2,09; $\pm 1,15$); pular corda (2,59; $\pm 1,22$); cortar com a tesoura (2,63; $\pm 1,21$). Já os pais consideram as crianças menos competentes em: pular corda (1,68; $\pm 1,12$); manter a carteira organizada (1,72; $\pm 1,01$); escrever (1,81; $\pm 1,05$). As atividades em que as crianças se consideram mais capazes são: tentar coisas novas no parquinho (3,68; $\pm 0,71$), jogar e assistir jogos e esportes (3,68; $\pm 0,56$), jogar videogame (3,5; $\pm 0,96$). Já as atividades em que pais consideram as crianças mais capazes são: jogar videogame (3,66; $\pm 0,64$), usar o computador (3,04; $\pm 1,09$), correr (2,90; $\pm 1,2$).

Gráfico 2 – Pontuação Média por itens do PEG



Fonte: autoras.

As atividades com maior discrepância de pontuação entre pais e crianças foram: manter a carteira organizada (p valor = 0,0001), tentar coisas novas no parquinho (p valor = 0,002), escrever (p valor = 0,003). As atividades com menor discrepância foram: correr (p valor = 0,6992), jogar videogame (p valor = 0,4664), terminar as tarefas escolares em tempo (p valor = 0,5262).

DISCUSSÃO

O presente estudo comparou a percepção de crianças com TDC e seus pais em relação à eficácia percebida no desempenho das atividades do cotidiano da criança. As crianças se perceberam mais capazes que seus pais. Apesar das diferenças nas pontuações médias totais e por itens do PEGS, crianças e pais tiveram a tendência de considerar menor eficácia em atividades escolares como terminar tarefas da escola em tempo e manter a carteira organizada, e, maior eficácia em atividades de lazer como jogar videogame e usar o computador.

Engel-Yeger e Hanna-Kasis (2010) utilizaram o PEGS com 74 crianças (37 com TDC e 37 com desenvolvimento típico) e concluíram que crianças com TDC tem percepção de autoeficácia significativamente menor do que crianças sem o transtorno. Além disso, quanto pior o desempenho motor da criança, menor autoeficácia, o que pode indicar que elas estão cientes de suas dificuldades (ENGEL-YEGER; HANNA-KASIS, 2010).

Costa e Lindenthal (2015) compararam a competência percebida em atividades cotidianas de 42 crianças com dificuldades no desempenho ocupacional independente do diagnóstico, seus pais e professores, utilizando a versão austro-alemã do PEGS. As crianças se perceberam mais eficazes que seus pais, o que se assemelha aos resultados deste estudo. A média geral dos pais no PEGS foi significativamente menor que a média geral das crianças ($p \leq 0.001$) em relação as tarefas escolares (COSTA; LINDENTHAL, 2015).

As crianças se perceberam mais e menos competentes em atividades de autocuidado, assim como seus pais, diferente do presente estudo, já que as atividades consideradas de maior e menor competência por crianças e pais foram atividades de lazer/brincar e tarefas escolares, respectivamente.

Pais tendem a relatar com maior frequência problemas de desempenho motor fino da criança, enquanto elas reportam mais problemas com o desempenho motor grosso (KENNEDY *et al.*, 2012). Em geral, as principais queixas dos pais em relação à competência de suas crianças estão relacionadas ao contexto escolar, com maior demanda de tarefas que requerem mais habilidades motoras finas.

No entanto, as crianças consideraram-se menos capazes tanto em atividades relacionadas ao desempenho motor fino e grosso em atividades de lazer e brincar.

A percepção de autoeficácia corresponde à avaliação pessoal sobre o quão bem se pode realizar uma atividade (BANDURA, 1977). Não basta somente que as capacidades sejam reais, mas que o indivíduo acredite que as possui através da autopercepção e autoeficácia e confie nelas (BANDURA, 1977). O senso de autoeficácia possui grande influência na motivação, perseverança diante das dificuldades no desempenho motor e no envolvimento em metas de intervenção em reabilitação (GALVÃO; LAGE; RODRIGUES, 2008; BANDURA; LOCKE, 2003; VROLAND-NORDSTRAND *et al.*, 2016).

Instrumentos como o PEGS são importantes, pois se baseiam em uma abordagem com foco no cliente, além da linguagem do teste que se aproxima das crianças facilitando a compreensão e a coleta de dados por profissionais. Missiuna *et al.* (2006) realizou um estudo com o objetivo de levantar metas de intervenção através do PEGS em uma amostra de 117 crianças com variados tipos de deficiência. Concluiu-se que as crianças foram capazes de usar as informações de autoeficácia para identificar e priorizar metas de intervenção (MISSIUNA *et al.*, 2006).

O estudo de Vroland-Nordstrand e Krumlinde-Sundholm (2012) teve uma amostra de 34 crianças com média de idade de nove anos com transtornos e/ou deficiências alocados em dois grupos: um grupo de crianças definiu suas próprias metas para terapia com PEGS, e o outro grupo de crianças cujos pais definiram as metas usando a Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM).

Ambos os grupos alcançaram as metas estabelecidas antes da intervenção e não houve diferença significativa entre os grupos, apontando que as crianças definem metas tão atingíveis quanto seus pais. Deste modo, crianças são confiáveis ao definirem metas de terapia, o que também contribui para o envolvimento delas no processo terapêutico (VROLAND-NORDSTRAND; KRUMLINDE-SUNDHOLM, 2012).

As crianças oferecem uma perspectiva única sobre o desempenho de suas habilidades e muitas vezes não se relacionam com as perspectivas dos pais já que a criança incorpora seu desempenho em contextos de vida real, como a casa, a sala de aula e ambientes de brincar (KENNEDY *et al.*, 2012). As próprias crianças são, portanto, uma importante fonte de informação. Os terapeutas devem garantir que as visões e percepções das crianças no processo de avaliação de seu desempenho em habilidades motoras sejam consideradas (KENNEDY *et al.*, 2012).

Por outro lado, os pais são perspicazes e fornecem informações importantes sobre o desempenho de suas crianças, entretanto podem apresentar percepção

diferente delas, pois são elas que estão presentes durante todo o tempo em suas experiências (STURGESS; RODGER; OZANNE, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da grande importância de se considerar a percepção de autoeficácia da criança para o estabelecimento de metas, estudos têm mostrado que profissionais de saúde tendem a considerar apenas a perspectiva dos pais no processo de avaliação de seus filhos. Considerando a prática baseada em evidências e as práticas centradas no cliente e na família, é preciso que terapeutas considerem o ponto de vista das crianças para desenvolver planos de intervenção que abranjam as perspectivas de ambos.

Outro aspecto importante a ser considerado é a tendência de pais perceberem menor competência em suas crianças ao realizarem atividades escolares e maior competência em atividades de lazer e brincar. Algumas questões permanecem para estudos futuros: os pais têm maiores preocupações em relação à vida acadêmica e profissional de seus filhos, sendo então mais exigentes em relação a estas atividades? Existe uma desvalorização de atividades de lazer e brincar igualmente cruciais para o desenvolvimento da autoeficácia, autopercepção e autoestima da criança? Afinal, na reabilitação com crianças, e, principalmente na Terapia Ocupacional, é preciso considerar o que é de fato significativo para a criança.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Clarice Ribeiro Soares. **Eficácia da Cognitive Orientation to daily Occupational Performance approach (CO-OP) com e sem adição de Occupational Performance Coaching em grupos para pais no desempenho ocupacional e na participação de crianças com transtorno do desenvolvimento da coordenação**: ensaio clínico aleatorizado (2019). Tese. (Doutorado em Ciência da Reabilitação. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2019.

ASSOCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA AMERICANA [APA]. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5. Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: **American Psychiatric Association**, 2014.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological review**, v. 84, n. 2, p. 191, 1977.

BANDURA, A.; LOCKE, E. A. Negative self-efficacy and goal effects revisited. **Journal of applied psychology**, v. 88, n. 1, p. 87, 2003.

BELTRAME, T. S.; CAPISTRANO, R.; ALEXANDRE, J.M.; LISBOA, T.; ANDRADE; R.D.; FELDEN, E.P.G. Prevalência do Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação em uma amostra de crianças brasileiras. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 25, n. 1, 2017.

CAIRNEY, J.; HAY, J.A.; VELDHUIZEN, S.; MISSIUNA, C; FAUGHT; B.E. Developmental coordination disorder, sex, and activity deficit over time: a longitudinal analysis of participation trajectories in children with and without coordination difficulties. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 52, n. 3, p. e67-e72, 2010.

CARDOSO, A. A.; MAGALHÃES, L. C.; REZENDE, M. B. Motor skills in Brazilian children with developmental coordination disorder versus children with motor typical development. **Occupational therapy international**, v. 21, n. 4, p. 176-185, 2014.

COSTA, U. M.; LINDENTHAL, M. J. Perceived competences in everyday activities: Children's self-report and parents' and teachers' report using the first Austrian-German Perceived Efficacy and Goal Setting System (AG-PEGS) version. **International Journal of Health Professions**, v. 2, n. 1, p. 16-30, 2015.

ENGEL-YEGER, B.; HANNA-KASIS, A. The relationship between developmental coordination disorders, child's perceived self-efficacy and preference to participate in daily activities. **Child: care, health and development**, v.36, n.5, p.670-677, 2010.

GALVÃO, B. A. P.; LAGE, N. V.; RODRIGUES, A. A. C. Transtorno do desenvolvimento da coordenação e senso de auto-eficácia: implicações para a prática da terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 1, p. 12-19, 2008.

KENNEDY, J.; BROWN, T.; CHIEN, C-W. Motor skill assessment of children: is there an association between performance-based, child-report, and parent-report measures of children's motor skills? **Physical & occupational therapy in pediatrics**, v. 32, n. 2, p. 196-209, 2012.

LALOR, A.; BROWN, T.; MURDOLO, Y. Relationship between children's performance-based motor skills and child, parent, and teacher perceptions of children's motor abilities using self/informant-report questionnaires. **Australian occupational therapy journal**, v. 63, n. 2, p. 105-116, 2016.

MISSIUNA, C.; POLLOCK, N.; LAW, M. **Perceived Efficacy and Goal Setting System** (PEGS). San Antonio, TX: Psychological Corporation. 2004.

MISSIUNA, C.; POLLOCK, N.; LAW, M.; WALTER, S.; CAVEY, N. Examination of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) with children with disabilities, their parents, and teachers. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 60, n. 2, p. 204-214, 2006.

POULSEN, A.; ZIVIANI, J.; CUSKELLY, M. Perceived freedom in leisure and physical co-ordination ability: impact on out-of-school activity participation and life satisfaction. **Child: care, health and development**, v. 33, n. 4, p. 432-440, 2007.

RUGGIO, C.I.B.; MISSIUNA, C.; COSTA, S. de A.; ARAÚJO, C.R.S.; MAGALHÃES, L. de C. Validity and reliability of the Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS) for Brazilian children. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 4, 2018.

STURGESS, J.; RODGER, S.; OZANNE, A. A review of the use of self-report assessment with young children. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 65, n. 3, p. 108-116, 2002.

TOWNSEND, E. A.; POLATAJKO, H. J. **Enabling Occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being, and justice through occupation**. Ottawa, ON: CAOT Publications, 2013.

VROLAND-NORDSTRAND, K.; ELIASSON, A.C.; JACOBSSON, H.; KRUMLINDE-SUNDHOLM, L. Can children identify and achieve goals for intervention? A randomized trial comparing two goal-setting approaches. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 58, n. 6, p. 589-596, 2016.

VROLAND-NORDSTRAND, K. ; KRUMLINDE-SUNDHOLM, L. The Perceived Efficacy and Goal Setting System (PEGS), part II: evaluation of test-retest reliability and differences between child and parental reports in the Swedish version. **Scandinavian journal of occupational therapy**, v. 19, n. 6, p. 506-514, 2012.



Capítulo 5

RESPIRAÇÃO ORAL E PROCESSAMENTO SENSORIAL DE CRIANÇAS

Ana Carollyne Dantas de Lima

Daniele Andrade da Cunha

Camilla Albertina Dantas de Lima

Hilton Justino da Silva

INTRODUÇÃO

A respiração é uma função vital para o organismo e faz parte do que conhecemos como Sistema Estomatognático (SE). Este é formado por outras funções como sucção, mastigação e deglutição, além das funções sociais de articulação e fonação. Assim, o SE auxilia na manutenção do equilíbrio físico-biológico do ser humano, através dessas funções (MENEZES *et al.*, 2011; NISHIMURA; GIMENEZ, 2010).

Portanto, uma alteração na via normal de respiração (nasal) que pode ser ocasionada por obstrução das vias aéreas superiores ou por flacidez dos órgãos fonoarticulatórios e hábitos, pode levar o indivíduo a respirar pela boca. Essa modificação da via respiratória de nasal para oral podem estar alteradas já na infância e trazer prejuízos para o desenvolvimento de todas as funções do Sistema Estomatognático, bem como outras questões relacionadas ao desenvolvimento (CONTI, *et al.*, 2011; FARONATO, 2012; OKURO *et al.*, 2011).

Uma consequência da alteração do modo respiratório e das funções do SE é a influência nos sistemas olfativo, gustativo e auditivo, descritas como disfunções sensoriais (BIANCHINI; GUEDES; HITOS, 2009; CUNHA *et al.*, 2007; LIMA *et al.*, 2019). Essas disfunções estão relacionadas a função neurológica de processamento sensorial, que organiza e modula as informações recebidas do ambiente e do próprio corpo e permite uma resposta adaptada ao ambiente, proporcionando um melhor desempenho nas atividades diárias (LIMA; ALBUQUERQUE, 2019; MILLER *et al.*, 2009; ROBLES *et al.*, 2012).

Desta forma, crianças que respiram pela boca podem apresentar dificuldade para desempenhar suas atividades de vida diária, educacionais e de lazer. Essas dificuldades são acarretadas pelos comprometimentos respiratórios, motores e sensoriais que essas crianças apresentam, levando à agitação, desatenção, distúrbios do sono, dificuldade em realizar atividades que requerem esforço físico e alteração postural (EARLY, 2005; LIMA *et al.*, 2019).

Levando em consideração as dificuldades encontradas por crianças respiradoras orais, a influência que essa mudança pode ocasionar no processamento das informações sensoriais, a ausência de comprovação na literatura de alterações nos demais sistemas sensoriais além do olfato, paladar e audição, e o conseqüente impacto no desempenho de atividades cotidianas e no desenvolvimento, esse estudo teve o objetivo caracterizar o processamento sensorial de crianças respiradoras orais e relatar como esse processamento pode impactar o cotidiano dessas crianças.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico e transversal, realizado no Ambulatório de Alergia e Alergologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco no período entre maio de 2015 a junho de 2016. Os voluntários foram selecionados a partir dos critérios de inclusão: crianças com idade entre 5 e 11 anos e 11 meses, dos sexos feminino e masculino; com diagnóstico fonoaudiológico de Respiração Oral; nível comunicativo e cognitivo satisfatório. Foram excluídas crianças que apresentaram síndromes genéticas; malformações orofaciais; uso de aparelho ortodôntico; deficiência intelectual; distúrbios neurológicos; transtorno do processamento sensorial já diagnosticado; alterações visuais e auditivas diagnosticadas e que estivessem em atendimento fonoaudiológico. A amostra foi aleatória, de conveniência e obtida por demanda espontânea, segundo os critérios de inclusão, sendo o grupo controle pareado por idade e sexo com o grupo caso.

Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados. Formulário elaborado para coleta dos dados de saúde da criança (tipo de amamentação, alimentação e hábitos de sono) e dados socioeconômicos (idade, sexo, escolaridade, moradia e renda familiar). Para o diagnóstico fonoaudiológico de respiração oral foi utilizado o protocolo de sinais e sintomas da respiração oral, elaborado por equipe interdisciplinar. É composto por três partes que avaliam a presença de respiração oral e os sinais e sintomas apresentados. Para avaliação do processamento sensorial foi utilizada a *Sensory Processing Measure – Home*

form, composta por 75 itens que devem ser respondidos pelos pais ou cuidadores da criança. Esta escala avalia o processamento sensorial, a práxis e a participação social em crianças, entre os 5 e os 12 anos de idade, com desenvolvimento normal, que frequentem o ensino fundamental I e II. A pontuação de cada escala classifica o funcionamento das crianças em três tipos de interpretação: Típico, Algum Problema ou Disfunção Definitiva (PARHAM; ECKER, 2010).

Para a análise dos dados, foi utilizado o Software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) na versão 18 e o Excel 2010. Os resultados foram apresentados em forma de tabela e com suas respectivas frequências absoluta e relativa. Todos os testes foram aplicados com 95% de intervalo de confiança e os valores de $p < 0,05$ foram considerados estatisticamente significativos. A pesquisa foi realizada sob a regência da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde do Brasil referente a pesquisas com seres humanos. A mesma foi aceita através do parecer nº 992.769 e CAAE: 42103315.3.0000.5208.

RESULTADOS

Participaram do estudo 54 crianças, sendo 38 do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com idade média de 7 anos e frequentando o ensino fundamental I (63,0%). A maioria das mães apresentou idade média de 34 anos e escolaridade de ensino médio completo (57,4) (tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das Frequências dos dados do Processamento Sensorial de Respiradores Orais. Recife, 2018.

	Vis		Aud		Tat		Prop		Vest		Sco Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Típico	20	37,0	29	53,7	22	40,7	21	38,9	22	40,7	10	18,5
Algum Problema	25	46,3	15	27,8	27	50,0	27	50,0	27	50,0	33	61,1
Disfunção	9	16,7	10	18,5	5	9,3	6	11,1	4	7,4	11	20,4

Legenda– Vis – Sistema Visual; Aud – Sistema auditivo; Tat – Sistema Tátil; Prop – Sistema Proprioceptivo; Vest – Sistema Vestibular; Soc Total – Score Total.

Fonte: autoria própria.

Ao analisar o processamento sensorial (tabela 1) foi verificado que 61,1% das crianças respiradoras orais apresentou algum problema de processamento

sensorial e 20,4% (11 crianças) apresentaram disfunção no processamento de algum sistema sensorial. Os sistemas sensoriais que apresentaram maior frequência de algum problema de processamento foram o visual (46,3%), o tátil (50%), o proprioceptivo (50%) e o vestibular (50%). E de disfunção o auditivo (18,5%) e o visual (16,7%).

DISCUSSÃO

Após análise dos dados foi possível perceber que o processamento sensorial de todos os sistemas apresentou alteração nas crianças avaliadas. É possível então cogitar a influência da respiração oral neste processamento, já que essa condição não permite um adequado input sensorial, dificultando o registro das sensações e possivelmente a alteração de toda a sequência do processamento, levando a uma resposta adaptativa inadequada ao ambiente e dificuldade no desempenho de atividades cotidianas (ROBLES, 2012).

A população estudada foi semelhante à de outros estudos que avaliaram crianças respiradoras orais, com maioria do sexo masculino, idade média de sete anos e cursando o ensino fundamental (OKURO *et al.*, 2011; BIANCHINI; GUEDES; HITOS, 2009; MELO *et al.*, 2016). Salienta-se que a faixa etária selecionada para este estudo esteve relacionada com a orientação de um dos instrumentos de avaliação, que contém perguntas relacionadas a faixa etária de 5 a 12 anos. A idade materna e o grau de escolaridade dos responsáveis também favoreceram as respostas aos instrumentos, já que alguns deles dependiam da interpretação e respostas dentro de escala *Likert*.

Nos respiradores orais, uma das principais características é a postura alterada de cabeça, pescoço e ombro, assumidas para melhorar a entrada de ar. As alterações encontradas nos sistemas visual, vestibular e proprioceptivo da população estudada, podem estar relacionadas a postura da cabeça e dos ombros que exige que o respirador oral incline o corpo para frente, leve os braços para trás e os pés estejam em inversão, para conseguir equilibrar-se (MACHADO; MEZZOMO; BADARÓ, 2012). Para haver harmonia do corpo no ambiente e equilíbrio corporal, as informações dos sistemas visual, somatossensorial e vestibular devem estar funcionando de forma integrada (ROBLES, 2012). Assim, qualquer alteração em um desses sistemas pode afetar o controle postural e o equilíbrio, sugerindo a relação do processamento sensorial visual, proprioceptivo e vestibular com o padrão de respiração oral das crianças (ROGGIA *et al.*, 2010; CONTI *et al.*, 2011).

Ao observar o processamento sensorial do sistema tátil, que se relaciona com os sistemas proprioceptivo e gustativo, da população estudada, há uma

porcentagem significativa que apresentou algum problema neste sistema. Isso pode dever-se a diminuição do olfato, paladar, tônus orofacial e má oclusão oral comum em respiradores orais. Estes fatores levam essa população a selecionar os alimentos pela consistência para facilitar a ingestão, o que pode levar a uma diminuição de experiências sensoriais orais táteis e, acarretando a ausência de experimentação sensorial adequada, pobre registro das informações e mau processamento sensorial (CUNHA et al., 2007; MACHADO, 2012).

Os sistemas vestibular, tátil e proprioceptivos são primitivos e primários, permitindo a interação das crianças com o meio já nos primeiros anos de vida (PARHAM; ECKER, 2010). Portanto, devido as alterações posturais e dos sistemas apresentadas pelos respiradores orais, essas crianças podem apresentar funções motoras desorganizadas, tônus muscular diminuído e equilíbrio deficitário. Todas essas funções estão relacionadas a práxis, uma habilidade que depende do bom funcionamento e integração dos sistemas sensoriais para conceituar, planejar e executar um ato motor não habitual. Crianças com dificuldade nessa habilidade (dispráxicas) apresentam grande dificuldade de realizar novas atividades motoras, levando a um desempenho dificultado de suas atividades cotidianas básicas, como alimentar-se, vestir-se e escrever (LIMA, ALBUQUERQUE, 2019; PARHAM; ECKER, 2010).

No que se refere ao processamento auditivo, foi observado mais respiradores orais com processamento sensorial típico (56%). Apesar disso, é importante uma atenção diferenciada para as questões auditivas em respiradores orais na fase escolar, pois neste período há o maior desenvolvimento de habilidades auditivas, e alterações nesse sistema podem levar a problemas de aprendizagem. Desta forma, a população estudada ainda apresenta uma alta porcentagem de crianças com algum problema ou disfunção do sistema auditivo, o que deixa o alerta para estudos e intervenções direcionadas com essa população (BIANCHINI; GUEDES; HITOS, 2009; CORREA *et al.*, 2011).

Diante do exposto, nossos resultados podem justificar alguns comportamentos apresentados por respiradores orais com relação ao desempenho nas suas atividades cotidianas, chamando a atenção para observação e intervenção de uma equipe interdisciplinar mais direcionada para essa população. Por apresentar apenas a presença ou ausência de alterações no processamento sensorial, este estudo sugere pesquisas para caracterizar o tipo de transtorno do processamento sensorial de cada sistema e garantir uma intervenção direcionada e individualizada, considerando as características pessoais, das atividades desempenhadas e dos contextos de vida.

REFERÊNCIAS

BIANCHINI, A. P.; GUEDES, Z. C. F.; HITOS, S. Respiração Oral: Causa X Audição. **Revista CEFAC**. v.11, supl. 1, p. 38-43, 2009.

CONTI, P. B. M.; SAKANO, E.; RIBEIRO, M.A.G. de O.; SCHIVINSKI, C.I.S.; RIBEIRO, J.D. Avaliação da postura corporal em crianças e adolescentes respiradores orais. **Jornal de Pediatr.** (RJ). Porto Alegre, v. 87, n. 4, p. 357-363, ago. 2011.

CORREA, B.M.; ROSSI, A.R.; ROGGIA, B.; SILVA; A.M.T. Análise das habilidades auditivas de crianças com respiração oral. **Rev CEFAC**.v. 13, p. 668-75, 2011.

CUNHA, D.A.; SILVA, G.A.P da; MOTTA, M.E.F.A; LIMA, C.R. de; , H.J. da. A respiração oral em crianças e suas repercussões no estado nutricional. **Revista CEFAC**, v. 9, n.1, p.47,54. 2007.

EARLY, M.B. Desempenho Ocupacional. *In*: Pedretti, L.W; Early, M.B. **Terapia ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas**. São Paulo: Roca; 2005, cap.12.

FARRONATO, G. Correlations between malocclusions and dyslalias. **European Journal Paediatric Dentistry**, v. 13, p. 13-8. 2012.

LIMA, A.C.D.; CUNHA, D.A. da; ALBUQUERQUE, R.C.; COSTA, R.N.A.; SILVA, H.J. da. Alterações Sensoriais em Respiradores orais: revisão sistemática baseada no método Prisma. **Revista Paulista de Pediatria**, v.37, n. 2, p. 97-103. 2019.

LIMA, A.C.D.; ALBUQUERQUE, R.C. Alterações sensorial e Motricidade Orofacial. *IN*: SILVA, H.J. et. al (org.). **Tratado de Motricidade Orofacial**. ed.1. São José dos Campos: Pulso editorial; 2019, p. 437-446.

MACHADO, P.G.; MEZZOMO, C.L.; BADARÓ, A.F.V. A postura corporal e as funções estomatognáticas em crianças respiradoras orais: uma revisão de literatura. **Rev. CEFAC**. n.14, p. 553-565. 2012.

MELO A.C.C.; GOMES, A. de O.C.; CUNHA, D. A. da; LIMA, S.J.H.; LIMA, W.R.P.; CUNHA, R.A. da; SILVA, H.J. da. Mudança nas áreas nasais em crianças com respiração oral após a limpeza e massagem nasal. **CoDAS**. v. 28, p. 770-777.2016.

MENEZES, V. A.; TAVARES, R. L. O.; GARCIA, A. F. G. Síndrome da respiração oral: alterações clínicas e comportamentais. **Arquivos em Odontologia**, v. 45, n. 3, p. 160-5. 2009.

MILLER, L.J.; NIELSEN, D.M.; SCHOEN, S.A.; BRETT-GREEN, B.A. Perspectives on sensory processing disorder: a call for translational research. **Front Integr Neurosci**, v.3, p.1-2. 2009.

NISHIMURA, C.M.; GIMENEZ, S.R.M.L. Perfil da fala do Respirador oral. **Revista CEFAC**, v. 12, n.3, p. 505-8. 2010.

OKURO, R.T.; MORCILLO, A.M.; RIBEIRO, M.A.G.O.; SAKANO, E.; CONTI, P.B.M.; RIBEIRO, J.D. Mouth breathing and forward head posture: effects on respiratory biomechanics and exercise capacity in children. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 37, n. 4, p. 471-9. 2011.

PARHAM, L.D; ECKER, C. Sensory Processing Measure. California: **Western Psychological Services**, 2010.

ROBLES, R.P. Validating regulatory sensory processing disorders using the sensory profile and child behavior checklist (CBCL 11/2-5). **J Child Fam Stud**. n. 21, p. 906-16. 2012.

ROGGIA B.; CORREA, B.; PRANKE, G.I.; FACCO, R.; ROSSI, A.G. Controle postural de escolares com respiração oral em relação ao gênero. **Pró-Fono R Atual Cient**. v.22, p. 433-8, 2010.



Capítulo 6

A SAÚDE COMO UMA AÇÃO CRIATIVA DE ENFRENTAMENTO DA VIDA: A EXPERIÊNCIA DE PESSOAS QUE ABUSAM DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Carolina Couto da Mata

Vanessa Andrade de Barros

INTRODUÇÃO

A experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. Essa foi a temática de estudo da minha tese de doutorado: a trajetória de usuários que fazem uso abusivos de álcool e outras drogas no desenvolvimento de sua dependência química e no enfrentamento das repercussões físicas, pessoais, interpessoais e sociais dessa condição.

Como trabalhadora nesse campo, atuava em um serviço especializado de orientação, cuidado e apoio, e observava que os sujeitos e as famílias em sofrimento esperavam que a dependência química tivesse *recuperação*, um termo frequentemente utilizado por dependentes e por profissionais. *Recuperação*, usado como um termo médico, significa o retorno a um estado de saúde anterior a um trauma ou a uma doença (WHITE, 2007). De acordo com essa expectativa, o resultado de um tratamento para a dependência química seria a retomada de um estado de saúde anterior à instalação da doença. Esse mesmo ponto de vista normalizador banalizou o termo *recuperação* e fundamentou, historicamente, *políticas de recuperação* de doentes mentais, presidiários e adolescentes em medidas socioeducativas, assim como de tantos outros sujeitos considerados desviantes, que deveriam ser enquadrados em determinadas normas socialmente prescritas. Esperava-se que, uma vez recuperado após um período de treinamento para uma vida social produtiva, o sujeito estaria preparado para exercer sua cidadania.

Em nosso estudo e prática clínica, no entanto, adotávamos uma postura crítica em relação à proposta de “recuperar os desviados”. Nossa postura se

materializava, inicialmente, na valorização e na legitimação da experiência de vida dos sujeitos que sofriam a dependência e que decidiram enfrentá-la, por serem aqueles que a dimensionavam em suas vidas, atribuindo-lhe um valor e uma importância, ao experimentarem sua extensão e suas repercussões.

Nossa convicção quanto à singularidade dessa trajetória de autocuidado inspirou-nos a problematizar o termo recuperação e a adotar, ao longo do estudo que realizamos, o termo enfrentamento. Esse termo, *enfrentar*, em um primeiro aspecto, marca a experiência de um sofrimento físico, psíquico e social, que foram detalhados ao longo da tese. Ou seja, podemos afirmar, como testemunhas disso em nosso cotidiano profissional: o sujeito sofre a dependência química. Mesmo sendo o adoecer uma parte do viver, a doença é um modo de vida reduzido, “comparativamente repellido pela vida” (CANGUILHEM, 2012, p.96).

Nessa concepção que adotamos (MATA, 2016) – de *recuperação como enfrentamento* –, referimo-nos ao movimento de autocuidado de cada sujeito ao perceber-se em sofrimento, limitado diante de uma condição de vida associada ao abuso de substâncias psicoativas e suas consequências biopsicossociais. Nossa experiência profissional evidenciou que a consciência dos dependentes dessa limitação inaugurava uma ruptura na naturalização de um modo de viver e agir, impulsionando o sujeito a avaliar sua trajetória de vida, a defrontar-se com suas dificuldades e potencialidades e a criar alternativas objetivas e subjetivas para sua existência. O termo *enfrentamento* enfatiza a perspectiva não linear, dinâmica, singular, longitudinal e histórica que o conceito de *recuperação* corriqueiro e impreciso desconsidera. Trata-se de uma jornada, um caminho, um percurso e um processo, não um estado, um destino ou um resultado.

Neste capítulo, apresentamos a parte da tese em que nos inspiramos na análise filosófica de Canguilhem (2012) sobre a distinção qualitativa entre a saúde e a doença, entre o normal e o patológico, para fundamentar as discussões sobre o processo de recuperação como um enfrentamento, considerando o adoecer como parte do viver e que estar saudável é manter-se no movimento de buscar pela saúde, mais do que alcançar um estado idealmente “normal”.

A VIDA COMO UMA ATIVIDADE NORMATIVA: PENSANDO O PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

George Canguilhem (2012), médico e filósofo francês contemporâneo, apresenta no clássico *O Normal e o Patológico* sua problematização a respeito do processo saúde-doença.

Segundo Canguilhem, no século XIX, a biologia e a medicina endossavam a equivalência entre os fenômenos patológicos e os normais. A diferença entre eles era apenas quantitativa. Essa posição presente nas práticas médicas, mesmo não conseguindo explicar com clareza essa variação quantitativa, sustentava a ideia de uma “saúde ideal a ser atingida” como uma norma a ser alcançada. Normalizar seria exigir uma certa forma de existir, que teria no estado saudável um resultado ideal. O normal seria o regular e habitual, ou seja, aquilo que era como deveria ser, encontrado na maior parte dos casos, algo mensurável e acessível à observação. A doença, por sua vez, seria uma condição derivada do normal, um distúrbio, um transtorno, um déficit ou um excesso (SAFATLE, 2011).

Canguilhem (2012) em sua tese defendeu que o normal e o patológico são fenômenos qualitativamente diferentes, que atingem todo o organismo devido à integralidade de seus processos e de suas funções. Um estado contínuo e perfeito de saúde seria inexistente, pois a experiência da vida incluiria a doença.

Baseando-se no conceito de “norma”, esse autor afirma uma polaridade dinâmica entre a saúde e a doença. As normas, ou seja, o que é considerado normal e anormal, mudam ao longo do tempo devido à capacidade humana de inventar novos instrumentos para dominar os meios para viver. Lutar contra os obstáculos à própria manutenção do sujeito é um movimento espontâneo da vida, para manter-se e desenvolver-se. Eis o fio condutor de todas as reflexões canguilhemianas sobre a vida, segundo Moreira (2013): a capacidade da vida de agir, reagir e resistir ao que a ameaça, no seu embate com o meio.

Atento às condições nas quais a vida é possível, o ser humano institui normas. Ele é normativo e “a vida é uma atividade normativa” (CANGUILHEM 2012, p.80). Sob condições de vida diferentes, outras normas surgiriam. Para o ser humano, normal é resistir às violações da norma momentânea e ultrapassá-las, ou seja, romper as normas e criar outras em situações novas (MOREIRA, 2013).

Afirma-se a saúde como um ato criativo – criador de valores – e instaurador de normas vitais. Por poder transformar o contexto em que se encontra, o sujeito atribui à vida outras propriedades e exercita sua capacidade de transgredir ao ultrapassar as normas, criar outras e valorar seu comportamento. Nesse sentido, afirma o humano como um ser livre, criativo e normativo.

Para que a atividade normativa seja possível, é preciso que a vida seja para o sujeito uma experiência, aberta à novidade e ao rearranjo de seus contornos. Como nos ensina Larrosa (2015), a experiência é aquilo que *nos* acontece, *nos* toca, *nos* afeta e o modo como lhe atribuímos ou não um sentido. Fazer uma experiência é deixar-se aberto, receptivo, exposto àquilo que nos interpelar, pois

“aquilo de que [o sujeito] faz experiência dele se apodera” (LARROSA, 2015.p.28). Seria precisamente, então, deixar-se envolver pela vida.

A vida, como a experiência, é relação: com o mundo, com a linguagem, com o pensamento, com os outros, com nós mesmos, com o que se diz e o que se pensa, com o que dizemos e o que pensamos, com o que somos e o que fazemos, com o que já estamos deixando de ser. “A vida é a experiência da vida, nossa forma singular de vivê-la” (LARROSA, 2015, p.74).

Na perspectiva de Canguilhem (2012), patológico, por sua vez, implicaria *pathos*, sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, de *vida contrariada* (CANGUILHEM, 2012, p.89). O patológico seria uma nova dimensão vital, qualitativamente distinta, evidenciada no grau de abertura do sujeito às possíveis modificações de sua condição de vida. A doença teria um caráter conservador, e a saúde um caráter de abertura ao novo. Ou seja, estando sob outras condições de vida, o doente estaria limitado na sua capacidade de poder instituir normas diferentes, na sua capacidade normativa.

Nesse sentido, a doença não é a ausência de normas – anormalidade – nem uma variação da dimensão da saúde. Podemos associar a doença a uma “experiência enjaulada” (LARROSA, 2015) por uma lógica, por saberes e práticas que já não respondem mais às necessidades do sujeito. Para Canguilhem (2012), o patológico é a restrição da capacidade normativa. Nessa situação reduzida, o sujeito não sente a vida acontecer. A sensação é de irrealidade, e, mesmo que ainda o sujeito esteja andando, sua vida sucumbe. “O real está relacionado com a vida e a irrealidade com a desvitalização da vida, o sentimento que nos faz dizer que essa vida não é vida” (LARROSA, 2015, p.108). Nessa jaula, sob uma norma diferente, insatisfatória para o sujeito, a experiência é a da doença.

A doença se manifesta ao longo do tempo e marca uma ruptura de um processo em curso. Mais do que um acometimento biológico, a doença é uma ameaça à existência individual (MOREIRA, 2013). As novas normas instituídas pelo sujeito não são as mesmas adotadas antes do processo crítico que originou a novidade.

Canguilhem considera que há uma irreversibilidade na normatividade vital por avaliar que a vida não conhece reversibilidade, mas aceita reparações, inclusive, que podem ser condições superiores às antigas (CANGUILHEM, 2012; MOREIRA, 2013). Como consequência disso, a cura não é um retorno a um estado anterior. Ela é a reconquista de uma estabilidade, que pode se aproximar ou distanciar da doença e da saúde, na medida em que esse estado estiver mais ou menos aberto a eventuais alterações do meio.

Devido a esse processo normativo, criador de normas e com potencial para ultrapassá-las em situações eventuais, a fronteira entre o normal e o patológico poderia variar ao longo do tempo. O sujeito seria o responsável pela distinção do ponto em que começa a doença, tendo a si mesmo como a própria referência. “O patológico só começa quando é reconhecido como tal pela consciência marcada pela experiência da doença” (SAFATLE, 2011, p.19).

Nesse sentido, não há fenômeno patológico em si. Ele só poderia ser apreciado numa relação: o que fosse normal numa situação poderia se tornar patológico noutra, dependendo da reação do sujeito e dos instrumentos de ação disponíveis no seu contexto de vida (SAFATLE, 2011). O nível de saúde poderia ser avaliado pela capacidade de suportabilidade às mudanças e infidelidades do meio, assim como de enfrentamento das crises e de operar ajustes normativos: “Estar com boa saúde é poder cair doente e poder se recuperar” (CANGUILHEM, 2012, p.140).

Por tudo isso, podemos afirmar que Canguilhem nos ensina que a doença acabaria revelando uma inovação positiva do sujeito ao instaurar um processo de redimensionamento da vida, quando se é capaz de se afastar da doença, pela flexibilidade e criatividade de transformar as normas. Essa maleabilidade não caracterizaria, no entanto, uma plasticidade instantânea e absoluta, mas uma flexibilidade das normas interpretadas pelo sujeito como habituais, um dinamismo dos modos de ser da vida, dentro de certos limites (MOREIRA, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É com sujeitos que tiveram sua “vida contrariada”, nas palavras de Canguilhem, que dialogamos em nossa tese. Eles sofreram e experimentaram a impotência diante de uma vida estreitada em seu repertório, pelo uso abusivo de álcool e outras drogas. Perceberam-se insatisfeitos com essa norma patologizante e buscaram outras alternativas.

Canguilhem compreende “a vida como uma atividade de oposição à inércia e à indiferença” (CANGUILHEM, 2012, p.186). Nessa perspectiva, o sujeito sente-se naturalmente convocado ao combate, ao enfrentamento desse sofrimento e das consequências nas diferentes dimensões de sua trajetória de vida, ao defrontar-se com sua condição limitada. O que está em jogo é o quanto esse movimento produtor de saúde, ou seja, instaurador de normas (CANGUILHEM, 2012) é compatível com a vida, considerando que é sempre possível algum tipo de ação, apesar das limitações. É justamente por estar saudável que o sujeito pode dar valor

aos seus comportamentos e livremente transgredir e instituir suas próprias normas e, até mesmo, alterar o meio no qual a vida se desenvolve (MOREIRA, 2013).

Por outro lado, doentia é uma vida apática, estagnada e condicionada pelo meio, quando não há afrontamento dos riscos, improviso e inventividade. Em nosso estudo associamos essa condição ao modo de viver do dependente químico. Canguilhem resgata a dimensão ativa da vida, pela capacidade humana de instituir valores, criar normas e superá-las, quando necessário, ou seja, por não permanecer inerte ao que lhe ameaça. A possibilidade de novos comportamentos, de um redimensionamento da vida, de uma *plasticidade funcional* (MOREIRA, 2013, p.46), permite ao sujeito alterar, dentro de certos limites, seu modo de vida. A morte da normatividade, isto é, a doença, estaria na impossibilidade dessa dinâmica da vida acontecer, numa estabilização constante do funcionamento vital que não permitiria transgressões. Incapacitado para ultrapassar um estado e adotar outro modo de normalidade, limitado a uma única norma, o sujeito está adoecido, não por não ter normas, mas por não poder ser normativo (MOREIRA, 2013).

O sofrimento do dependente químico se caracterizaria, portanto, como um estado patológico, ao restringi-lo em sua participação ativa em um determinado meio. Submetido a uma condição adversa, como é a dependência química, ele se defronta, luta, confronta suas normas patológicas e as enfrenta, em busca de sua vitalidade e de sua normatividade.

Essa perspectiva centrada na ação e na reação do dependente ao seu estado patológico, isto é, que propõe a *recuperação como um enfrentamento*, valoriza a percepção do sujeito acerca do seu adoecer ao dar a ele um sentido. Nossa perspectiva da experiência de enfrentamento desses sujeitos está centrada no modo singular como os dependentes foram afetados por esse processo e como (re)agiram às repercussões objetivas e subjetivas da dependência química. Ao atribuir um sentido à sua trajetória de *recuperação*, esse sujeito elabora um fazer-saber pela experiência (LARROSA, 2015; JORGE, 1995). Essa é uma experiência que produz afetos e saberes, quando conexões significativas são estabelecidas entre os acontecimentos ao que se esteve exposto em sua trajetória de vida e pode indicar como o sujeito lidou com essa realidade cotidianamente.

REFERÊNCIAS

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico** (7ª ed., Barrocas, M. T. R. C., trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

JORGE, R. C. **Psicoterapia ocupacional** – história de um desenvolvimento. Belo Horizonte: GES.TO. (1995).

LARROSA, J. **Tremores**: escritos sobre experiência (Antunes, C., Geraldi, J. W., trad.). Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

MATA, C. C. da. **Outra história**: a experiência de dependentes químicos no enfrentamento da vida. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

MOREIRA, A. B. **Clínica e resistência**: a medicina filosófica de Georges Canguilhem. 2013. Tese (Doutorado), Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo.

SAFATLE, V. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de George Canguilhem. **Scientiae Studia**, 9(1), 11-27. 2011.

WHITE, W. Addiction recovery: its definition and conceptual boundaries. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 33, 229-241. 2007.

Capítulo 7

DESEMPENHO OCUPACIONAL DE USUÁRIOS ALCOOLISTAS

Lívia Patrícia Araújo dos Santos

Márcia Maria Mont' Alverne de Barros

INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas o consumo de substâncias psicoativas tem aumentado e o seu uso tem sido cada vez mais precoce, atingindo jovens e crianças. O uso excessivo do álcool agrava a saúde do usuário, as relações familiares e conseqüentemente tornam-se um problema de saúde pública (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

O álcool representa a substância psicoativa mais consumida no mundo. Esse consumo se deve ao fato do álcool possuir um conceito diferenciado das demais substâncias e por ter uma comercialização acessível e incentivada por propagandas. Com toda a exposição e o incentivo para o uso de álcool, torna-se mais favorável a dependência por essa substância do que por outras (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010).

O Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, constatou que no Brasil a taxa de mortalidade por causas básicas e/ou associadas ao uso do álcool foi de 12,64 óbitos por 100.000 habitantes em 2006 e que 92.946 pessoas, entre 2000 e 2006, chegaram a óbito devido a alguma doença relacionada ao álcool. Por se tratar de uma droga psicotrópica aceita e estimulada pela sociedade e pela publicidade, há imoderação do seu uso (SILVA *et al.*, 2011).

Segundo a folha informativa da Organização Pan Americana da Saúde – OPAS (2019), em todo o mundo por ano registra-se três milhões de mortes resultantes do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. O uso maléfico de álcool é um fator causal para mais de 200 doenças e lesões. Em geral, 5,1% da carga mundial de doenças e lesões são atribuídas ao consumo de

álcool, conforme calculado em termos de anos de vida perdidos ajustados por incapacidade.

A morte e a incapacidade são causadas pelo consumo de álcool em um período relativamente cedo na vida. Na faixa etária de 20 a 39 anos, aproximadamente 13,5% do total de mortes são atribuíveis ao álcool. Acrescentam-se que há uma relação causal entre o uso danoso do álcool e uma série de transtornos mentais e comportamentais, além de doenças não transmissíveis e lesões (OPAS, 2019).

Desde o século XX, o alcoolismo é considerado uma doença que não se limita apenas a problemas orgânicos, pois abrange questões sociais e morais. Logo, as consequências nocivas do álcool não se restringem apenas ao corpo do indivíduo, mas alcança o seu comportamento, resultando no mal desempenho de suas ocupações na sociedade (SANTOS; VERANI, 2010).

O alcoolismo é um grave problema de saúde pública na atualidade. Tal problemática não fica circunscrita à dimensão individual, ela alcança questões familiares, jurídicas, comunitárias, sociais, da economia, das relações de trabalho, ocasionando repercussões múltiplas na vida da pessoa alcoolista e da coletividade.

De acordo com Camatta *et al.* (2011), a atenção psicossocial tem se apoiado em ações teórico-práticas, entendidas como novos dispositivos voltados para a saúde mental, como por exemplo, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ações político-ideológicas que utilizam dispositivos sociais como meio para reinserir o sujeito na sociedade.

Esses dispositivos foram adotados pelo Ministério da Saúde como articuladores da rede de atenção em saúde mental, com o objetivo de atender as demandas dos usuários e de suas famílias. Os serviços prestados pelo CAPS têm o intuito de reduzir as dificuldades encontradas pelo usuário em conviver com a sociedade e estimular a sua autonomia para conduzir a sua própria vida.

O CAPS AD Álcool e Drogas é um serviço de saúde que compõe a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. O cuidado em saúde mental prestado pela equipe multiprofissional contempla a habilitação social dos usuários assistidos, na perspectiva de adoção de projetos terapêuticos individualizados, considerando as suas singularidades e pluralidades, o contexto sociocultural no qual estão inseridos, estimulando a sua autonomia, tendo como horizonte de trabalho a integralidade do cuidado.

O modelo de atenção psicossocial valoriza o saber e a opinião do usuário e da sua família para a construção do projeto terapêutico. Após uma avaliação sobre as condições do usuário, são acordados os procedimentos a serem tomados por

cada membro da equipe multiprofissional. Assim, o projeto terapêutico é baseado nas necessidades do usuário, sua subjetividade, seu modo de levar a vida e sua singularidade. Essa forma de cuidado tem como uma importante característica, a flexibilização, pois pode ser modificada coletivamente a qualquer momento (PINTO *et al.*, 2011).

O CAPS se configura um serviço que favorece a socialização, a inclusão e a autonomia de seus usuários, mediante a realização de atividades que lhes aproximem do convívio social, possibilitando o processo de ressignificação de suas vidas.

Nesse sentido, faz-se necessária a presença de profissionais capacitados para atuar nesse campo. Dentre esses profissionais, destaca-se o terapeuta ocupacional, o qual se dedica ao estudo das ocupações humanas. Nesse contexto, o termo “ocupações” pode ser entendido como todas as atividades do dia a dia que são realizadas pelo indivíduo, às quais representam valores culturais e que favorecem condições de vida e significado para quem realiza tais ocupações (CLARK; WOOD; LARSON, 2010).

De acordo com o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional – COFFITO (2020), a Terapia Ocupacional é uma profissão de nível superior, voltada aos estudos, à prevenção e ao tratamento de indivíduos portadores de alterações cognitivas, afetivas, perceptivas e psicomotoras, decorrentes ou não de distúrbios genéticos, traumáticos e/ou de doenças adquiridas, através da sistematização e utilização da atividade humana como base de desenvolvimento de projetos terapêuticos específicos, na atenção básica, média complexidade e alta complexidade.

A Terapia Ocupacional é um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social que reúne tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas à problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais apresentam temporariamente ou definitivamente dificuldade da inserção e participação na vida social. (CREFITO 3, 2021).

Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional – AOTA (2015), os terapeutas ocupacionais consideram todas as áreas de ocupações que os seres humanos podem desenvolver. As áreas de ocupação são: atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social. Nesse sentido, a Terapia Ocupacional promove a interação entre o indivíduo, seu contexto e suas ocupações com o intuito de ajudá-lo a alcançar seus objetivos e sua autonomia. Ao realizar essas atividades, a Terapia Ocupacional entende isso como desempenho ocupacional,

que é a realização de alguma área de ocupação resultante da interação entre a pessoa, o contexto e a atividade.

O terapeuta ocupacional tem um importante papel na reabilitação psicossocial, pois intervém na saúde mental e na inserção social mediante a atividade humana (ALMEIDA; TREVISAN, 2011).

O desempenho ocupacional é tido como adequado quando favorece a saúde e o bem-estar de quem realiza a ocupação. Esse desempenho é influenciado por vários fatores que contribuem de forma positiva ou negativa para esta realização (PEREIRA *et al.*, 2014).

Para analisar o desempenho ocupacional de uma pessoa é necessário compreender a interação entre a pessoa, o que está impedindo que esse desempenho seja realizado de forma satisfatória e o contexto onde a ocupação está sendo desenvolvida. Outros aspectos importantes que influenciam esse desempenho são os aspectos: físicos, sociais e culturais do indivíduo (CREPEAU, 2010).

Nesse sentido é necessário considerar que todas as ocupações desenvolvidas pelas pessoas são afetadas por fatores intrínsecos e ambientais. O terapeuta ocupacional estuda possibilidades, junto ao usuário, de minimizar esses fatores que causam impedimentos para o desempenho ocupacional, a fim de tornar o indivíduo mais independente.

Tendo em vista a incipiência de pesquisas que contemplem a temática referente às áreas de desempenho ocupacional de pessoas alcoolistas, em um município do Estado da Paraíba, e considerando a importância de políticas de saúde mental para as pessoas que fazem uso abusivo de álcool, esse estudo tem como objetivo: desvelar as áreas de desempenho ocupacional (trabalho e participação social), de usuários alcoolistas atendidos em um CAPS AD tipo III, de um município do nordeste brasileiro, antes e após o uso abusivo de álcool e as repercussões desse fato no seu cotidiano e nas suas condições de vida. As citadas áreas de ocupação: trabalho e participação social foram contempladas, em virtude de apresentam significados bastante relevantes durante a fase adulta da pessoa.

CAMINHOS DA PESQUISA E PROCEDIMENTOS

Trata-se de estudo descritivo-exploratório desenvolvido na abordagem de pesquisa qualitativa (MINAYO, 2010).

O município, cenário do estudo, localiza-se no nordeste brasileiro. A pesquisa foi realizada em um CAPS AD, com equipe multiprofissional composta

por psiquiatra, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, assistente social, terapeuta ocupacional, educador físico, dentre outros.

Foram convidados 10 usuários alcoolistas do sexo masculino, os quais se encontravam no momento da pesquisa em atendimento no citado CAPS. Estabeleceram-se como critérios de inclusão para participação no estudo, os seguintes aspectos: usuários que estavam em tratamento no CAPS AD há pelo menos um ano, apresentando faixa etária compreendida entre 20 a 60 anos de idade; aceitação para participar da pesquisa e autorização para a gravação da entrevista em áudio.

No que tange aos critérios de exclusão, foram consideradas as situações nas quais o usuário não aceitou participar do estudo, ou quando alguns dos critérios de inclusão estabelecidos não foram atendidos.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas com os usuários no CAPS AD em março de 2015. Elaboraram-se códigos para representar os participantes da pesquisa, com vistas a salvaguardar o anonimato deles. Assim, eles foram identificados com os seguintes códigos: (U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, U10), criados a partir da ordem de realização das entrevistas.

Essa pesquisa obedeceu à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS, 2013). Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do parecer 924.094.

A análise do material coletado foi realizada mediante a análise de conteúdo temática, consoante preconizada por (MINAYO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os usuários do CAPS AD participantes da pesquisa apresentaram idades compreendidas entre 29 a 58 anos. Desses, oito são solteiros e dois casados. No que se refere à escolaridade, dois possuem o nível superior incompleto, dois o ensino médio, dois o ensino médio incompleto e quatro o ensino fundamental incompleto.

No tocante à profissão, quatro são autônomos, um descarregador de navio, um pintor, um aposentado e três até o momento da entrevista encontravam-se desempregados. Quanto à renda individual, três não possuem renda, um recebe menos do que um salário mínimo, quatro recebem um salário mínimo e dois recebem mais de um salário mínimo. Desses, apenas um recebe benefício do governo.

Em relação à idade que iniciaram o consumo de bebida alcoólica, um iniciou aos 12 anos, um aos 13 anos, três aos 14 anos, um aos 15 anos, dois aos 16 anos e dois aos 18 anos. No concernente ao tempo de tratamento no CAPS AD,

um está em tratamento há um ano, dois a um ano e meio, um a dois anos, um a três anos, quatro a quatro anos e um a cinco anos.

Mediante a leitura e a organização das informações obtidas por meio das entrevistas realizadas com os usuários do CAPS AD, procedeu-se à organização das categorias que destacaram os conteúdos principais correlacionados ao objetivo desse estudo. A análise do material empírico ocorreu mediante ação dialógica entre os conteúdos que surgiram das categorias e a literatura pertinente ao tema.

Categoria 1) Os usuários trabalhavam e estudavam antes de fazerem uso abusivo de álcool.

Os dez usuários entrevistados trabalhavam, exercendo atividades diversificadas, tais como: guarda municipal, marinho mercantil, jogador de futebol, pintor, pescador de lagosta, comerciante. Desses, apenas três afirmaram que trabalhavam em um horário e estudavam em outro turno.

O trabalho e o estudo foram evidenciados pelos entrevistados como sendo as atividades principais que desenvolviam diariamente, conforme pode ser identificado nas falas:

Eu gostava do trabalho, continuo gostando, apesar de estar afastado. Sinto saudades de não poder voltar, tanto pela idade como pelas condições físicas. Sinto falta porque desde cedo fui acostumado a trabalhar, eu tinha aquele hábito, vínculo, eu trabalhava em um período e estudava no outro. O trabalho sempre esteve presente na minha vida. Sempre fui mecânico, até na marinha mesmo, eu sou marinho mercantil, trabalhava na sessão de máquinas (...). (U2, 58 anos, casado).

Trabalhei na marinha mercantil e fui jogador de futebol, cheguei até a categoria semiprofissional, joguei nos times de Cabedelo, João Pessoa, Mato Grosso e no Paraguai (U10, 29 anos, solteiro).

Indubitavelmente, o trabalho é essencial na vida das pessoas, seja em termos de subsistência, de construção de identidade, como fonte de saúde integral, ou de adoecimento físico e mental. É mediante o trabalho que as pessoas constroem vínculos, tecem redes de suporte social com significados singulares e plurais.

Pioli (2011) afirma que, com o passar do tempo, o trabalho tornou-se um relevante mediador entre a sociedade e o indivíduo. Ou seja, passou a ser um elemento importante na identidade social, que possui significados que transcendem a busca por um salário. A idealização da procura por um trabalho e a obtenção do mesmo, influencia no reconhecimento social, na construção de

redes sociais, na aquisição de direitos sociais e no consumo, contribuindo para o sentimento de autorrealização dos sujeitos.

É importante observar que os participantes dessa pesquisa destacaram a relevância do trabalho nas suas vidas e como o desempenho dele tornava o seu cotidiano mais repleto de sentidos e significados.

Categoria 2) Os usuários relatam participação social ativa e relacionamento familiar estável antes do uso abusivo de álcool.

Dos dez usuários participantes do estudo, seis mencionaram que tinham participação social ativa e relacionamento familiar estável. Somente quatro não fizeram nenhuma referência a esses aspectos.

No respeitante aos usuários que relataram sobre o seu convívio com a sociedade e a família, eles destacaram acerca de seu relacionamento com os filhos, família e amigos.

Antes de fazer uso abusivo do álcool, eu tinha mais amigos. Hoje sou uma pessoa mais fechada, eu me abro com poucas pessoas. Minhas amizades mudaram totalmente, antes de fazer o uso abusivo do álcool, eu tinha certos tipos de amigos, hoje meus amigos são inferiores, não querendo abaixar as pessoas, mas essa é a realidade (U2, 58 anos, casado).

Minha vida era ótima antes do álcool, vivia com minha família, com os meus filhos. Eu saía para onde eu gostava (U4, 41 anos, casado).

A Associação Americana de Terapia Ocupacional - AOTA (2015) define a participação social como o engajamento desejado em atividades familiares, comunitárias e naquelas que envolvem pares e amigos. Sendo assim, o indivíduo tende a sentir-se mais participativo em seu meio social e familiar quando desenvolve relações interpessoais satisfatórias.

Salles e Matsukura (2015) estabelecem que as relações sociais e a participação social são elementos importantes na construção da identidade e nas ocupações desenvolvidas no cotidiano.

Conforme Silva *et al.* (2014) salientam, a socialização é um espaço que interfere positivamente na rotina. O viver em comunidade proporciona o sentimento de sentir-se seguro e a oportunidade de vivenciar a solidariedade entre os atores da rede social.

Considerando-se as falas dos participantes do estudo, identifica-se que os usuários possuíam um ciclo de amizade e um convívio familiar mais ativo e estável.

Assim eles desenvolveram o sentimento de pertencimento social, considerando os seus relacionamentos como sendo mais respeitáveis.

Assim sendo, compreende-se que as relações sociais que o indivíduo estabelece durante a sua trajetória de vida proporcionam-lhe a elaboração de valores individuais, o reconhecimento de seus direitos e o cumprimento de seus deveres na sociedade.

Categoria 3) Repercussões do uso abusivo de álcool na área de desempenho ocupacional trabalho.

Nas experiências dos usuários do CAPS AD, o uso abusivo de álcool trouxe diversas consequências no que se refere ao trabalho, acarretando até mesmo demissões por causas justificáveis.

Saí do trabalho porque bebi dois dias diretos. [...] Eu bebia e ia trabalhar, mas as pessoas começaram a perceber e me colocaram para fora. Eu recebia meu salário e gastava a maioria com bebida, parece uma sede sem fim. (U10, 29 anos, solteiro).

Um dia fui para o trabalho embriagado, meu chefe me deu um papel pra assinar. Pensei que era porque eu tinha faltado no dia anterior. Quando eu cheguei no trabalho no outro dia, ele me perguntou o que eu estava fazendo lá porque eu já tinha assinado minha demissão. Eu fiquei com raiva e quebrei a sala inteira. Recorri, mas o advogado era corrupto da prefeitura, disse que era causa perdida. Fiquei desempregado. [...] (U6, 48 anos, solteiro).

O Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamentos, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento – SUPERA (2009), relaciona alguns problemas de trabalho devido ao uso de álcool, tais como: faltas ao trabalho, atrasos, baixa produtividade, dificuldade de relacionar-se com os colegas e chefes, indisciplina, deixar o trabalho antes do horário e outros.

O uso do álcool também está relacionado a várias questões sociais, como: a não inserção no mercado de trabalho, a baixa escolaridade, a falta de vínculos familiares e as condições de moradia precária. O abuso do álcool também reduz a possibilidade do engajamento em trabalhos fixos e aumenta as probabilidades de aparecimento de doenças e acidentes (BOTTI *et. al.*, 2010).

Segundo Cantarelli *et al.* (2014), é possível observar as dificuldades enfrentadas pelo indivíduo que faz uso abusivo de álcool a partir do momento que suas ocupações, condições físicas, psicológicas e sociais são afetadas

progressivamente e o álcool passa a ser prioridade em sua vida. Agregado a isso, há o estigma social que a pessoa enfrenta, o que dificulta as oportunidades de trabalho ou permanência no emprego.

Além do trabalho e do estudo, outras ocupações são interrompidas e/ou prejudicadas devido ao uso abusivo de álcool. Em decorrência desse fato, o alcoolista expõe-se a diversas situações de sofrimento psíquico e padece com os prejuízos diversos oriundos da esfera social, pois não consegue manter uma rotina de atividades que a sociedade considera produtiva.

Categoria 4) Participação social dos usuários após o uso abusivo de álcool e as repercussões desse fato no seu convívio familiar.

No que concerne à participação social após o uso abusivo de álcool e as consequências deste no seu convívio familiar, alguns usuários participantes da pesquisa relataram situações conflituosas e de rompimento de vínculos.

[...] Prejudica na participação social. Uma vez eu fui para um bar no cabo branco e depois que bebi esculhambei o cara que me levou. Foi sem maldade. E eu bom não faço isso, o bêbado fica corajoso. (U1, 49 anos, solteiro).

[...] Perdi namorada. Fiquei acomodado. Agora tenho certeza do que eu quero, quero tocar minha vida. Perdi muitas amizades. (U10, 29 anos, solteiro).

Nas falas evidenciadas pelos usuários percebe-se as implicações do abuso de álcool nas relações sociais. É uma situação complexa de ser enfrentada tanto para os alcoolistas quanto para as pessoas que convivem com eles. Muitas vezes, as pessoas sentem-se impotentes diante da situação dramática vivenciada pelo alcoolista e acabam desacreditando na recuperação dele. As repercussões do consumo abusivo de álcool nas redes de suporte social e no convívio familiar ficam explícitas na fala desse usuário participante do estudo, como pode ser observado a seguir:

O meu relacionamento com minha família era bom. Eu vendia algodão doce, tinha contato com minha família. Agora sou morador de rua. Para dormir eu bebia, agora tomo um medicamento. Eu morava na casa da minha mãe, mas tomei desgosto. Minha irmã mais nova nunca gostou de mim, minha irmã mais velha me chama de jogado e drogado. Minha irmã me manda tomar jeito. Mas, como eu vou mudar, se não tenho lugar para morar. Às vezes, eu durmo na casa da minha irmã. (U8, 46 anos, solteiro).

O álcool acarreta diversos danos na vida dos alcoolistas. Tais danos são ocasionados por alterações nas funções cerebrais afetadas devido ao abuso de

álcool. Há ainda os fatores genéticos e socioculturais, os quais contribuem para o desencadeamento de uma psicopatologia que interfere em todos os aspectos do cotidiano do alcoolista (MENDES; MACEDO, 2012).

Na perspectiva dos usuários, alguns acontecimentos negativos em relação aos diversos aspectos de suas vidas aconteceram por causa do uso abusivo de álcool. Dentre tais acontecimentos, destacam-se: rupturas de vínculos familiares, desemprego e atitudes desfavoráveis diante de alguma situação.

[...] Bebo a hora que dá vontade. O álcool muda tudo na vida da gente, o rico fica pobre e o pobre fica rico. Você faz coisas que nem imagina, eu só não fiz o mal e nunca machuquei ninguém [...]. (U1, 49 anos, solteiro).

[...] Fiquei desempregado. Minha cachaça só faz mal a mim mesmo, não mexo com ninguém quando estou bêbado. Com o tempo começou a me incomodar as coisas que as pessoas falavam de mim. Eu pensei assim: meu Deus, o que estou fazendo da minha vida? Foi então que resolvi procurar o CAPS e estou aqui. Perdi a confiança da minha família e dos meus amigos. Depois do álcool fiquei sem credibilidade, até mesmo dos meus filhos [...]. (U6, 48 anos, solteiro).

Os estudiosos Ronzani e Furtado (2010) chamam a atenção para o fato de que o consumo de álcool é incentivado pela mídia e pela sociedade de forma atraente, promovendo o uso pela população. Porém, quando essa ingestão de álcool passa a ser diária e problematizadora, vincula-se a uma ideia de fraqueza moral e individual, onde o usuário passa a ser excluído pela sociedade.

Dessa maneira, são patentes as consequências do abuso de álcool nas relações familiares e sociais, causando rupturas ou enfraquecimento dos vínculos outrora estabelecidos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desse estudo indicaram que os usuários mantinham uma rotina de trabalho e estudo antes de fazerem uso abusivo de álcool, possuíam relacionamento familiar estável e participação social ativa. Devido ao uso excessivo de álcool, passaram a enfrentar dificuldades. Eles destacaram prejuízos que tiveram de enfrentar nas esferas do trabalho, do convívio familiar e da participação social.

Importante esclarecer que não há a intenção com a realização dessa pesquisa de demonizar o usuário de álcool, pois muitas pessoas que fazem uso abusivo e problemático dessa substância, frequentemente, encontram-se inseridas em contextos familiares, comunitários e sociais bastante complexos.

Sabe-se que o alcoolismo sempre esteve e estará presente na história da humanidade, por outro lado, não há como negar como são evidentes os efeitos insalubres do uso abusivo de álcool no cotidiano das pessoas alcoolistas e nas suas relações sociais.

Nesse contexto, a Terapia Ocupacional pode contribuir de maneira relevante, minimizando as consequências deletérias do uso abusivo de álcool, no concernente às áreas de desempenho ocupacional dos usuários, nos seus contextos singulares de vida.

O alcoolismo interfere diretamente nas áreas de ocupação do alcoolista, pois devido ao uso excessivo de álcool, o usuário passa a ter outras prioridades que causam impedimentos na realização de atividades cotidianas, outrora por ele desenvolvidas. Diante dessas mudanças, o terapeuta ocupacional realizará intervenções com o objetivo de habilitação social do usuário, favorecendo a criação e o desenvolvimento de estratégias que auxiliem os usuários a lidarem com o alcoolismo.

Como se trata de um tema bastante complexo e presente na sociedade atual, destaca-se a importância de realização de novos estudos que aprofundem a temática, evidenciando outros aspectos imbricados na problemática estudada.

Com a realização desse estudo espera-se contribuir para a qualificação da atenção em saúde mental prestada pelos trabalhadores do CAPS AD, cenário desse estudo, oferecendo elementos que possibilitem à equipe multiprofissional conhecer as áreas de desempenho ocupacional dos usuários alcoolistas, às quais se encontram mais afetadas, identificando-se assim as dificuldades enfrentadas por eles nas suas experiências de vida.

Acrescenta-se o interesse das autoras deste estudo em contribuir para a elucidação de aspectos importantes que propiciarão a reflexão de usuários, gestores e trabalhadores do CAPS AD acerca das áreas de desempenho ocupacional: trabalho e participação social, dos usuários atendidos no citado CAPS, antes e após o uso abusivo de álcool, assim como as repercussões desse fato nos seus cotidianos e nas suas condições de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, D.T.; TREVISAN, E. R. Estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional em consonância com as transformações da assistência em Saúde Mental no Brasil. **Interface comunicação saúde e educação**, v.15, n.36, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n36/aop3110.pdf>> Acesso em: 14 nov. 2014.

AOTA. Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo - 3ª Edição. **Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**; jan.-abr. 2015;26(ed. esp.):1-49. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>> Acesso em 07 mai. 2015.

BOTTI, N. C.L.; CASTRO, C. G.; SILVA, A. K.; SILVA, M. F.; OLIVEIRA, L. C.; CASTRO, A. C. H. O. A.; FONSECA, L. L. K. Padrão de uso de álcool entre homens adultos em situação de rua de Belo Horizonte. SMAD, **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**. (Ed. port.), v. 6(Especial), p. 536-555,2010. Disponível em<<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38731/41584>> Acesso em: 18. mai. 2015.

CAMATTA, M. W.; NASI, C.; ADAMOLI, A. N.; KANTORSKI, L. P.; SCHNEIDER, J. F. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: o olhar da família. Porto Alegre- RS: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.11, 2011. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011001200013> Acesso em: 09 nov. 2014.

CANTARELLI, N. D. C.; MARCHESAN, E. K. R.; AMARAL M. C.; LEMOS J. C.; Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista Saúde**, Santa Maria, v.40, n.1, p. 85-90, jan./jul. 2014. Disponível em < http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/revistasauade/article/viewFile/14476/pdf_1> Acesso em 09 mai. 2015.

CLARK, F.; WOOD, W.; LARSON, E.A. Ciência Ocupacional: Legado da Terapia Ocupacional para o Século XXI. *In*: NEISTADT, Maureen E.; CREPEAU, Elizabeth B. **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 14 -16.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – **Resolução 466/12**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html >. Acesso em 09 de jul. 2013.

COFFITO. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Definição de Terapia Ocupacional**. Disponível em https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3382. Acesso em: 24 março. 2020.

CREFITO 3. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. **Terapia Ocupacional (Definição)**. Disponível em <http://www.crefito3.org.br/dsn/terapiaocup.asp> Acesso em: 27 abril. 2021.

CREPEAU, E. B. Análise de Atividades: Uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional. *In*: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. **Terapia Ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 121.

MENDES, A.; MACEDO, J. A. ALCOOLISMO: Um estudo sobre a importância dos centros especializados na modificação dos ébrios habituais. **Revista Estação Científica**, Juiz de Fora, n.07, p. 1-15, jun.2012. Disponível em <<http://portal.estacio.br/media/3580514/alcoolismo-um-estudo.pdf>> Acesso em 08 mai. 2015.

MINAYO, M.C.S. O desafio da pesquisa social. *In*: MINAYO, M.C.S.; GOMES, R.; DESLANDES, S.F. (Orgs.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p.9-29.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OLIVEIRA, G. F.; LUCHESI, L. B. O discurso sobre álcool na **Revista Brasileira de Enfermagem**: 1932-2007. Ribeirão Preto: Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 18, 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a20v18nspe.pdf>> Acesso em: 17 out.2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Folha informativa – Álcool**. 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5649:folha-informativa-alcool&Itemid=1093. Acesso em: 23 março 2020. OPAS, OMS. Acesso em: 24 março 2020.

PEREIRA, D.C.; PEREIRA, A.R.; PEREIRA, P.E.; TREVISAN, E.R. Desempenho ocupacional de adolescentes de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSI). *Terapia Ocupacional*. São Paulo: **Rev Ter Ocup Univ São Paulo**, v. 25, n. 1, 2014.

PIOLLI, E. Sofrimento e Reconhecimento: O papel do trabalho na constituição da identidade. **Revista USP**, São Paulo, n.88, p. 172-182, dez./fev. 2010-2011. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/13861/15679>> Acesso em: 17. mai. 2015.

PINTO, D. M.; JORGE, M. S. B.; PINTO, A. G. A.; VASCONCELOS, M. G. F.; CAVALCANTE, C, M.; FLORES, A. Z. T.; ANDRADE, A. S. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção. **Revista texto contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 493-302, jul./set. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/10.pdf>> Acesso em: 24 set. 2015.

RONZANI, M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Juiz de Fora, v.59, n.4, p. 326-332, Jun. 2010. Disponível em <<https://unoeste.br/site/biblioteca/documentos/Manual-Normalizacao.pdf>> Acesso em 08 mai. 2015.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Do individual ao coletivo: perfil ocupacional de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 58-65, jan./abr. 2015. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/82620/96372>> Acesso em: 17. mai. 2015.

SANTOS, F. S. D.; VERANI, A.C.; Alcoolismo e medicina psiquiátrica no Brasil do início do século XX. Manguinhos, Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde**, v.17, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702010000600008&script=sci_arttext>. Acesso em: 27 out. 2014.

SILVA, G. L.; FONSECA, G. A.; SANTOS, H. K. A. S.; SERTÃO, M. A. L. Observatório Epidemiológico. **Enfermagem. Teresina: CEUT**, v.44, n.8, 2011. Disponível em <<http://www.ceut.com.br/observatorio/edicao%2044.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2014.

SILVA, C. C.; COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; AMARAL, M.T. R.; CRUZ, N. L. A.; SILVA, M. R. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. Feira de Santana: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 3, 2014. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000300737&script=sci_arttext>. Acesso em: 17 out.2014.

SUPERA. **Efeitos de Substâncias psicoativas no organismo**: módulo 2/ coordenação do módulo Roseli Boerngen de Lacerda. – 3.ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.



Capítulo 8

TERAPIA OCUPACIONAL SOCIAL NO NORDESTE: EXPERIÊNCIAS ADVINDAS DO NÚCLEO METUIA UFPB/UNCISAL

Beatriz Prado Pereira

Iara Falleiros Braga

Gustavo Artur Monzeli

Waldez Cavalcante Bezerra

INTRODUÇÃO

Com o objetivo de contextualizar a história e as propostas desenvolvidas pelo núcleo Metuia UFPB/Uncisal, especificamente nos níveis de ensino e extensão em terapia ocupacional social nos estados da Paraíba e Alagoas, é necessário realizar um resgate histórico sobre a criação e organização do Projeto Metuia, hoje intitulado “Rede Metuia – terapia ocupacional social”.

No que se refere à história da criação e delimitação do social como um campo específico para a terapia ocupacional,

Galheigo (1999) destaca alguns elementos significativos, como a conjuntura política do Brasil na década de 1970, ainda no contexto da Ditadura Militar:

A terapia ocupacional social surgiu, portanto, em meados dos anos setenta sob a égide de um regime autoritário que impunha um sistema disciplinador e segregador embora mistificado pelo tecnicismo, que ao conceder poder aos técnicos, garantia a conformidade à violência da desigualdade e da conformação social. A crítica a tal modelo, entretanto, estaria sendo gestada, na medida em que neste mesmo período o cenário político do país começava a se modificar, a sociedade civil começava a se reorganizar e a questionar as políticas existentes, e a retomada do debate acadêmico possibilitava a recolocação da questão da marginalidade social sob a perspectiva do conflito social (GALHEIGO, 1999, p. 4).

A necessidade de criação de estratégias para a produção de práticas e de pesquisas em terapia ocupacional que respondessem às demandas emergentes da sociedade brasileira no contexto de luta pelo processo de redemocratização, principalmente nos anos de 1980, conduziu e possibilitou a sistematização de algumas teorias e metodologias por parte das terapeutas ocupacionais que se sentiam convocadas a participar de forma coerente deste momento importante para o país.

A relevância desta conjuntura política e social pode ser encontrada no trabalho de Reis (2008):

Eram tempos de ressurgimento do estado democrático e de seus marcos legais como a Constituição de 1988 e também de diversos movimentos sociais. Esses autores, cada qual a seu modo, participaram da luta por direitos das populações que atendiam e da organização das primeiras políticas setoriais para segmentos tidos como mais frágeis da sociedade, como o caso das crianças, dos idosos e das pessoas com deficiência. Pode-se dizer que havia uma inquietação com a situação de exclusão e marginalização social de populações que não necessariamente apresentavam problemáticas relacionadas à saúde (REIS, 2008, p. 50).

Após o processo de redemocratização e com o novo marco legal, a Constituição de 1988, algumas terapeutas ocupacionais continuaram produzindo ações, agora embasadas legalmente sob a ótica do exercício de cidadania e dos direitos sociais conquistados, tendo como foco as novas políticas de saúde, assistência social, educação, cultura, dentre outras, o que foi possibilitando a conformação de uma perspectiva teórico-metodológica, a terapia ocupacional social, para fundamentar as ações de terapeutas ocupacionais no campo social.

Neste contexto, o Projeto Metuia foi criado em 1998, por docentes de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo (USP), da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp). Metuia é uma palavra de língua nativa indígena brasileira, da comunidade bororo, que significa amigo, companheiro. A proposta central da Rede Metuia tem sido desenvolver projetos nos âmbitos do ensino, da pesquisa e da extensão em terapia ocupacional social (BARROS; LOPES; GALHEIGO; 2007a; LOPES, *et al.*, 2012).

Nas últimas duas décadas, o Metuia tem investido na realização de propostas que dialoguem e possibilitem a construção de um arcabouço teórico e prático que contribua com a discussão acerca das intervenções e da produção de conhecimento sobre o campo social na terapia ocupacional, alinhados a referenciais teóricos e metodológicos da terapia ocupacional social (BARROS; GHIRARDI; LOPES; 1999, 2002; BARROS; LOPES; GALHEIGO; 2007b; LOPES, *et al.*, 2012).

Atualmente, a Rede Metuia conta com seis núcleos em atividade (quatro no Sudeste, um no Centro-Oeste e um no Nordeste), sendo eles: o da Universidade de São Paulo (USP), o da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), o da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), o da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), o da Universidade de Brasília (UnB) e o único núcleo na região Nordeste é composto por meio de uma articulação entre a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal).

A articulação destes núcleos ocorre por meio de projetos de extensão universitária e de pesquisas, além de outras possibilidades de parcerias estabelecidas em cada núcleo. Além disso são realizados encontros em eventos nacionais da terapia ocupacional e da terapia ocupacional social.

Cabe destacar que a terapia ocupacional social é uma perspectiva teórico-metodológica fundamentada para a instrumentalização de profissionais que atuam no campo social. Esta não é a única possibilidade de atuação, enquanto terapeutas ocupacionais, no campo social, contudo tem sido, desde o processo de redemocratização da sociedade brasileira, uma relevante perspectiva para justificar as contribuições da terapia ocupacional em diferentes setores, para além da Saúde, como no âmbito da Assistência Social, da Educação, da Cultura, dentre outros.

Em relação à região Nordeste, dados do trabalho de Lopes *et al.* (2012), nos ajudam a compreender a importância e a necessidade de se produzir estratégias de ensino, pesquisa e extensão para atuar no campo social, especificamente sob a perspectiva da terapia ocupacional social.

Analisando o total de trabalhos apresentados para o campo social no Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional de 2011, em São Paulo, constata-se uma alta concentração na região Sudeste, com 343 trabalhos (60%). Na sequência, tem-se a região Nordeste contando com 103 (18%), a Norte com 62 (10,8%), a Sul com 47 (8,2%) e a região Centro-Oeste com 18 (3%) (LOPES, *et al.*, 2012).

Do total de 103 trabalhos enviados e apresentados por autores da Região Nordeste, apenas 16 trabalhos (15,5%) eram de Alagoas e 1 (0,9%) da Paraíba (LOPES, *et al.*, 2012). Esse dado demonstra como, até recentemente, a produção no campo social da terapia ocupacional realizada nos estados do Nordeste, apesar de importante, era pequena.

Contudo, de 2012 para cá é possível que essas porcentagens tenham se alterado, uma vez que alguns fatores podem ter contribuído para o aumento da produção sobre terapia ocupacional social na região Nordeste, como, por

exemplo, o maior número de contratação de professores de terapia ocupacional para atuar no campo social nas Universidades Públicas da região, além da criação do núcleo Metuia UFPB/Uncisal.

Atualmente, as atividades deste núcleo englobam, basicamente, três frentes de trabalho: o desenvolvimento de projetos de pesquisa vinculados ao Grupo de Pesquisa “Terapia Ocupacional Social: fundamentos, recursos e populações”; o Grupo de Estudos em Terapia Ocupacional Social; e as ações da extensão universitária, que serão descritas a seguir, baseadas nos pressupostos teórico-metodológicos da terapia ocupacional social.

A experiência acumulada pela Rede Metuia tem produzido tecnologias sociais capazes de fomentar novas possibilidades de atuação, integrando e articulando ações de abrangência macro e microsocial: *Oficinas de Atividades, Dinâmicas e Projetos; Acompanhamentos Singulares e Territoriais* - estratégia de intervenção que possibilita uma percepção e interação mais real do cotidiano e contexto de vida dos indivíduos, suas histórias e percursos, sua situação atual e sua rede de relações; *Articulação de Recursos no Campo Social* - ações que articulam o plano individual, passando pelos grupos, coletivos, até os níveis da política e da gestão; e *Dinamização da Rede de Serviços* - visa mapear, divulgar e consolidar programas, projetos e ações voltados para grupos populacionais e/ou sua comunidade, com o intuito de fomentar a interação e a integração entre eles, articulando os diferentes setores e níveis de intervenção (LOPES, et al., 2014).

Destacamos aqui as *Oficinas de Atividades* pela utilização dos recursos que possibilitam o aprendizado e o reconhecimento de necessidades do sujeito e o desenvolvimento da capacidade deste para buscar soluções próprias e criativas para suas questões. Criam-se potencialmente espaços de experimentação e aprendizagem, concebendo-se cada participante como ser ativo no processo de construção de subjetividade, um ser da práxis, da ação e da reflexão (LOPES et al., 2014).

METUIA EM PARCERIA COM O CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL E A ESCOLA PÚBLICA

O projeto de extensão intitulado “*Juventudes, redes de suporte e cidadania: ações da terapia ocupacional social em contextos de vulnerabilidade*” conta com a participação de estudantes do curso de terapia ocupacional da Uncisal – vinculados ao Núcleo Metuia ou que estão em aula prática do módulo Terapia Ocupacional no Campo Social –, terapeutas ocupacionais interessados na

discussão sobre o campo social e o docente que coordena as atividades do núcleo nesta Universidade.

O projeto iniciou suas atividades em julho de 2019, tendo como foco a proposição de ações em terapia ocupacional social que se voltem para o enfrentamento das situações de risco e vulnerabilidade social presentes no cotidiano de adolescentes e jovens de grupos populares urbanos. Aliado a esse foco, visa promover a formação teórica e prática de estudantes de terapia ocupacional para atuar no campo social, a partir da aproximação e apreensão crítica da realidade de jovens em situação de vulnerabilidade social e da proposição e experimentação de recursos e tecnologias sociais de intervenção.

Centradas no trabalho voltado para as populações juvenis das periferias urbanas, as ações do projeto têm sido desenvolvidas em parceria com dois equipamentos sociais: uma escola pública e um Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), situados em territórios distintos. Visando promover respostas para as demandas individuais e coletivas dos sujeitos alvo das ações, em ambos os locais, as intervenções estão calcadas na noção de cidadania e na defesa dos direitos atinentes a ela, na problematização da realidade concreta de vida dos jovens, possibilitando a compreensão crítica do seu contexto, no diálogo com os técnicos das instituições e no incentivo ao protagonismo juvenil.

Na escola, o trabalho tem sido realizado com jovens das três turmas do Ensino Médio e organizado a partir de eixos temáticos: violência escolar, diversidade e respeito; cotidiano, território e escola; profissionalização e projetos de vida; protagonismo juvenil. A definição desses eixos se deu, previamente, a partir de reuniões e visitas realizadas na escola para conhecimento das demandas e problemáticas presentes no cotidiano escolar. As ações ocorrem com frequência quinzenal, acordo estabelecido com a coordenação do local para não prejudicar a programação curricular da professora de Sociologia, que cedeu seu horário de aula para as atividades do projeto, pela relação dos temas a serem trabalhados com os conteúdos da disciplina.

Como metodologia de trabalho, recorre-se, principalmente, ao uso das *Oficinas de Atividades, Dinâmicas e Projetos*. Cada oficina tem duração de 50 minutos e, por meio delas, atua-se com o uso de diferentes recursos: jogos interativos, construção de mapas corporais, rodas de conversas e debates, vídeos, dramatizações, música, entre outros; sendo a seleção do recurso orientada pela temática que se deseja trabalhar.

No contexto do CRAS, a atuação tem ocorrido junto a cinco jovens que compõem um grupo de dança, todos estudantes do Ensino Médio de uma mesma escola pública. Sem local para realizar os ensaios, pois a diretora não permitiu que

eles usassem o espaço da escola, o CRAS acolheu o grupo cedendo uma sala para os ensaios, vendo nisso uma oportunidade de aproximar os jovens do serviço e acompanhá-los em suas necessidades, inserindo-os no Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos.

Na organização interna da equipe do CRAS, o grupo fica sob a responsabilidade da educadora social, que inicialmente apresentou ao Metuia uma série de demandas para trabalhar com o grupo, sendo a principal relacionada às sexualidades e aos gêneros, que segundo ela era um “problema” no grupo e que ela não se sentia capacitada para trabalhar. Contudo, observou-se que seu discurso reforçava uma perspectiva de controle e censura em relação aos jovens, a partir de queixas relacionadas às roupas usadas pelas meninas do grupo (“muito curtas”), às escolhas que o grupo faz em relação aos estilos e músicas, e até mesmo sobre determinados passos das coreografias, segundo ela “inapropriados”. Sem desconsiderar a relevância da temática proposta pela educadora social, mas tomando como base a crítica às abordagens do tipo estrutural-funcionalista sobre as expressões da questão social (GALHEIGO, 2016), buscou-se, inicialmente, realizar *Oficinas de Atividades* como estratégia para a aproximação ao grupo e identificação das suas reais necessidades.

A partir dos encontros iniciais foi visto que as principais necessidades do grupo giravam em torno de outras questões, sendo elas: o fortalecimento da relação dos jovens com o CRAS e com a escola; a estruturação e o fortalecimento do próprio grupo de dança, que tem se constituído como um importante ponto de apoio na vida dos jovens diante das vulnerabilidades enfrentadas em seus cotidianos.

Identificadas tais demandas, o projeto passou a atuar, também, por meio da *Articulação de Recursos no Campo Social e dos Acompanhamentos Singulares*. Os encontros, que ocorriam a cada quinze dias, passaram a ser semanais a pedido dos próprios jovens. A cada encontro, antes do ensaio, é realizada uma roda de conversa com o grupo sobre como tem sido a semana, o andamento das propostas em desenvolvimento e as necessidades individuais de cada jovem.

Nesse percurso, o projeto articulou uma visita ao curso de licenciatura em Dança da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), na qual os jovens puderam conhecer estudantes e professores do curso de Dança, tirar dúvidas e até assistir trechos de algumas aulas, revelando para eles novas possibilidades de projetos futuros vinculados à dança. Essa estratégia teve o intuito de reforçar a importância dos estudos, mesmo para continuar na área da dança, pois alguns apresentavam desinteresse pela escola para se dedicar aos ensaios, fato que implicou na reprovação, por falta, de dois deles na escola. Buscou-se, ainda, uma aproximação

da escola onde os jovens estudam, realizando visita para conversar com a diretora sobre a participação do grupo nas atividades culturais da escola.

Em relação à maior estruturação do grupo de dança, visto que eles desejam participar de concursos, foi necessário buscar parcerias com outros sujeitos, dentre os quais um profissional da área de publicidade que tem auxiliado o grupo na construção da sua identidade visual e na elaboração de materiais utilizados para divulgação. O Metuia também tem feito articulações com profissionais da área da dança, os quais vão ao CRAS promover rodas de conversas e oficinas com os jovens, abordando questões mais técnicas da área.

Além dessas questões, nos *Acompanhamentos Singulares* tem sido necessário fornecer orientações e mediar a relação dos jovens com a equipe do CRAS, uma vez que eles levam para os encontros demandas e necessidades individuais, a exemplo das situações de conflitos familiares. Para tanto, tem-se buscado estreitar a relação e a comunicação com a equipe do serviço, com vistas ao atendimento das demandas individuais dos jovens do grupo.

METUIA EM PARCERIA COM COORDENADORIA MUNICIPAL DE PROMOÇÃO DA CIDADANIA LGBT E DA IGUALDADE RACIAL

As atividades de pesquisa e extensão do núcleo Metuia da UFPB em parceria com a Coordenadoria Municipal de Promoção da Cidadania LGBT e da Igualdade Racial de João Pessoa acontecem desde o ano de 2018.

O projeto de extensão, intitulado como *Projeto ResisTO*, tem envolvimento de estudantes do curso de Terapia Ocupacional e de colaboradores – terapeutas ocupacionais interessados na área. No ano de 2018 o projeto desenvolveu estudos e práticas da Terapia Ocupacional junto à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e outras categorias identitárias (LGBT+), no Centro de Cidadania LGBT (CCLGBT) em João Pessoa.

Inicialmente realizou-se o mapeamento dos serviços e ações que compõe a rede de serviços voltados à população LGBT+ no município de João Pessoa – foram visitadas as casas de acolhida em João Pessoa e os projetos/ações realizados pelo CCLGBT. Foram realizadas *Oficinas de Atividades*, como recurso de aproximação, acompanhamento e levantamento das demandas da população LGBT+, promovendo espaços para a convivência, diálogo e reflexão na direção da proteção e da defesa dos direitos dessa população, e para a diminuição dos fatores de vulnerabilidade. Elas aconteciam quinzenalmente no próprio espaço do CCLGBT, e tinham em média a duração de 2 horas.

As temáticas e a organização das *Oficinas* eram construídas com a equipe do CCLGBT, em reuniões semanais. A partir de atividades e o uso de recursos imagéticos, de vídeos e músicas foram realizadas: rodas de conversa sobre gênero e sexualidade, compartilhamentos de histórias de vida e de situações de violências e vulnerabilidades vivenciadas em seus cotidianos, reflexões sobre papéis sociais de homens e mulheres, o acesso aos serviços de saúde e as dificuldades enfrentadas, reflexões sobre as interseccionalidades (ser mulher, negra e periférica) e os impactos no cotidiano, dentre outras.

O desenvolvimento deste projeto teve a articulação através da extensão com o ensino e a pesquisa, buscando para além do desenvolvimento de tecnologias sociais de atenção e cuidado à população LGBTQ+, o aprofundamento teórico de temas condizentes aos pressupostos históricos e contemporâneos notadamente sobre Terapia Ocupacional Social, Gênero e Sexualidade.

De 2019 até atualmente, o *Projeto ResisTO*, a partir da demanda do CCLGBT estabeleceu parcerias com a Secretaria Extraordinária de Políticas Públicas para as Mulheres (SEPPM), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e com a Secretaria de Educação e Cultura (SEDEC) do município em questão para colaborar com o desenvolvimento de oficinas com estudantes e professores com o objetivo de promover a discussão acerca das diferenças, buscando contribuir com o combate às violências, na escola e fora dela.

Ressalta-se que as *Oficinas* são realizadas pelo CCLGBT desde 2015 e visam acabar com o preconceito e violência nos ambientes educacionais. Elas são realizadas anualmente nas escolas municipais de João Pessoa, sobre temas relacionados à identidade de gênero, orientação sexual, gênero, questões étnico-raciais e diversidade religiosa.

Gênero, sexualidade, raça/etnia, geração e classe social são chamadas de marcadores sociais da diferença. A noção de marcadores sociais da diferença diz respeito à articulação dos diferentes pertencimentos sociais de um indivíduo e de como eles produzem lugares diferenciados socialmente a eles, dependendo de diversos níveis de participação na vida social (BRAH, 2006).

O público-alvo das *Oficinas*, em 2019, foram adolescentes e jovens estudantes que cursavam o 9º ano do Ensino Fundamental II de uma escola de um bairro popular do município de João Pessoa. Cada oficina tinha duração de 45 minutos à 1 hora e meia, a depender da disponibilidade da escola. As escolhas das temáticas foram construídas coletivamente com os adolescentes e jovens, e foram discutidas questões que perpassam as problemáticas e potencialidades da escola e os marcadores sociais da diferença, construindo as práticas para e com eles.

As vivências nas *Oficinas* possibilitaram um processo reflexivo coletivo na direção de proporcionar sensibilização para uma maior conscientização em relação aos temas tratados. Além de promover maior contato e convivência entre os próprios alunos e alunas, em um espaço prazeroso de sociabilidade e trocas. Ao discutir tais questões com os estudantes, buscou-se contribuir com a missão da escola em formar sujeitos críticos e reflexivos, diante de um mundo de diferenças e de imensa desigualdade. Pessoas que possam refletir sobre o acesso de todos/as à cidadania e compreender que as diferenças devem ser respeitadas e promovidas e não utilizadas como critérios de exclusão social e política.

Em 2020, o foco do projeto em articulação com seus parceiros, é de promover o debate e reflexão acerca dos marcadores sociais da diferença junto à professores e gestores de escolas municipais de João Pessoa através de *Oficinas de Atividade*, cujos objetivos estão parametrizados pelas noções de cidadania, de direitos/deveres e da participação democrática.

Os fundamentos freirianos embasam as *Oficinas*, pautando o manejo grupal de diferentes formas: desde a compreensão do lugar técnico na busca por constituir relações mais horizontalizadas até a aposta na dialogicidade, que pressupõe uma escuta sensível, bem como um esforço intencional de estar inteiramente com o outro e compartilhar, naquele momento, seu mundo, suas experiências e valores (FREIRE, 1987).

Assim, o projeto de extensão *ResisTO*, busca contribuir com a formação de estudantes de Terapia Ocupacional, por meio de intervenções prática e embasamento teórico sobre educação, direitos humanos, interseccionalidade, diferença e Terapia Ocupacional Social, tendo como alicerce as *Oficinas de Atividades* nas escolas municipais de ensino fundamental em parceria com o CCLGBT. A realidade social, cultural e política das pessoas dissidentes de gênero e sexualidade, devem ser pensadas a partir, principalmente, das políticas públicas e da desnaturalização da norma enquanto roteiro de vida, validando ou não as práticas e vivências dos sujeitos. Destaca-se que essas temáticas são pouco discutidas na formação de terapeutas ocupacionais, sendo de extrema relevância o desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão na área.

METUIA EM PARCERIA COM A ASSOCIAÇÃO DOS MORADORES E ASSOCIAÇÃO JUVENTUDE EM AÇÃO

O projeto de extensão intitulado “*Timbó em Movimento: espaço público, educação e ação coletiva*” conta com a participação de estudantes dos cursos de Terapia Ocupacional, serviço social e psicopedagogia da UFPB e conjuntamente,

articulam-se à extensão as atividades de ensino e pesquisa em parceria com a Associação dos Moradores e Associação Juventude em Ação (AJA), ambas da Comunidade do Timbó, no município de João Pessoa/PB.

A proposta acontece desde agosto de 2018, e tem como objetivo, criar espaços de pertencimento que contribuam, juntamente com as atividades e a convivência, para o desenvolvimento de projetos que possibilitem formas de enfrentamento das questões de vulnerabilidade e das problemáticas em comum apresentada pelos sujeitos da comunidade do Timbó. Tem como foco refletir sobre os modos de vida e a constituição dos cotidianos nos espaços públicos urbanos: as ruas, as praças, as quadras são consideradas locais potentes para pensarmos sobre cidadania, reflexão política e ação coletiva.

Utilizamos os diversos espaços da comunidade como locais estratégicos para aproximação, vinculação e realização de projetos com a população local, de diferentes idades, com destaque para as demandas dos jovens e das crianças, reconhecendo a centralidade do território para fomentar construção conjunta de espaços democráticos, de convivência e “respeito mútuo” (SENNETT, 2004). O que parametriza é a compreensão de que a construção de identidades sociais, individuais e coletivas, conecta-se diretamente à história dos lugares onde esses sujeitos vivem e tecem suas relações.

A Comunidade do Timbó é conhecida pela precarização habitacional e pobreza, associadas à marginalidade e à violência. Esse imaginário em torno dos moradores se projeta também para dentro do próprio território, dificultando as noções de pertencimento, apropriação e de identificação da existência de questões comuns. A partilha de espaços e diálogos gera a possibilidade de criação ou reconhecimento de pautas compartilhadas, assim a partir da relação direta com moradores e lideranças comunitárias, fomos elaborando estratégias, para e com a comunidade, na direção de construir possibilidades para lidar com as problemáticas enfrentadas pelas crianças e jovens do Timbó.

As crianças em foco: a rua e a brincadeira como possibilidades para o trabalho

Nas *Oficinas de Atividades* junto as crianças, entre 6 e 11 anos, com duração de 3 horas semanais, buscou-se dar enfoque na rua e na sociabilidade que ela propicia a partir da utilização de jogos e brincadeiras para a ampliação do reconhecimento das diferenças, da autonomia e da solidariedade. Foi possível perceber a ampliação o círculo de amizade, do respeito mútuo nas relações interpessoais e o fortalecimento do pertencimento à comunidade, valorizando a

suas formas de ver, entender e relacionar-se no mundo como legítimas expressões do pensamento, da cultura e da ação humana (ABRAMOWICZ, 2011).

As ações foram planejadas com base na interpretação das demandas das infâncias, com embasamento na Sociologia da Infância, que é, simultaneamente, individual e coletiva. No “estar” com as crianças, em locais “onde a vida acontece”, a compreensão de suas histórias e as situações de vulnerabilidade social ficaram escancaradas: o trabalho infantil, a fome, a evasão escolar, a precarização das moradias, as diversas formas de violência, enfim, situações que ao compreendê-las, foi sendo possível, com certo limite, pensar intervenções que pautassem essas problemáticas, inclusive com suas famílias. Porém, nas dobras e desdobras, a infância se revela na possibilidade de o mundo ser outro e que, aos poucos, sozinhas e/ou com outras crianças, elas imaginam, criam e exploram aquilo que as cerca e com as mais diversas maneiras resolvem os próprios conflitos.

Adolescentes e jovens: suas histórias, conflitos e construções coletivas

As ideias do que fazer nas *Oficinas*, com duração de 3 horas semanais, partiram dos próprios adolescentes e jovens e/ou da equipe: atividades com música, as batalhas de RAP, as danças populares, o grafitti e o movimento do HipHop, a culinária, atividades corporais, dinâmicas e conversas, a exibição de filmes, jogos de tabuleiro, os passeios pela cidade, a utilização de fotografias e documentários, o futebol e o esporte, ou seja, atividades que fazem parte do cotidiano e interesse dos meninos e meninas.

Diante da relação mais próxima, pudemos perceber uma maior abertura deles com os/as extensionistas do projeto. Uma vez que, eles relatavam situações vividas na escola e no seu ambiente familiar, os relacionamentos amorosos, as violências, a relação com a polícia e o tráfico de drogas e as temáticas transversais vinculadas às suas trajetórias (racismo, trabalho e o não-trabalho, meio ambiente, pluralidade cultural, gênero, a multiplicidade dos papéis de mulheres e homens, dentre outras).

Com as *Oficinas de Atividades* foi possível aproximar de forma mais efetiva da vida de alguns jovens, e por meio dos *Acompanhamentos singulares e territoriais*, permitiu-se a criação de estratégias de ação que partiram da escuta atenta das demandas de alguns participantes do projeto. São todos meninos, entre 13 e 16 anos de idade, que logo no início, trouxeram demandas específicas em relação às dificuldades encontradas para a realização de seus projetos de vida. Com isso, construímos (e continuamos construindo) junto com eles, possibilidades de acesso às necessidades, sonhos e desejos, concebendo-se cada

participante como ser ativo no processo de construção de subjetividade, um ser da práxis, da ação e da reflexão (LOPES *et al.*, 2014).

“Rede Timbó”: ação e articulação com os moradores e equipamentos sociais

A partir das experiências e da nossa aproximação com a comunidade, o reconhecimento do trabalho e da nossa presença, foi possível fortalecer parcerias para construções coletivas com as organizações não governamentais, as escolas públicas de ensino fundamental e médio, as associações comunitárias, a unidade de saúde e as instituições religiosas, constituindo o que temos chamado de “Rede Timbó”.

Com o intuito de fomentar a interação e a integração entre eles, articulando os diferentes setores e níveis de intervenção, desde o plano individual, passando pelos grupos, coletivos, até os níveis da gestão, a Rede Timbó se coloca pelo embasamento da *Dinamização da rede de serviços* na tentativa de criar estratégias em direção à resolução dos problemas identificados pela comunidade e estruturar ações que despertem os sujeitos, inclusive as crianças e os jovens, para as necessidades e as potencialidades que a comunidade apresenta para estreitar o diálogo entre o poder público e aos moradores locais para debater suas reais demandas.

O reconhecimento de que são sujeitos dotados de possibilidade de participação e contribuição no debate coletivo sobre as demandas e necessidades coletivas, bem como das proposições do que se constitui ou pode vir a se constituir como “bem comum”. Em suma, pode-se dizer sobre o reconhecimento e a legitimação do exercício de uma efetiva cidadania, de fazer-se ator no espaço público e na produção da política (ARENDR, 2007).

Com o projeto de extensão, tem sido possível possibilitar, aos estudantes, a aproximação com o território geográfico e subjetivo, para o reconhecimento de possíveis parceiros, da construção da liberdade em circular nos espaços, do conhecimento das pessoas que ali moram, do entendimento das suas relações, do que elas pensam, desejam e sonham e das possibilidades de fazê-los usufruir dos seus direitos como cidadãos, favorecendo a efetivação de um lugar de convivência, vivência e respeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos, portanto, que as práticas realizadas têm contribuído para a reflexão sobre o papel do terapeuta ocupacional e a importância das políticas públicas e sociais na composição dos cotidianos para pensar convivência,

cidadania e direitos sociais, especialmente para as crianças, adolescentes e jovens, como possibilidade de liberdade de expressão e de participação democrática.

As ações, o contato com os serviços públicos e com os sujeitos, coletivos e comunidades, contribuem também para a formação dos estudantes no princípio da responsabilidade social e territorial, que prevê o deslocamento do técnico/operador social em direção ao seu público, para os espaços da vida cotidiana, tendo como foco o fortalecimento das redes de suporte pessoais e sociais de indivíduos e famílias, favorecendo o desenvolvimento da capacidade de criação de significados que cada sujeito produz, o que permite apropriar-se da realidade e relacionar-se com os outros.

Destaca-se que as tecnologias sociais da Terapia Ocupacional social vêm sendo colocadas em prática há mais de 10 anos pela Rede Metuia, e que o núcleo UFPB/Uncisal têm fortalecido o ensino e a construção de práticas da Terapia Ocupacional Social no nordeste brasileiro, com foco nas crianças, adolescentes e jovens em diversos espaços do cotidiano – escola, comunidade, serviços de assistência social, ONGs, dentre outros, visando a promoção e a apropriação de direitos sociais, para a construção de relações de respeito e para o exercício de cidadania.

REFERÊNCIAS

ABRAMOWICZ, A. A pesquisa com crianças em infâncias e a sociologia da infância. *In*: FARIA, A.L.G.; FINCO, D. (Orgs.). **Sociologia da Infância no Brasil**. Campinas, SP: Autores Associados, 2011.

ARENDT, H. **A Condição Humana**. 10ª edição – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

BARROS, D. D.; GHIRARDI, M. I. G.; LOPES, R. E. Terapia ocupacional e sociedade. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v.10, n. 2-3, p.69-74, 1999.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Projeto Metuia: apresentação. *In*: Simpósio de Terapia Ocupacional, 1., 2007, Goiânia. **Anais...** Goiânia: Associação dos Terapeutas Ocupacionais de Goiás, 2007a.

BARROS, D. D.; LOPES, R. E.; GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: concepções e perspectivas. *In*: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.R.C. **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007b. p. 347-53.

BRAH, A. Diferença, diversidade, diferenciação. *In: Cadernos Pagu*, Campinas, n. 26, 2006, p. 239-276.

FREIRE, P. **Paulo Freire & educadores de rua**: uma abordagem crítica. Bogotá: Fundação Nações Unidas para a Infância, 1987.

GALHEIGO, S. M. Repensando o lugar do social: a constituição de um campo de conhecimento em terapia ocupacional. **Programas e Resumos do VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**. 1999. Set. 28-Out. 01; Águas de Lindóia, São Paulo: 1999.

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional social: uma síntese histórica acerca da constituição de um campo de saber e de prática. *In*. LOPES, R. E.; MALFITANO, A. P. S. (Org.). **Terapia Ocupacional Social**: desenhos teóricos e contornos práticos. São Carlos: EduFSCar, 2016. p. 49-68.

LOPES, R. E.; BORBA, P. L. O.; SILVA, C. R.; MALFITANO, A. P. S. Terapia ocupacional no campo social no Brasil e na América Latina: panorama, tensões e reflexões a partir de práticas profissionais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 20, p. 21-32, 2012.

LOPES, R. E.; MALFITANO, A.P.S.; SILVA, C.R.; BORBA, P.L.O. Recursos e tecnologias em terapia ocupacional social: ações com jovens pobres na cidade. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 591-602, 2014.

REIS, T. A. M. **A terapia ocupacional social**: análise da produção científica do estado de São Paulo. 2008. 92 p. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2008.

SENNETT, R. **Respeito**: a formação de um caráter em um mundo desigual. Tradução Ryta Vinagre. Rio de Janeiro: Editora Record, 2004.



Capítulo 9

CADEIRA DE RODAS DIGITALIZADA NO SERTÃO NORDESTINO: VENCENDO DISTÂNCIAS

Cláudia Regina Cabral Galvão

Priscilla Maria de Andrade Cavalcante

Silvana Santos

Selma Lancman

CONTEXTUALIZANDO

Para atender à demanda de dispositivos de locomoção de uma população carente do Rio Grande do Norte, um grupo de terapeutas ocupacionais e de fisioterapeutas acompanhou, a partir de 2008, as prescrições e as entregas de cadeiras de rodas em uma região, localizada no nordeste brasileiro, a cerca de 450km de distância da capital. Para isso, contou com o suporte do Setor de Órtese e Prótese do Estado do Rio Grande do Norte, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável por atender à demanda de equipamentos de auxílio à mobilidade dessa população.

As pessoas tinham síndrome de Spooan, um acrônimo, em inglês, de paraparesia espástica, neuropatia axonal e atrofia óptica. Trata-se de uma doença rara, com 70 casos diagnosticados no nordeste brasileiro (MELO *et al.*, 2015; MACEDO-SOUZA *et al.* 2005; GRACIANI, 2009). Todas as pessoas acometidas por essa síndrome, na fase adulta, dependem de cadeira de rodas para se locomover.

Em 2016, foi realizada nova pesquisa, no âmbito do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade de São Paulo, proposta por Galvão (2019). Essa pesquisa visava acompanhar o uso de cadeiras de rodas de 11 pessoas com a síndrome Spooan e, depois de confeccionar um novo sistema de cadeira de rodas personalizado, por meio da tecnologia por *Computer-aided*

Design (CAD) e Computer-aided Manufacturing (CAM) (CUSHMAN, SCHERER, 1994; TASKER, SHAPCOTT, HOLLAND, 2011; SILVA, 2011).

A intenção, neste capítulo, é de descrever sobre o processo de confecção desses sistemas, com foco nos ajustes realizados por meio de sistemas digitalizados de assento e encostos entregues, e de refletir sobre ele.

ETAPAS

Esta pesquisa foi realizada cerca de 10 anos depois da descoberta da doença e teve o apoio regional das Secretarias Municipais de Saúde, que disponibilizaram o suporte das agentes de saúde locais para identificar os casos de síndrome Spoon, e todas as pessoas foram contatadas em suas próprias residências pelas pesquisadoras.

Na primeira etapa do estudo, foram localizados 47 casos em sete municípios vizinhos: Pau dos Ferros, Coronel João Pessoa, São Miguel, Encanto, Serrinha dos Pintos, Dr. Severiano e Martins (figura 1). Nesses municípios, apenas 28 pessoas utilizavam cadeira de rodas, e as demais estavam acamadas ou utilizavam cadeiras comuns, algumas típicas da região (confeccionada com fios), ou ficavam em poltronas (GALVÃO, 2019).

Figura 1 – Mapa da Região de origem da Síndrome Spoon.



Fonte: Google Maps apud GALVÃO, 2019.

A partir do acompanhamento dos usuários de cadeira de rodas, as prescrições de novos equipamentos foram encaminhadas para aquisição nos serviços ligados ao SUS, incluindo alguns pedidos de cadeiras motorizadas, quando indicadas.

Para participar de uma nova etapa da pesquisa, em que se utilizava a tecnologia CAD/CAM de digitalização dos sistemas de assento e encosto das

cadeiras de rodas, foram convidados 11 usuários de cadeira de rodas que atendiam ao critério de inclusão.

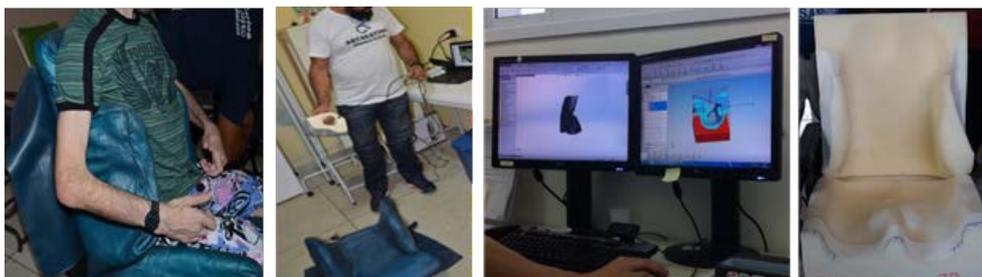
Só participaram as pessoas com perfis determinados para usar cadeiras de rodas digitalizadas, as quais concordaram em integrar todo o processo de construção do sistema, que aconteceu entre os meses de outubro e dezembro de 2017 e incluiu provas de moldagem e modelagem das espumas. Em fevereiro de 2018, as cadeiras digitalizadas foram entregues e, entre março e julho, foi feito o acompanhamento do uso das cadeiras.

Previamente foi criada uma parceria que envolveu a transferência de tecnologia de uma empresa de São Paulo-SP para habilitar o serviço técnico em uma oficina ortopédica de Natal-RN.

Das etapas de medição e confecção dos moldes, participaram dois técnicos especialistas da empresa paulista para modelar e customizar os sistemas (Figura 2). Todas as almofadas das cadeiras de rodas foram feitas a partir em uma visita domiciliar em três municípios do sertão.

Depois de feita a modelagem do corpo na postura sentada, as imagens individuais captadas pelo escaneamento 3D foram encaminhadas à sede da empresa em São Paulo. Após a modelagem por meio de usinagem das espumas, elas foram ajustadas e acopladas a uma base rígida, os rebaixos recortados, e os sistemas foram disponibilizados para a prova.

Figura 2 – Fases da modelagem e usinagem do sistema digitalizado.



Fonte: Galvão, 2019.

A oficina ortopédica sediada em Natal, em etapa subsequente, deu continuidade aos trabalhos, acompanhando todo o processo de costura e acabamento das almofadas de assento e encosto (Figura 3), além das demais adaptações das cadeiras e da confecção dos acessórios desde o ato da entrega até as revisões realizadas posteriormente com de 21 e 60 dias do recebimento.

Durante a entrega das cadeiras de rodas, os participantes receberam a nova cadeira adaptada, cuja base de alumínio foi adquirida, a maioria através do SUS pelo Setor de Órtese e Prótese do estado do Rio Grande do Norte.

O grande desafio era de ofertar os ajustes necessários para as cadeiras de rodas com tecnologia diferenciada, sem que houvesse serviço de oficina ortopédica na região. Era necessário vencer os mais de 450km de distância para fazer a manutenção e os reparos demandados pelos sistemas, até que as novas cadeiras dos usuários estivessem totalmente adequadas e confortáveis. Vale lembrar que seria inviável deslocá-los de suas casas para fazer os ajustes em outras cidades.

Figura 3_ Prova e entrega dos sistemas digitalizados.



Fonte: Galvão, 2019

O PROCESSO DE ACOMPANHAMENTO

Para encontrar a solução adequada, foi preciso facilitar a comunicação entre as terapeutas ocupacionais pesquisadores e a oficina ortopédica. Para isso, foi utilizado um aplicativo de dispositivo móvel, que viabilizou o envio dos registros por meio de imagens para executar os ajustes das cadeiras (quando necessários) realizados nas revisões periódicas. Isso reduziu os custos de transporte dos módulos ou das cadeiras vindas dos municípios em que os participantes residiam até Natal, capital do estado, sede da oficina ortopédica contratada.

Nas visitas domiciliares, previamente agendadas pelas pesquisadoras, os itens identificados para serem ajustados ou reparados eram documentados por meio de registros de fotos e filmagens das peças e de gravações de áudios descritivos das partes a serem ajustadas, sem que os participantes fossem identificados. Para isso, utilizava-se o recurso de áudio e de vídeo pelo aplicativo de telefonia móvel *WhatsApp*, para registrar as demandas e facilitar a supervisão dos ajustes solicitados (Figura 4), junto com as prescrições anexadas às peças transportadas.

As peças e/ou as cadeiras de rodas eram transferidas para a oficina ortopédica em Natal e mantinha-se a comunicação entre terapeutas e técnicos responsáveis para efetuar os ajustes. Nesse período de revisão, os técnicos ficavam disponíveis exclusivamente para fazer as reformas indicadas (tabela 1) e se comprometiam a devolvê-las em até 48 horas aos usuários. Enquanto isso, os pesquisadores permaneciam na região aguardando o retorno e prontos para conferir os ajustes realizados nas peças e, simultaneamente, avaliavam a opinião e o grau de satisfação com o uso das cadeiras digitalizadas.

Figura 4 – Exemplo de fotos com marcações - lateral do encosto e profundidade do assento a serem ajustadas.



Fonte: Acervo dos autores.

Algumas vezes, como o volume das laterais de tronco limitava a mobilidade residual ou a alimentação, era preciso reduzir as espumas em ambos os lados. Em relação aos encostos, devido ao fato de alguns usuários terem ganhado peso entre a prova e a entrega, às mudanças sazonais e à consequente demanda de adequar o vestuário, foi necessário reajustar o espaço nas laterais de tronco (GALVÃO, 2019).

Tabela 1 – Ajustes realizados nas visitas

	Ajustes realizados	21d	30d	60d
1-	Ajuste nos apoios de braços	2	1	
2-	Ajustes nos cintos	5	1	
3-	Alívio de pontos de pressão no encosto	7	2	1
4-	Alívio de pontos de pressão no assento	5	1	
5-	Mudanças nos apoios de pés	6	1	
6-	Troca de pneus dianteiros por infláveis	2		
7-	Rebaixamento de assento	3	1	1

Fonte: autoria própria. **Legenda** – d(dias)

O registro dos ajustes dos apoios de pés ocorreu devido à necessidade de acomodação causada pelas deformidades (pé equino e/ou invertido), o que ocasionava a demanda de suporte de suporte por meio de um contato mais suave, suficiente para não causar pontos de pressão. Isso foi solucionado usando-se camadas de espumas viscoelásticas e plumagens de algodão.

Alguns cuidadores - a maioria idosos – queixaram-se da altura dos assentos, que dificultava as transferências da cama para a cadeira de rodas, e solicitaram que fossem rebaixados para reduzir a altura da cadeira.

Uma adaptação realizada em todos os apoios de braços foi realizada em todas as estruturas com o alargamento dos apoios de braços e o aumento do comprimento da superfície e de sua altura em relação ao assento, para aumentar a superfície de apoio aos antebraços. Nos casos em que era difícil propulsionar as cadeiras, devido à limitação do acesso aos aros, a solução foi um recorte (meia lua) para reduzir a largura dos apoios na região próxima aos cotovelos.

Ao longo das visitas, foi observado que, mesmo depois que os apoios foram adaptados, as pessoas mantinham os punhos em flexão, devido à ação da força de gravidade, e isso exigiu prevenir riscos de encurtamentos por má postura. Todos os participantes receberam uma mesa do tipo bandeja, acolchoada para facilitar a manutenção do alinhamento do punho e dos dedos e a postura do tronco ereto, além de auxiliar a execução das atividades de vida diária (Figura 5).

Figura 5 – Uso das cadeiras de rodas sem e com a mesa.



Fonte: Acervo dos autores.

As visitas domiciliares deram aos terapeutas ocupacionais e aos técnicos responsáveis pelas adaptações a oportunidade de acompanharem as cadeiras digitalizadas. Isso foi primordial para facilitar todo o processo de aceitação do sistema e de adaptação à nova tecnologia.

SOBRE OS DIGITALIZADOS

As soluções encontradas com o uso do aplicativo *WhatsApp*, como ferramenta de comunicação, facilitaram a troca de informações e de imagens para situar o setor responsável pelo acabamento das espumas e de costura sobre quais os ajustes que deveriam ser feitos nas cadeiras. Isso atendeu ao compromisso com a boa qualidade dos serviços oferecidos e reduziu os custos e o tempo para a entrega.

A intervenção com as cadeiras de rodas e o sistema CAD/CAM mostrou que, para ofertar esse serviço, é necessária uma equipe de profissionais experientes e bem qualificados na área de adequação postural e em sintonia em toda a linha de trabalho. O acompanhamento periódico do uso das cadeiras digitalizadas foi necessário para fazer os ajustes e prevenir riscos de possíveis abandonos.

Antes de usar o sistema digitalizado, metade dos participantes referiu que corria o risco de desenvolver úlceras por pressão. Porém, seis meses depois desse acompanhamento do uso do sistema digitalizado, nenhum caso foi relatado (GALVÃO, 2019). Esse é um importante registro em doenças com perdas motoras gradativas graves.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo indicaram que devem ser feitas outras investigações sobre os fatores que influenciam a conservação das propriedades das espumas em situações de climas extremos e o tempo de vida útil das espumas na condição em que foram entregues.

No momento atual, criar elementos para ampliar o atendimento de demandas de saúde, via 'telerreabilitação' e 'telecadeira de rodas', como um recurso alternativo para eliminar as barreiras geográficas e econômicas e melhorar a assistência à pessoa com deficiência (KHOJA, CASEBEER, YOUNG, 2005; GRAHAM, *et al.* 2018) é uma forma de melhorar a qualidade de vida dessa população.

Considerando o contexto de regiões mais carentes e distantes dos serviços especializados, o acompanhamento das indicações de produtos de tecnologia

assistiva poderá ser assistido por equipes itinerantes especializadas, e os municípios poderiam criar diferentes estratégias de acesso.

FINANCIAMENTO

O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), órgão do governo federal brasileiro (PGPTA / Edital 59/2014) e Universidade Estadual da Paraíba (PROPESQ), Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ / CNPq - PPSUS 015/2014).

REFERÊNCIAS

CUSHMAN, L.; SCHERER, M. J. Measuring the relationship of equipment use and functional status at follow-up. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, 1994 jun; 75: 724. [http://dx.doi.org/10.1016/0003-9993\(94\)90238-0](http://dx.doi.org/10.1016/0003-9993(94)90238-0).

GALVÃO, C.R.C., CAVALCANTE, P.M.A., OLINDA, R et al, Motor impairment in a rare form of spastic paraplegia (Spoan syndrome): a 10-year follow-up. **BMC Neurol**, 2019 oct. 19, 256. <https://doi.org/10.1186/s12883-019-1465-5>.

GALVÃO, C. R.C. **Síndrome Spooan: avaliação funcional e do uso das cadeiras de rodas convencionais e digitalizada**. Tese [Doutorado]. Programa de Ciências da Reabilitação. Universidade de São Paulo: São Paulo, 2019.

GRACIANI, Z.; SANTOS, S.; MACEDO-SOUZA, L.I.; MONTEIRO, C.B. de M., VERAS, M.I.; AMORIM, S.; ZATZ, M.; KOK, F. Motor and functional evaluation of patients with spastic paraplegia, optic atrophy, and neuropathy (SPOAN). **Arquivos de Neuro-psiquiatria**, 2010.v. 68, n. 1, p. 3.

GRAHAM, F.; BOLAND, P.; GRAINGER, R.; WALLACE, S. Telehealth delivery of remote assessment of wheelchair and seating needs for adults and children: a scoping review (Preprint). **JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies**. 2018. <http://dx.doi.org/10.2196/rehab,9914>.

KHOJA, S.; CASEBEER, A.; YOUNG, S. Role of telehealth in seating clinics: a case study of learners' perspectives. **J. Telemed Telecare**. 2005; 11(3):146–9 <http://dx.doi.org/10.1258/1357633053688750>.

MACEDO-SOUZA, L. I.; KOK, F.; SANTOS, S.; AMORIM, S. C.; STARLING, A.; NISHIMURA, A.; LEZIROVITZ, K.; LINO, A. M.; ZATZ, M. Spastic paraplegia, optic atrophy, and neuropathy is linked to chromosome 11q13 **Ann Neurol** 57, 730–737, 2005.

MELO, U.S.; MACEDO-SOUZA L.I. ; FIGUEIREDO, T. ; MUOTRI, A.R.; GLEESON, J.G.; COUX, G.; ARMAS, P.; CALCATERRA, N.B.; KITAJIMA, J.P.; AMORIM, S.; OLÁVIO, T.; OLIVEIRA, K.; COATTI, G.; ROCHA,C.R.; MARTINS-PINHEIRO, M.; MENCK, C.F.; ZAK, M.S.; KOK, F.; ZATZ, M.; SANTOS, S. Overexpression of KLC2 due to a homozygous deletion in the non-coding region causes SPOAN syndrome. **Human Molecular Genetics**, 2015, Vol 24, N.24 6877–6885.

SILVA, F.P. **Usinagem de espumas de poliuretano e digitalização tridimensional para fabricação de assentos personalizados para pessoas com deficiência.** [Tese]. Porto Alegre/RS: Programa de Pós-graduação em Engenharia de Minas, Metalúrgicas e de Materiais; 2011.

TASKER, L.H.; SHAPCOTT, N.G.; HOLLAND, P.M. The use and validation of a laser scanner for computer aided design and manufacturing of wheelchair seating. **J Med Eng Technol**. 2011.Aug;35(6-7):377-85. <http://dx.doi.org/10.3109/03091902.2011.601783>



Capítulo 10

INFLUÊNCIA DO ESPORTE ADAPTADO NA AUTOIMAGEM DO ADOLESCENTE COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.

Valéria Leite Soares

Silvana Maria Blascovi-Assis

INTRODUÇÃO

A adolescência é caracterizada por uma fase de transição entre a infância e a idade adulta. É um período no qual acontecem diversas mudanças físicas, psicológicas, comportamentais e sociais. Muitas vezes os adolescentes se sentem desajeitados, se preocupam com sua aparência física, seu corpo, procuram seguir os padrões da moda, valorizando a estética corporal.

Os aspectos relacionados ao seu desenvolvimento e crescimento são alvos de frequente comparações. Aparece então, o fantasma da anormalidade, o medo de ser diferente, e com isso não ser aceito pelo seu grupo de iguais. É então através da identificação e comparação com outros adolescentes, que eles começam a ter uma ideia de sua nova identidade corporal. Para Baleeiro *et al.* (1999) a nova imagem corporal do adolescente pode ser motivo de orgulho ou de sofrimento para ele, de acordo como sua aparência se aproxima ou se afasta dos padrões considerados pelo seu grupo. Na adolescência qualquer rótulo que lhe é colocado pode gerar sentimentos negativos e de rejeição.

A imagem corporal passa a ser alvo de preocupação e valorização, o jovem idealiza para si os padrões de beleza que são estabelecidos em seu meio sociocultural. Pensar nas diferenças físicas e nas questões sociais que balizam determinados conceitos e concepções, fazem com que a preocupação do adolescente seja significativa.

Os valores culturais cobram dos jovens com deficiência determinados padrões estéticos e de comportamento, exigindo um corpo “perfeito” e em “ordem”. O deficiente terá então que interagir com o meio social, buscando

corresponder às expectativas de seu meio, vivenciando situações positivas e negativas, a aceitação e rejeição social, e ao *status inferior* pontuado pela sociedade (BUSCAGLIA, 1997).

A prática de atividade esportiva busca superar as situações negativas, aumentando a participação da pessoa na sociedade, viabilizando sua identidade social. As pessoas com deficiência física que participam desta prática tomam consciência de suas limitações e suas potencialidades, possibilitando o desenvolvimento da autoimagem, da autoestima e autoconfiança, estimula a independência e a interação social, as condições organo-funcionais, o condicionamento físico e as habilidades motoras.

Para Tavares (2003) as atividades artísticas, vivências corporais individuais ou em grupo, esportes, ginástica e práticas sistemáticas de atividade física, entre outras, amplia as possibilidades de novas percepções e movimentos, novas alternativas para optar em cada circunstância da vida, implicando no dinamismo do processo de desenvolvimento da imagem corporal.

Esse texto é um recorte da dissertação de mestrado intitulado “*A atividade esportiva e sua influência na imagem corporal do adolescente com deficiência física: um estudo de dois casos*”. Estudo qualitativo descritivo que objetivou investigar as influências da prática da atividade esportiva no desenvolvimento da imagem corporal de adolescentes com deficiência física e instigar a reflexão sobre o processo de inclusão social desses adolescentes em escolas e clubes esportivos na comunidade em que estão inseridos.

Neste sentido, três eixos temáticos serão abordados: 1- O adolescente e seu corpo; 2- Imagem corporal, adolescência e a deficiência física; 3- A atividade esportiva adaptada e deficiência física.

O ADOLESCENTE E SEU O CORPO

Um assunto comum entre os adolescentes é o corpo, os aspectos relacionados ao seu desenvolvimento e crescimento são alvos de frequente comparações, onde as suas transformações são significativas para eles.

O termo puberdade refere-se à primeira fase da adolescência, na qual as características sexuais secundárias começam a aparecer, a maturação sexual torna-se evidente, o sistema endócrino sofre alterações e se inicia o surto do crescimento. Surge os pelos pubianos, os seios nas meninas e o aumento do pênis e dos testículos nos meninos. A maturação sexual é acompanhada de um “estirão do crescimento” na altura e no peso. Os braços e as pernas tendem crescer mais

rápido do que a coluna vertebral, tornando estes membros maiores em proporção ao tronco, já a cabeça, as mãos e os pés atingem o tamanho adulto primeiro. Este período de aumentos de tamanho e peso, tem influências genéticas, variando entre os adolescentes.

De acordo com Gallahue e Ozmun (2003) a idade deste aparecimento, a duração e a intensidade desse impulso, têm base genética e vão variar de indivíduo para indivíduo. É o “genótipo” do indivíduo que estabelece os limites para o crescimento individual, porém o “fenótipo” terá influência sobre tais aspectos. Estes mesmos autores citam que o surto de crescimento no adolescente dura aproximadamente quatro anos e meio.

Em média, nos meninos, o surto do crescimento aparece aos onze anos, e nas meninas inicia-se aproximadamente por volta dos nove anos de idade. Eles relatam ainda, que para os meninos o período de crescimento mais rápido, coincide com o aparecimento de características sexuais secundárias, como os pelos púbicos e axilares, e que nas meninas, a velocidade e o pico no crescimento tendem a ocorrer antes da menarca.

Daí, muitas vezes, os adolescentes se sentirem desajeitados, se preocupam com sua altura, sendo que os meninos têm receio de ficarem baixos e desejando uma aparência mais atlética, um corpo perfeito, musculatura bem definida e forte. Já as meninas, preocupam-se de ficarem altas demais, procuram seguir os padrões da moda, de terem o corpo magro e bem delimitado, onde a estética corporal é valorizada. Surge então o fantasma da anormalidade, o medo de ser diferente, e com isso, não ser aceito pelo grupo.

Geralmente o adolescente se preocupa e se inquieta com as transformações corporais, as quais ele não tem controle, podendo-lhe parecer anormais ou diferentes.

Para Baleeiro *et al.* (1999) o adolescente volta sua atenção para as mudanças corporais. Nos meninos ocorre a mudança na modulação da voz, no tamanho do pênis, na delineação da musculatura e o surgimento dos pelos. Já nas meninas, o crescimento dos seios de forma assimétrica, o peso, a estatura são preocupações mais comuns. Ambos os sexos ficam atentos ao surgimento da acne, entre outras situações. Todas essas alterações podem ser fontes de sentimentos de inferioridade, influenciando na construção da autoimagem e da autoestima do adolescente. A forma como o adolescente se vê e se avalia, influi sobre o seu modo de estar no mundo.

Segundo Araújo (2003) na adolescência com a modificação hormonal somado ao estirão do crescimento e com o despertar da sexualidade, este se passa a desconhecer seu espaço interno, perdendo sua identidade corporal. A

representação das dimensões do corpo se altera e se instabiliza. O desajeitamento caracteriza a postura e a movimentação.

O corpo do adolescente neste momento assume um importante papel de aceitação ou rejeição por parte de seus pares. Ele então começa a perceber, se seu corpo corresponde ou não ao corpo idealizado para si e também para o grupo de iguais, é então através da identificação e comparação com outros adolescentes, que ele começa a ter ideia de sua nova identidade corporal. A imagem corporal passa a ser alvo de preocupação e valorização, pautados nos padrões socioculturais estabelecidos, associada as transformações corporais desta fase.

IMAGEM CORPORAL, ADOLESCÊNCIA E A DEFICIÊNCIA FÍSICA

A imagem corporal é multidimensional e compreende percepções distintas. Pensar o corpo multidimensionalmente, segundo Moreira (1995), é pensar que ele é um conjunto de unidades que se inter-relacionam a todo momento, na interdependência de suas funções e nas relações que estabelece. A descoberta e a valorização do humano, do corpo, precisam de olhares mergulhados no fenômeno de modo atento a todas as suas formas de manifestação.

Para Tavares (2003) a imagem corporal reflete a história de vida, o percurso de um corpo, cujo as percepções integram sua unidade e marcam sua existência no mundo a cada instante. É a vivência humana, individual e dinâmica. Mas é mediante a interação com o mundo externo, que o nosso corpo se modifica, passamos a nos conhecer melhor, ampliamos nossa visão de mundo e desenvolvemos ao mesmo tempo a base da nossa identidade como pessoa.

Viver, conviver, pensar, sentir e agir são formas de movimento e de presença corpórea que caracterizam a existência humana. Tavares (2003) descreve que o sujeito constrói sua identidade corporal baseado na vivência de suas sensações. Como a imagem corporal é a representação mental desta identidade corporal, ao ampliar a compreensão sobre a dimensão de cada percepção no contexto existencial do homem, podemos olhar sob novas perspectivas o desenvolvimento da identidade corporal e de sua imagem.

Araújo (2003) cita que o corpo pode ser considerado o ator nas relações que estabelece com o mundo. Ele é investido de significados, sentimentos, valores absolutamente pessoais. As experiências de prazer e desprazer, êxito e fracasso são sempre vivências corporais que vão paulatinamente investindo o corpo de valores positivos e negativos.

Para Schilder (1999) as imagens corporais são, em princípio, sociais. Ela nunca é isolada, está sempre acompanhada pela imagem corporal dos outros, mas são independentes. A relação com as imagens corporais alheias é determinada pelo fator de proximidade ou afastamento espacial e emocional. Nossas ações e expressões são sempre dirigidas para os outros na intenção de aproximá-las ou afastá-las.

Ao pensar na deficiência física, a ideia que surge é a de limitação corporal, de incapacidade para realizações de várias atividades em que o corpo se põe em movimento. Este é um pensamento centrado na concepção fragmentada do corpo, dentro de uma visão unidimensional, onde se desvalida as sensações corporais. Sendo assim, o indivíduo terá dificuldades de formar sua identidade corporal.

As percepções de mundo de um indivíduo estão diretamente relacionadas com seus movimentos corporais, onde ele transforma o mundo com sua atuação, e por outro lado, age de acordo com as normas já estabelecidas socialmente. Esta relação dual entre o individual e o coletivo são construídas mutuamente. Tavares (2003) cita que neste processo, muitas vezes o indivíduo é sacrificado em sua essência, massificado e reduzido a um elemento útil ou inútil ao sistema. Em muitas situações as sensações corporais estão desconectadas do sujeito que busca se satisfazer apenas no que culturalmente é considerado prazeroso. A imagem que tem de si mesmo, acaba por não refletir seu mundo interno, vinculado as suas vivências sensoriais, o que fará desenvolver uma identidade corporal negativa.

Ao vivenciar os movimentos, as sensações e as ações com seu corpo deficiente, o sujeito se torna um ser social ativo e afetivo, conhecedor de suas possibilidades como também de suas limitações. Sua identidade corporal será integrada e positiva. Esta satisfação o deixa conectado ao mundo através de suas percepções manifestadas no fazer com prazer.

Tavares (2003) aborda que a imagem corporal é definida como a representação mental do nosso próprio corpo, a maneira como nosso corpo aparece para nós. O indivíduo dimensiona a partir dela o sentido de suas ações, de suas percepções e o fluir de seus impulsos.

Para Buscaglia (1997) todos os indivíduos têm uma imagem de si mesmo. Uma vez formada em sua base, essa imagem estende-se para fora de nós e torna-se responsável por nossas percepções e impressões do mundo e das outras pessoas.

São vários os sentimentos que as pessoas desenvolvem frente à deficiência, que na maioria das vezes se caracterizam negativamente, construídos ao longo do tempo. Estes podem ser de proteção, rejeição, negação, repulsa, vergonha,

compensação, compaixão entre muitos outros. Para entendermos esses sentimentos que se transpõem em atitudes, devemos ter uma compreensão melhor da construção histórica da deficiência, pautadas nas relações sociais que se desenvolveram desde um processo de exclusão total destas pessoas do contexto social devido as concepções judaico-cristãs da sociedade ocidental até os dias atuais, onde se fala em inclusão (AMARAL,1988; 1998).

Então como sujeitos construídos historicamente, somos frutos de várias relações interpessoais processadas no tempo e no espaço. A sociedade tem construída em sua mente a imagem do deficiente como incapaz, inválido, aleijado, improdutivo, coitado, etc., carregada de preconceitos e sentimentos comuns ao homem. Todas as sociedades têm suas regras, padrões e normas estabelecidas em suas relações sociais, e a pessoa deficiente, que foge aos padrões estabelecidos por ela, adquire um valor cultural de inferioridade, exclusão e desvantagem.

Neste sentido, desvantagem, refere-se a expressão social da deficiência, sendo um conceito ligado a valores, normas e padrões do grupo em que a pessoa com deficiência está inserida. É a sociedade que pontua a deficiência do indivíduo, pois quando lança expectativas ao deficiente com o olhar focado na deficiência e não no indivíduo em si, esta o coloca em desvantagem. Conseqüentemente, o deficiente perceberá que não corresponde as expectativas do meio social, se sentindo, mesmo que por alguns momentos, diferente e inferior.

Amaral (1998) ao pensar a deficiência como um fenômeno global, distribuída em dois subfenômenos: a deficiência primária (deficiência e incapacidade) e a deficiência secundária (desvantagem). Aqui ela refere ao primeiro subfenômeno como fatores intrínsecos, e ao segundo como fatores extrínsecos, ligadas as contingências sociais.

Compartilhando da mesma ideia, Tozano (2003) relata que a desvantagem é conseqüente a incapacidade e/ou deficiência, representa a expressão social de uma deficiência ou incapacidade e como tal, reflete nos ambientes social, econômico e cultural.

Considerando a adolescência uma fase de busca e aceitação social, a questão do jovem deficiente merece atenção. Ele está se mostrando para o mundo, na tentativa de conquistar seu espaço na sociedade, e que sua aparência, devido a sua deficiência física transmite, mesmo que por um curto período de tempo, uma imagem negativa e estigmatizada socialmente.

Para que esta fase do desenvolvimento seja vivida positivamente, o jovem deficiente precisa desfrutar de um ambiente onde a deficiência não seja o foco de preocupações e sim de valores positivos.

ATIVIDADE ESPORTIVA ADAPTADA E DEFICIÊNCIA FÍSICA

Costa (2001) define a atividade física adaptada como toda e qualquer atividade que, levando em consideração as limitações físico-motoras, sensoriais e mentais impostas pelas respectivas deficiências, apresente adaptações e/ou modificações nas regras, materiais ou no campo de jogo, proporcionando as pessoas com deficiência melhores condições para a sua efetiva participação nas diversas modalidades esportivas, recreativas e facilitando o desenvolvimento de todas as suas potencialidades residuais.

As pessoas com deficiência física que participam de práticas esportivas, tomam consciência de suas limitações e suas potencialidades, possibilitando o desenvolvimento da autoimagem, da autoestima e da autoconfiança, e conseqüentemente o favorecimento da independência funcional, do desempenho de habilidades e da interação social, influenciando na identidade e participação social.

Para Tavares (2003) a mudança corporal decorrente de percepções e movimentos disponibilizados a partir de uma intervenção profissional significativa, como a prática esportiva e outras vivências corporais, abre novos caminhos na existência das pessoas, ampliando suas possibilidades de novas percepções e movimentos, novas alternativas para optar em cada circunstância da vida, implicando no dinamismo do processo de desenvolvimento da imagem corporal.

Pedrinelli (1994) cita que houve uma evolução conceitual da Educação Física Adaptada caracterizada pela passagem de um modelo médico, preocupado com o alívio de distúrbios físicos e doenças, para um modelo educacional. Busca enfatizar o desenvolvimento do potencial do participante visando o aprimoramento do domínio motor, através da aprendizagem de habilidades e o desenvolvimento de capacidades físicas e motoras.

No contexto da Educação Física Adaptada, temos o esporte adaptado, que pode ser caracterizado pela simples prática de uma categoria esportiva até ao esporte de alto rendimento, e que sua prática vislumbra aspectos positivos para o participante com deficiência física.

Os adolescentes com deficiência física devem ser estimulados a praticar atividades físicas, procurando assim tomar consciência de suas limitações e de suas potencialidades. Porém, cada tipo de deficiência física apresenta características particulares que devem ser levadas em consideração, para assim torná-lo acessível.

Os objetivos da atividade esportiva devem ser construídos a partir da observação do espaço-físico adequado, das adaptações e estratégias pedagógicas, do material a ser utilizado, e do favorecimento das condições psicológicas, sociais e biológicas dos que venham a praticá-las.

Segundo Freitas e Cidade (2000), as experiências motoras dos deficientes físicos, poderão ser ampliadas através de conhecimento de novas possibilidades de movimentos e novos jogos adaptados às suas limitações e possibilidades. As atividades físicas além das oportunidades já citadas, previne deficiências secundárias e promove a integração total do indivíduo, tanto consigo mesmo como com a sociedade. As referidas autoras citam que os objetivos das atividades físicas para os deficientes físicos devem englobar o desenvolvimento da autoimagem e da autoestima; estimular a independência e a interação com outros grupos; a experiência intensiva com suas possibilidades e limitações; vivência de situações de sucesso, possibilitando a melhoria de autovalorização e autoconfiança; a melhoria das condições organo-funcionais, melhora do condicionamento físico e habilidades motoras.

Souza (1994) descreve que os efeitos das atividades esportivas e motoras de um modo geral, devem-se considerar determinadas funções psíquicas, como: percepção espaço-temporal, atenção, concentração, capacidade de iniciativa, força de vontade (resistência ao cansaço), motivação, autoimagem, capacidade de interação social, responsabilidade com a própria saúde e a própria segurança, e autoestima. Ele ainda cita que a vivência no esporte deverá permitir ao indivíduo visualizar um caminho positivo para a sua vida, direcionando-o no seu comportamento em relação à sua personalidade, à sua vida em sociedade, à sua motricidade e perante si mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é considerada uma fase de interação e aceitação social. O jovem está se mostrando para o mundo, buscando seu espaço na sociedade. Para o adolescente com deficiência física, os valores socioculturais influenciarão na sua forma de ser e estar no mundo, pois são nas relações sociais que irão se estabelecer sua condição de deficiente.

A atividade esportiva possibilita para o adolescente com deficiência, diferentes percepções e movimentos com corpo, implicando em diferentes aspectos, entre esses, no desenvolvimento da imagem corporal, na interação social e conseqüentemente na inclusão social.

A prática esportiva pode ser considerada uma prática de lazer, facilitadora das relações sociais, de desenvolvimento de habilidades e ser incluída no cotidiano do adolescente com deficiência física, se mostrando uma importante ferramenta para ganhos motores, psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

AMARAL, L. A. **Do Olimpo ao mundo dos mortais ou dando nome aos bois**. São Paulo, Edmetec, 1988.

AMARAL, L. A. Sobre crocodilos e avestruzes: falando de diferenças físicas, preconceitos e sua superação. *In*: AQUINO, J. G. **Diferenças e preconceitos na escola: alternativas teóricas e práticas**, São Paulo, Summus, 1998.

ARAÚJO, C. A. Desenvolvimento do esquema corporal. **Temas sobre desenvolvimento**, vol. 12, mai/jun, 2003.

BALEEIRO, M.C.; SIQUEIRA, M.J.; CAVALCANTI,C.; SOUZA V. **Sexualidade do Adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. Salvador, Fundação Odebrecht, 1999.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro, 3º ed. Record: Nova Era, 1997.

COSTA, A. M. Atividade física e esportes para portadores de deficiência física. *In*: **Lazer, atividade física e esporte para portadores de deficiência**. SESI-DN: Ministério do Esporte e Turismo. Brasília, p: 53-87, 2001.

FREITAS, P. S.; CIDADE, R. E. Desporto e deficiência. *In*: FREITAS, P. S. (org.) **Educação física e esportes para deficientes: coletânea**. Uberlândia, UFU, p. 25-40, 2000.

GALLAHUE, D. L.; OZMUN, J. C. **Compreendendo o Desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo, Phorte Editora, 2003.

MOREIRA, W. W. (org). **Corpo Presente**. Campinas, São Paulo, Papyrus,1995.

PEDRINELLI, V. J. Educação física adaptada: conceituação e terminologia. *In*: PEDRINELLI, V. J. et al. **Educação Física e desporto para pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: MEC-SEDES, SESI-DN, p. 7-10, 1994.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo, Martins Fontes, 1994.

SOUZA, P. A. **O esporte na paraplegia e tetraplegia.** São Paulo, Guanabara Koogan, 1994.

TAVARES, M. C. G. C. F. **Imagem corporal: conceito e desenvolvimento.** Barueri, SP, Manole, 2003.

TOZANO, C. **Asma: a percepção de crianças e adolescentes sobre sua deficiência, incapacidade e desvantagem.** Dissertação de mestrado em Distúrbios do desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2003.



Capítulo 11

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA VELHICE: DE OBJETO DE CARIDADE A OBJETO DE NOVAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Marcia Queiroz de Carvalho Gomes

INTRODUÇÃO

A velhice surge como “problema social” na medida em que as sociedades se tornaram mais complexas e o sistema de solidariedade social vai tomando formas diversificadas.

Da “velhice invisível” (FERNANDES, 1997), - ou por estar assimilada pelo grupo familiar ou por fazer parte de um grupo de miseráveis, indistintamente, e nesse caso, objeto de caridade -, a velhice vai se tornando, ao longo dos últimos dois séculos, um problema social, saindo da esfera privada familiar e tornando-se público, com demandas por políticas sociais específicas.

Esse deslocamento da esfera privada para a pública se deve, principalmente, às mudanças nas formas como as gerações se relacionam, pois, como argumenta Britto da Motta (1998b, p.1) “qualquer reflexão sobre a vida social dos idosos será sempre o das relações históricas entre as gerações, situadas em contextos sociais definidos”.

Nesse sentido, podemos apontar três esferas nas quais estas mudanças foram ocorrendo e ao mesmo tempo produzindo efeito umas sobre as outras: alterações nas relações intergeracionais no mundo do trabalho; as transformações das relações intergeracionais na família e a crescente institucionalização das relações sociais através da intermediação e regulação do Estado culminando com a implementação de políticas sociais.

Este trabalho é um recorte da tese de doutorado, intitulada “Proteção social à velhice e o circuito de solidariedades intergeracionais”, na qual analisei as novas formas de solidariedade intergeracional, nas sociedades contemporâneas, onde as relações sociais se tornaram mais complexas à medida em que as

estruturas social e familiar se reconfiguraram, alterando as formas de troca entre as gerações (Gomes, 2008).

Trabalho de abordagem sócio antropológico, discute a trajetória histórica da construção da velhice como “problema social”, sob a perspectiva das relações intergeracionais.

A VELHICE FACE ÀS ALTERAÇÕES NAS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NO MUNDO DO TRABALHO

Na sociedade brasileira do início de século XIX, ainda escravista, onde o trabalho não era um valor fundamental, a velhice ou era, indiscutivelmente, responsabilidade da família – portanto não se tratava de um problema público – ou juntava-se indiscriminadamente a outras categorias sociais marginalizadas, sob a denominação de “mendigos”. Estes velhos fora do contexto familiar, juntamente com os loucos, doentes e inválidos, eram considerados pobres merecedores de assistência e da caridade cristã, e para eles reservavam-se os abrigos de mendicidade. Mas a velhice não era um problema

“(…) neste momento caritativo, a velhice não é um critério definidor da assistência (...). Não existia uma problemática da velhice, pois o problema era ser pobre e estar isolado, era ser um *infeliz pária da ventura*” (SANT’ANNA, 2000, p.22).

A partir da segunda metade daquele século, duas questões foram fundamentais para reconfiguração desse quadro. Por um lado, a proibição do tráfico negreiro, gerando a necessidade de aproveitamento da mão-de-obra da população pobre livre, transformando-os em trabalhadores assalariados. Nesse contexto a pobreza começa a desvincular-se de seus aspectos morais e religiosos e surge como fator econômico (GROISMAN, 1999). Por outro lado, há a investida da medicina sobre as questões sociais, passando a normatizar e a controlar a população pobre, assim como, as instituições.

Inicia-se, nesse período, o processo de ordenação, classificação e diferenciação da mendicância, como mostra Foucault (1995), separando a população inválida daquela recuperável e apta ao trabalho. A caridade é criticada por incentivar os pobres a esmolar. O discurso filantrópico e da medicina social realizam transformações nos espaços institucionais, separando os diferentes tipos de assistidos sociais.

Surgem nesse período, final do século XIX início do século XX, instituições especializadas em assistir os diferentes tipos urbanos, segundo algumas características: crianças para asilos de órfãos, loucos nos hospícios, vadios em casas de correção e velhos para os asilos de velhos (GROISMAN, 1999). A velhice, antes encoberta e misturada a outras populações de pobres, ganha naquele momento contornos próprios, tornando-se uma categoria distinta das demais. Essa imagem da velhice desamparada e asilada impregna até hoje o imaginário social, fazendo com que a experiência de envelhecer seja temida e indesejada. Groisman (1999) aponta este momento como um dos responsáveis pela criação de uma imagem da velhice vinculada à pobreza, à doença e à indigência. Os meios de comunicação da época, especialmente os jornais, tiveram um papel importante na veiculação de tal imagem.

As investidas do Estado nas condições biológicas da população aumentaram no século XX, na medida em que o valor do trabalho cresceu e com ele a necessidade de corpos aptos para a produção e reprodução social. Com o incremento do processo de urbanização e industrialização e contando com o apoio da medicina, biologia e da psicologia, o curso da vida foi sendo, cada vez mais, colonizado. A idade cronológica tornou-se um importante definidor de papéis sociais a serem seguidos, meio de estabelecer direitos e deveres dos indivíduos na sociedade.

Segundo Debert (1999), a “cronologização” do curso da vida pode ser pensada tanto como resposta às mudanças na estrutura econômica – de uma economia baseada na unidade doméstica para outra, baseada no mercado de trabalho -, quanto às transformações das questões que diziam respeito à ordem privada em problemas de ordem pública, operadas pelo Estado Moderno – regulação da vida, do nascimento à morte, passando pelo sistema de escolarização, entrada no mercado de trabalho e aposentadoria.

As mudanças no sistema de produção, o controle do Estado, especialmente sobre a entrada e saída do mercado de trabalho, por um lado, e o discurso médico sobre a velhice, por outro – “fase de declínio”, “decadência física e mental”, etc. -, põem a velhice num “não-lugar” (AUGÉ, 1984). A saída do mercado de trabalho, com a aposentadoria, decretava a morte social das pessoas de mais idade, pois impossibilitadas de continuar produzindo e se reproduzindo, elas perdem o seu valor social e simbólico (BIRMAN, 1995).

Desta forma, lembra Lenoir (1996), a velhice surge como problema social, sobretudo na classe operária: “A ‘velhice’ dos operários é, então, assimilada, pelo patronato capitalista, à ‘invalidez’, isto é, à ‘incapacidade para produzir’ (...)”. A noção de velhice se associa à aposentadoria, ou seja, à decadência e à incapacidade para

o trabalho. Se, por um lado, a institucionalização da aposentadoria representou a possibilidade de autonomia econômica dos velhos, por outro, fez emergir a velhice como categoria social (FERNANDES, 1997).

Lenoir (1996) nos lembra que a velhice, assim como outras fases da vida, não é uma espécie de característica substancial que acontece com a idade, mas resulta das relações de poder. A velhice é

“uma categoria cuja delimitação resulta do estado (variável) das relações entre as classes e, em cada classe, das relações entre as gerações, isto é, da distribuição do poder e dos privilégios entre as classes e entre as gerações” (LENOIR, p. 71-72).

A VELHICE COMO PROBLEMA SOCIAL E AS TRANSFORMAÇÕES DAS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NA FAMÍLIA: A CONSTRUÇÃO DE NOVAS IMAGENS

As mudanças nas relações entre as gerações, produzidas pelas novas formas de relações no trabalho, refletiram-se diretamente no modo de reprodução da estrutura social, afetando as relações entre as gerações na família.

Nesse sentido, Hareven (1999) aponta a transferência das funções tradicionalmente assumidas pela família, para instituições e pessoas especializadas, como fator importante que levou ao isolamento das pessoas mais velhas, na sociedade atual, e à perda de poder e influência destas na família. Há nesse processo o esvaziamento dos papéis dos mais velhos, na medida em que os cuidados, orientações e conselhos dados por estes às gerações mais jovens foram substituídos por serviços e instituições especializadas.

Mas a velhice só ganha verdadeiro “status” de “problema social” na década de 1960. Segundo Lenoir (1996, p.84), um problema social “pressupõe um verdadeiro “trabalho social” que compreende duas etapas essenciais: o reconhecimento e a legitimação do ‘problema’ como tal”. O trabalho de reconhecimento busca tornar visível uma situação em particular e a legitimação “pressupõe uma verdadeira promoção para inseri-lo [o problema] no campo das preocupações “sociais’ do momento”.

A velhice torna-se reconhecida como problema social a partir de 1960, com base nos discursos autorizados e reconhecidos das ciências: os médicos apontam o enfraquecimento orgânico; os demógrafos assinalam o crescente aumento da população idosa – o que significaria uma ameaça ao sistema previdenciário e de

saúde; e os psicólogos e sociólogos enfatizam a ausência de “função social” ou a redução dos papéis sociais dos mais velhos (LENOIR,1996).

Tais discursos, amplamente difundidos pelos meios de comunicação, acompanhados pelas mudanças nas relações entre as gerações, no trabalho e na família, e o crescente número de aposentados mais jovens e das camadas médias, provocaram uma resignificação da velhice e da aposentadoria. Constatou Debert (1999, p.61): “(...) inverte-se os signos da aposentadoria, que deixa de ser um momento de descanso e recolhimento para tornar-se um período de atividade e lazer”.

Foi a partir da década de 1960, especialmente na França, que a aposentadoria passou a ser vivenciada por pessoas mais jovens, mais saudáveis, pertencentes às classes médias. Esse fato leva os especialistas a recategorizarem a velhice. Foi neste contexto que o termo “terceira idade” foi cunhado.

Peixoto (1998) assinala que a invenção francesa do termo Terceira Idade

“é simplesmente produto da universalização do sistema de aposentadoria e do conseqüente surgimento de instituições e agentes especializados no tratamento da velhice” (PEIXOTO, 1998, p. 76)

Os agentes da velhice passam assim, a prescrever “a este grupo etário maior vigilância alimentar e exercícios físicos, mas também necessidades culturais, sociais e psicológicas”.

Esta nova etapa da vida, caracterizada especialmente pelo tempo livre, exprime

“uma nova realidade da velhice, realidade essa não mais associada à ideia de miséria, doença e decadência, mas a um tempo de atividades desligadas da vida profissional e familiar, um tempo específico de lazer, onde novos valores coletivos são elaborados” (GUERRERO,1996, p. 155-156).

Os novos valores elaborados em torno da velhice, pautados nas necessidades de atividades culturais e de lazer, promovem novas representações da velhice. Este período passa a ser destinado à realização de projetos abandonados, à busca de prazer e satisfação pessoal, tornando-se um “tempo específico de lazer”.

Mas ao mesmo tempo em que homogeneizam os aposentados sob a etiqueta da terceira idade, associando-se a eles representações positivas – velhos/jovens, ativos e participativos –, há um novo recorte de idades, a

quarta idade - velho/velho, pessoas com mais de 75 anos – que aproxima seus representantes da imagem tradicional da velhice, ou seja, a dependência, a incapacidade física, a decadência.

A categoria terceira idade, assim, comporta uma ambiguidade, como bem assinala Britto da Motta (1998):

“(...) o que a categoria terceira idade vem representando é positivo – daí a sua rápida aceitação e difusão no cotidiano e até entre os pesquisadores -, mas por trás dessa nova e boa imagem de idoso dinâmico e saudável que ela também vem representando, estão colocados o eufemismo/escapismo negador da velhice e uma “indústria” e produção de serviços, com um novo e envolvente mercado”(BRITTO DA MOTTA, 1998a, p.133).

A ideologia da terceira idade, ou da não-velhice, se traduziu na prática pela criação das Universidades para a Terceira Idade, dos Clubes da Maior ou Melhor Idade (que atendem, em geral, a velhos das camadas médias), Grupos de Convivência, Associações de Idosos (destinados, a maior parte das vezes, a velhos das classes populares), predominantemente frequentados, todos eles, por mulheres.

Os velhos moradores de asilos ou, para usar um termo atual, de instituições de longa permanência para idosos - ILPI, entretanto, permanecem alijados desse processo de redefinição da velhice, continuam invisíveis. A grande maioria dos velhos das camadas mais desfavorecidas, mesmo morando na comunidade e em boas condições de saúde, não tem acesso aos “programas da Terceira Idade”, seja porque esses serviços não estão disponíveis nos bairros onde moram, seja porque ainda desempenham atividades domésticas e de apoio familiar – preparação de alimentos, lavagem de roupa, de cuidados de netos – ou ainda por questões culturais ou religiosas. Pesquisa realizada pelo SESC e a Fundação Perceus Abramo (NERI, 2007) revela que somente 3% dos idosos participam de Grupos de Convivência.

Está em curso a construção de uma nova imagem da velhice, agora dinâmica, independente e participativa, pelo menos para uma parcela da população idosa. Reflexo dessa nova imagem da velhice na família, frente às mudanças na estrutura e dinâmica familiar que vem ocorrendo, é a co-habitação entre gerações. Esta tem sido uma demanda das gerações mais novas, em decorrência, especialmente, das precárias condições de trabalho, pelo desemprego ou ainda, pelo rompimento de relações afetivas. Nesses casos é o idoso que tem assumido

o papel de provedor, se não único, o principal e, muitas vezes, também cuidador de filhos adultos e netos. Entretanto, as famílias sozinhas não têm dado conta de assumir a responsabilidade de todos os membros mais vulneráveis, crianças, idosos, desempregados. Nesse sentido, a proteção social do Estado, através especialmente do sistema de aposentadorias, pensões e benefícios de prestação continuada, veem tendo um papel fundamental para a manutenção dos laços sociais entre as gerações. Este novo papel social e familiar do idoso só pode ser mantido e garantido por políticas públicas.

A VELHICE FACE À INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS RELAÇÕES SOCIAIS, A REGULAÇÃO DO ESTADO E A IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

Do ponto de vista da legitimação da velhice como “problema social”, só recentemente as discussões passam do plano psicossocial para o político, econômico e legal. Nesse sentido, destacam-se três instrumentos legais de proteção à velhice instituídos nas últimas décadas - a Constituição Federal de 1988 – especialmente através do sistema de Seguridade Social -; a Política Nacional do Idoso, em 1996; e o Estatuto do Idoso, em 2003; e seus desdobramentos. Todos eles normatizam as relações do Estado, da Sociedade e da Família com os cidadãos mais velhos, transformando a velhice em objeto das novas políticas sociais.

Essas novas políticas atribuem à família a maior parte da responsabilidade pelos cuidados com essa população. O conjunto de políticas sociais propostas pelo Estado tem como foco central a família, transferindo para ela grande parte das suas obrigações e responsabilidades sem, entretanto, considerar os limites e as possibilidades dela para assumir esses encargos.

A Constituição Federal atribui à família, à sociedade e ao Estado o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. A Constituição de 1988 representou um avanço no que tange à questão social, com a estruturação de um amplo sistema de proteção social, a Seguridade Social.

A Seguridade Social compreende, segundo a Constituição, um conjunto de ações integradas, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988). Este sistema de solidariedade pública tem sido vital para a grande maioria da população idosa brasileira, na medida em que: os benefícios da Previdência Social, mesmo que ainda não universalizados, têm sido responsáveis pela manutenção não só do idoso, mas também do seu grupo familiar; a Assistência Social, especialmente através do BPC, tem tirado o velho da pobreza extrema e, ainda que precariamente, tem garantido a sobrevivência dos

velhos sem vínculos sociais ou com frágeis vínculos familiares e comunitários, através da assistência asilar; e o Sistema Único de Saúde é o único meio de assistência à saúde a que 70% dos idosos brasileiros podem ter acesso.

Em 1994 foi aprovada a Política Nacional do Idoso- PNI (BRASIL, 1994), tendo por objetivo assegurar a todas as pessoas maiores de sessenta anos de idade, considerados idosos, seus direitos sociais, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Esta política estabelece como principais diretrizes: integrar o idoso às demais gerações, através de formas alternativas de participação deste na vida social; incentivar a participação em organizações representativas dos interesses dos idosos, visando a formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; priorizar o atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência; capacitar profissionais para prestar serviços nas áreas de geriatria e gerontologia; implementar sistema de informações para divulgação da política, dos serviços, dos planos, projetos e programas oferecidos aos idosos, assim como, para divulgar informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; e, apoiar estudos e pesquisas na área de envelhecimento. Quanto aos idosos desabrigados e sem família esta Lei garante a prioridade do atendimento em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, e proíbe a permanência de idosos portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. A Lei é bastante ampla e prevê a participação de vários ministérios para a implementação das ações, ficando a coordenação geral da PNI sob a competência “do órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social, com a participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso”.

O Estatuto do idoso, aprovado em 2003, estabelece a obrigação do Estado de garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Art. 9º).

Estabelece também, a obrigação dos filhos, dos ascendentes e do cônjuge assegurar, solidariamente, a alimentação dos idosos que não têm condições de se manter, só no caso da inexistência ou impossibilidade destes, esta responsabilidade é transferida para o Estado, através da assistência social (Art. 11 a 14).

Este conjunto de políticas públicas têm sido fundamentais para garantir os direitos das gerações mais velhas, numa sociedade em que as relações entre as gerações deixaram de ser de um contrato tácito de responsabilidade ou

obrigação social e familiar, e passaram a ser reguladas e asseguradas pelo Estado. Tais políticas públicas são imprescindíveis para garantir a participação social e familiar dos mais idosos em nossa sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para compreender a trajetória de construção social da velhice se faz necessário perceber as formas em que as relações intergeracionais veem se dando nas sociedades contemporâneas. As relações sociais têm se tornado cada vez mais complexas, fazendo com que o sistema de solidariedade social, base da coesão social, se torne mais fluida e diversificada.

Neste contexto de transformações das relações – de trabalho, familiares, políticas, econômicas – por que vêm passando as sociedades capitalistas, o crescente envelhecimento populacional ganha destaque, na medida em que repercute em todos esses campos, redesenhando as relações entre as gerações.

Percorrer, mesmo que brevemente, o caminho trilhado no processo de construção do social da velhice possibilitou apreender as formas como vêm sendo construídas as relações intergeracionais ao longo do tempo, suas configurações na esfera pública e as fortes repercussões nas relações familiares, especialmente para a população mais idosa. É possível perceber a relação de interdependência entre as gerações na família e o sistema de políticas públicas para assegurar a manutenção dos laços sociais.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. **Não-lugares**: introdução a uma antropologia da supermodernidade. Campinas, SP: Papirus, 1984.

BIRMAN, J. Futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. *In*: VERAS, Renato (org). **Terceira Idade – um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UnATI/UERJ, 1995.

BRASIL. **Lei nº. 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Lei nº 10.741**, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, Presidência da República. Disponível em <www.planalto.gov.br>.

BRITTO DA MOTTA, A. Introdução: Dossiê Gênero, Família e Fases do Ciclo de Vida. **Cadernos CRH** (Online), v. 11, p. 13-20, 1998a.

BRITTO DA MOTTA, A. Reinventando fases: a família do idoso. **Caderno CRH**, Salvador, nº 29, pp. 69-87, jul./dez. 1998b.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo: Fapesp, 1999.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

FERNANDES. A. A. Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. **Sociologia, Problemas e Práticas**, n.36, Oeiras, set., 2001.

Gomes, M. Q. C. **Proteção social à velhice e o circuito de solidariedades intergeracionais**. 289p. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, 2008.

GROISMAN. D. Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. **Cadernos Pagu, Dossiê Gênero em Gerações**. São Paulo: UNICAMP. N 13, p.161- 190, 1999.

GROISMAN. D. Asilos de velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento**. Porto Alegre UFRGS Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento PROEXT/ UFRGS, v. 2, p. 67-87.1999.

GUERRERO, P. Universidade da 3ª Idade: a experiência da PUC de Campinas. *In*: **Bahia Análise & Dados: SEI Salvador**. v.6 nº 1, jun, 1996.

HAREVEN, T. K. Novas imagens do envelhecimento e a construção social do Curso da Vida. **Cadernos Pagu, Dossiê Gênero em Gerações**. São Paulo: UNICAMP, n 13 p. 11- 35, 1999.

LENOIR. Objeto Sociológico e Problema Social. *In*: CHAMPAGNE, Patrick, LENOIR. Remi, MERLLIÉ, Dominique. **Iniciação à prática sociológica**. Petrópolis. Vozes, 1998.

NERI, A. L. (Org.). **Idosos no Brasil: Vivências, Desafios e Expectativas na Terceira Idade**. São Paulo: Fundação Perceus Abramo/Sesc, 2007.

PEIXOTO, C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. *In*: LINS DE BARROS, Myriam (org.) **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

SANT'ANNA, M. J. UnATI, a Velhice que se Aprende na Escola: Um perfil dos seus usuários. *In*: VERAS, Renato (Org.). **Terceira idade: desafios para o Terceiro Milênio**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: UnAT/UERJ, 2000.



Capítulo 12

PARA ALÉM DOS PROTOCOLOS:
ANÁLISE SOCIOLINGUÍSTICA
INTERACIONAL DURANTE A
APLICAÇÃO DE UM TESTE DE
COMPREENSÃO DE SENTENÇAS
COM PESSOAS COM ALZHEIMER

Berla Moreira de Moraes

INTRODUÇÃO

A interação conversacional é um desdobramento da Sociolinguística Interacional, a qual foi inicialmente proposta por Labov (1966, 1972). A postulação dessa teoria trouxe grandes contribuições para compreensão dos fenômenos sociais e culturais, tendo Gumperz (1971, 1982) como o teórico que desenvolveu e definiu o tipo particular de sociolinguística cuja ferramenta teórica possibilita compreender o uso da língua e do comportamento do indivíduo numa situação de comunicação face a face.

A teoria Sociolinguística Interacional se situa no terreno das interações humanas onde os significados, ordens e estruturas não são predeterminadas, mas desenvolvem-se na interação e baseiam-se em um conjunto complexo de fatores materiais, experienciais e psicológicos (LEITE, 2011, p 113). Ela enfoca diretamente “as estratégias que governam o uso, por parte do falante, dos conhecimentos lexicais, gramaticais, sociolinguísticos ou de outra natureza, na produção e interpretação das mensagens em contexto”. (FIGUEROA, 1994, p 114).

De acordo com essa teoria, a atividade ou evento de fala são dotados de um propósito comunicativo, segundo a situação e o contexto em que ocorrem. Segundo Leite (2011) a atividade de fala pressupõe a análise da interação entre os participantes, porque é através dela que as expectativas dos participantes sobre as atividades subsequentes, em relação ao curso de um evento de interação, são

reavaliadas, desenvolvidas e até mudadas. Sendo assim, a interação produz um processo de sentido dinâmico.

Para Gumperz, interpretar sentido é interpretar intencionalidade, dado o caráter intencional de uma atividade de fala, segundo algum propósito comunicativo. A natureza dinâmica e a intencionalidade da interação são, portanto, dois pontos fundamentais na teoria da Sociolinguística Interacional.

Na doença de Alzheimer, a linguagem tem seu desempenho afetado já nas primeiras fases. Uma das tarefas de linguagem que se encontra prejudicada logo neste período é a interação face a face. Ela exige várias habilidades linguísticas, como processamento e compreensão das palavras informadas em tempo real para interagir com seu parceiro da troca conversacional.

No presente trabalho apresentaremos um recorte do projeto de doutorado *Compreensão dos Domínios Imagéticos em sentenças gramaticais por pessoas com Alzheimer* (MORAES, 2012), cujo plano de trabalho é intitulado *Para além dos protocolos: uma análise sociolinguística interacional durante a aplicação de um teste de compreensão de sentenças com pessoas com Alzheimer*, no qual procuramos observar os aspectos interacionais entre pesquisador e sujeitos a partir da aplicação do teste de compreensão de sentenças. Neste projeto de pesquisa, nos propomos a analisar na atividade de fala inserida em um contexto real de uso dos processos verbais e não verbais os quais os falantes utilizam para iniciar, manter e finalizar um evento conversacional durante aplicação de testes.

Orientamo-nos numa perspectiva sociolinguística interacional, segundo a qual, a interação produzida através das trocas conversacionais é dotada de algumas propriedades dialógicas que permitem ao analista chegar a processos de inferência de sentido e que a conversação contém em si mesmas evidências internas do que será seu resultado.

Observaremos aqui o fenômeno das interações consideradas “assimétricas”, como entrevistas, consultas médicas, e até aplicação de testes, onde um dos integrantes da conversação possui o domínio sobre os turnos e os distribui a critério. Segundo Drew e Heritage (1992 *in* LEITE, 2011) as interações assimétricas são típicas de ambientes institucionais e as relações profissionais e leigos se dão em termos de “pares adjacentes”, ou seja, os profissionais determinam os tópicos e controlam os turnos através de perguntas, as quais os leigos somente respondem, mas não opinam sobre o tópico, nem fazem “assalto aos turnos”. Desse modo, a conversa é iniciada, mantida e concluída pela vontade de apenas um dos interlocutores. Selecionamos como recorte para essa apresentação de exemplos de interações verbais e não verbais identificadas no *corpus* utilizado na pesquisa.

Utilizamos o *corpus* do projeto piloto de doutorado acima mencionado que é constituído de uma amostragem da interação assimétrica entre pesquisador e idoso com Alzheimer durante a aplicação de um teste de compreensão de sentenças, coletada por meio de filmagem com um informante com declínio cognitivo leve, ensino fundamental de escolarização e de faixa etária de 71 anos.

Apresentaremos exemplos do processo interacional em cada etapa entre pesquisador com um sujeito com provável Alzheimer leve, analisando os aspectos verbais e não verbais utilizados por estes. Devido ao espaço limitado, não será possível apresentar todos os resultados da pesquisa, bem como todos os aspectos interacionais identificados, por isso escolhemos um recorte dos dados que exemplifica de maneira geral o trabalho empreendido no objetivo supracitado.

ANÁLISE

A transcrição e análise dos dados coletados durante a aplicação dos testes de compreensão de sentenças são baseadas em Marcuschi (1986, p.10-13), embora algumas alterações tenham sido realizadas, com vistas à adaptação da técnica às necessidades da pesquisa. Abaixo segue uma tabela de classificação proposta pelo autor supracitado:

Tabela 2- Tabela de classificação para transcrição dos dados.

1.	[[Falas simultâneas
2.	[falas simultâneas]	Falas simultâneas não compreendidas
3.	[Sobreposição de vozes
4.]	Sobreposição localizada
5.	(+) ou (número)	Pausas e silêncios – cada sinal (+) equivale a meio segundo
6.	(xxx)	Trecho incompreensível
7.	(suposição)	Dúvidas ou suposições quanto ao trecho transcrito
8.	/w	Truncamentos bruscos ou interrupções bruscas na fala
9.	MAIÚSCULA	Trecho transcrito de leitura
10.	Ênfase	Ênfase na sílaba ou acento forte
11.	::	Alongamento de vogal – maior número de (:), maior alongamento
12.	((comentários))	Comentários do analista
13.	Si-la-ba-ção	Silabação
14.	Re-repetições	Reduplicação da letra ou sílaba
15.	... ou /.../	Indicação de transcrição parcial ou de eliminação.
16.	?	Perguntas súbitas e rápidas
17.	!	Surpresas, comandos e ordens bruscas

Fonte: Adaptado de Marcuschi (1986).

Ancorados nesse modelo sugerido pelo autor, empreendemos a análise dos dados a seguir. Escolhemos trechos no *corpus* da troca interacional entre pesquisador e idoso com Alzheimer CAML, sendo vários exemplos de cada etapa: pré-teste, teste e pós-teste. Observaremos como ocorreu a interação entre os sujeitos procurando demonstrar que embora houvesse interação assimétrica, as trocas verbais e não verbais utilizadas pelos participantes do evento de fala sofre influência dos aspectos culturais, sociais e de motivação dos envolvidos. Nos trechos destacados, P introduz a fala do pesquisador, CAML, introduz a fala do idoso com Alzheimer.

Exemplo:

Troca conversacional entre pesquisador: BMM/ **Faixa etária (anos):** 35 / **Sexo:** feminino / **Escolarização:** ensino superior completo e **idoso com Alzheimer:** CAML / **Faixa Etária (Anos):** 71 / **Anos de Escolarização:** ensino fundamental completo / **Sexo:** Masculino.

Ambiente: sala de reuniões do Abrigo.

Tema: aplicação do teste de compreensão de sentenças.

Troca conversacional pré-teste: Tópico apresentação do tablete

P Seu C. deixa eu lhe apresentar, você conhece esse objeto aqui? ((coloca a mão sobre o tablete que está sobre a mesa, inclina o corpo para lateral e olha para o participante)).*

CAML Não conheço ((responde olhando para o tablete e balançando a cabeça negativamente)).*

P Tem nem ideia do que seja? ((ainda com a mão sobre o tablete, com o corpo ainda inclinado para lateral, olha para o participante com um sorriso nos lábios)).*

CAML nem tenho ideia do que seja. ((responde olhando para o tablete)).*

P O nome dele é tablete. ((neste momento vai aproximando o tablete que está sobre a mesa para próximo ao sujeito, corpo ainda inclinado para lateral e olhando para o participante)).*

CAML tablete ((repete o nome ouvido olhando para o tablete)).*

P Ele é tipo um computador de mão ((inclina o corpo para lateral e olha para o participante)).*

CAML (+++) ((em silêncio, movimenta a cabeça afirmativamente olhando para o tablete)).*

P Já usou um computador alguma vez? ((olha para o participante)).*

CAML Já, já, trabalhava numa repartição ((responde olhando para o tablete)).*

P Mas desse tipo aqui você já usou? ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o participante)).*

CAML Não, desse tipo não, ele era grande ((responde fazendo movimento com as mãos)).*

P E como é que era? ((o corpo inclinando para lateral, faz movimentos com os braços de dúvida e olha para o participante)).*

CAML (++) Era tipo aquilo alí ((demora para responder, tenta resgatar da memória algo que se assemelhasse e aponta para o microsystema localizado a sua frente)).*

P Você acredita que agora os computadores são assim? Aqui a gente pode fazer várias coisas, ele não tem mouse, não tem teclado. Como é que você acha que a gente usa ele? ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o participante)).*

CAML (xxx) ((fala algo incompreensível olhando para o tablete)).*

P Como é que você acha que a gente usa ele? Porque ele não tem mouse e não tem teclado. ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o participante)).*

CAML Eu num sei não ((responde sorrindo e olhando para o tablete)).*

P A gente usa ele com um dedo. ((mostra o dedo indicador para CAML)).*

CAML Com o dedo? ((faz o mesmo movimento com o dedo indicador)).*

P Por exemplo, se você apertar neste quadrado aqui no meio, aperte levemente. ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).*

CAML É aqui? ((leva o dedo indicador até o local indicado e toca a tela)).*

P Olha o que foi que aconteceu! ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).*

CAML (xxx) ((inclina o tronco sobre toda a mesa para visualizar o que aconteceu com o tablete quando apertou o dedo)).*

P Abriu, abriu uma página! Se você quisesse escrever seu nome como é que faz? ((olha para o sujeito)).*

CAML Aqui? ((leva o dedo ao teclado do tablete na letra correspondente a inicial do seu nome)).*

P Isso, vamos lá escreva seu nome! ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).*

CAML C-A ((com o olhar, procura no teclado as letras do seu nome e aperta quando encontra)).*

P C-A, depois do A? ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).*

CAML R ((com o olhar, procura no teclado as letras do seu nome e aperta quando encontra)).*

Na fase pré-teste o uso de um objeto: tablete intermediou a interação conversacional entre o pesquisador e o sujeito. O trecho acima ilustrado compõe-se de dois subtópicos: apresentação do objeto tablete e uso do objeto tablete, que juntos compõem o tópico tablete. Percebe-se a evidência da interação assimétrica, pois o tópico de conversação foi definido pelo pesquisador e a quantidade de turnos assumida pelo pesquisador foi predominante, não se observou assalto de turno. Observou-se em um turno o não entendimento da fala do sujeito pelo pesquisador, mas não houve quebra da linearidade do tópico, pois o pesquisador retomou a pergunta e obteve êxito na resposta. No uso do tablete para digitar seu nome, a pesquisadora interveio com atos de fala e gestos com a mão e dedo junto ao tablete de forma que apoiasse o participante no êxito da tarefa. O comportamento corporal, não verbal foi evidente em vários trechos da conversação. A direção do olhar entre os interlocutores ocorreu mais unilateralmente entre pesquisador e sujeito do que ao contrário, o sujeito da pesquisa permaneceu mais tempo olhando para o tablete do que para o

pesquisador, visto que no tablete, continha as pistas visuais da interação. Em vários momentos trocas de sorrisos foram observadas e satisfação.

Troca conversacional durante o teste

P Ai agora vou mostrar um exercício que a gente pode fazer, certo. ((coloca a mão sobre o tablete que está sobre a mesa, inclina o corpo para lateral e olha para o participante)).*

CAML (++) ((em silêncio, coça a cabeça e aguarda a instrução olhando para o tablete)).*

P Lembra daquele exercício que a gente fez uma vez? ((inclina o corpo e olha para o sujeito))*

CAML (++) ((em silêncio, acena positivamente a cabeça)).*

P A gente vai fazer a mesma coisa, certo. Você vai ler, só que quem vai passar as páginas é o senhor ((com o corpo ainda inclinado para lateral, busca com a cabeça e o olhar, o olhar do sujeito)).*

CAML É pra ler é? ((pergunta olhando para o tablete)).*

P É, vamos ver o que tem escrito aí. ((olha para o participante)).*

Esta primeira parte trata-se da apresentação do teste no qual ele fez a leitura das instruções contidas no experimento na tela do tablete. CAML realizou a leitura em voz alta e o pesquisador complementou a leitura com informações acerca das dúvidas sobre o que seria o botão avançar e quando clicar (apertar) nele. Durante a leitura, em alguns trechos o pesquisador percebeu que o sujeito havia perdido a linearidade do texto e o ajudou a retomada dele.

P Então o que que a gente vai fazer? Quando você apertar o botão vai aparecer umas frases, certo. Aí essa frase você vai ler, e aí vai tentar entender essa frase, aí quando apertar o botão avançar vai aparecer uma pergunta (+) e depois vai aparecer três respostas e vai escolher uma delas certo, aquela que você achar que estiver mais correta. ((inclina o corpo para lateral e olha para o sujeito)).*

CAML entendi (++) ((movimenta a cabeça afirmativamente olhando para o tablete)).*

P Tá certo, vamos testar então? ((olha para o sujeito)).*

CAML Aqui? ((responde apontando para o botão avançar)).*

P Isso. Leia o que tem escrito na frase ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o sujeito)).*

CAML O homem pediu a conta ao garçom ((faz a leitura olhando atentamente para o tablete)).*

P Entendeu? O homem... ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o participante)).*

CAML* pediu a conta ao garçom. ((completa o restante da frase, olhando para o tablete)).

P* agora você clica no botão avançar! ((o corpo inclinando para lateral e olhando para o participante)).

CAML* (+++) ((acena a cabeça positivamente, mas não realiza o solicitado)).

P* Agora clique em avançar! ((repete a pesquisadora apontando no tablete onde ficava o botão de avançar)).

CAML* (+++) é aqui? ((aponta para o botão de voltar)).

P* Avançar é nesse segundo botão. ((mostra o dedo indicador para CAML)).

CAML* É avançar né? ((aponta para o botão avançar)).

P* Isso. (mostra com o dedo indicador onde deve apertar).

CAML* Quem pediu a conta? O homem, o garçom, o contador. ((em voz alta faz a leitura da pergunta e das opções de resposta)).

P* Aí você vai apertar numa das bolinhas do lado das opções que você acha que é a resposta certa. ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).

CAML* (++++) (xxx) ((inclina o tronco sobre toda a mesa para visualizar a pergunta e as repostas, permanece alguns segundos em silêncio olhando e depois balbucia algo incompreensível, provavelmente lendo as frases, faz movimento com a mão em direção ao tablete, mas recua)).

P* Se você achar que é (+) você acha que é qual a resposta? ((direciona o olhar para o sujeito)).

CAML* O garçom. ((responde com o olhar direcionado para as opções de resposta)).

P* Então você aperta em cima da bolinha ao lado da palavra garçom ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).

CAML* Aqui? ((aponta o dedo sobre a bolinha do nome garçom)).

P* Isso, depois você aperta em avançar. ((mostra com o dedo indicador onde deve apertar)).

CAML* (++) ((aperta no avançar e permanece parado olhando para a tela aguardando a próxima frase)).

Na fase do treino do teste o pesquisador apresentou como seria realizada a atividade de leitura, fazendo uso do tablete e de sentenças com perguntas e opções de resposta. Percebe-se uma dificuldade de compreensão do que deveria ser feito e o pesquisador com pistas de contextualização buscou auxiliar o sujeito na execução da tarefa solicitada. Percebe-se mais evidentemente a interação assimétrica, pois o tópico de conversação foi definido pelo pesquisador (aplicação do teste) e a quantidade de turnos assumida pelo pesquisador também foi predominante. Observou-se em alguns turnos que não houve entendimento da fala do pesquisador pelo sujeito, tendo que repetir e demonstrar com gestos

manuais o solicitado. A direção do olhar do pesquisador para o sujeito ficou mais intensa, porém o sujeito estava com o olhar ao longo do teste direcionado ao tablete. Ambos estavam com rostos sem esboçar sorrisos. O pesquisador sempre que necessário intervia, esclarecia e o lembrava do que deveria ser feito de forma que ele obtivesse êxito na condução do teste.

Troca conversacional pós-teste

P Acabou! ((olha para o sujeito e fala com um sorriso no rosto).)*

CAML Acabou? (...) ((pela primeira vez desde que iniciou a intervenção o sujeito direciona o olhar para a pesquisadora e esboça um sorriso))*

Figura 1- Interação face a face



Fonte: Imagem do banco de dados da autora.

P Acabou! E aí, o que que achou? ((olha para o sujeito e fala com um sorriso no rosto)).*

CAML Achei legal! (+) ((responde acenando a cabeça positivamente e com um sorriso no rosto)).*

P Gostou? Quer fazer outras vezes? ((olha para o sujeito e fala com um sorriso no rosto)).*

CAML (++) sim ((responde acenando a cabeça positivamente e com um sorriso no rosto)).*

P Pois seu C. esse era o exercício que a gente ia fazer com o senhor. Obrigada pela participação. ((olha para o sujeito e fala com um sorriso no rosto)).*

CAML Brigada você também (+) Bacaninha isso aqui, bem bolado. (+++) Terminou? ((responde com um sorriso no rosto, mas sem direcionar o olhar para a pesquisadora)).*

P Terminou, até a próxima tá bom?! Tchau, tchau então. ((olha para o sujeito e fala com um sorriso no rosto)).*

CAML Tchau (+) como é seu nome? ((pergunta e se levanta da cadeira)).*

P Meu nome é B. ((responde sentada olhando para o sujeito)).*

CAML Prazer viu. ((direciona a mão para cumprimentar a pesquisadora e direciona o olhar para ela)).*

*P*O prazer é todo meu! ((aperta a mão do sujeito, olha no olho dele, responde e sorri)).*

A fase pós-teste foi onde houve menor tempo de interação, porém onde houve mais direcionamento do olhar do sujeito para o pesquisador e aparente satisfação na participação do exercício. Aspectos verbais e não verbais estiveram presentes e neste momento também se evidencia a interação assimétrica, tendo o pesquisador como condutor do encerramento da interação. O sujeito entendeu a pista de contextualização de que aquele momento havia encerrado e que ele deveria se despedir, como assim o fez.

DISCUSSÕES

Defendemos na nossa análise que as pistas de contextualização são importantes no processo de aplicação de testes com pessoas com Alzheimer, por se tratar de um aspecto natural das trocas interacionais face a face. Na maioria dos estudos sobre o discurso de pessoas com DA, os autores optaram por utilizar atos de fala considerados mais neutros. O interlocutor expressa atos de fala que não apresentam o objetivo de facilitar ou dirigir a construção do significado. Esses atos de fala geralmente limitam-se às instruções da tarefa e às solicitações de continuidade. Consistem em atos de fala diretivos, que se restringem ao objetivo de fazer com que os sujeitos realizem a tarefa e continuem produzindo seu discurso. Esses estudos não fornecem dados sobre a quantidade de vezes em que o interlocutor possivelmente retomou o tópico através da repetição da instrução da tarefa e sobre a quantidade de vezes em que o interlocutor solicitou que o falante continue seu discurso (BRANDÃO; PARENTE; PEÑA-CASANOVA, 2008).

Segundo Marcuschi (1997), a distribuição de turnos entre interlocutores varia muito, principalmente no que se refere à ordem e à extensão dos turnos. Garcia e Joannette (1997) ressaltaram que devido à natureza espontânea e *on-line* das conversações, o número, a ordem e a distribuição dos turnos do examinador nas tarefas discursivas apresentam grande variabilidade, mesmo em situações de teste.

No exemplo do corpus analisado, apresentamos a troca interacional assimétrica entre pesquisador e sujeito com provável Alzheimer em três situações distintas: pré-teste, teste e pós-teste. Em todas as situações, as trocas ocorreram por tópicos e subtópicos, com predominância dos turnos pelo pesquisador. Houve maior interação na fase pré-teste, com mais aspectos verbais envolvidos, em seguida maior parte do tempo predominou durante a aplicação de teste com pouca interação verbal e não verbal, por fim, a fase pós-teste foi a que ocorreu em menor tempo, mas com aspectos verbais e não verbais envolvidos, principalmente de direcionamento do olhar do sujeito para o pesquisador. Foram observadas pistas facilitadoras, como os atos de repetir informações e completar sentenças

após hesitações do sujeito apenas quando necessário, com o intuito de sucesso na interação conversacional e na condução do teste.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho procuramos defender que as trocas conversacionais com pessoas com Alzheimer e especialmente em situação de teste devem ocorrer com pistas de contextualização e envolvimento de aspectos verbais e não verbais para êxito tanto na interação face a face, como na condução de testes. Este processo faz parte da condução da interação humana e não deve ser excluída em situações de teste.

Isto posto, para o presente trabalho escolhemos exemplos de troca interacional face a face entre pesquisador e a pessoa com Alzheimer e demonstramos a partir da análise conversacional assimétrica em três momentos: fase pré-teste, teste e fase pós-teste. No primeiro momento, houve mais aspectos verbais e não verbais envolvidos, uma predominância do olhar do pesquisador para o sujeito em recíproca, os turnos tiveram uma linearidade e obteve-se êxito na troca conversacional. No segundo momento, houve poucos aspectos verbais envolvidos devido ser a fase de teste, estes ocorreram apenas quando foi necessário, seja em caso de dúvidas e de esclarecimentos na condução do teste. E por fim, a fase pós teste foi a mais curta, houve aspectos verbais e não verbais envolvidos, com direcionamento do olhar por parte do sujeito ao pesquisador em mais de um trecho da conversa. Em todos os momentos as pistas de contextualização foram importantes para a troca conversacional e execução da tarefa de forma exitosa.

FINANCIAMENTO

Parte deste estudo foi financiado com a Bolsa de doutorado sanduiche pelo CNPQ.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, L.; PARENTE, M. A. M. P.; PEÑA-CASANOVA, J. Turnos e atos de fala do interlocutor de pessoas com doença de Alzheimer. **ReVEL**. Vol. 6, n. 11, agosto de 2008. ISSN 1678-8931.

FIGUEROA, E. **Sociolinguistic Metatheory**. New York: Elsevier, 1994.

GARCIA, L. J.; JOANETTE, Y. Analysis of conversational topic shifts: A multiple case study. **Brain and Language**, 58(1), p. 92-114, 1997.

GRICE, P. Lógica e conversação. 1985. *In* :DASCAL, M. (org.) **Fundamentos Metodológicos da Língua**. Campinas: Departamento de Linguística do IEL. UNICAMP, vol. IV Pragmática, p.81-103, 1982.

GUMPERZ. J.J. **Language in social groups**. A.S. Dil (ed.). Stanford, CA: Stanford, 1971.

GUMPERZ. J.J. **Discourse strategies**. Cambridge: CUP.,1982.

KOCH, I.G.V. **A inter-ação pela linguagem**. 10 ed. 3. Impressão. São Paulo: Contexto, 2010.

LABOV. W. The Overestimation of functionalism. *In*: DIRVEN, R. ; VILÉM, F. (eds). **Funcionalism in Linguistics**. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins, 1987, p. 311-32.

LEITE, J. E. R. **Sociolinguística Interacional e a variabilidade cultural da sala de aula**. V. II. Coleção Todas as Letras; 7. I. João Pessoa: Editora da UFPB, 2011.

MARCUSCHI, L.A. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática, 1986.

MORAES, B.M. **Compreensão da Imagética Convencional em Sentenças Gramaticais por pessoas com Alzheimer**. 2012. Projeto de Doutorado (Doutorado em Linguística) - Programa de Pós Graduação em Linguística, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

PEÑA-CASANOVA, J., BERTRAN-SERRA, I., DELSER, T. Evaluación neuropsicológica de la demencia. *In*: PEÑA-CASANOVA, J., DEL SER, T. (Org.). **Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia**. Barcelona: JR Prous, p.9- 48, 1994.

RIBEIRO, B.T.; GARCEZ, P.M. **Sociolinguística Interacional: Antropologia, Linguística e Sociologia em Análise do Discurso**. Porto Alegre: AGE, 1998.

RIPICH, D. N.; TERRELL, B.Y. Patterns of discourse cohesion and coherence in Alzheimer's disease. **Journal of Speech and Hearing Disorders**, 53, p.8-15, 1988.



Capítulo 13

VALIDADE DE UMA MEDIDA PSICOMÉTRICA PARA ESTUDANTES DE TERAPIA OCUPACIONAL

Joana Elise Araújo Lopes

Danilo Nascimento Rolim dos Santos

Erivaldo Lopes de Souza

Bárbara Iansã de Lima Barroso

INTRODUÇÃO

A Síndrome de *Burnout* pode ser definida como um estresse crônico comum em profissionais da área de saúde, em que pessoas que estão em situação de necessidade ou dependência necessitam de uma atenção acentuada e prolongada. Alguns autores diferenciam o *Burnout* do estresse comum, evidenciando o caráter ocupacional da síndrome. A particularidade estaria em seu caráter crônico e também por representar uma resposta ao estresse ocupacional característico das profissões de “ajuda” (VASCONCELOS *et al*, 2012).

De acordo com Marôco e colaboradores (2008), a medida que as pesquisas sobre o tema foram sendo desenvolvidas, percebeu-se a necessidade de contemplar outros grupos de pessoas, que também são afetadas pelas dimensões da síndrome. Sendo assim, o *Burnout* foi introduzido em outras categorias com populações que não necessariamente exercem atividades laborais convencionais.

Desta forma, houve a inclusão do grupo de estudantes com a adaptação de um novo instrumento, realizada por Schaufeli e colaboradores (2002) na língua inglesa. A adaptação para a língua portuguesa foi realizada por Carlotto e equipe (2006), que testaram a confiabilidade da aplicação do instrumento para estudantes no idioma português brasileiro.

Apesar de não serem considerados trabalhadores, a atividade educacional pode ser considerada uma atividade laboral, visto que estão envolvidos em um

sistema organizacional com obrigações e recompensas (CAMPOS; MARÔCO, 2012). O adoecimento pode começar ainda na fase acadêmica, durante o período de formação profissional, em que o estudante precisa abarcar disciplinas teóricas e práticas, bem como cumprir outros componentes extracurriculares obrigatórios para obtenção do diploma, caracterizando o *Burnout* como uma síndrome que também atinge o público estudante.

Múltiplos fatores foram examinados para fazer uma associação entre as fantasias e expectativas acerca do curso e perspectivas sobre o futuro profissional. Ainda, durante o processo de formação, pode ocorrer o sentimento de insegurança a respeito da preparação para a prática profissional, o que pode acarretar em pensamentos de dúvida quanto à escolha profissional, insegurança e ansiedade (RUDNICKI; CARLOTTO, 2007).

Segundo Tomaszewski-Barlem e colaboradores (2013), a decisão inicial por um curso de graduação, pode ser imprudente, sem suficiente reflexão e conhecimento, pode repercutir em falsas expectativas em relação a escolha, contribuindo para o sentimento de decepção, desmotivação, perda do entusiasmo e frustração, induzindo, possivelmente, o estudante a situações de estresse.

O Inventário de *Burnout* de Maslach para estudantes (MBI-SS) é um dos instrumentos utilizado para avaliar a Síndrome de *Burnout*, que considera três dimensões específicas: exaustão emocional, que se caracteriza pelo sentimento de cansaço em resposta às exigências de estudo; descrença, caracterizada pelo desenvolvimento de uma atitude cética e distanciada no âmbito dos estudos e baixa eficácia profissional, com a percepção de estarem sendo ineficazes como estudantes (TOMASCHEWSKI-BARLEM *et al.*, 2013).

Para Barboza e Beresin (2007), vários fatores podem levar os estudantes ao desgaste e conseqüentemente, à Síndrome de *Burnout* em estudantes, como o cansaço, baixa capacidade de concentração e pressão interna e externa, causando um baixo rendimento, levando a sensação de fracasso e esgotamento emocional, fazendo assim com que os estudantes estejam constantemente expostos a diversas estressores psicossociais ao longo de sua formação (MOTA *et al.*, 2017).

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa foi verificar a adequação do modelo Inventário de *Burnout* de Maslach para Estudantes (*Maslach Burnout Inventory – Student Survey* MBI-SS) para um grupo de estudantes de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) com o intuito de verificar a confiabilidade e validade do modelo para este grupo, bem como identificar os itens do inventário que obtiveram maior e menor peso de respostas.

MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo faz parte do Projeto Integrado, do tipo “Guarda-Chuva” Síndrome de *Burnout* e Estressores Ocupacionais, iniciado em 2015 pelo Laboratório de Saúde, Trabalho e Ergonomia (LASTE) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Para esta pesquisa, inicialmente, houve um mapeamento de caráter exploratório e descritivo sobre a relação entre a Síndrome de *Burnout* e os estudantes de graduação do curso de Terapia Ocupacional (SOUZA; SOUZA; BARROSO, 2018).

Este estudo foi aprovado sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 42623115.2.0000.5188, cumprindo todos os requisitos éticos preconizados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

TESTE PSICOMÉTRICO DO INVENTÁRIO DE BURNOUT DE MASLACH PARA ESTUDANTES (MBI-SS)

Participantes e coleta de dados

A amostra se constituiu de 147 acadêmicos com matrículas ativas, do 1º ao 8º período do curso, que concordaram com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) fornecido pelos pesquisadores. Os critérios de inclusão foram estar matriculados no curso e aceitar assinar o TCLE e, por sua vez, os de exclusão foram os que não concordaram em participar da pesquisa e os que já tinham a presença diagnóstico da síndrome de *Burnout*.

A tabela 1 apresenta os resultados da análise descritiva aplicada aos dados amostrais para descrever as características dos respondentes da pesquisa. Todos os alunos apresentam renda familiar superior a 2 salários mínimos e 53,97% com renda familiar superior a 5 salários mínimos. A maior parte dos participantes da pesquisa era do sexo feminino (83,67% dos respondentes).

Tabela 1 - Análise descritiva

Renda familiar	
Até 2 salários mínimos	0,00%
2 a 4 salários mínimos	46,03%
Superior a 5 salários mínimos	53,97%

Gênero	
Feminino	83,67%
Masculino	16,33%

Média e desvio padrão da idade	27,79
--------------------------------	-------

Semestre do curso	
1 ^º	14,97%
2 ^º	9,52%
3 ^º	12,24%
4 ^º	15,65%
5 ^º	11,56%
6 ^º	10,88%
7 ^º	12,24%
8 ^º	12,93%

Fonte: autoria própria.

O grupo apresentou uma média de idade próxima de 27 anos. A pesquisa apresentou respondentes de todos os períodos, sendo o primeiro e o quarto período aqueles que tiveram o maior número de participantes.

OS INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados, foram utilizados dois questionários: um elaborado pelos autores, que trata das questões sociodemográficas, psicossociais e acadêmicas, e o segundo utilizado foi a versão em português do instrumento *Maslach Burnout Inventory – Student Survey* (MBI-SS), para avaliar presença da síndrome de *Burnout* em estudantes (CARLOTTO; CÂMARA, 2006).

O instrumento MBI-SS contém 15 questões subdivididas em três subescalas, com cinco itens para Exaustão Emocional, quatro para Descrença, e seis para Eficácia Profissional. Trata-se de uma escala de autoavaliação tipo *Likert* de sete pontos, cujas categorias de respostas são 0 (nunca), 1 (quase nunca), 2 (algumas vezes), 3 (regularmente), 4 (bastantes vezes), 5 (quase sempre) e 6 (sempre). Segundo Schaufeli e colaboradores, escores altos em Exaustão Emocional e Descrença e baixos escores em Eficácia Profissional sugerem a presença de *Burnout* (CARLOTTO; CÂMARA, 2006).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para o tratamento estatístico do banco de dados da pesquisa, com base no questionário sociodemográfico e do MBI-SS aplicados pelos pesquisadores, foi utilizado o *The R Project for Statistical Computing* 3.5.3, pacote estatístico “lavaan”. Dando continuidade à linha de pesquisa, os dados obtidos pela aplicação do instrumento MBI-SS foram averiguados através do método de Análise Fatorial Confirmatória (CARLOTTO; CÂMARA, 2006; SOUZA; SOUZA; BARROSO, 2018).

A Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é geralmente utilizada para avaliar a qualidade de ajustamento de um modelo de medida teórico à estrutura correlacional observada entre variáveis manifestas – itens. De forma geral, na especificação de um modelo de AFC, o número de fatores é estabelecido *a priori* pelo investigador de acordo com a teoria ou com estudos anteriores (MARÔCO, *et al.*, 2008; MARÔCO, 2010; VICENTE; OLIVEIRA, MARÔCO, 2013).

Esta teoria permite ao investigador fazer a elaboração do modelo teórico que hipotetiza as relações entre variáveis, que os dados irão ou não confirmar. Nesta etapa operacionaliza-se o modelo relacional que é capaz de explicar um determinado fenômeno, comportamento, relacionamento causal, entre outras coisas (MARÔCO *et al.*, 2008; MARÔCO, 2010; VICENTE; OLIVEIRA, MARÔCO, 2013).

Para verificar a confiabilidade do instrumento calculou-se o alfa de Cronbach, que trata de uma estimativa de consistência interna a partir das variâncias dos itens e dos totais do teste por sujeito, varia de 0 a 1, quanto mais o coeficiente (α) se aproxima de 1, mais consistente e confiável é considerado o instrumento (MARÔCO; GARCIA-MARQUES, 2006). De um modo geral o instrumento é considerado como tendo confiabilidade apropriada quando o alfa é pelo menos 0,70 (PASQUALI, 2010).

RESULTADOS

A adequação do modelo foi avaliada por meio de um conjunto de índices obtidos através da AFC (quadro 1), sendo consoantes com os recomendados na literatura. Diante disso, verifica-se que o modelo conceitual apresentado pode ser considerado adequado para analisar a Síndrome de *Burnout* na amostra (MARÔCO, *et al.*, 2008; MARÔCO, 2010; VICENTE; OLIVEIRA, MARÔCO, 2013).

Após verificar a adequação do modelo conceitual proposto à amostra, observou-se quais os pesos de cada um dos itens nas três dimensões latentes. O objetivo foi comparar a importância dos itens na avaliação daquelas dimensões

de acordo com as respostas dos estudantes (os resultados da avaliação da importância dos itens nas dimensões estão presentes no quadro 2).

Quadro 1 - Avaliação do ajuste do modelo

Medida	Valor no estudo	Valor de referência	Avaliação
X ²	171,95	Quanto menor, melhor	Significativo
p-value	<0,001	<0,05	
X ² /df	1,95	Até 2 o ajuste é bom	Bom
CFI	0,91	0,90 a 0,95 o ajuste é bom	Bom
GFI	0,87	0,8 a 0,90 o ajuste é suficiente	Suficiente
TLI	0,9	0,90 a 0,95 o ajuste é bom	Bom
PGFI	0,63	0,6 a 0,8 o ajuste é bom	Bom
RMSEA	0,08	0,05 a 0,10 o ajuste é bom	Bom

Fonte: autoria própria.

De acordo com as estimativas padronizadas das cargas fatoriais presentes no quadro 2, é possível notar que na avaliação da dimensão Exaustão Emocional a sensação de cansaço no final de um dia na universidade (EE2) é o item que apresenta o menor peso com valor de 0,67. O maior peso para Exaustão Emocional é da sensação de esgotamento provocada especificamente pelos estudos (EE5), com valor de 0,82. É importante perceber a diferença desses itens ao comparar seus pesos. O item EE2 diz respeito à sensação de cansaço após o dia na universidade (o que considera vários aspectos de um dia na universidade). O item EE5 refere-se à sensação de esgotamento decorrente apenas de atividades relacionadas aos estudos.

Ainda de acordo com as estimativas apresentadas no quadro 2, observa-se que na dimensão Descrença o maior peso, com valor de 0,89, dentre os itens foi referente à dúvida acerca do significado dos estudos (DE3) e com o menor peso, com valor de 0,69, identificado nessa dimensão foi relativo ao cinismo quanto a utilidade dos estudos (DE4). O primeiro desses itens se refere à sensação de incerteza quanto à formação que o aluno tem apresentado por meio dos estudos. O segundo desses itens é referente a um desânimo quanto ao potencial de utilidade dos estudos.

Quadro 2 - Cargas fatoriais e significância.

Dimensão	Item	Estimativa	z-value	p-value
Exaustão Emocional (EX)	Os meus estudos deixam-me emocionalmente exausto (EE1)	0,76	-	0,000
	Sinto-me de 'rastros' no final de um dia na universidade (EE2)	0,67	7,819	0,000
	Sinto-me cansado quando me levanto de manhã e penso que tenho de enfrentar mais um dia na universidade (EE3)	0,70	8,204	0,000
	Estudar ou assistir a uma aula deixam-me tenso (EE4)	0,73	8,660	0,000
	Os meus estudos deixam-me completamente esgotado (EE5)	0,82	9,708	0,000
Descrença (DES)	Tenho vindo a desinteressar-me pelos estudos desde que ingressei na universidade (DE1)	0,78	-	-
	Sinto-me pouco entusiasmado com os meus estudos (DE2)	0,81	10,196	0,000
	Sinto-me cada vez mais cínico relativamente à utilidade potencial dos meus estudos (DE3)	0,89	11,128	0,000
	Tenho dúvidas sobre o significado dos meus estudos (DE4)	0,69	8,475	0,000
Eficácia profissional (REA)	Consigo resolver, de forma eficaz, os problemas que resultam dos meus estudos (EP1)	0,67	-	-
	Acredito que participo, de forma positiva, nas aulas a que assisto (EP2)	0,71	7,126	0,000
	Sinto que sou um bom aluno (EP3)	0,75	7,490	0,000
	Sinto-me estimulado quando alcanço os meus objetivos escolares (EP4)	0,47	5,028	0,000
	Tenho aprendido muitas matérias interessantes durante o meu curso (EP5)	0,48	5,116	0,000
	Durante a aula, sinto que consigo acompanhar as matérias de forma eficaz (EP6)	0,77	7,593	0,000

Fonte: autoria própria.

Na dimensão Eficácia Profissional (ver no quadro 2) o item que apresentou o menor peso (0,47) foi o que diz respeito à sensação de estímulo quando os objetivos escolares são alcançados (EP4). O item EP6 que apresentou maior peso (0,77) foi o que se refere à sensação de que consegue acompanhar as matérias de forma eficaz.

O modelo considerado na avaliação da Síndrome de *Burnout* entre estudantes não considerou a covariância entre Exaustão Emocional (EE) e Eficácia Profissional (EP), porque em uma primeira etapa verificou-se que esse parâmetro não era significativo (a correlação estimada entre as dimensões foi -0,075 com valor $p = 0,442$, no teste da razão de verossimilhança), o que sugere que para o grupo estudado essas duas dimensões são independentes. Foram analisadas covariâncias significativas da dimensão Descrença com as outras duas dimensões, ou seja, essas dimensões estão associadas com a dimensão Descrença para o grupo estudado (a correlação estimada com a Exaustão Emocional foi 0.570 e com a Eficácia Profissional a estimativa foi de -0.42, sendo o valor p pelo teste da razão de verossimilhança inferior a 0,001 para os dois parâmetros de correlação).

Por fim, utilizou-se o modelo de Análise Fatorial Confirmatória ajustado para estimar os escores das dimensões para cada um dos respondentes. Esses escores foram comparados entre os indivíduos de diferentes períodos. O objetivo era verificar indícios daqueles períodos mais críticos quanto ao número de alunos propensos a Síndrome de *Burnout*.

Marôco (2010, p.70) afirma que os escores são calculados de modo que apresentem maior parte dos valores no intervalo entre -1 e 1. Valores fora desse intervalo são menos prováveis. Então, é possível considerar esses valores de referência para identificar níveis muito altos de propensão à Síndrome de *Burnout*. Porém, é importante observar o conteúdo dos itens. No instrumento usado duas dimensões (Exaustão Emocional e Descrença) possuem itens cujas respostas apresentam o mesmo sentido da propensão a Síndrome, pois valores mais altos na escala dos itens sugerem maior propensão ao transtorno. Porém, para dimensão Eficácia Profissional o sentido esperado para propensão é inverso aquele da escala dos itens, de modo que valores menores das respostas nesta escala indicam maior propensão à Síndrome de *Burnout*.

Portanto, considerando os sentidos das escalas dos itens em cada dimensão e aquele esperado para propensão à Síndrome de *Burnout*, entende-se que nas dimensões Descrença e Exaustão Emocional, escores superiores a 1 indicam propensão alta, enquanto na dimensão Eficácia Profissional uma alta tendência a ter a Síndrome é indicada por um escore inferior a -1. Considerando, então, esses valores de referência (como é possível observar no quadro 3), o quarto período

foi aquele que apresentou nas três dimensões o maior número de casos com alta tendência a desenvolver à Síndrome de Burnout. Os períodos 6, 7 e 8 foram aqueles com o menor número de casos com alta tendência ao desenvolvimento da síndrome. Observou-se ainda um número maior de indivíduos com valores altos de escores de descrença no primeiro período.

Quadro 3_ Avaliação do número de casos com alta propensão a Síndrome de Burnout nas três dimensões.

Período	Número de entrevistados	Exaustão Emocional (acima de 1)	Descrença (acima de 1)	Eficácia Profissional (abaixo de -1)
1	22	2 (9%)	7 (32%)	3 (14%)
2	14	2 (14%)	3 (21%)	3 (21%)
3	18	6 (33%)	4 (22%)	1 (6%)
4	23	9 (39%)	11 (48%)	5 (22%)
5	17	1 (6%)	2 (12%)	5 (29%)
6	16	2 (13%)	0	2 (13%)
7	18	3 (17%)	3 (17%)	0
8	19	1 (5%)	1 (5%)	2 (11%)

Fonte: autoria própria.

DISCUSSÃO

As qualidades psicométricas do Inventário de *Burnout* de Maslach para Estudantes têm sido avaliadas por diferentes investigadores, em diversos contextos educacionais e países (MARÔCO *et al.*, 2008; MARÔCO, 2010; VICENTE; OLIVEIRA, MARÔCO, 2013).

Independentemente dos questionamentos e das características métricas do MBI-SS, suas propriedades psicométricas têm sido bastante testadas e aprovadas em diversos contextos ocupacionais. O MBI-SS apresentou adequada confiabilidade e validade na Holanda, Espanha, Portugal e na China (CAMPOS; MARÔCO, 2012; SOUZA; SOUZA; BARROSO, 2018).

Os estudos de Vicente, Oliveira e Marôco (2013), corroboram com a avaliação da validade fatorial e da confiabilidade do Inventário de *Burnout* de Maslach – *Human Services Survey* (MBI-HSS) em uma amostra de profissionais que trabalham no âmbito da intervenção social, através da análise da qualidade de ajustamento do modelo, comum em um número crescente de estudos que utilizam a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) (MARÔCO, 2010).

Diante desta realidade, na perspectiva social psicológica de Maslach e Jackson (1981) em torno da Síndrome de *Burnout* em estudantes universitários, o MBI-SS têm sido utilizado para entender os processos de ensino-aprendizagem durante a graduação (MOTA *et al.*, 2017; SOUZA; SOUZA; BARROSO, 2018).

No contexto universitário, as demandas de um curso de graduação de nível superior, especialmente sendo da área de saúde, exigem do estudante suporte psicológico e social, devido à alta quantidade de disciplinas, bem como complementam sua formação com outros componentes de carga horária, comuns nas profissões de cuidados de saúde, tarefa esta com alto grau de exigência e pressão. A própria metodologia de ensino empregada por algumas instituições podem ser fonte de estresse para o estudante (NASSAR; ANDRADE; ARÉVALO, 2018).

De acordo com o Projeto Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional da UFPB (2008) é exigido que, além das matérias obrigatórias, o aluno se engaje em projetos de extensão, pesquisa ou grupos de estudos, monitoria, participação em eventos relevantes ao colegiado de curso e disciplinas optativas (SOUZA; SOUZA; BARROSO, 2018). Diante desta realidade, com a quantidade de requisitos que os estudantes têm que alcançar, é esperado que eles se sintam esgotados após longas jornadas na universidade, resultado evidenciado pelos itens EE2 e EE5 da dimensão Exaustão Emocional. De acordo com o modelo processual de *Burnout* de Maslach (1976), a Exaustão Emocional é a primeira dimensão a surgir.

Ademais, no que diz respeito aos níveis de Descrença os resultados apontaram para “níveis mais altos no primeiro e no quarto período”. No primeiro período do curso o estudante está ainda se adaptando aos processos de saída do ensino médio e entrada no nível superior, orquestrando sua rotina e buscando as melhores estratégias para os estudos. No quarto período, os níveis de Descrença podem ser explicados devido à alta carga horária de disciplinas obrigatórias (IGUE; BARIANI; MILANESI, 2008).

Ainda, em relação aos itens de menor carga fatorial, foram encontradas semelhanças com outras pesquisas com o tema de Síndrome de *Burnout* em estudantes de nível superior (CARLOTTO; CÂMARA, 2006; MARÔCO, 2012; MARÔCO; TECEDDEIRO, 2009). As dimensões Exaustão Emocional e Descrença do presente estudo apresentaram pesos semelhantes à de outras pesquisas, devido à semelhança dos grupos serem acadêmicos de língua portuguesa e terem tido interpretações semelhantes dos itens, apesar da redação do MBI-SS ser escrito em português lusitano.

Entretanto, no que se refere à dimensão Eficácia Profissional houveram diferenças quanto à menor carga fatorial encontradas em outras análises,

podendo ser explicado pela diferença das características da amostra, bem como o presente estudo ser com um público exclusivo de estudantes de graduação da área de saúde e do curso de Terapia Ocupacional, cuja graduação exige competências e habilidades específicas para a área em que o estudante irá se formar. Em tempo, o tamanho da amostra também interfere nesses resultados. Portanto, os autores sugerem mais pesquisas sobre Síndrome de *Burnout* em estudantes da área de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sendo o ensino superior brasileiro, um campo de debate, de concepções divergentes, de projetos e políticas que entre os anos de 2003 a 2016 expandiram, ampararam e mantiveram a(o) estudante em sua continuidade de ensino, principalmente os das classes mais vulneráveis economicamente, através de ações como o Programa Nacional de Assistência Estudantil (PNAES) e o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), mostra que o adoecimento da(o) universitário precisa ser analisado de forma mais ampla, conforme também a estrutural social e econômica vigente na atualidade.

Frente a esse dilema e admitindo que a Universidade pública possui o papel incontestável, bem como o desejo de se formar, faz com que as(os) acadêmicas(o), simultaneamente, exercem múltiplas tarefas. É importante salientar que, em um país marcado por profundas desigualdades sociais e educacionais, o (a) estudante universitário (a) não faz parte da camada mais pobre da população, já que os setores mais pobres e miseráveis não conseguem concluir o Ensino Médio, mesmo apresentando um perfil socioeconômico vulnerável, infelizmente ainda temos um país de múltiplos miseráveis.

Dessa forma, verificou-se que as propriedades psicométricas do Inventário de *Burnout* de Maslach para estudantes foram testadas para um grupo de estudantes de Terapia Ocupacional e pode ser considerado adequado para analisar a Síndrome de *Burnout* na amostra selecionada para este estudo.

Os autores sugerem que os itens das dimensões do MBI-SS sejam revistos e adaptados para a cultura brasileira, diminuindo chances de interpretações e respostas incorretas. A dimensão Eficácia Profissional apresentou pesos diferentes nos seus itens, comparados a outros estudos, talvez devido a quantidade de amostra selecionada para esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO JÚNIOR, R. P. DE; COUTINHO, C. C. C. Prevalência Da Síndrome De Burnout Em Acadêmicos De Fisioterapia. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 3, p. 379-384, 5 out. 2012.

BARBOZA, J. I. R. A.; BERESIN, R. A síndrome de Burnout em graduandos de enfermagem. **Einstein** 5(3): p.225-30, 2007.

CAMPOS, J. A. D. B.; MAROCO, J. Adaptação transcultural Portugal-Brasil do Inventário de Burnout de Maslach para estudantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 816-824, Oct. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-891020120005000008&lng=en&nrm=iso>.

CARLOTTO, M. S; CAMARA, S. G. Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory - Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. **PsicoUSF**, Itatiba, v.11, n.2, p.167-173, dez.2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-827120060002000005&lng=pt&nrm=iso>.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Psico**, 37(1),57-62, 2006.

IGUE, É. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **Psico-USF (Impr.)**, Itatiba, v. 13, n. 2, p. 155-164, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-827120080002000003&lng=en&nrm=iso>.

LOPES, F. L.; GUIMARÃES, G. S. Estudo da Síndrome de Burnout em Estudantes de Psicologia. **Psicol. Ensino & Form.** São Paulo, v. 7, n. 1, p. 40-58, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-206120160001000005&lng=pt&nrm=iso>.

MARÔCO, J. Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações. Porto: **Report Number**, 2010.

MAROCO, J.; GARCIA-MARQUES, T. Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? **Laboratório de psicologia**, p. 65-90, 2006. Disponível em: <<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>>.

MAROCO, J.; TECEDDEIRO, M.; MARTINS, P.; MEIRELES, A. O Burnout como um fator hierárquico de 2ª ordem da Escala de Burnout de Maslach. **Ana. Psicológico**, Lisboa, v. 26, n. 4, p. 639-649, outubro 2008. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312008000400009&lng=es&nrm=iso>.

MASLACH, C. Burned-out. **Human Behavior**, 1976.

MASLACH, C; JACKSON, SE. The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, 2, 99-113. 1981.

MOTA, Í. Dantas da et al. Síndrome de Burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações. **Motrivivência**, Florianópolis, v. 29, p. 243-256, dez. 2017. ISSN 2175-8042. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/motrivivencia/article/view/2175-8042.2017v29nespp243>>

NASSAR, L. M.; ANDRADE, A. M.F.; ARÉVALO, J. L. S. Síndrome de Burnout em estudantes de graduação dos cursos de medicina, enfermagem, odontologia e psicologia no brasil: uma revisão do panorama brasileiro. **Rev. Aten. Saúde**, v. 16, n. 57, p. 98-109, jul./set., 2018.

PASQUALI L. Escalas psicométricas. In: Pasquali, L. & Cols. **Instrumentação Psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 116-35.

PRESTES, E. M. T.; JEZINE, E.; SCOCUGLIA, A. C. Democratização do ensino superior brasileiro: o caso da Universidade Federal da Paraíba. **Rev. Lusófona de Educação**. v.21(21),p.199-218, 2012.

RUDNICKI, T.; CARLOTTO, M. S. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 97-110, jun. 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100008&lng=pt&nrm=iso>.

SOUZA, L. R. S. de; SOUZA, E. L. de; BARROSO, B. I. de Lima. Síndrome de Burnout. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 2, p. 104-110, 31 dez. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v29i2p104-110>>.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G.; LUNARDI, V.L.; RAMOS, A.M.; SILVEIRA, R.S. da; BARLEM, E.L.D.; ERNANDES, C.M. Manifestações da síndrome de burnout entre estudantes de graduação em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 754-762, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300023&lng=en&nrm=iso>

VASCONCELOS, R. P.; CASTRO, C.A.; NETO, A.R. de M.; ROCHA, S.G.; BARROS, A.R.C.; ABDON, A.P.V. A ocorrência da síndrome de Burnout nos acadêmicos do último ano do curso de fisioterapia. **Revista Fisioterapia & Saúde Funcional**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 42-46, jan./jun. 2012.

VICENTE, C. S.; OLIVEIRA, R. A.; MAROCO, J. Análise Fatorial do Inventário de Burnout de Maslach (MBI-HSS) em profissionais portugueses. **Psic., Saúde & Doenças**. Lisboa v. 14, n. 1, p. 152-167, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862013000100010&lng=en&nrm=iso>.



Apresentação dos autores

Alyne Kalyane Câmara de Oliveira

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Potiguar.

E-mail: alyne.oliveira@academico.ufpb.br

Ana Amélia Cardoso

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação da UFMG. Mestre e Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Certificação Internacional em Integração Sensorial pela Universidade da Califórnia. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais

E-mail: anaameliacardoso@gmail.com

Ana Carollyne Dantas de Lima

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento (neurociências) pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Saúde da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: ana_cdlima@yahoo.com.br

Andreza Aparecida Polia

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Linguística pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Educação pela Universidade Federal de Goiás. Graduada em Terapia Ocupacional pela UFSCar.

E-mail: andrezapolia@gmail.com

Ângela Cristina Dornelas da Silva

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Mestre em Ciências da saúde pela Universidade Federal de Alagoas. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: angeladornelas@yahoo.com.br

Bárbara Iansã de Lima Barroso

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo USP. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Amazonas. Graduação em Terapia Ocupacional pela Universidade Potiguar.

E-mail: barbarabarroso@yahoo.com.br

Beatriz Prado Pereira

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Educação pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: biapradop@gmail.com

Berla Moreira de Moraes

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Linguística pela Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Educação Médica pela Escuela de Salud Pública de Havana - Cuba, revalidado pelo Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza

E-mail: berlaufpb@gmail.com

Camilla Albertina Dantas de Lima

Doutora em Genética pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Biologia Celular e Molecular pela Universidade de Pernambuco. Especialista em Patologia Clínica pela Universidade de Pernambuco. Graduada em Biomedicina pela Universidade Federal de Pernambuco.

E-mail: camilladelima@gmail.com

Carolina Couto da Mata

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora e Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: carolina.couto.mata@academico.ufpb.br

Clarice Ribeiro Soares Araújo

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestre e em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais.

E-mail: clarice.araujo@academico.ufpb.br

Cláudia Regina Cabral Galvão

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Ciências pela USP. Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Rio Grande do Norte. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza.

E-mail: claudia.galvao@academico.ufpb.br

Daniele Andrade da Cunha

Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco. Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduada em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco.

E-mail: dhanyfono@hotmail.com

Danilo Nascimento Rolim dos Santos

Mestre em Desenvolvimento e Meio Ambiente pelo Programa Regional de Pós-graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente da Universidade Federal da Paraíba. Graduado em Ciências Biológicas pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: danilonrs@hotmail.com

Erivaldo Lopes de Souza

Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Engenharia de Segurança do Trabalho pelo Instituto de Educação Superior da Paraíba. Graduação em Engenharia de Produção Mecânica.

E-mail: elopesouza@gmail.com

Flaviana Alves Rodrigues

Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Tem experiência clínica no atendimento às crianças.

E-mail: flaviana.alves96@hotmail.com

Gustavo Artur Monzeli

Professor Adjunto do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutor em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Mestre em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos. Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: gustavo.monzeli@gmail.com

Hilton Justino da Silva

Professor Associado do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco. Membro permanente do colegiado do Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana e Membro permanente do colegiado do Programa de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Pernambuco. Doutor em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco. Mestre em Morfologia pela Universidade Federal de Pernambuco. Graduado em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco.

E-mail: hiltonfono@hotmail.com

Iara Falleiros Braga

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, EERP/USP. Mestre em Ciências pelo EERP/USP. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos.

E-mail: iarafalleiros@gmail.com

Joana Elise Araújo Lopes

Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba. Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisas em Terapia Ocupacional - Saúde e Trabalho.

E-mail: joana.rostirolla@gmail.com

Lívia Patrícia Araújo dos Santos

Especialista em Transtornos do Desenvolvimento e do Espectro Autista (UNICORP). Especialista em Saúde do Idoso (Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar – RIMUSH/UFPB). Graduada em Terapeuta Ocupacional.

E-mail: liviapatricia_@hotmail.com

Luana Fernandes Azevedo

Residente do Programa de Atenção Básica pelo Hospital Odilon Behrens (MG). Aperfeiçoada em Reabilitação Infantil pela Associação Mineira de Reabilitação (AMR). Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: luanaazevedofernanDES@hotmail.com

Marcia Queiroz de Carvalho Gomes

Professora Associada do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutora e Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Graduada em Terapia Ocupacional pela Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública.

E-mail: marciagomes10@yahoo.com.br

Márcia Maria Mont'Alverne de Barros

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Pós-Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Fortaleza.

E-mail: marciamontalverne10@hotmail.com

Priscila A. Costa Valadão

Pós-Doutora em Neurociências e Biologia Celular pela Universidade Federal de Minas Gerais Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG. Mestre e Doutora em Biologia Celular pela UFMG Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

E-mail: drapiscilavaladao@gmail.com

Priscilla Maria de Andrade Cavalcante

Mestre em Ciências pela Universidade de São Paulo Graduada em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba.

E-mail: pmac26@ymail.com

Selma Lancman

Professora Titular do Departamento de Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Doutora em Saúde Mental pela Universidade Estadual de Campinas. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo.

E-mail: lancman@usp.br

Silvana Santos

Professora da Universidade Estadual da Paraíba. Doutora e Mestre em Genética pelo Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo e pós-doutoramento no Center for Family Research, Faculdade de Ciências Sociais, Universidade de Cambridge, Reino Unido. Graduada e Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo.

E-mail: silvanaipe@gmail.com

Silvana Maria Blascovi-Assis

Docente do Programa de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, professora adjunta da Universidade Presbiteriana Mackenzie – SP. Doutora e Mestre em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas. Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

E-mail: silvanablascovi@gmail.com

Valéria Leite Soares

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba. Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie-SP. Graduada em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Reabilitação da ASCE (FRASCE - RJ).

E-mail: valeriaufpb@gmail.com

Vanessa Andrade de Barros

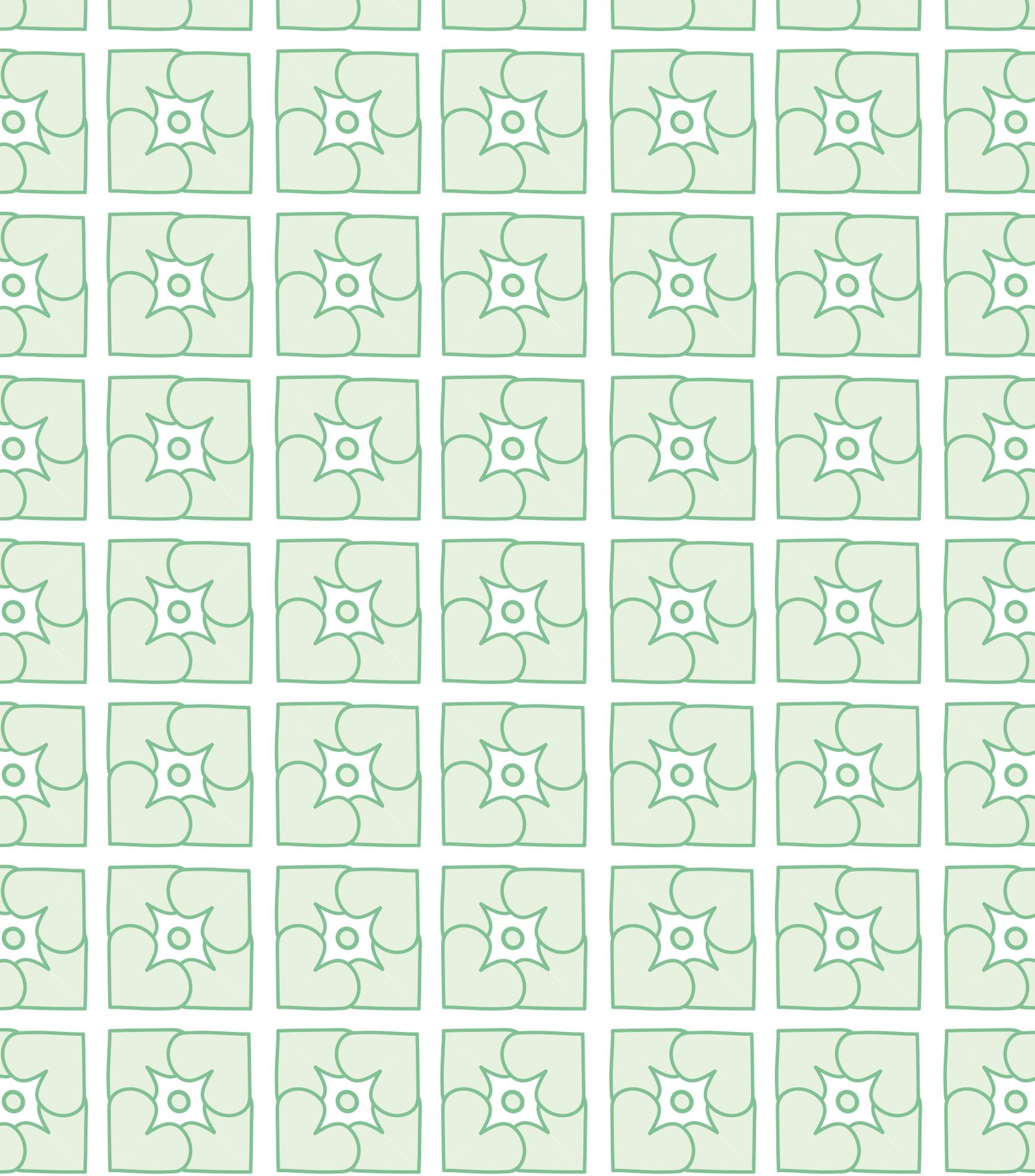
Professora visitante na Universidade Federal da Paraíba do Programa de Pós graduação em Psicologia Social; Professora aposentada e voluntária na Universidade Federal de Minas Gerais, do Programa de Pós graduação em Psicologia. Doutorado em Sociologia - Université de Paris VII. Pós-doutorado no Conservatoire National des Arts et Métiers-Paris.

E-mail: vanessa.abarros@gmail.com

Waldez Cavalcante Bezerra

Professor assistente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Mestre e Doutorando em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas - UFAL. Graduado em Terapeuta Ocupacional pela Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

E-mail: waldezto@yahoo.com.br



Este livro foi diagramado
pela Editora UFPB
em 2021.

