

CADERNO TÉCNICO & CIENTÍFICO

**Nº 91
MAR/ABR
2013**

**VOLUME
81**

DEVOTEES

UMA DESCOBERTA INTERESSANTE E CURIOSA
Página 2

**VIDA PLENA, SAÚDE, BEM ESTAR, DIGNIDADE
E QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA...**

Página 4

O TRABALHO INFANTIL E A SAÚDE

Página 8

**A QUALIDADE DE VIDA DO ADULTO COM PARALISIA
CEREBRAL COM COMPROMETIMENTO MOTOR GRAVE**

Página 6

DEVOTEES: UMA DESCOBERTA INTERESSANTE E CURIOSA

Por Viviane Nunes Ferreira

Devoteísmo, um tema um tanto quanto delicado, polêmico e complexo de ser abordado, contudo, me despertou o interesse não somente pelo fato de no Brasil não existir artigos científicos publicados, mas pelo fato desse assunto ser pouco divulgado, nós profissionais da área da saúde, sexólogos, educadores, psicólogos dentre outros, temos por responsabilidade disseminar conhecimentos como esse, por exemplo.

O fato de ser deficiente, ter tido a oportunidade de deparar com este assunto há alguns anos e somente agora, com a especialização em Sexualidade Humana, ocorreu o despertar de estudar mais a fundo a questão tão curiosa e ao mesmo tempo obscura do Devoteísmo e escrever a respeito.

Foquei o estudo em dois artigos: 'Disability and Delight: Starig Back at the Devotee Community' e 'Amputee Body desired: Beauty Destabilized? Disability Re-valued?' e também em alguns sites onde o foco principal era a discussão desse tema e ao mesmo tempo a tentativa de conhecer/desvendar a importância do Devoteísmo na atualidade e conversas pela internet com os próprios Devotees.

Teoricamente a definição/origem de Devotee ainda é uma incógnita. O que se pode afirmar é que o significado da palavra vem de Devoto/Devoção, ou seja, um grande admirador. Sendo assim, os Devotees possuem uma forte ligação com a Pessoa com Deficiência, seja ela para qual fim for, em forma amorosa ou "mal intencionada".

Desde 1880 existem relatos médicos a respeito dos Devotees segundo Carolina Camara e Damião Marcos (2012, p.14), contudo, a internet permitiu em 1990 no Brasil a chegada de informações

sobre o assunto e as pessoas começaram a se identificar, com isso, tomou uma dimensão maior e que vem crescendo a cada ano que passa.

O termo Devotee é basicamente utilizado por pessoas que se sentem altamente atraídas sexualmente por Deficientes. Existem mais dois subgrupos acoplados: os Wannabes que desejam amputar um ou mais membros de seu próprio corpo e por fim os Pretenders que utilizam aparelhos ortopédicos, cadeira de rodas, muletas, ou seja, tudo que puder os "transformar", nem que seja momentaneamente, em um Portador de Necessidades Especiais. De certa forma eles se sentem Deficientes e projetam esse sentimento para o outro, ou seja, para a pessoa em que convive (parceiro ou a própria sociedade) ou está se relacionando casualmente.

Outra visão Devoteísta que existe e é importante ser mencionada, são as pessoas que se relacionam com a Pessoa com Deficiência por conta do carinho, auxiliar, cuidar, conviver de fato com o Portador de Necessidades Especiais. Seria algo fraternal, porém, não existem bases teóricas que comprove essa tese, até porque se for mesmo dessa maneira quase todo mundo é parte da classe Devotee, todos os familiares e amigos de Deficientes.

A internet é a espinha dorsal dos Devotees no que diz respeito à comunicação direta com os objetos de seus desejos. Muitos aparecem pela internet, sem mostrarem o rosto ou falar o seu nome real, com um perfil virtual montado, onde ali desenvolvem suas conquistas e isso ocorre de forma mútua só que os Deficientes devem expor suas formas, pois é justamente isso que chama atenção e gera todo aparato atrativo e na maioria das vezes sexuais como exclusividade.

Existem duas versões distintas para caracterizar seus comportamentos. A primeira percepção é entendida de forma simples, relacionadas às certas características do corpo humano, uma questão de gosto, por exemplo, existem pessoas que gostam de seios grandes, há também os que gostam de baixinhos (as), gordinhos (as), jovens, idosos, pessoas do mesmo sexo ou não e também os que Devotam os Portadores com alguma Necessidade Especial. A segunda percepção é atribuída às questões ligadas a perversão, geralmente (não exclusivamente) diagnosticados como um transtorno de preferência sexual, a Acrotomofilia.

Segundo Solvang (2007) a mulher com alguma deficiência, é um desvio da norma estética, e um olhar masculino que sexualiza este corpo, provavelmente também possui um desvio. Desta maneira nada mais justo do que a Comunidade Devotee, não de uma forma geral, acreditar ser uma única solução, uma esperança para os deficientes, no que diz respeito a vida amorosa e sexual.

Encontramos mais uma visão, agora de equilíbrio, onde um possui o corpo fora do padrão que simboliza o poder, e o outro, tem além do desejo sexual que é o fator principal, possui também a ciência das críticas negativas com relação ao seu objeto de desejo e utilizam isso mesmo inconscientemente ou não a seu favor. De que modo? O Devotee tem conhecimento das questões de baixa estima e também das necessidades sexuais do deficiente e utiliza isso de maneira favorável a si mesmo muitas vezes.

Existe uma questão social onde as pessoas são desvalorizadas, pois os padrões de normalidade são impostos e devem ser seguidos, assim surgem os

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

estereótipos, como por exemplo, de que o deficiente é assexuado, não possui beleza estética e dentre infinitas situações não é funcional sexualmente.

De alguma maneira os Devotees possuem o desejo de reconstruir a deficiência que é algo supervalioso para eles, como uma padronização, uma normalidade já que uma grande parcela da sociedade ainda em pleno Século XXI tem uma mente um pouco restrita no que diz respeito às diversificações do ser humano.

Ainda se constrói um pré-conceito, um rótulo e estigma em cima do Deficiente, o que deveria ser compreendido por toda população como algo normal e integrado na sociedade ainda é completamente invertido, e compreendido por parte dos Devotees, lembrando sempre que eles se divergem dentre eles mesmos, pois cada um tem seu gosto personalidade e opinião própria.

Assim como ocorre no mundo inteiro, existe uma atração sexual variada, geralmente mais aceita entre os Devotees, não ocorre o preconceito com tanto ênfase que normalmente acontece na sociedade, os seja, a diversidade sexual que vai do heterossexual, passa pelo homossexual e chega ao bissexual é mais facilmente aceitável.

Normalmente essas condições e atrações se iniciam na puberdade, muitas vezes relacionadas com experiências memoráveis de infância, nasce com o indivíduo, não surge como uma curiosidade, porém, exclusivamente sexual no primeiro momento. Vai se descobrindo ao passo que vai conhecendo as formas não padronizadas do corpo Deficiente. Normalmente, de maneira ocasional, nas escolas, cursos, faculdades, ou seja, em qualquer ambiente que possa gerar uma aproximação entre ambos, assim vai desenvolvendo sem perceber o Devotee que já existe e sempre existiu por dentro do indivíduo.

Uma história, um assunto sempre tem dois lados e jamais podemos julgar, deve-

mos analisar tudo que é relacionado. De um lado os Deficientes explicitam que ter relações sexuais com um Devoto é terrível, humilhante, algo amedrontador, pois existe a preocupação com o seu auto prazer e nada mais, afinal só enxergam o objeto de seu desejo e nunca o sentimento do outro que lhe atrai. De acordo com os autores Carolina Camara e Damião Marcos (2012, p.7) “Há Devotees que querem satisfazer seus prazeres, seus fetiches, suas obsessões. Essas pessoas estão interessadas mais na deficiência do que na pessoa”.

Em qualquer envolvimento pode haver um (uma) mal (má) intencionado (a), isso jamais será uma característica única e exclusivamente do Devoteísmo.

De outro lado o sentimento é tão forte, quanto o desejo e se torna um pré-requisito, o envolvimento pode levar a casamentos, porém, nem todos que se relacionam com Deficiente são obrigatoriamente classificados com Devotees, eles têm que se sentirem membros desta comunidade.

De acordo com os autores Carolina Camara e Damião Marcos (2012) “Como é importante e perigoso à generalização, e muitos estão entrando por esse caminho isso não é legal, até porque tem Devotees que realmente olham para a pessoa com deficiência não vendo a deficiência, mas sim uma pessoa atraente, sedutora, charmosa, inteligente, capaz de ser amada e desejada!” (p.8).

Em minha experiência virtual com eles, poucos quiseram me esclarecer algumas dúvidas, o foco era me indagar sobre o grau de minha deficiência e partir para a sedução, a conquista, com isso, desta forma não pude pesquisar, apenas conversei com alguns homens Devotees e mulheres homossexuais. Mas criei certa amizade com uma maravilhosa pessoa Devotee e uma resposta não sai da minha cabeça: “Se sexo com uma mulher andante o prazer é “X”, o sexo com uma mulher deficiente o prazer é “10X””. Apesar de isso fala por si só, deixa a mensagem de

que os Deficientes possuem tudo que uma pessoa “comum” tem, porém, com algo a mais, a Deficiência, a novidade, ou seja, tudo que relaciona ao desconhecido o que pode trazer excitação.

No Brasil é bem diferente de outros lugares do mundo, enquanto lá fora a preferência é por amputados (as), já aqui é portadores de Poliomielite, cadeirantes (com deficiências gerais, melhores as mais comprometidas), muletantes, sofrendores de acidentes e amputados (as) também não ficam de fora.

Para finalizar bem este artigo é importante falar um pouco sobre Parafilias que nada mais é um padrão de comportamento sexual diferente dos padrões comuns, dependem de certas situações para serem consideradas uma perversão ou anormalidade.

No Código Internacional de Doenças (CID) também se encaixam as Parafilias, na classe “F”. O F65 que são as Desordens de Preferências sexuais, não possui nada que especifique como doença o Devoteísmo, embora o subgrupo Wannabe seja muito mais complexo e poderia estar classificado especificamente assim como o Sadomasoquismo (F65.5), Fetichismo (F65.0), Voyeurismo (F65.3) entre outros da classe: “F - Transtornos Mentais e Comportamentais”, afinal cortar parte de membros do próprio corpo é delicado.

Apenas o que posso afirmar são algumas Parafilias existentes ligadas a esta classe:

Acrotomofilia => Atração sexual por amputados.

Nanofilia => Atração sexual por anões.

Apotemnofilia => Atração sexual por simular ser amputado.

Parafilia vem do Grego e significa para – fora de e filia – amor.

Segundo New Englang (Vol. 338, Nº7, p: 464,1998) as parafilias “caracterizam-se por anseios, fantasias ou comporta-

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

mentos sexuais recorrentes e intensas que envolvem objetos, atividades ou situações incomuns e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (p.464)”.

O importante é obter mais conhecimento no que diz respeito a um novo parceiro antes de qualquer relacionamento. No assunto específico aqui estudado é fundamental que saibamos todos nós, sem exceção se a pessoa em que estamos investindo apenas sexualmente ou não é um ótimo companheiro ou não, independente de ser Devotee, Deficiente ou qualquer outra pessoa para não sofrer com a escolha posteriormente.

Não há pretensão de rotular, incentivar, criticar ou enaltecer a comunidade Devotee. O objetivo é informar e cada vez mais fazer com que o tema seja de conhecimento de maior número de pessoas.

Referências Bibliográficas

CAMARA Carolina e Marcos, Damião. As Pessoas com Deficiência & Devotees – Fetiche, Amor ou Doença? Série Inclusão Vol. 2, 2012.

ENGLANG New. Journal of Medicine, Vol. 338, Nº7, p: 464,1998.

GORI, Marcia. Revista Nacional de Reabilitação REAÇÃO, Ano XIV No 83 Novembro/Dezembro 2011.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi. Reflexões sobre a Educação Sexual da Pessoa com Deficiência, 2001.

MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi e Ribeiro, Paulo Rennes Marçal. Desfazendo mitos para minimizar o preconceito sobre a sexualidade de Pessoas com Deficiência, 2010.

RAYMOUD J. Aguilera. Disability and Delight: Staring Back at the Devotee Community - B.A. - Sexuality and Disability, Vol. 18, No. 4, 2000.

SOLVANG, Per. The Amputee Body Desired: Beauty Destabilized? Disability

Re-valued? - Published online: 27 April 2007 - Springer Science+Business Media, LLC 2007.

<http://cyberbiologiaecybermedicina.blogspot.com/2009/02/transsexualismo-e-amputacao.html> Acesso em: 09 Jun. 2011.

<http://doceacido.blogspot.com/2009/09/voce-sabe-o-que-e-parafilia.html> Acesso em: 10 Jul. 2011.

<http://baupsicologico.blogspot.com/2010/08/apotemnofilia-acrotomofilia.html> Acesso em: 09 Jul. 2011.

<http://ainanas.com/tag/acrotomofilia/> Acesso em: 09 Jul. 2011.

<http://quenteerotika.blogspot.com/> Acesso em: 10 Jul.2011.

<http://www.bulas.med.br/cid-10/> Acesso em: 10 Jul.2011.

<http://www.fau.com.br/cid/webhelp/f65.htm> Acesso em: 10 Jul. 2011.

<http://sociocratas.wordpress.com/category/sexo/> Acesso: 10 Jul. 2011.

<http://sexualidadespecial.blogspot.com/2011/07/devotee-sano-erotismo-o-fetichizacao.html?zx=73e92b838c34148e> Acesso em: 08 Fev. 2012.

<http://sexlm.blogspot.com/2012/03/funcao-sexual-e-fertilidade-feminina.html?zx=c28385b2e3caba3f> Acesso: 15 Mar. 2012.



Viviane Nunes Ferreira

Graduada em Comunicação Social – Publicidade e Propaganda pela FACHA - Faculdades Integradas Hélio Alonso e Pós-Graduada em Sexualidade Humana pelo Centro Universitário IBMR - Laureate International Universities, ambos no Rio de Janeiro. Contato pelo e-mail vivi19_rio@hotmail.com, celular 21 82951755 e/ou correspondência para Rua Almirante Tamandaré 66/1220 CEP: 22210-060 Rio de Janeiro - RJ.

VIDA PLENA, SAÚDE, BEM ESTAR, DIGNIDADE E QUALIDADE DE VIDA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA...

Por William Machado



Alguma notícia sobre o desfecho da PEC 221/00, aquela que propõe isenção de impostos para aparelhos, equipamentos, produtos e medicamentos destinados ao tratamento de pessoas com deficiência? A Comissão de Constituição, Justiça e de Redação, da Câmara dos Deputados, já havia aprovado a proposta, o que mais é preciso fazer para tornar viável seu teor?

Pois é, não há o que justifique os altos preços praticados no comércio brasileiro para venda de produtos indispensáveis à saúde física, mental, emocional, reabilitação, inclusão social e promoção da qualidade de vida de pessoas com deficiência. Universo diversificado de produtos que variam de cadeiras de rodas sob-medida, manual ou de comando elétrico, a almofadas especiais, aparelhos auditivos, sensores eletrônicos, sintetizadores sonoros, entre outras mercadorias de seminal relevância no cotidiano e cuidado dessas pessoas.

O que não se pode conceber justa é a lógica empregada para se sobretaxar de impostos produtos dessa natureza, elevando sobremodo o preço pago pelo consumidor, como se estivesse consu-

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

minho supérfluos. Embutir impostos como: IPI, ICMS, IOF, ISS etc, no preço de cadeira de rodas, meios auxiliares de locomoção e equipamentos indispensáveis aos paraplégicos e pessoas com severas limitações funcionais, sugere no mínimo distorção, ou total desconhecimento acerca do que representam para milhões de brasileiros, segundo Censo 2010, usuários de cadeiras de rodas no Brasil.

Evidente a importância e abrangência dos programas públicos de doação de órteses, próteses (incluindo cadeiras de rodas), sobretudo, o implementado pelo Ministério da Saúde, no Programa Nacional de Protetização, voltado para atender necessidade e demanda de pessoas das camadas de menor poder aquisitivo da população. Nesses casos, a intermediação de políticas municipais é determinante para que essas pessoas sejam encaminhadas às Oficinas Ortopédicas credenciadas pelo SUS, munidas de laudos médicos e demais exigências protocolares, para que tenham acesso ao básico.

Ocorre que o disponibilizado pelo SUS não corresponde às necessidades dos cadeirantes que trabalham e permanecem sentados por longos períodos, ou outros em seus compromissos escolares, entre tantas possibilidades que exijam atenção e cuidados com a preservação da integridade cutânea e mucosas, alinhamento postural etc. O que não desmerece papel importantíssimo da Campanha Nacional de Protetização, coordenada pelo SUS, na oferta e distribuição gratuita de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção para quem precise e não disponha de recursos próprios para compra.

Há também de se empenhar para solução de situações que requerem cadeiras de rodas mais estáveis e resistentes, além de almofadas ergométricas, especiais. Peças geralmente de fabricação estrangeira, por isso, muito mais caras

no Brasil e cada vez menos acessíveis a quem delas necessite. Afinal, pessoas com deficiência e reabilitadas para o trabalho ficam ausentes de casa boa parte do dia, a depender da jornada de trabalho contratada, bem como outros matriculados no ensino regular em seus diversos níveis, que precisam permanecer nas escolas para cumprir calendário escolar e suas atividades. Se usuários de cadeiras de rodas, inevitavelmente, precisarão de cadeiras mais reforçadas para suportar imprevistos impostos pela urbanidade inadequada, além de almofadas mais resistentes e dotadas de recursos de tecnologia assistiva.

Apenas a guisa de exemplo, não consigo entender porque uma almofada Jay Xtreme, fabricada nos Estados Unidos, seja comercializada naquele país por cerca de US\$ 280 (Duzentos e Oitenta Dólares), o equivalente a cerca de R\$ 588 (Quinhentos e Oitenta e Oito Reais), quando importadas e vendidas por empresas brasileiras custem R\$ 1.490 (Hum Mil, Quatrocentos e Noventa Reais). Curioso constatar que a Nota-Fiscal emitida por empresas do nosso país não traz referência a impostos brasileiros. O que sugere vigorar ágio absurdo de quase 300%, sem que nossas autoridades se manifestem. Que se convoquem os distribuidores brasileiros para uma conversa séria. Que se tomem medidas para acabar com esse abuso!

Reconheço grandes avanços da indústria nacional de próteses, órteses e meios auxiliares de locomoção, mas seus preços para produtos com maior valor agregado em termos tecnológicos estão muito elevados, longe dos praticados em países mais desenvolvidos para venda direta de produtos similares, porém, muito melhor elaborados. Para justificar a distorção dos preços, os empresários brasileiros atribuem à política tributária do nosso país, como gargalo da sobrecarga de impostos em toda rede produtiva.

É importante registrar que, no momento em que eu redigia essa matéria, aos 15 de dezembro de 2012, a arrecadação de tributos pelo governo federal, ultrapassa a casa de Hum Trilhão, Quatrocentos e tantos Bilhões de Reais !!! Medidos a cada fração de segundo, seu fluxo intenso, acelerado, atropelador, incessante. Como se criam e implementam processos dinâmicos no setor público, quando imperam grandes interesses, hein! Sabe-se lá quanto mais arrecadará até 31 de dezembro, ou até o momento em que Você está agora, lendo este artigo.

Exato por essas razões, enquanto que não se vislumbra reforma tributária com efetiva diferenciação entre “joio e trigo”, nós, pessoas com deficiência, que precisamos adquirir produtos que nos assegurem bem estar, saúde e plena inclusão social, aguardamos ansiosos o implemento de medidas políticas emergenciais voltadas para a desoneração do que para nós represente liberdade, dignidade, vida com melhor qualidade. Longe de nos parecer acomodados, ao contrário, reiteramos estar dispostos e vigilantes para contribuir e fazer valer a máxima “nada sobre nós sem nós”.

Ninguém melhor para definir o que é prioritário para nossa qualidade de vida do que nós mesmos. Quaisquer mudanças que possam nos afetar carecem ser compartilhadas conosco. Não abrimos mão do direito à liberdade, igualdade, equivalência proporcional na equiparação de oportunidades e pleno exercício da cidadania.



William Machado é cadeirante, professor, doutor e pesquisador da Saúde e Qualidade de Vida de Idosos e Pessoas com Deficiência da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

A QUALIDADE DE VIDA DO ADULTO COM PARALISIA CEREBRAL COM COMPROMETIMENTO MOTOR GRAVE

Gisleine Martin Philot

Este documento tem por objetivo iniciar um questionamento sobre a qualidade de vida da pessoa com paralisia cerebral com comprometimento motor grave, após os 25 anos de idade.

É um documento sobre o momento presente, que é o resultado de muitos paradigmas e conceitos ultrapassados mas que tem uma linha de continuidade, na medida em que a forma como atuamos presentemente com os bebês e crianças com grave paralisia cerebral poderá alterar essa realidade.

Primeiramente deve-se considerar o fator de descontinuidade de tratamento, tão comum a maioria dos casos. Esses adultos estiveram sendo acompanhados terapêuticamente por muitos profissionais em vários locais, havendo, excluindo-se a família, quase sempre uma ruptura continuada nos programas reabilitacionais de curto, médio e longo prazo.

Estamos acostumados a trabalhar o presente, e mesmo assim, o presente imediato. (Realizamos nossas tarefas nos últimos prazos remover). A falta de um arcabouço científico e estruturado para uma criança/adolescente com grave deficiência neuromotora por si só complica sobremaneira essa situação.

Vivemos um “vamos ver” constante. Uma incógnita neurológica, um paradigma ortopédico e praticamos um conceito de tratamento que não nos oferece ferramentas para tratar indivíduos mais graves. A maior parte dos profissionais de saúde preconcebem os processos evolutivos: ouve-se com frequência que uma criança com quadro neuromotor grave irá ter um prognóstico “fechado” para diversas atividades, que não há necessidade de terapias, que essa criança será uma candidata a ter várias deformidades. Para isso apresentam-se estatísticas ortopédicas, que afirmam a presença de escolioses, contraturas de membros inferiores e superiores. Essas estatísticas são fruto de uma história dos anos 80 e 90 quando que não se correlacionava deformidades e mal posicionamento, e, na realidade, até hoje não se trabalha precoce-

mente o posicionamento.

São poucos os profissionais que tem o esclarecimento de que as deformidades não são distúrbios associados às lesões neuromotoras e sim, fruto da ausência de procedimentos terapêuticos e tecnológicos eficazes, sendo que a descontinuidade de tratamento é que referenda essas estatísticas, na medida que cada profissional que trabalha com tal reabilitando não se sente responsável por seu futuro a longo prazo.

Deixo de considerar ainda, as descobertas da década de noventa, sobre o sentimento do profissional envolvido e os resultados que serão obtidos a partir desse sentimento. É um assunto vastíssimo, que deve ser objetivo de um artigo sobre a temática.

Sou uma profissional que trabalha com deficiências neuromotoras há mais de 30 anos. Nesse meu caminho profissional, boa parte dele foi trilhado ao lado das pessoas com graves deficiências e suas famílias.

A situação familiar é muito complexa. Um dos membros da casa, geralmente a mãe, é a responsável por boa parte das atividades desse indivíduo. Os procedimentos de higiene, alimentação, cuidados com a saúde, exercícios terapêuticos, transporte para os atendimentos e hospitais, deixando de incluir o lazer, por que ele é inexistente.

Com o passar dos anos essa mãe apresenta uma sobrecarga física e emocional. Quando a pessoa com deficiência atinge a maioridade, o crescimento e ganho de peso dificulta sua manipulação reduzindo-a apenas para o estritamente necessário.

Nos Centros de Reabilitação, Casas de Estar, Escolas Especiais, Centros de Convivência, estão todos com as mesmas dificuldades e os terapeutas apresentam limitações físicas para manejar sozinhos esse adulto já tão comprometido. Os desgastes energéticos e sobrecargas à coluna vertebral dos cuidadores e demais envolvidos afetam sobremaneira a já precária qualidade de vida da pessoa com deficiência grave.

Quanto aos recursos assistivos, fornecidas pelos órgãos públicos, são poucos os locais que são beneficiados em excelência com tudo o que os familiares e a instituição acolhedora necessitam. O simples ato de retirar o indivíduo da cadeira de rodas para levá-lo ao banheiro já é dramático.

No nosso Brasil tão vasto em perfis antropométricos, as mães em maioria são pessoas de estatura mais baixa, fisicamente pequenas e os filhos são maiores e mais pesados, portanto, essas mães normalmente tem muitas dificuldades para manusear seu filho com graves deformidades instaladas.

Reafirmo a frase anterior - essas mães normalmente tem muitas dificuldades para manusear seu filho com graves deformidades instaladas- porque é assim que se encontra a maioria dos adultos com paralisia cerebral de comprometimento motor grave com idade superior a 25 anos.

Ocorre uma falha muito grande no nosso processo de reabilitação, e pude testemunhar pelo mundo (cito por exemplo países onde estive a trabalho visitando diversas instituições especializadas no atendimento do neuromotor grave como Alemanha, Grécia, Itália e Espanha, Portugal, Inglaterra e França e durante algumas feiras anuais de reabilitação, sem contar a vastidão do Brasil) as deformidades presentes como processo constante nesses casos.

Isto é tão comprovado que a escola ortopédica preconiza até os dias de hoje que “A deformidade escoliótica é habitualmente progressiva e ocorre em 60% a 70% das crianças com paralisia cerebral espástica quadriplégica” (em artigo o Tratamento cirúrgico da escoliose neuromuscular no paciente portador de paralisia cerebral com instrumentação posterior tóraco-lombo-pélvica por Luiz Cláudio de Moura França e colaboradores). Essa confirmação está fundamentada na descrença dos poderes do processo terapêutico e claro, no baixo uso de tecnologias terapêuticas eficientes para

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

esse fim, e o mais precocemente possível.

Também o pensamento dominante dos conceitos de tratamento de 15 anos atrás, desaconselhava o uso das tecnologias como agentes preventivos de deformidades, entendendo assim, que as tecnologias “acomodavam” a criança e que não seriam coadjuvantes do seu processo reabilitador. Infelizmente até hoje, ouço profissionais já experientes dizerem que não se deve colocar estabilizadores de tronco em cadeiras de rodas, porque os mesmos irão acomodar a criança que não desenvolverá controle ativo de tronco. Também não há um cuidadoso acompanhamento das cinturas escapulares e pélvicas, sendo que esta última necessita estar muito bem posicionada e o mais precocemente possível.

Esses pensamentos retrógrados, infundados biomecanicamente, não embasados cientificamente, foram e são os responsáveis pela maioria das deformidades que um indivíduo pode apresentar:

Deformidades graves, como escolioses com mais de 40°, que tanto transtornos provocam aos familiares, e principalmente, ao indivíduo com deficiência. No caso deste, o desconforto, as dores, além dos transtornos respiratórios e circulatórios.

A condição da aparência provocada pela alteração do tônus facial e corporal já é um fenômeno que mantém muitos indivíduos reclusos, no entanto, a presença de deformidades agrava ainda mais essa situação. Se já não bastasse ser difícil um pai expor seu filho comprometido (uma realidade que se mantém atual), é ainda mais complexo quando ele tem deformidades, pois causa, a quem olha esse indivíduo, uma série de emoções, que ficam patentes nas faces ou virar de rostos.

Assim, tenho me deparado com situações nada justas sob vários aspectos, que resultam em baixíssima qualidade de vida.

Portanto, como realidade temos pessoas “soterradas” em cadeiras de rodas, alicerçadas com várias almofadas (de vários tipos e tecidos, lembroum colcha de retalhos), colocadas de acordo com a “sabedoria pessoal” do profissional responsável. Dependendo do local, as almofadas ficam por horas (alguns casos, chegam a 4 ou 5 horas) sem que sejam removidas.

Nesta cadeira eles são alimentados e veem

os dias de um reduzido mundo passar sob os seus olhos. Não há atividades que essas pessoas possam realizar, não há qualquer movimento ativo, e sim, um baixíssimo manuseio. Há pouco contato físico, como carinho, afagos, que não sejam infantilizações. Não há nenhuma esperança e muito desconforto.

Ouvi relatos de alguns familiares que adaptaram os seus filhos a uma única cadeira de rodas para o “passar do dia” que recepcionava um “balde” sanitário. Assim, esse indivíduo passava o dia todo em imobilidade, sendo somente retirado para o “banho de gato” e ir para cama dormir.

É verídico que os profissionais falam com eles, pegam nas suas mãos e fazem alguma pintura ou alguma colagem. Mas o tempo todo eles são espectadores: assiste aos outros “amigos” se moverem, assiste aos terapeutas levá-los ocasionalmente para passeios e visitas (cujo conteúdo é questionável, pois não há espaços públicos acessivos participativos), assiste aos colegas interagirem com materiais e outras atividades. Assiste a todos tentarem animá-los. Para o quê? Se nem os próprios animadores sabem o motivo! As pessoas, inclusive sua família, mal conseguem entender seu baixo vocabulário de respostas, na maior parte, restrito ao sim e não.

Poucos tem em suas residências, ou clínicas, ou centros de convívios, elevadores de transferências para serem mobilizados com segurança e de forma sistematizada. Já não fazem as terapias de manutenção e estão cada dia mais atrofiados e deformados.

Suas expectativas de vida futura estão atreladas a sobrevida dos familiares próximos e do contexto social de seu país. Dificilmente o que temos hoje na prática estará modificado para melhor no futuro, sendo que, na realidade, as perspectivas apontam no momento para o pior.

Hoje eles não são.

Nos últimos 25 anos, juntamente com colaboradores, designer de produtos, e outros profissionais, estamos tentando mudar a condição “funcional” dessas pessoas, e estamos desenvolvendo soluções tecnológicas para determinadas incapacidades: desde situações mais confortáveis e terapêuticas para o sentar adequado, até dispositivos facilitadores de

acesso a computadores, para alimentação, higiene, vestuário e algumas atividades de lazer e ocupação. Projetos esses que são coadjuvantes do processo terapêutico, e/ou também facilitam a habilitação funcional, educacional, lúdica e de entretenimento básico.

Entretanto, sinto que estamos distantes de realizar um trabalho amplo, de oferecer várias alternativas de forma que se possa escolher aquela que é mais “atrativa”.

Estamos distantes de realizar atividades prazerosas, de oferecer sistemas de comunicação efetivos e rápidos. No Brasil, estamos distantes de oferecer simplificações! Estamos distantes de tantas coisas... Estamos dando somente os primeiros pequenos passos.

Este é um documento de apelo, de não aceitação, de desabafo no sentido de buscar vozes que façam eco. É um documento que pretende dar um pequeno passo para fomentar um processo de modificações. Modificações efetivas, que sejam traduzidas em propostas que coloquem esses cidadãos em condições reais de vida.

Este é um documento para a qualidade de vida da pessoa com deficiência neuromotora grave.

Referências bibliográficas:

Cito apenas alguns sites, de rápida pesquisa na internet, que tratam do assunto da escoliose neuropática, já que há artigos com vastíssima bibliografia inseridos.

http://www.coluna.com.br/revistacoluna/volume7/59_64.pdf

<http://www.pedagogiapostural.com.br/escolioses.html>

<http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/escoliose/escoliose-4.php>

http://www.centrodesaopaulo.com.br/artigos_05.html



Gisleine Martin Philot

é terapeuta ocupacional e consultora internacional em tecnologia assistiva
E-mail: gisleine@expansao.com

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

O TRABALHO INFANTIL E A SAÚDE

Por Aparecida Mari Iguti e Paulo Alves Maia

Introdução

O art. 1º da Convenção nº 138 e o art. 6º da Convenção nº 182, da Organização Internacional do Trabalho (OIT) declaram que os países signatários dessas convenções devem se comprometer a elaborar e a seguir uma política nacional que assegure a efetiva abolição do trabalho infantil priorizando a sua eliminação nas suas piores formas. Estes artigos tratam da especificação e elevação progressiva da idade mínima de admissão ao emprego ou ao trabalho possibilitando o mais completo desenvolvimento físico e mental dos menores. Também aludem à proibição do trabalho infantil perigoso, a todo tipo de ocupação que por sua natureza ou condições em que se realize possa resultar perigo para a saúde, a segurança ou a moralidade dos menores e indicam as atividades econômicas que não devem permitir o trabalho infantil (BRASIL, 2004).

Entende-se por “trabalho infantil” as atividades econômicas e/ou atividades de sobrevivência, com ou sem finalidade de lucro, remuneradas ou não, realizadas por crianças ou adolescentes com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos. O trabalhador adolescente é o que tem entre 16 e 18 anos incompletos; na condição de aprendiz, de 14 a 18 anos incompletos.

O trabalho infantil é um fenômeno global, mas concentra mais de 96% de sua população trabalhadora nos países periféricos, segundo a OIT. Estima-se que 215 milhões de crianças continuam trabalhando para sobreviver e mais da metade delas estão expostas às piores formas de trabalho infantil, incluindo a escravidão e a participação em conflitos armados. As novas estimativas publicadas em primeiro de junho de 2012 mostram que cerca de cinco milhões de crianças realizam trabalho forçado, incluindo exploração comercial com fins sexuais e servidão por dívidas; as cifras podem estar subestimadas (OIT, 2012). Em termos relativos, o trabalho é uma realidade cotidiana para 25% da população brasileira com idade entre 10 e 17 anos (FACCHINI et al, 2003).

No trabalho doméstico, a OIT estimou que 494.002 meninas, entre cinco e dezesseis anos, exerciam alguma atividade em casas de terceiros, no ranking latino-americano de trabalho infantil doméstico perdia apenas para Honduras e Guatemala; 222.865 tinham menos de 16 anos (PEREIRA, 2003). A maioria encontrava-se no

Nordeste, com 33,1%, seguida pelo Sudeste (30,7%), Sul (15,23%), Centro Oeste (10,9%) e Norte (10%) (VAL & TAMBELLINI (2006). Em São Paulo eram 69.587 meninas exploradas em trabalhos domésticos, dados do IBGE, exercendo todo tipo de serviço doméstico, com jornadas excessivas com mais de 40 horas semanais, com pouca e até sem remuneração; 55,5% sem direito a férias, 64% recebendo menos de um salário mínimo. 74% estavam oficialmente matriculadas em escolas, mas com alto índice de atraso escolar; 60% delas eram negras (PEREIRA, 2003). A UNICEF (2004) estimou que 180 milhões de crianças fossem exploradas no trabalho em todo mundo e que dois milhões pela indústria do sexo (CORREIO, 2004:B-5). A OIT lista oito tipos de riscos ou perigos potenciais no trabalho doméstico infantil que são (1) as longas horas de trabalho, (2) o trabalho físico pesado, (3) o abuso físico ou emocional, (4) o abuso sexual, (5) as deficientes condições de vida, (6) os baixos salários ou salários in natura, (7) a falta de oportunidades educativas e (8) a falta de oportunidades para o desenvolvimento emocional e social (OIT, 2011).

No Brasil, as características da inserção das crianças e adolescentes no trabalho variam entre as regiões, entre os grupos etários, entre sexos e se urbana ou rural. A região Nordeste possui o maior número de crianças trabalhadoras. A maioria em áreas rurais e em atividades agrícolas, com alto percentual de trabalho não remunerado, complementando o trabalho do núcleo familiar. Quando há seca, as crianças abandonam a escola e passam a ajudar as famílias, trabalhando como domésticas. Quando meninas, carre-

gam água em baldes, tocam rebanhos para os reservatórios, percorrendo distâncias de até nove quilômetros; os meninos passam o dia nas rodovias do interior do estado, tapando buracos com areia em troca de moedas jogadas pelos carros em movimento: conseguem R\$ 2 a R\$ 4 por oito horas de trabalho (GUIBU, 2002).

Cerca de 3.000 crianças e adolescentes trabalham em 1.800 cruzamentos na cidade de São Paulo arrecadando R\$ 40 milhões por ano. Destas, 5% é dominada por aliciadores, 10% moram nas ruas e 85% moram com os pais. As meninas são 39% e os meninos 61% (SCHIVARTCHE, 2005).

De acordo com o IBGE (Censo 2010), o trabalho infantil diminuiu 13,44% no país entre 2000 e 2010, 530 mil crianças a menos, segundo dados apresentados em 12 de junho de 2012, no Fórum Nacional para a Erradicação do Trabalho Infantil, Ministério da Justiça, em Brasília. Houve redução do trabalho infantil. Em 2010, havia 3,4 milhões de crianças e adolescentes ocupados, 3,9% das 86,4 milhões de pessoas ocupadas com 10 anos ou mais de idade. Em 2000, eram 3,94 milhões. Entretanto ao considerar as diferentes faixas etárias, observa-se o aumento no grupo entre 10 e 13 anos, que aumentou em 1,56%, 10.946 a mais do que em 2000. Nessa faixa houve redução somente na região Nordeste. As demais contribuíram para o aumento da média nacional. Na região Sudeste, o aumento do trabalho infantil nessa faixa etária foi de 50% no Estado do Rio de Janeiro (de 16.289 para 24.445 casos) e de 54% em São Paulo (de 46.021 para 71.172 casos). No Norte, houve aumento de trabalho infantil no Acre, Amazonas, Roraima, Pará e Tocantins. Na região Sul, o Paraná e no Centro-Oeste, Mato Grosso, Goiás e Distrito Federal registraram aumento. Somente na faixa etária entre 10 e 13 anos, o estado da Bahia detém 11,2% do trabalho infantil do país para este grupo de crianças e adolescentes (IBGE, 2012).

A redução no número de crianças e adolescentes trabalhando nessa década foi maior

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com

na área rural, com queda de 339 mil pessoas, passando de 1,395 milhão em 2000 para 1,056 milhão em 2010; na área urbana a redução foi de 190 mil, caindo de 2,541 milhões para 2,351 milhões no mesmo período. Os ocupados do sexo masculino (2,065 milhões) mantiveram-se superior à feminina (1,342 milhão) em 2010. No grupo etário de 10 a 15 anos, os meninos representaram 60,3% (964 mil), ao passo que na faixa de 16 ou 17 anos, 60,9% (1,101 milhão), com redução do diferencial geral entre meninos e meninas (IBGE, 2012).

Um estudo em Pelotas (RS) em 30.171 domicílios de setores urbanos pobres, em uma amostra de 4.924 crianças com idade entre 6 e 17 anos encontrou-se 476 crianças ocupadas, sendo 71% meninos e 29% de meninas. A distribuição por ramo de atividade econômica foi comércio (34%), serviços não domésticos (24%); serviços domésticos (20%); construção civil (13%) e indústria (5%). Cerca de 40% trabalhava 40 horas ou mais e 10%, mais de 10 horas por semana. A renda mensal média foi de R\$72,00, sendo de R\$27,00 para os que tinham entre 10 e 13 anos e de R\$ 91,00 para os com 14 a 17 anos. Não recebia remuneração, 16%. A diferença na remuneração por gênero foi evidente, sendo a renda mensal média para meninos de R\$ 79,00 e para meninas de R\$ 54,00. Dos 14 aos 17 anos. A proporção de meninos recebendo mais de R\$120, 00 era três vezes maior que a das meninas. A contribuição para a renda familiar foi em média de 18%; um quarto dos menores contribuía com 25% ou mais na composição da renda familiar. Neste estudo, observou-se que quanto menor a renda dos adultos, maior a contribuição infantil; também quanto menor a renda familiar maior a exclusão escolar de adolescentes. Os autores do estudo concluíram que existem marcantes vínculos do trabalho infantil com a pobreza, educação e gênero (FACCHINI et al, 2003).

O trabalho da criança e do adolescente caracteriza-se pela desqualificação, subemprego e exploração da mão de obra, estando presente em todos os setores da economia. Nas ocupações que incluem as profissões de babá e empregada doméstica, há predominância do sexo feminino (68,6%) no grupo estudado, assim como na categoria 'Artistas' (82,3%). Por outro lado, os trabalhos externos na categoria de 'Ocupações Mal Definidas', são do sexo masculino (75,2%), igualmente para Indústria de Transformação e Construção Civil (90%). Nas Funções Burocráticas e de Escritório, 91,8% são do sexo feminino. Já nas categorias 'Prostituição' 100% são do sexo feminino e na 'Contraventores' 100% do masculino (VAL & TAMBELLINI, 2006).

A magnitude do problema e a multiplicidade de riscos decorrentes da exploração do trabalho infantil ainda são relativamente pouco conhecidas. Há dificuldades em obter informações de crianças, famílias e empregadores sobre a inserção das crianças no trabalho, suas atividades, o quanto ganham, qual o destino dos recursos obtidos e quais os problemas decorrentes do trabalho sobre a saúde, educação e seu desenvolvimento. Os estudos disponíveis, com pequenas amostras, apontam que as crianças contribuem com uma substancial proporção na renda familiar, mesmo considerando os baixos rendimentos infantis (FACCHINI et al, 2003).

Vulnerabilidade e adoecimento em crianças e adolescentes

As formas de adoecer e de morrer dos grupos populacionais são determinadas pelas condições de vida, incluindo as condições de trabalho. Em crianças e adolescentes este aspecto tem maior relevância, pois sua

susceptibilidade aos fatores ambientais é maior. Inicialmente deve-se considerar sua realidade social, em geral de estratos mais pobres da população, com piores condições de vida, como moradia, alimentação muitas vezes desbalanceada, saneamento básico.

O rápido crescimento na adolescência impõe necessidades nutricionais muito grandes, especialmente quando o ritmo de crescimento chega ao máximo. Neste período as necessidades nutricionais podem chegar ao dobro do resto do tempo da adolescência (ASMUS et al, 1996). Assim, encontram-se descrições de desenvolvimento pondero-estatural inadequadas para idade, vulnerabilidade alimentar, fadiga precoce, ocorrência de doenças infecciosas (gastrointestinais e respiratórias) e parasitárias, que podem levar a maiores dificuldades de inserção no mercado de trabalho competitivo, ou a ocupações menos qualificadas, relações de trabalho precárias e por vezes envolvendo situações de risco à saúde.

Aspectos da fisiologia da criança e do adolescente

O organismo das crianças encontra-se em desenvolvimento, não estando ainda em sua plena capacidade, tanto do ponto de vista físico/fisiológico quanto mental/psíquico/emocional.

Considerando o sistema musculoesquelético, temos que a ossificação só se completa aos 21 anos (homens) e aos 18 anos (mulheres). Vários fatores hereditários e ambientais influenciam afetando o volume muscular, como nutrição, exercícios físicos e esforços realizados; o aumento é progressivo atingindo o máximo entre 20 e 30 anos, dependendo dos grupos musculares. Em mulheres atinge 60% do volume do sexo masculino.

Para se evitar a fadiga muscular, devem ser evitados esforços repetidos que excedam 15% da capacidade máxima; comparativamente se um adulto carrega 30 quilos como carga máxima, um jovem com 17 anos não deveria exercer um esforço superior a 4,5 quilos e um de 14 anos não deveria superar 2,7 quilos. O trabalho muscular depende da presença de oxigênio nos músculos e das fontes de energia disponíveis, dependentes de metabolismo mediado por enzimas específicas. Quanto a este aspecto, as crianças e adolescentes têm uma capacidade enzimática reduzida podendo ser de 1/3 da observada em adultos.

Já no sistema respiratório, crianças e adolescentes possuem menor capacidade ventilatória, compensada pela maior frequência respiratória. A concentração de hemoglobina e o número de hemácias no sangue são proporcionalmente menores em relação à massa corporal, aumentando até à idade de 20 anos (mulheres) e 22 anos (homens). O sistema respiratório também se constitui em uma via de entrada de substâncias tóxicas ao organismo. A maior demanda de oxigênio e a maior frequência respiratória fazem com que a absorção das substâncias tóxicas seja maior.

O sistema cardiovascular, responsável pela distribuição do oxigênio por todo o organismo e retirada do gás carbônico também se transforma. O Volume Sistólico (VS) de crianças e adolescentes é menor que dos adultos e sua Frequência Cardíaca (FC) mais alta exigindo um maior esforço cardíaco. Também as reservas de glicogênio (substância fundamental para a produção de energia) são menores que dos adultos, consumindo relativamente mais oxigênio ocasionando menor capacidade de suportar esforços.

Até à adolescência aptidões motoras são desenvolvidas, tais como a precisão e velocidade nos movimentos, a coordenação muscular e automatismo motor, um período particularmente favorável à aquisição

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

ção de habilidades, com rápido aprendizado. A inteligência se desenvolve assim como a afetividade e imaginação. Além disso, a bainha de mielina, revestimento das fibras nervosas ainda é imatura, mais susceptível a substâncias lipossolúveis como os solventes orgânicos existentes em tintas, colas, vernizes, utilizados em muitos processos de trabalho provocando quadros de polineuropatia sensitivos e motores em membros inferiores e/ou superiores. A exposição aguda pode causar quadros de depressão do sistema nervoso central e a exposição crônica, tonturas, cefaleia, insônia, irritabilidade, dificuldades de concentração e memorização. Como a barreira hematoencefálica é mais permeável, várias substâncias químicas atingem concentrações mais elevadas, levando a quadros de intoxicações mais graves.

O sistema gastrointestinal é outra via de entrada de agentes químicos e biológicos, podendo causar intoxicações, infestações e infecções. Após a absorção, as substâncias químicas são biotransformadas com modificações que permitem eliminação facilitada. A biotransformação ocorre principalmente no fígado e, em menor concentração, em outros órgãos e tecidos, através de processos enzimáticos. Se estes sistemas enzimáticos ainda estão imaturos, há sua maior permanência no organismo, com manutenção de efeitos tóxicos.

Nas altas temperaturas associadas ao trabalho físico, observa-se que a criança e adolescente tem menor resistência que o adulto por causa de sua maior produção de calor ao realizar as mesmas atividades; tem menor vascularização do tecido subcutâneo; o que dificulta a circulação do sangue na superfície do corpo, menor superfície corporal, o que reduz o suor, que por sua vez, reduz a capacidade de troca de calor com o meio ambiente; tem menor atividade das glândulas sudoríparas e, desta forma, a perda de calor pelo corpo por evaporação é reduzida. No entanto, é importante observar que qualquer perda líquida é significativamente mais importante em crianças que em adultos podendo levar a quadros de desidratação importantes pela menor quantidade de plasma.

A pele é um órgão importante na proteção do organismo contra a ação de agentes biológicos, químicos e físicos presentes no ambiente de trabalho. Quando lesada torna-se uma porta de entrada para substâncias tóxicas e para agentes biológicos. A camada mais superficial da

pele (camada córnea) não está completamente desenvolvida em crianças e adolescentes, fazendo com que as substâncias tóxicas presentes nos ambientes sejam mais facilmente absorvidas pelas crianças e adolescentes e tornando-as mais vulneráveis aos agentes químicos, físicos e mecânicos, como no caso de manuseio de ferramentas projetadas para trabalhadores adultos e trabalhos com exigência de força, causando ferimentos na pele.

Nas questões do desenvolvimento psicofafetivo, sabe-se que as crianças e adolescentes, passam por uma série de experiências e transformações psicológicas, sendo importante a realização de brincadeiras e jogos, para construção de um adulto psicologicamente equilibrado e saudável. Experiências desagradáveis no trabalho, como medo, insegurança, exploração, com poucas chances de sucesso pessoal, podem levar à depressão e comprometer as perspectivas do futuro. O desenvolvimento psicomotor se faz por sucessivas etapas, com aquisição de conhecimentos, podendo dificuldades alterar o ritmo de aquisição de novas habilidades. Como os sistemas neurológico e psicológico estão imaturos, o aprendizado feito de maneira grosseira e violenta torna a criança impotente diante de novas exigências. Também, o predomínio de reações emotivas pode levar crianças e adolescentes às alterações vasculares periféricas, palpitações e queda na pressão arterial. Sintomas digestivos e cardiovasculares são frequentemente encontrados em crianças e adolescentes, que podem ser reflexos de cargas mentais excessivas e desencadeadores de quadros de fadiga psíquica, dificuldade de adaptação, medo e perda da autoestima, impossibilitando o enfrentamento adequado de novas situações (BARROS Jr, 2002).

Efeitos à saúde

Dos 351,7 milhões de crianças e jovens que realizavam algum tipo de atividade econômica no mundo em 2000, a OIT estimou que 170,5 milhões (48,5%) realizavam algum tipo de trabalho considerado perigoso. As crianças estão mais sujeitas a acidentes e doenças de trabalho do que os adultos, em igualdade de circunstâncias porque são mais frágeis e ainda não têm maturidade suficiente para perceberem os possíveis perigos do trabalho. Como resultado, grande número de crianças sofre vários acidentes – um valor superior a 69% do seu total, em alguns países observaram-se taxas

médias de doenças e acidentes entre as crianças de 25,6% na construção civil, de 18.1% no transporte, armazenamento, comunicações, de 15.9% na mineração, dados de 1997; chama a atenção as maiores taxas entre meninas (exceto no setor de transporte) (VARILLAS, 2003). Grande parte necessitou de cuidados médicos, usaram-se do trabalho e entre 5% a 20% das lesionadas tornam-se inválidas. Em valores absolutos, mais meninos sofrem acidentes ou doenças, a grande maioria se encontra nas zonas rurais exercendo atividades agrícolas. Calcula-se que dois terços ocorram nas áreas rurais e um terço nos centros urbanos (VAL & TAMBELLINI, 2006).

Os dados levantados pela OIT revelaram que das crianças economicamente ativas, mais de 60% estavam sujeitas as situações de risco que incluíam casos de natureza biológica (19%), química (26%) e ambiental (51%), provocadas pelo exercício da atividade laboral. Em números relativos foram 64% dos meninos trabalhadores e 53% das meninas trabalhadoras. Entre as crianças 39% sofreram danos, sendo acidentes (49%) e doenças (51%). Os acidentes mais frequentes foram cortes/ferimentos/feridas perfurantes (69%) e os mais graves incluíram as queimaduras (7%), fraturas e entorses (5%), esmagamentos (3%), amputações ou perda de partes do corpo (<1%); 16% apresentaram lesões como contusões, equimoses, hematomas e escoriações.

Dentre os sintomas apresentados as dores no corpo, de cabeça, no pescoço, na coluna foram os mais frequentes (57%), seguidos por doenças de pele (21%). Entre as situações mais graves registraram-se sintomas do sistema gastrointestinal (5%), respiratório (5%), dificuldades visuais (4%), déficit auditivo (1%). Em média, três em cada 100 crianças tiveram de deixar de trabalhar devido a acidentes de trabalho ou doenças, metade das que trabalhavam foram obrigadas a interromper o trabalho e 46% continuou a fazê-lo, apesar dos acidentes ou doenças de que foram vítimas. Ferreira em estudo sobre acidentes de trabalho abrangendo 2800 casos registrados de trabalhadores urbanos, segurados do INSS, evidenciou dois aspectos importantes sobre o trabalho precoce, a enorme variedade de inserções de adolescentes no mercado formal de trabalho e a grande multiplicidade de tarefas a seu encargo, lidando com todo o tipo de tecnologia, tornando-os um

grupo de risco relevante (VAL & TAMBELLINI, 2006).

Em um estudo sobre silicose, uma fibrose pulmonar associada à exposição a poeiras de sílica, verificou-se que os indivíduos que iniciaram a atividade ocupacional com exposição às poeiras em idade mais jovem, apresentaram maiores taxas de mortalidade. Também adolescentes trabalhadores são mais susceptíveis à perda auditiva induzida pelo ruído do que os adultos, sugerindo que os limites de exposição ao ruído determinado para os adultos não podem ser os mesmos para crianças e adolescentes. Por outro lado, um estudo epidemiológico publicado em 1973 concluiu que adolescentes trabalhadores têm menor tolerância ao calor do que adultos, recomendando-se a redução da intensidade das temperaturas máximas permitidas (ASMUS et al, 1996).

O trabalho precoce também é contra indicado para evitar a sobrecarga para o aparelho músculo-esquelético, que pode produzir deformações ósseas. Duas patologias estão descritas na literatura médica (a) a Cifose Juvenil de Scheuermann, observada entre jovens agricultores submetidos a atividades pesadas. Estas atividades exigem a permanência, por longas horas, na posição inadequada, em pé ou sentada, e/ou o transporte de pesos acima da capacidade juvenil, levando a uma deformação na face anterior de três a cinco vértebras dorsais por distrofia osteo-cartilaginosa; o que é também conhecida como osteocondrose espinhal. Em 20 a 40% dos casos ocorre associação com um desvio lateral da coluna vertebral. Quando adultos apresentam dores na coluna vertebral e deformidades antiestéticas, dificultando seu ingresso e manutenção no mercado de trabalho. (b) A Coxa Vara do Adolescente é caracterizada por deformação na extremidade superior do fêmur, com alteração e deslocamento da cabeça deste osso, podendo ocorrer concomitantemente a artrose da articulação coxofemoral. São provocadas pelo carregamento de pesos acima da capacidade de crianças e adolescentes.

Ambientes de trabalho

Em Higiene Ocupacional adota-se o conceito de “Limites de Tolerância Ambientais” entendidos como as concentrações máximas de exposição permitidas a um trabalhador adulto e saudável em jornadas de trabalho normais em sua vida laboral que não levariam a danos em sua saúde. Os Limites de Tolerância Biológicos ou Indicadores Biológicos de Exposição são utilizados para verificar as alterações precoces em diversos sistemas biológicos provocadas pela exposição a substâncias tóxicas presentes nos ambientes de trabalho. Estes limites estabelecidos para a população trabalhadora adulta, não servem para avaliação da exposição de trabalhadores infanto-juvenis.

Situação das crianças e adolescentes e as causas do trabalho infantil

Os limites etários que definem a infância e a adolescência apresentam um caráter histórico-social que se alteram ao longo do tempo. Assim, os papéis socialmente aceitos tem sido distintos em tempos e sociedades diferentes e até mesmo numa mesma sociedade, para distintos grupos socioeconômicos e culturais. Numa definição sociológica, a adolescência é uma etapa do desenvolvimento humano que se inicia na infância ritualizando a entrada para vida adulta, caracterizada por profundas transformações físicas, emocionais e cognitivas. Trata-se de um período complexo da existência humana no qual se apresentam várias questões, que se satisfatoriamente conduzidas, contribuem para

Quadro 1 . Crianças e jovens submetidos a trabalhos perigosos

Crianças e adolescentes de 5 a 17 anos que realizavam atividades ocupacionais, expostos a atividades de risco no mundo		
De 5 a 14 anos	De 15 a 17 anos	Total
Crianças e jovens economicamente ativos		210.800.000
(100%)	140.900.000	
(100%)	351.700.000	
(100%)		
Crianças e jovens que realizavam trabalhos perigosos		
111.300.000		
(52,8%)	59.200.000	
(42,0%)	170.500.000	
(48,5%)		

VARILLAS, 2003.

uma vida adulta saudável (MINAYO-GOMEZ e MEIRELLES, 1997). O processo de identidade feminina na área rural, particularmente nos rincões mais distantes, forma-se precocemente em meninas de até 14 anos que ingressaram no trabalho na lavoura e nas atividades domésticas, que inclui cuidar dos animais, arrumar a casa, cuidar de irmãos, fazer as refeições, entre outros (VAL & TAMBELLINI, 2006).

Um ponto que diz respeito à naturalização do trabalho infantil e suas justificativas ideológicas, tais como o trabalho enobrece, dignifica o ser humano; assim, a justificativa é que “melhor trabalhar do que estar na rua, na marginalidade e na criminalidade, exposto às violências urbanas e do mundo moderno”; essas ideias podem ser encontradas no discurso de pessoas e institutos importantes, tais como a escola, as equipes de saúde e as próprias famílias. Essas referências aplicam-se sempre às crianças e adolescentes de classes sociais desfavorecidas e não seriam pensadas em relação às crianças de classes sociais ricas, onde a valorização dos aportes educacionais e culturais ganha uma relevância muito maior que o trabalho em sua formação. Assim, as políticas e projetos educacionais profissionalizantes, ao invés de contribuírem para o fomento da cidadania, acabem reforçando uma situação de exclusão social (NOBRE, 2003).

Sabemos que os valores culturais determinam uma aceitação social do trabalho precoce, com a criação de mitos e crenças de que o trabalho evitará a permanência das crianças e adolescentes nas ruas reduzindo o índice de delinquência infanto-juvenil; o trabalho é aceito como a única e salvadora alternativa para sua redução. A sociedade aceita assim que o trabalho precoce seja mantido, independente da idade do trabalhador, dos ambientes de trabalho em que são inseridos e não busca alternativas para o trabalho precoce e para a criação de condições para a manutenção das crianças e adolescentes na escola.

Situações de miséria, fragilidade das estruturas familiares e questões locais estão entre as causas que facilitam a exploração infantil. Outro aspecto, não menos relevante, refere-se ao fato de que o trabalho ainda é um elemento extremamente valorizado quando o assunto é inserção social. Com relação às variáveis microeconômicas, deve-se ressaltar a importância de variáveis ligadas ao ambiente familiar, além da renda familiar per capita, que quanto mais alta, menores as taxas de

LEIA E ASSINE:

0800-772-6612 (ligação gratuita)

participação na força de trabalho; também há evidências que quanto maior a escolaridade dos pais, menor a proporção de crianças e adolescentes ocupadas (BARROS e MENDONÇA, 1998).

As Políticas de Erradicação do Trabalho Infantil

O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI), implantado em 1996, integra a política de Assistência Social e tem como principal estratégia, juntamente com a sociedade civil fazer o enfrentamento da problemática do trabalho infantil em nosso país. Tem como objetivo retirar crianças e adolescentes de sete a dezessete anos de idade do trabalho considerado perigoso, penoso, insalubre ou degradante, do trabalho que coloca em risco sua saúde e sua segurança. Para se inserir no programa as famílias devem ter filhos de sete (7) a dezessete (17) anos trabalhando em atividades perigosas, penosas, insalubres e degradantes, sendo priorizadas as famílias com renda per capita de até meio salário mínimo. As atividades consideradas perigosas, penosas, insalubres e degradantes na área urbana são comércio em feiras ambulantes, lixões, engraxates, flanelinhas; distribuição e venda de jornais e revistas, comércio de drogas etc. É considerado um programa de transferência de renda, com repasse financeiro para as famílias que vivenciam situação de pobreza. Para isso as crianças e os adolescentes devem estar frequentando a escola com jornada ampliada, ou seja, em um período eles devem ir para escola e no outro participar das ações realizadas na jornada ampliada, onde terão reforço escolar e atividades esportivas, culturais, artísticas e de lazer.

O Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), por intermédio da Portaria nº 365, de 12 de setembro de 2002, instituiu a Comissão Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil (CONAETI) com o objetivo prioritário de viabilizar a elaboração do Plano Nacional de Erradicação do Trabalho Infantil, considerando o disposto em convenções internacionais que tratam das questões referentes ao trabalho infantil.

O governo brasileiro aprovou o Decreto nº 6.481, de 12 de junho de 2008, que define a Lista das Piores Formas de Trabalho Infantil (Lista TIP), anteriormente descrita pela Portaria 20/2001 da Secretaria de Inspeção do Trabalho, do Ministério do Trabalho e Emprego – MTE. O Decreto estabelece que a Lista TIP será revista periodicamente, se necessário, mediante consulta com as organizações de empregadores e trabalhadores interessadas. A fiscalização no Brasil, através do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), ainda é muito precária, e a verificação da utilização de trabalho infantil em atividades domésticas e agrícolas dificultada. No Programa de Fiscalização para Erradicação do Trabalho Infantil, desenvolvido pelo MET entre 2008 e 2011, os resultados esperados eram que 34.042 crianças e adolescentes tivessem suas situações regularizadas, mas os resultados alcançados foram de 7.999 (25%).

Referências bibliográficas

- ASMUS, CIRF; BARKER,SL.; RUZANY,MH.; MEIRELLES,ZV. Riscos ocupacionais na infância e na adolescência: uma revisão. *Jornal de Pediatria (RJ)* 1996;72(4):203-208.
- BARROS, R.P.; MENDONÇA, R.S.P.- Trabalho infantil urbano. *Pesquisa & Debate*, 9(13), São Paulo, 1998, pp.139-174.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego, Secretaria de Inspeção do Trabalho. *Prevenção e erradicação do trabalho infantil e proteção ao*

trabalhador adolescente. Brasília, 2004. 82 p.

BRASIL. Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Adolescente Trabalhador. Segunda Edição (2010-2015), 2009, 91p.

CORREIO POPULAR.- 27/04/2002, p. B-4.

FACCHINI, L.A.; FASSA, A.G.; DALL'AGNOL, M.; MAIA, M.F.S.- Trabalho Infantil em Pelotas: perfil ocupacional e contribuição à economia. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 14(1): 63-80, 2003.

GUIBU, F.- Seca acentua o trabalho infantil e os saques no NE.- *Folha de São Paulo*, 01/09/2002, p.A-8.

BARROS Jr, J.C.- O Impacto do Trabalho Precoce na Vida de Crianças e Adolescentes: Aspectos da Saúde Física e Mental, Cultural e Econômico. *NOTA TÉCNICA À PORTARIA MTE/SIT/DSST Nº 06 DE 18/02/2000*. Data: 22 5/9/2002, 16-32.

MINAYO-GOMEZ, C.; MEIRELLES, Z.V.- Crianças e adolescentes trabalhadores: um compromisso para a saúde coletiva. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl) 1997:135-140.

MONTEIRO, MAGS.- As Políticas de Erradicação do Trabalho Infantil: Um Olhar sobre as Ações Sócio-Educativas desenvolvidas pelo PETI. *Anais do II Seminário de Pesquisa do NUPEPE Uberlândia/MG* p. 614-624 21 e 22 de maio 2010.

NOBRE, L. C. C.- Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersectorialidade e o papel do Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4): 963-971, 2003.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT Trabalho Infantil. Disponível em: <http://www.oit.org.br/node/851>. Acesso em: 24 de julho 2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT - trabalho Infantil. Disponível em <http://www.ilo.org/ipec/Campanhadadvocacy/wdacl/2012/lang--es/index.htm>. Acesso em 14/07/2012.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO - OIT. Erradicação do trabalho infantil doméstico - OIT. Disponível em www.oitbrasil.org.br/sites/default/files/.../notas_oit_3_559_733.pdf. Acesso em 22/07/2012.

SCHIVARTCHE, F.- São Paulo tenta de novo, tirar crianças dos faróis.- *Folha de São Paulo*, 21/08/2005:C-5

SCHWARTZMAN, C.- Trabalho (Trabalho Inafantil).- *Veja*, edição 1644, ano 33, n15, 12/04/2000, p.145.

VAL M.B; TAMBELLINI, A.T.- A violência do trabalho infantil: aspectos sanitários, políticos, jurídico-legais e sociais – uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(1):113-140,2006.

VARILLAS, W. "La red sobre trabajo infantil peligroso (Red Tip)", *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(4):823-835,2003.



Aparecida Mari Iguti

Dep. Saúde Coletiva, Fac. Ciências Médicas, Unicamp.
Rua Tessália Vieira Camargo, 126,
Campinas, SP
e-mail: iguti@fcm.unicamp.br
Fone: (19) 35219243



Paulo Alves Maia

Fundacentro, Unidade de Campinas
Rua Marcelino Velez, 43,
Campinas, SP.
e-mail: paulo.maia@fundacentro.gov.br
Fone: (19) 32325269

ACESSE NOSSO SITE:

www.revistareacao.com