



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO – VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA – MSC

REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE

**Experiência de mediação no desempenho ocupacional do
adolescente com deficiência e em situação de pobreza**

Chrystiane Maria Veras Pôrto

Fortaleza – CE
Dezembro, 2009

CHRYSTIANE MARIA VERAS PÔRTO

REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE

Experiência de mediação no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza

Dissertação apresentada à banca de examinadores do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza – UNIFOR, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Fátima Luna Pinheiro Landim

Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Marilene Calderaro da Silva Munguba

Fortaleza – CE
2009

P853r Pôrto, Chrystiane Maria Veras.

Reabilitação baseada na comunidade : experiência de mediação no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza / Chrystiane Maria Veras Pôrto. - 2009.

106 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2009.

“Orientação: Profa. Dra. Fátima Luna Pinheiro Landim.”

“Co-Orientação: Profa. Dra. Marilene Calderaro da Silva Munguba.”

1. Terapia ocupacional. 2. Adolescente – Deficiência. 3. Reabilitação.
4. Comunidade. I. Título.

CDU 615.851.3

CHRYSTIANE MARIA VERAS PÔRTO

REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE

Experiência de mediação no desempenho ocupacional do adolescente
com deficiência e em situação de pobreza

Grupo de pesquisa: Cultura e humanização do cuidado em saúde

Linha de pesquisa: Cultura e humanização em saúde

Núcleo temático: Redes sociais e saúde dos grupos

Data de aprovação: 21/12/09

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Fátima Luna Pinheiro Landim - UNIFOR

PRESIDENTE

Prof^a. Dr^a. Fátima Corrêa Oliver - USP

EXMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes – ISC-UFBA

EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Marilyn Kay Nations - UNIFOR

SUPLENTE

Aos meus pais Newton e
Marlene, meu esposo Paulo e
meus filhos Gabriel e Paulo
Victor pelo amor e apoio em
todos os momentos desta e de
outras caminhadas.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

A Deus, por ser a força motriz presente em toda a minha história de vida, e por me fazer acreditar que a nossa existência pressupõe outra infinitamente superior.

AGRADECIMENTOS

Há contributos outros que não podem nem devem deixar de ser realçados. Por essa razão, expresso meus sinceros agradecimentos:

Aos meus pais, Newton e Marlene, que, com muito apoio e carinho, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Ao meu anjo, Paulo, pela paciência e compreensão reveladas, mas, acima de tudo, por seu amor e inestimável apoio familiar.

Aos meus filhos, Gabriel e Paulo Victor, maiores representações de Deus em minha vida, pela compreensão e ternura sempre manifestas.

Aos meus irmãos Newton, Marcos, Samya, Mônica e Aline, pela presença afetiva constante em minha vida.

Ao meu cunhado, Cláudio, pela diagramação e arte final do guia “Adolescer em uma sociedade inclusiva”.

À minha sobrinha e afilhada, Marina, pelas ilustrações do guia “Adolescer em uma sociedade inclusiva”.

Às professoras Dr^a. Fátima Corrêa Oliver e Dr^a. Mônica de Oliveira Nunes que, ao comporem banca de examinadores da dissertação, proporcionaram discussões e sugestões que muito servirão para aprendizado e incentivo à pesquisa.

À professora Dr^a. Fátima Luna, orientadora, a quem admiro pelo exemplo de competência: um muito obrigada pelo saber compartilhado e, principalmente, por sua amizade.

À professora Dr^a. Marilene Munguba, amiga e coorientadora desta dissertação, pelo ‘companheirismo’ e sábias ideias.

Ao corpo docente do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, pela oportunidade de aprendizado, crescimento, realização profissional e pessoal.

À colega Patrícia Collares, pela disponibilidade em compartilhar “saberes” e amizade demonstrada.

Aos colegas de Mestrado, pelos momentos individuais e coletivos de aprendizagem ensejados e excelentes vínculos de amizade criados.

Aos colegas docentes do Curso de Terapia Ocupacional, pelo incentivo e apoio constantes, em especial, à coordenadora, Prof^a. Clênia Régia Sabóia Marinho, pelo apoio incondicional.

Às acadêmicas do Curso de Terapia Ocupacional que estiveram envolvidas nas estratégias de Reabilitação Baseada na Comunidade desenvolvidas durante a pesquisa. E em especial à Michelle de Oliveira Santana, que, sensível àquela realidade, também efetuou pesquisa de campo na área.

Às entidades e instituições parceiras na implantação das estratégias de Reabilitação Baseada na Comunidade.

A todos os adolescentes com deficiência que protagonizaram essa pesquisa e aos demais agentes sociais envolvidos na implantação das estratégias de Reabilitação Baseada na Comunidade.

Ao Núcleo Integrado de Comunicação da UNIFOR, pela revisão da diagramação e arte final do guia “Adolescer em uma sociedade inclusiva”.

Aos funcionários do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva - UNIFOR. Obrigado pelo apoio.

*“A vida é cheia de
oportunidades de ouro
cuidadosamente disfarçadas
de problemas insolúveis”.*

John Gardner

RESUMO

Adolescer implica fazer escolhas e assumir responsabilidades. Vivendo em uma sociedade inclusiva, o adolescente com deficiência pode direcionar suas habilidades físicas, sensório-perceptivas, cognitivas e psicossociais para as atividades educacionais, profissionais, culturais, esportivas e espirituais, que compõem as áreas do desempenho ocupacional. Destarte, defende-se a posição de que o desenvolvimento de um projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) deva ser incrementado no sentido da igualdade de oportunidades dos adolescentes com alguma deficiência. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a estratégia de RBC – como ferramenta de inclusão social – na mediação no desempenho ocupacional de adolescentes com deficiência e em situação de pobreza. Trata-se de pesquisa intervencionista, com ênfase na dimensão qualitativa do fenômeno estudado. A coleta de dados foi realizada por meio de observações participantes, associadas à aplicação de questionário sobre “equipamentos de apoio social” e formulário de “auto-avaliação do desempenho ocupacional”. Ainda, realizou-se grupo focal. A organização dos dados buscou apoio no *software* SPSS 15.0 *for Windows*, bem como na técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Participaram do estudo sete adolescentes com deficiência, sete membros familiares, dez agentes comunitários de saúde, uma educadora e uma líder comunitária, todos residentes em comunidades vinculadas à Secretaria Executiva Regional VI, no Município de Fortaleza-CE, e que estiveram envolvidos na implementação da estratégia de RBC, no período de março a outubro de 2009. Os resultados trouxeram a compreensão das reais condições determinantes da autonomia no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência. Ainda, no discurso coletivo, foi conhecido o fato de que os participantes implicados na dinâmica da RBC podem experimentar uma aprendizagem considerável, que enseja mudança pessoal e coletiva com efeitos no cotidiano da pessoa com deficiência (PCD). Conclui-se que, com o desenvolvimento desta pesquisa, ainda muitos hiatos ficaram. No conjunto da práxis da saúde, todavia, considerou-se que o projeto de RBC implantado na aludida comunidade desponta como estratégia facilitadora da autonomia no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza, promovendo a sua inclusão social.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência; Participação comunitária; Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

Becoming a teenager involves making choices and being responsible. By living in an inclusive society, the disabled teenager can harness their physical, sensory-perceptive, cognitive and psychosocial skills towards educational, professional, cultural, sporting and spiritual activities that comprise the occupational performance areas. Thus, it is supported that the development of a Community-Based Rehabilitation (CBR) should enhance in the sense that there must be equality of opportunities for teenagers with some sort of disability. The goal of this research was to evaluate the strategy of CBR – as social inclusion tool – in the mediation of the occupational performance of impoverished disabled adolescents. It is an interventionist research with emphasis on the qualitative dimension of the phenomenon being studied. Data collection was done through participating observations associated with the administration of a "social support equipment" questionnaire and an "occupational performance self-assessment" form. Besides, a focal group was carried out. The organization of data sought support in the SPSS 15.0 software for Windows, as well as in the collective subject speech technique. Seven disabled teenagers, seven family members, ten health community agents, one educator and one community leader participated in the study, all residents linked to Secretaria Executiva Regional VI (6th Regional Executive Office), in the Municipality of Fortaleza-CE, and whoever were involved in the implementation of the strategy of CBR from March to October, 2009. The results brought the understanding of the real determinant conditions of autonomy in disabled adolescents' occupational performance. Furthermore, through collective speech, it was known that the participants involved in the dynamics of the CBR could experience a sound learning that generates personal and collective change with effects on the routine of people with disabilities (PWD). It is concluded that, with the development of this research there were still many gaps. However, in the whole of the health practice, it was considered that the CBR project deployed in such community stands out as a strategy enabling the autonomy of the occupational performance in adolescents with disabilities and in poverty, thus promoting their social inclusion.

Key-words: Disabled persons; Consumer participation; Occupational Therapy.

LISTA DE FIGURAS

Figura1- Pessoas com deficiência nas macroregiões administrativas e municípios do Estado do Ceará.....	15
Figura 2- Fases de implementação da RBC que nortearam a estrutura de raciocínio da pesquisa.....	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Sexo e diagnóstico dos adolescentes com deficiência na comunidade.....	36
Tabela 2- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de cuidados pessoais.....	37
Tabela 3- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de mobilidade/transferência.....	38
Tabela 4- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de comunicação.....	39
Tabela 5- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de cognição social.....	40
Tabela 6- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de atividades produtivas e/ou profissionais.....	40
Tabela 7- Dados referentes à área do desempenho ocupacional de lazer.....	41
Tabela 8- Dados referentes aos equipamentos educacionais de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	42
Tabela 9- Dados referentes aos equipamentos de saúde de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	44
Tabela 10- Dados referentes ao equipamento associação comunitária de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	47
Tabela 11- Delegacia como equipamento de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	48

Tabela 12- Dados referentes ao equipamento transporte coletivo adaptado de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	49
Tabela 13- Dados referentes aos equipamentos de trabalho ou produtivos de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	51
Tabela 14- Dados referentes aos equipamentos de esporte e lazer de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	53
Tabela 15- Igreja como equipamento de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009.....	55

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Deficiência e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.....	16
1.2 O Contexto da Fase de Adolescer de uma Pessoa com Deficiência.....	17
1.3 Caminhos para uma Reabilitação Baseada na Comunidade	18
1.4 A Trajetória do Saber em Promoção de Pessoas.....	22
2 PERCURSO METODOLOGICO.....	25
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	34
3.1 Inserção na Comunidade e Identificação dos Adolescentes com Deficiência	34
3.2 Conhecimento dos Indicadores.....	37
3.2.1 Levantamento dos Indicadores da Autonomia nas Áreas do Desempenho Ocupacional	37
3.2.2 Levantamento dos Equipamentos Comunitários de Apoio Social	42
3.3 Sensibilização, Mobilização e Monitoramento das Ações.....	57
3.4 Avaliação e Redirecionamento das Ações	60
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	78
ANEXOS.....	101

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no Censo realizado no ano de 2000, 14,5 % da população apresentam alguma deficiência. E dos 24.650.000 brasileiros com deficiência neste período, 53% são pobres, enquanto 27% vivem em situação abaixo da linha de pobreza. (BIELER, 2005). Segundo o Censo de 1991, esse grupo representava apenas 1,14% com a existência de 1,7 milhão de deficientes, mostrando uma evolução considerável desta população no País.

Ainda consoante o Censo de 2000, a região Nordeste desponta com a segunda maior população de pessoas com deficiência (PCD) do País, sendo de 8.025.537, representando 16,8% da população total da região. O Ceará figura como o terceiro Estado com a maior parcela de PCD do Nordeste, com uma população de 1.288.797 PCD distribuída em todas as macrorregiões administrativas (Fig. 1). E, segundo o tipo de deficiência, se percebe, para o Estado do Ceará, maior predomínio de pessoas com deficiências visual (50,79%), motora (21,84%) e auditiva (16,77%) (MACAMBIRA, 2009).

De acordo com o índice socioeconômico apresentado pelo banco de dados do sistema único de saúde (DATASUS, 2008) referente ao ano 2006, a proporção de pobres no Ceará é de 43,74% – aqui considerados pobres aqueles que recebem menos de meio salário mínimo.

Com efeito, as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência precisam evidenciar a compreensão de “deficiência” apoiadas na linguagem unificada e padronizada da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, conhecida como CIF.

Figura 1: Pessoas com deficiência nas macroregiões administrativas e municípios do Estado do Ceará- 2000



Fonte: IBGE – Censo Demográfico - 2000.

Com origem na conjunção de problemas arrazoada, determinou-se como objetivo do estudo: avaliar a estratégia de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) na mediação no desempenho ocupacional de adolescentes com deficiência e em situação de pobreza, como ferramenta de inclusão social.

Entende-se que a relevância da pesquisa se encontra na possibilidade de favorecer a orientação de estratégias em RBC, focando o adolescente com deficiência, investindo na potencialização dos agentes sociais e sensibilizando-os para a RBC. Ressaltem-se, ainda, o suporte teórico-prático para a academia – em especial para os profissionais terapeutas ocupacionais – e os benefícios para as pessoas que têm sua participação na vida cotidiana limitada, bem como para a sociedade em geral inserta neste âmbito.

1.1 Deficiência e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A incapacidade já não é considerada a mera consequência de uma deficiência. O modelo social de incapacidade acentua a consciência de que as barreiras à participação constituem causas muito importantes de deficiência.

Coerente com essa afirmação, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004) sugere que qualquer proposta de reabilitação social deva orientar-se pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que delinea a funcionalidade e a incapacidade relacionadas à saúde, identificando o que uma pessoa ‘pode ou não pode fazer na sua vida diária’, tendo em conta as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente onde vive.

Então, os conceitos apresentados na referida classificação introduzem um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade: “elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação” (FARIAS; BUCHALLA, 2005, P. 190).

Esta visão requer o envolvimento de todos os segmentos sociais, considerando-se os princípios básicos da diversidade, inclusão, equiparação de

oportunidades, autonomia pessoal e solidariedade que devem ser preconizados nas comunidades e na sociedade em geral.

Comunidade aqui é entendida não somente como grupo de pessoas que habitam o mesmo espaço geográfico, mas também como *locus* onde se estabelecem relações, trocam-se experiências, compartilham-se interesses e se promove a cidadania. Sobre o tema, Santos (2004) enfatiza que as comunidades são espaços de convivência em que se buscam a valorização e o compartilhamento de suas pluralidades, privilegiando a sociabilidade e a inserção. E a adolescência desponta como ciclo de vida no qual o contexto comunitário é determinante para a promoção da cidadania.

1.2 O Contexto da Fase de Adolescer de uma Pessoa com Deficiência

A adolescência de uma pessoa com deficiência ocorre de forma semelhante a de outros jovens, excetuando-se algumas particularidades. Assim, percebem-se mudanças nas dimensões biopsicossocial e espiritual.

Sob o aspecto biológico, os hormônios sexuais determinam uma transformação no corpo, mediante mudanças externas e internas. Com o desenvolvimento da sexualidade, o adolescente busca os relacionamentos afetivo-sexuais.

Surge a busca da autoafirmação no grupo e da independência em todos os aspectos. E atitudes socialmente rejeitadas podem ter início: embriaguez, violência, uso de drogas etc.

Adolescer implica fazer escolhas e assumir responsabilidades. Vivendo em uma sociedade inclusiva, o adolescente com deficiência pode direcionar suas habilidades físicas, sensório-perceptivas, cognitivas e psicossociais para atividades educacionais, profissionais, culturais, esportivas e espirituais. Uma escolha essencial ao desenvolvimento inclusivo é a profissional.

Com base nas considerações precedentes, defende-se a posição de que o desenvolvimento de um projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) deva ser incrementado no sentido da igualdade de oportunidades dos adolescentes com alguma deficiência. Isto porque a adolescência, como período do desenvolvimento marcado por alterações rápidas na estrutura do corpo e no

funcionamento psicológico e social, tem seus períodos determinados por aspectos somáticos e pela qualidade da experiência.

Ressalte-se que a mediação desenvolvida neste projeto é um procedimento social de promover a interiorização do entorno do adolescente e ocorre na zona de desenvolvimento proximal (ZDP), definida por Vygotsky como aquela em que as habilidades se encontram em fase de maturação. A mediação ocorre mediante ajuda do adulto ou de uma criança/adolescente mais experiente na área. “Essa ajuda ocorre por intermédio da aplicação dos níveis de ajuda, que são quatro: oferecer instruções, realizar demonstrações, oferecer pistas e dar assistência durante o processo. Quanto menor a ajuda, maior a ZDP da criança” (MUNGUBA, 2008, p.5).

A pesquisa em foco tem como pressuposto o fato de que esse adolescente é constituído na e pela atividade, ao produzir sua forma humana de existência, em uma relação dialética com o social e com a história (OZELLA; AGUIAR, 2008). Nessa concepção, o adolescer é determinado historicamente pelo homem, constituindo-se na cultura e na linguagem que permeia as relações. Daí a importância de se promover a autonomia no desempenho ocupacional¹ do adolescente com deficiência e, conseqüentemente, sua inclusão social.

1.3 Caminhos para uma Reabilitação Baseada na Comunidade

A realidade nacional, como também as realidades locais, de restrição da capacidade de assistência e de respostas às necessidades da população é o que sugere a valorização de uma abordagem operativa que possua alcance em todas as manifestações da diversidade humana, em particular aquelas relacionadas às condições de saúde.

É nesse âmbito que a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) se evidencia como estratégia que prioriza a atenção às necessidades coletivas das pessoas com deficiências em situação de pobreza. Na perspectiva de Bieler (2005, p.01),

¹ Os elementos de composição do desempenho ocupacional são as **áreas de desempenho** (atividade da vida diária, trabalho e atividades produtivas e jogos e atividades de lazer), as quais são determinadas pela integridade nos **componentes de desempenho** (componente sensório-motor, integração cognitiva e componentes cognitivos, habilidades psicossociais e componentes psicológicos) e pelos **contextos de desempenho** (PEDRETTI; EARLY, 2004; NEISTADT; CREPEAU, 2002)

[...] não se trata apenas de postular a inclusão universal como tema de direitos humanos e princípio de equidade, mas também de fazer desta uma abordagem operativa, propondo alternativas para que as capacidades e diversidades da nossa espécie sejam utilizadas em prol de melhores políticas públicas para todos.

O conceito de reabilitação baseada na comunidade surgiu no final da década 1960, coincidindo com a época do aparecimento da atenção sanitária primária (ASP), cujos serviços essenciais – como imunização, assistência materno-infantil, educação sanitária e planejamento familiar – deveriam estar acessíveis para toda a população.

A Organização Mundial da Saúde introduziu oficialmente o conceito de RBC em 1978 na Conferência de Alma Ata, destacando a urgência de abordar o problema da deficiência nos países em desenvolvimento (OMS, 1978). Desde então, diversas organizações governamentais (OG) e não governamentais (ONG) implantam iniciativas em diferentes países, pautando-se nos princípios da divulgação de conhecimentos e habilidades para as pessoas com deficiência (PCD) e suas famílias e valorização da função da comunidade para criar acesso à educação, à formação vocacional e ao trabalho.

Em 1994, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaboraram um “Documento de Posição Conjunta sobre a RBC” para promover um enfoque comum no desenvolvimento de programas de RBC (OMS; UNESCO; OIT; 2004).

Consoante este documento, a RBC constitui estratégia de desenvolvimento comunitário para a reabilitação, a igualdade de oportunidades e a integração social de todas as pessoas com deficiência, por intermédio de esforços combinados das próprias pessoas com deficiência, de suas famílias e comunidades, bem como dos serviços de saúde, educativos, sociais e de caráter laboral, dentre outros correspondentes.

Em uma das referências mais recentes, a RBC é descrita como estratégia que mobiliza e sensibiliza a comunidade, busca pessoas com deficiência, organiza as forças e fraquezas, promove treinamento, realiza seguimento, transfere tecnologia, monitora e avalia as ações (TIROLER, 2007).

Nesta perspectiva, a estratégia tem como um dos objetivos principais assegurar o desenvolvimento das capacidades físicas e mentais das PCD, bem como o seu acesso aos serviços e às oportunidades cotidianas e a sua colaboração ativa dentro da comunidade e da sociedade em geral. E, ainda, visa a estimular às comunidades a promover e proteger os direitos das PCD mediante modificações na comunidade, a exemplo da eliminação de barreiras para a participação.

A RBC, como estratégia de redução da pobreza, promove iniciativas comunitárias que dão ensejo à educação e ao trabalho para jovens e adultos com deficiência e a participação destas pessoas nas atividades comunitárias, conforme os preceitos da Classificação Internacional do Funcionamento, Incapacidade e da Saúde.

É importante mencionar que a metodologia de ação para uma RBC é baseada na institucionalização de procedimentos sistemáticos para desenvolver e dar apoio à capacidade da comunidade, no sentido de promover a reabilitação, a igualdade de oportunidades e a integração de todas as pessoas com deficiências, mediante a sua mobilização, de suas famílias, organizações e comunidades, bem como dos pertinentes serviços governamentais e não governamentais.

A estratégia fundamenta-se, pois, na valorização do potencial humano para a criatividade e a liberdade, respeitando a autonomia e a dignidade de cada um, conforme os preceitos da pedagogia problematizadora norteadas pela filosofia do educador Paulo Freire (2002; 2007). E os aspectos básicos desta metodologia são a educação continuada e a organização da própria comunidade.

Os métodos nacionais para a aplicação da RBC são muito diversos, mas compartilham alguns elementos que contribuem com a manutenção dos programas de RBC. Estes incluem:

- I o apoio no plano nacional mediante políticas, coordenação e atribuição de recursos;
- II o reconhecimento da necessidade de que os programas da RBC tenham como referência os direitos humanos;
- III a vontade da comunidade de responder às necessidades de seus membros com deficiência; e

IV a presença de agentes comunitários motivados.

Há publicações científicas provenientes de países como Portugal, abordando a experiência de Reabilitação na Comunidade (RC), baseada numa metodologia de Desenvolvimento Comunitário Integrado (DCI), com ênfase nos cuidados de saúde primários, relevantes e compreensivos, destinados à população com deficiências (FERRINHO; GONÇALVES, 1997).

No Brasil, o enfrentamento de situações excludentes fortaleceu-se mediante experiências exitosas de reabilitação com suporte na comunidade, como o Programa FUNLAR RIO desenvolvido pela Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, por meio da Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula e vinculada à Secretaria Municipal de Assistência Social – SMAS, dedicando-se à elaboração, articulação e implantação de políticas sociais inclusivas.

Dentre as ações da FUNLAR RIO, destaca-se a Reabilitação Social Baseada na Comunidade – RBC, que desde 1994 atua com 22 equipes multidisciplinares (formadas por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e psicólogos), uma equipe de Esportes, Recreação e Artes e uma Equipe de Supervisão, no levantamento das demandas das pessoas com deficiência e de suas famílias desde o seu local de moradia, nas comunidades da cidade do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO, 2008).

No Município de São Paulo, uma experiência envolvendo profissionais (terapeutas ocupacionais e assistentes sociais) e moradores de determinado território no bairro Jardim d'Abril em torno da proposição da gestão de iniciativa para atenção a crianças e jovens com deficiência – grupo de convivência – desenvolvida no âmbito de projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade, enseja produção científica abordando o assunto (OLIVER et al, 1999; 2004; 2007).

Um amplo debate sobre a RBC foi promovido pela CORDE²/Ministério da Justiça, com o apoio do CVI³/RJ na cidade do Rio de Janeiro, nos dias 27 a 30 de novembro de 1995. Na ocasião, o assunto foi tratado em Câmara Técnica formada por 26 participantes entre representantes de associações de pessoas com

² Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

³ Centro de Vida Independente.

deficiência, e para estas, e especialistas de organismos nacionais e internacionais que estiveram presentes ao DEF'RIO 95⁴. Foram apresentadas experiências realizadas no México, Equador, Egito, bem como iniciativas em andamento no Rio Grande do Norte, Pernambuco e no Rio de Janeiro. Foram destacados os fundamentos da proposta de RBC, caracterizada como uma parceria entre a comunidade e as instituições governamentais e não governamentais para atuarem na integração das pessoas com deficiência, partindo das necessidades e possibilidades locais (MAIOR, 1996).

Limitações e dificuldades à parte, muitos governos reconhecem na RBC uma estratégia eficaz para atender as necessidades das pessoas com deficiência, em particular as que vivem em situação de pobreza. Se a comunidade decide atender às necessidades das pessoas com deficiência, pode empreender a elaboração de um programa de RBC pautado no envolvimento de seus representantes no planejamento, execução e avaliação das estratégias.

1.4 A Trajetória do Saber em Promoção de Pessoas

Determinantes histórico-sociais implicam a existência de contradições entre setores da sociedade, resultando em uma práxis reflexiva, ou seja, na busca da transformação consciente das realidades contextuais. Tais referenciais teórico-práticos atualizam o ideário da Saúde Coletiva no contexto sociopolítico cultural deste século.

A Saúde Coletiva, influenciada pelo pensamento marxista, tende a trabalhar o “social” como categoria histórica, assumindo o conflito como elemento inerente à vida em sociedade e vinculando o seu ideário às lutas democráticas e pelos direitos sociais no Brasil (CARVALHO, 2007).

Nesse sentido, a Terapia Ocupacional Social⁵ surge como área do conhecimento voltada para inclusão social. Some-se a isso a história de formação profissional da pesquisadora – inicialmente, em Serviço Social e, posteriormente, em

⁴ Encontro Íbero-Americano sobre Portadores de Deficiência, Rio de Janeiro, 2005.

⁵ Área de atuação da Terapia Ocupacional mencionada por Malfitano (2007), ao descrever a parceria entre a comunidade e a Universidade, concretizada pelo Programa de Saúde da Família, do Projeto Casarão, do Centro de Cultura e Convivência da Celso Garcia (São Paulo-SP) e do Núcleo da Universidade de São Paulo e da Universidade de São Carlos, do Projeto Metuía.

Terapia Ocupacional – para justificar o interesse por uma teoria da Terapia Ocupacional no campo social e pelo desenvolvimento de pesquisa direcionada às ações sociais em comunidade, mais especificamente às ações junto a pessoas com deficiência (PCD) em situação de pobreza⁶.

Para fortalecer os argumentos do estudo proposto, far-se-á referência aos conceitos de exclusão social, marginalidade, desfiliação, vulnerabilidade, subjetividade, cidadania e “empoderamento”.

Para Galheigo (2006), a subjetividade é expressa por intermédio da práxis humana, sendo uma interação complexa que produz uma singularidade só existente na realidade quando se rejeitam a conformidade, a opressão, a alienação e a identidade constituídas em massa. A autora ainda destaca que o “empoderamento” consiste em um processo no qual as pessoas podem tomar decisões e contemplar novos cursos de ação, por meio dos quais formulam novas reivindicações e percebem outras oportunidades em suas vidas.

Malfitano (2007) aborda o termo exclusão como *status* especial que permite o indivíduo existir na comunidade, porém com privação de certos direitos, sintetizado como não pertença a nenhum lugar social. A autora refere-se, também, ao conceito de vulnerabilidade como acesso ao trabalho precário e fragilidade dos apoios relacionais, e à designação de desfiliação/marginalidade como ausência de trabalho e isolamento relacional.

Foi em março de 2007 que se ouviu falar pela primeira vez em RBC – Reabilitação Baseada na Comunidade. Naquela ocasião, recebeu-se convite para ser facilitadora no I Curso de Reabilitação Baseada na Comunidade para Gestores e Multiplicadores, realizado em Fortaleza-CE.

Conforme escreve Fransen (2006), o terapeuta ocupacional é essencial na RBC. Define-se a Terapia Ocupacional como um campo de conhecimento e intervenção em saúde, educação e ação social, que utiliza tecnologias orientadas

⁶ Situação de desvantagem e desigualdade social determinada pela privação das necessidades básicas e limitação do acesso a bens e serviços. O Banco Mundial estabeleceu como parâmetro para a pobreza mundial o rendimento igual ou inferior a um dólar estadunidense por dia, enquanto que no Brasil é estabelecido meio salário mínimo *per capita* como ponto de corte (BARATA, 2008).

para a emancipação e a autonomia de pessoas com dificuldade temporária ou definitiva de inserção e participação na vida social.

Atuando no sentido de fomentar ações participativas no âmbito individual e coletivo, o terapeuta ocupacional utiliza-se de tecnologia simplificada, porém com elevada resolubilidade. Equipamentos, estratégias, serviços e práticas associadas à atividade podem proporcionar ao indivíduo autonomia nas áreas do desempenho ou performance ocupacional, classificadas como atividades da vida diária, atividades produtivas ou profissionais e atividades de lazer e diversão. Destarte, o desempenho ocupacional refere-se à capacidade de realizar tarefas que possibilitam o desempenho de papéis ocupacionais de maneira apropriada para o estágio do desenvolvimento, cultura e ambiente do indivíduo (PEDRETTI; EARLY, 2004).

Ante as disfunções nos componentes motor, cognitivo, sensório-perceptivo ou psicossocial que comprometem o desempenho ocupacional, a Terapia Ocupacional trabalha no sentido de maximizar esse desempenho da pessoa com deficiência nos diversos contextos ambientais (físico, social e cultural) e temporais do desempenho.

Para a mediação no desempenho ocupacional, adotou-se o aporte teórico da Escola Histórico-Cultural, cujo principal representante é Lev Semenovitch Vygotsky, que enfatiza o papel do meio na formulação do conhecimento.

A contribuição do terapeuta ocupacional se estende ainda para mediar a formação e capacitação de trabalhadores comunitários, pessoas com deficiência, bem como na atenção direta à comunidade, tendo um papel fundamental na reabilitação (OLIVER; ALMEIDA, 2007).

2 PERCURSO METODOLOGICO

Muitas informações sobre as pessoas com deficiência e sua vida em comunidade não podem ser quantificadas e precisam ser interpretadas de forma muito mais ampla do que circunscrita ao simples dado objetivo (TRIVIÑOS, 1992). Assim sendo, optou-se por desenvolver uma pesquisa com predomínio da dimensão qualitativa do fenômeno. Defende-se a idéia de ser essa capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, permitindo a sua compreensão e a explicação de comportamentos (VICTORIA, 2000).

Ressalte-se que a credibilidade dos estudos de pesquisa qualitativa não se baseia apenas na confiabilidade de seus dados e métodos (CRESWELL, 2009; DENZIN; GIARDINA, 2009), mas também na validade de seus achados (SILVERMAN, 2009) – um investimento que impõe dificuldades, mas que é sempre instigante e revelador.

Optou-se por utilizar o desenho intervencionista do tipo pesquisa participante. Nesses moldes, a pesquisa foi realizada no universo natural das pessoas, pondo-se a pesquisadora – como indica a literatura – em contato diário com o fenômeno estudado e coletando dados arrimados na realidade (BASTOS, 2008).

Como pesquisa intervencionista, ocorreu interação entre pesquisadora e membros das situações investigadas, permitindo a observação e registro das ações no momento em que ocorriam, ou seja, uma perspectiva dinâmica do ato de pesquisar (THIOLLENT, 1983).

Ainda, segundo Thiollent (1983), este desenho de pesquisa pode determinar, além da participação, uma forma de ação planejada de caráter social, educacional e técnico das pessoas ou grupos implicados no problema sob observação (IDEM, 2008).

Tendo como base esta modalidade de pesquisa, a técnica fundamentalmente experimentada durante a inserção na comunidade foi a observação participante, que se deu com a implementação das estratégias de RBC.

De acordo com Oliveira (2007, p.81), o facilitador em RBC “deve interagir com o contexto pesquisado [...], estabelecer uma relação direta com os grupos ou pessoas, acompanhando-os em situações informais ou formais e interrogando-os sobre os atos e seus significados por meio de um constante diálogo”. Essa abordagem de articulação dos atos de conhecer e agir contribuiu diretamente para a resolução de problemas de interesse coletivo (BORTEF, 1984; BRANDÃO, 1984; HOLLANDA, 1993).

A metodologia de implementação da RBC assenta-se, pois, no paradigma da pesquisa intervencionista. Seu caráter dialético permitiu que se verificassem as relações de causa e efeito, refletindo acerca dos significados da implementação da RBC para o grupo alvo; entretanto, a lógica emancipatória de estímulo à participação de todos – população e pesquisadores – fez com que os sujeitos envolvidos nesse exercício de cidadania fossem os mesmos a avaliar e transformar realidades adversas (MELLO *et al*, 1998)

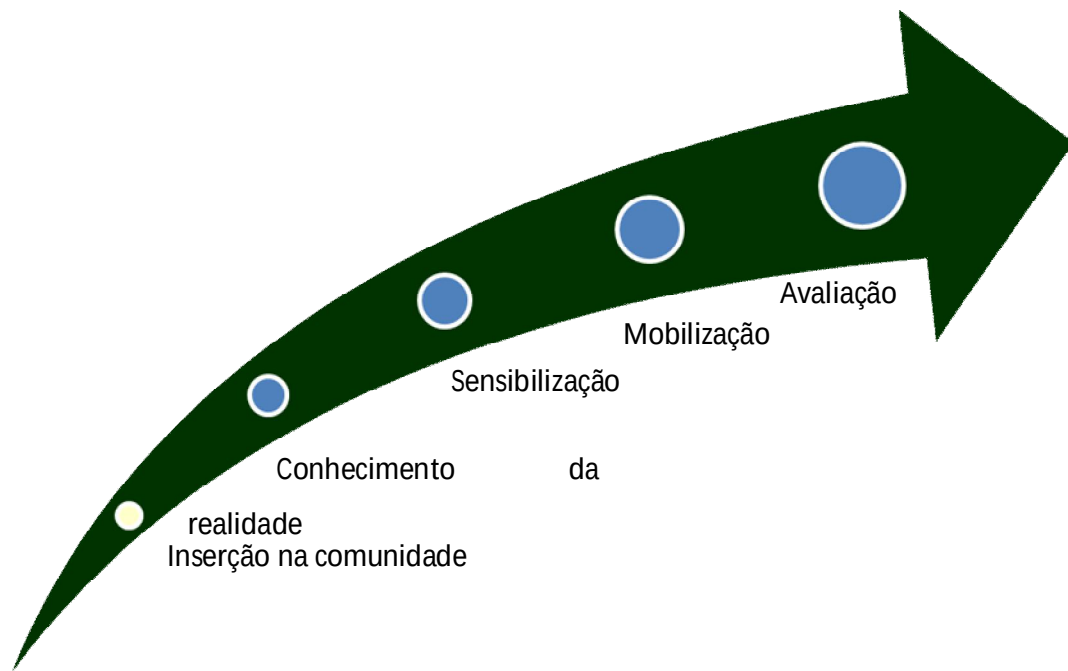
Pode-se dizer do delineamento deste desenho metodológico que ele possibilitou o trânsito contínuo na intervenção, juntamente com a efetivação da pesquisa e a reflexão acerca das experiências realizadas no contexto comunitário.

A metodologia de ação para uma RBC, como já destacado, baseia-se na institucionalização de procedimentos sistemáticos para desenvolver e dar apoio à capacidade da comunidade, promovendo a reabilitação, a igualdade de oportunidades e a integração de todas as pessoas com deficiências, mediante a sua mobilização, de seus membros familiares, organizações e comunidades, e dos pertinentes serviços governamentais e não governamentais.

A estrutura de raciocínio da pesquisa apresentou, pois, aspectos argumentativos e deliberativos, que permearam a exposição dos problemas e, sobremaneira, a leitura e interpretação dos dados registrados. Esse processo deu-se concomitantemente às fases de implementação da RBC (Fig. 2) – a saber: inserção na comunidade, identificação do público-alvo, conhecimento da realidade, sensibilização, mobilização e monitoramento das ações comunitárias, avaliação e

redirecionamento das ações – e teve aplicação ao se definir as novas diretrizes de ação.

Figura 2: Fases de implementação da RBC que nortearam a estrutura de raciocínio da pesquisa



Fonte: dados da pesquisa direta.

A proposição de um roteiro baseado em etapas não foi vista de forma rígida, pois o planejamento dessa modalidade de pesquisa tinha que ser flexível, já que, em cada situação, autora e demais participantes precisaram redefinir suas ações, tendo em vista as estratégias para a RBC. As etapas descritas a seguir foram, portanto, um guia que orientou as atividades de campo.

A exploração do campo de pesquisa (RAMPAZZO, 2004) foi implementada como uma necessidade de conhecer, definindo a área delimitada de trabalho, os interesses e as expectativas das pessoas e grupos envolvidos. Também foi foco o direcionamento a ser dado a um grupo de acadêmicas do curso de Terapia Ocupacional que entrou para apoiar a pesquisadora na aplicação da estratégia da RBC.

Nesta etapa, foi possível, ainda, obter um diagnóstico da situação, a identificação dos problemas prioritários, bem como das eventuais ações. Posteriormente, as observações nesses domínios se intensificaram durante a aplicação das estratégias de RBC.

A inserção na comunidade, com o intuito já de aplicar a RBC, coincide com a coleta dos dados para a pesquisa, e ocorreu no intervalo que vai de março a outubro do ano 2009. A comunidade estudada vincula-se, administrativamente, à Secretaria Executiva Regional VI (SER-VI) do Município de Fortaleza, no Ceará.

Com população estimada em 600 mil habitantes, a SER VI abrange geograficamente 27 bairros, correspondentes a 42% do território de Fortaleza, em cinco dos quais foram desenvolvidas ações – Alagadiço Novo, Curió, Guajeru, Messejana e Lagoa Redonda – com destaque para a área do Parque São Miguel (Anexo C).

O *locus* das intervenções em RBC reproduz o contexto sócio-histórico de conformação de outras comunidades marcadas pelas desigualdades sociais (LANDIM et al, 2006), contendo alguns territórios estabelecidos através de movimentos de mutirão apoiados por instituições financeiras e outros ocupados por força dos movimentos de invasão.

Sendo predominantemente composta por bolsões de pobreza, as comunidades locais surgiram, principalmente, com a parceria entre os governos estadual, municipal e a comunidade para a efetivação dos mutirões habitacionais com vistas a ensejar moradia para pessoas provenientes de áreas de risco ou de regiões acometidas pela seca no Estado.

Figuraram como público-alvo da investigação, principalmente, os adolescentes com alguma deficiência. Além destes, ainda formaram parte nas ações da RBC, sendo incluídos também como fonte de informação os familiares, a liderança comunitária e os agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde da Família da comunidade – todos agentes sociais envolvidos na transformação da realidade social encontrada.

No que tange aos adolescentes com alguma deficiência, participaram aqueles de ambos os gêneros, que atendiam aos critérios de: residir na comunidade eleita para realizar o estudo, ter condição de estabelecer uma interlocução (escrita,

gestual, figurativa ou oral) com a pesquisadora. A elegibilidade (MINAYO, 1994, 2000) deste ciclo de vida aconteceu em virtude da condição de vulnerabilidade social a que o adolescente está exposto, especialmente nas situações de ócio e de violência.

Para identificação desses, optou-se, inicialmente, pela pesquisa documental nos registros das fichas de cadastramento e de acompanhamento domiciliar do referido Centro, conforme o consentimento da Coordenadoria da Instituição (Anexo B). Dada a incompletude desses documentos de registro, a capacitação realizada pela autora junto aos ACS para a identificação da PCD foi essencial para dar início às abordagens na comunidade.

Na abordagem à comunidade, a participação da autora junto ao grupo-alvo foi explicitada dentro da circunstância de investigação. A necessidade era comprometer as pessoas e os grupos implicados com as ações de planejamento da RBC, deliberações de ações e avaliação de suas repercussões.

Coube, ainda, à autora desempenhar um papel ativo no equacionamento dos problemas detectados, bem como acompanhar e avaliar as ações desencadeadas em função desses problemas. Deve, portanto, ficar evidente que sua participação não substituiu a atividade própria aos grupos e suas iniciativas.

O método implicou, assim, uma abordagem em espiral nas fases de planejamento, ação, observação e reflexão, e depois se implementou um novo planejamento da experiência em curso; ou seja, após o levantamento de todas as informações iniciais, autora e participantes estabeleceram os principais objetivos da pesquisa, os quais dizem respeito aos problemas considerados como prioritários, ao campo de observação, aos agentes e ao tipo de ação focalizados na investigação.

O planejamento estratégico foi apresentado à comunidade e discutido, para que, em seguida, fosse conjuntamente elaborado o plano da intervenção no território local. Na medida do possível, os resultados das deliberações foram obtidos por consenso. A ação correspondia ao que precisava ser feito para solucionar determinado problema.

Quando os pontos de vista eram inconciliáveis, as diversas opções eram respeitadas e registradas para futuras discussões. A convicção acerca da necessidade ou da justeza de uma ação amadurecia durante essa dialética de

discussões/deliberação dos grupos envolvidos no estudo.

Como uma das estratégias para o conhecimento da realidade, buscou-se o levantamento dos equipamentos comunitários de apoio social (elementos da rede informal) e dos governamentais (elementos da rede formal), bem como da necessidade de criação e/ou ampliação das modalidades de acesso a esses equipamentos, por meio do *questionário sobre equipamentos de apoio social* (Apêndice A) junto à pessoa com deficiência (uma), componentes familiares (sete), liderança comunitária (uma) e agentes comunitários (dez), totalizando 19 informantes.

Este instrumento de coleta de dados foi elaborado pela pesquisadora. Para ampliar a comunicação entre esta e os informantes acerca do instrumento, optou-se por utilizar a linguagem figurativa como forma de comunicação suplementar nos itens do questionário. Esta opção facilitou a comunicação expressiva e compreensiva no contexto da pesquisa, especialmente na interação com o sujeito surdo.

Para conhecer como as PCD avaliam a sua autonomia nas áreas do desempenho ocupacional, foi utilizado o *formulário de autoavaliação do desempenho ocupacional* (Apêndice B) no qual, após leitura dos itens do inventário de tarefas rotineiras, o informante (07 PCD) tinha que marcar a figura que representava o seu desempenho atual, especificando o uso de ajuda técnica, quando fosse o caso, e, em seguida, fazendo comentários acerca de suas necessidades individuais e coletivas. Adaptou-se este instrumento da Medida de Independência Funcional⁷ – MIF (RIBERTO, s/d, TEIXEIRA, 2003), tendo-se também optado pelo uso da linguagem figurativa para facilitar a comunicação com os sujeitos surdos.

Com o propósito de desenvolver e dar apoio à capacidade da comunidade, esta foi, então, sensibilizada e mobilizada, principalmente por meio de estratégias

⁷ Utilizada no Departamento de Reabilitação da Universidade Estadual de Nova York (FIM-Functional Independence Measure) é um instrumento padronizado de avaliação do grau de independência de pacientes adultos, podendo também ser utilizado em crianças -Wee FIM, a exemplo da Associação de Assistência à Criança Deficiente – AACD no Brasil (TEIXEIRA, 2003).

educativas, comunicativas, técnicas, políticas e de atividades culturais e de convivência.

Para avaliar as repercussões da RBC na percepção dos agentes sociais envolvidos (adolescentes com deficiência, familiares, liderança e agentes comunitários), foi realizado o grupo focal, uma vez que se tinha interesse no controle da discussão, assim como no registro das interações que se estabelecem entre os participantes (TANAKA; MELO, 2001).

A organização do grupo focal (Apêndice C) obedeceu aos critérios de preparação do ambiente, orientações, discussão informal, reflexão e avaliação do processo vivenciado.

Algumas dificuldades foram enfrentadas para se organizar o grupo, culminando com a participação de 11 pessoas, dentre a população-alvo, sendo seis ACS, dois PCD, um familiar, uma liderança comunitária e uma educadora.

Ainda, em virtude da diversidade representada entre os informantes envolvidos no grupo focal (pessoas com deficiência, familiares, liderança comunitária e agentes comunitários), utilizou-se de imagens com fotografias de cenários do cotidiano da comunidade que pudessem suscitar o discurso dos sujeitos com suporte na questão: *Reabilitação Baseada na Comunidade: o que representa (significa) para você?*

Para viabilizar a análise dos discursos, o contexto ambiental do grupo focal foi filmado para o registro de imagens, gestos e movimentos corporais – suplementos para os dados que se provocou – e todos os depoimentos foram gravados e transcritos, exatamente como constam nas gravações, e conforme o consentimento dos participantes (SILVERMAN, 2009).

A organização dos indicadores quantitativos utilizou o *software* SPSS 15.0 *for Windows*. Considerando-se os dados qualitativos, ou seja, de natureza “verbal”, propõe-se a organização na perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005). Nessa, o conjunto de falas individuais extraídas de cada depoimento durante o grupo focal compõe as expressões-chave (ECH) que revelam a essência do conteúdo discursivo (IBID, 2005).

O conteúdo discursivo é analisado à luz da noção de práxis em referência a Jürgen Habermas, que a trata como uma ação alicerçada numa teoria e associada a

uma estratégia, de modo que a pesquisa se tornará a ciência da práxis exercida pelos técnicos no âmago de seu local de investimento⁸ (BARBIER, 2002).

Para o pensamento social de Habermas, a práxis é a técnica de descobrir as relações entre ciência e poder, de evidenciar o sentido da pesquisa e a natureza das necessidades que a ciência satisfaz na sociedade. Assim, o Filósofo alemão propõe a reconstrução do materialismo histórico não só do ponto de vista cognitivo-instrumental, como em sua opinião, teria feito Marx, como também sob o prisma prático-moral (HADDAD, 2003).

Os procedimentos do estudo estiveram de acordo com as Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos que, pela Resolução nº. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, determina os aspectos éticos relacionados às atividades de pesquisas *in anima nobili*. “Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado” (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2007). Destarte, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – COÉTICA, com o parecer nº 070/2009.

A coleta de dados não envolveu riscos para os componentes da amostra. Como dificuldade, previu-se a possibilidade de rejeição parcial ou total das pessoas na pesquisa. A ética foi observada com suporte no esclarecimento da temática e objetivo da pesquisa até o retorno dos benefícios obtidos pelas PCD com a ela. Foram, portanto, observados:

- o termo de consentimento para uso de documentos arquivados - fiel depositário (Anexo A);
- o termo de consentimento livre e esclarecido para os sujeitos da pesquisa (Anexo B);
- a garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos pesquisadores responsáveis para esclarecimento de eventuais dúvidas;

⁸ Na linguagem psicanalítica, **investimento** significa o fato de investir, no sentido de colocar sua energia psíquica em uma atividade, uma relação, um objeto.

- a garantia da retirada de consentimento e a qualquer momento deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo; aos sujeitos;
- o direito de confidencialidade e privacidade aos sujeitos da investigação, no qual as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa, não sendo divulgadas as suas identidades;
- o compromisso de utilização dos dados e o material coletados somente para esta pesquisa;
- o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, hábitos e costumes; e
- o retorno dos benefícios obtidos da pesquisa aos envolvidos na busca.

Além do retorno das informações aos grupos envolvidos (pessoas com deficiência, familiares, lideranças comunitárias, agentes comunitários e instituições), os resultados da pesquisa também deverão ser divulgados em diferentes setores interessados, mediante acordo prévio dos participantes.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Exploradas nas sessões secundárias a seguir, caracteriza como resultados do estudo a descrição das exatas etapas da RBC em implementação.

3.1 Inserção na Comunidade e Identificação dos Adolescentes com Deficiência

Nas duas primeiras etapas de implementação da RBC – inserção na comunidade e identificação dos adolescentes com deficiência – a necessidade foi aproximar-se da comunidade, o que se deu por meio de visitas às lideranças de entidades e instituições com participação reconhecida na promoção de pessoa com deficiência, representadas por centro de saúde, escola, organização não governamental e projetos comunitários.

Junto a estas, levantaram-se informações acerca da identificação da comunidade (nome, história, características); seus principais recursos (pontos fortes); suas necessidades (pontos frágeis); e capacidade perceptiva, ou de identificação, da pessoa com deficiência na comunidade.

Em conformidade com a percepção dos agentes comunitários de saúde (ACS) como destacados agentes sociais na implementação da RBC, um contato com as Equipes de Saúde da Família (ESF) favoreceu acesso a eles. Realizou-se, na ocasião, uma roda de conversa, ensejando identificar, com auxílio do mapa de bairros e SERs de Fortaleza (Anexo C), as microáreas que, integrando a SER VI, possuíam cobertura por ACS. Na ocasião, conduziram-se discussões em que a participação dos ACS favoreceu o conhecimento de sua percepção acerca dos “pontos fortes” e “pontos de fragilidades” da comunidade.

Destacaram-se como pontos fortes, referidos pelos ACS: a localização geográfica; o clima proporcionado pela proximidade com o mar; a vontade que as pessoas manifestavam de vencer os desafios cotidianos; a esperança de melhorias, bem como a perseverança da população no sentido de que estas venham a acontecer.

Como pontos frágeis, os principais destaques foram: a carência de recursos financeiros; a ociosidade da população jovem; a violência; e a “desorganização do espaço físico” – referindo-se os ACS à condição de aglomerado, à irregularidade na demarcação de ruas e na construção das moradias etc. Ainda foram destacadas necessidades relativas à ampliação da oferta de emprego, do número de creches, de unidades de saúde, de vagas no ensino fundamental, além do estabelecimento de escolas que ofertem o ensino médio e profissionalizante para os jovens.

O educador Paulo Freire é considerado um símbolo do desenvolvimento do trabalho com suporte nos saberes populares, trazendo para a arena aquele para a qual as ações são direcionadas e pensadas no contexto das diferentes intervenções (MALFITANO, 2007).

Prerrogativas da RBC, as ações dos ACS no contexto comunitário foram, semanalmente, acompanhadas por facilitadora da estratégia, com o intuito de certificar-se das demandas apresentadas pela comunidade, atentando para o tipo de encaminhamento conduzido.

Essa etapa de implementação favoreceu também identificar o desconhecimento, por parte dos ACS, acerca dos parâmetros para identificação de uma pessoa com deficiência. Possivelmente, esse fato esteja relacionado com a inexistência de registros indicativos desse público nas Fichas de Cadastramento e de Acompanhamento Domiciliar do Centro de Saúde da Família da comunidade.

Em decorrência, ficou caracterizada a primeira demanda, considerando o propósito de implementação da RBC; ou seja, havia a necessidade que os ACS conseguissem identificar a PCD, indicando os domicílios para a realização das visitas domiciliárias (VD); e, para tanto, realizou-se a sensibilização e capacitação desses profissionais – que será descrita no item 3.3 deste capítulo (ver projeto, Apêndice D).

Com a capacitação, os ACS passaram a identificar, sem equívocos, os adolescentes com deficiência, mediante os indicadores informados durante a capacitação e vivenciados na “oficina de vivência em condições limitantes do cotidiano”, quando estes foram submetidos a privações sensoriais e de limitação na mobilidade funcional. Também o desenvolvimento dessa oficina será explicitado no item 3.3.

Feita a identificação, com o acompanhamento do ACS, realizaram-se visitas domiciliárias. Mesmo quando cogitada, ou constatada existência de PCD, não foram efetivadas visitas em residências instaladas em microáreas da comunidade que não possuíam cobertura do ACS. Esse fato teve implicação no quantitativo de adolescentes com deficiência identificados, mas se tratava, principalmente, de uma medida de segurança, uma vez que se lidava com áreas referidas pelo elevado índice de violência.

Ainda em relação à violência dentro da comunidade, mesmo dos adolescentes identificados como PCD, em muitos casos, não se podia acessar as residências, ou estes não podiam se deslocar quando solicitados pelas etapas características à aplicação da RBC.

Finalmente, dentre todos os que correspondiam aos critérios de inclusão como população-alvo do estudo, sete tiveram participação sistemática nas etapas de RBC. Como forma de melhor caracterizar essa população-alvo do estudo, destaquem-se o sexo e o diagnóstico de cada um dos adolescentes com deficiência que sistematicamente participaram da estratégia de RBC na comunidade.

Tabela 1: Sexo e diagnóstico dos adolescentes com deficiência na comunidade (n=7)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	3	42,9
Masculino	4	57,1
Diagnóstico		
Sem diagnóstico	1	14,3
Deficiência intelectual	2	28,6
Surdez	2	28,6
Deficiência visual	1	14,3
Deficiência física	1	14,3

Fonte: dados da pesquisa direta.

Na realidade dessa amostra, há discreto predomínio do sexo masculino entre os adolescentes, e, ainda, os tipos de deficiência mais frequentes são a surdez e a deficiência intelectual, com dois cada qual.

Na maioria das famílias, as visitas domiciliárias foram previamente marcadas, enquanto em outras a receptividade dispensava agendamentos. No contexto familiar, era que se dava o acesso a PCD, ao tempo em que se iniciavam as estratégias de RBC.

3.2 Conhecimento dos Indicadores

Caracterizam a terceira etapa da aplicação da RBC: 1) o levantamento dos indicadores da autonomia para as áreas do desempenho ocupacional (atividades da vida diária, atividades produtivas/profissionais e atividades de lazer); e 2) o levantamento dos equipamentos comunitários de apoio social (elementos da rede informal) e dos governamentais (elementos da rede formal), bem como da necessidade de criação e/ou ampliação das modalidades de acesso a esses equipamentos.

3.2.1 Levantamento dos Indicadores da Autonomia nas Áreas do Desempenho Ocupacional

Os indicadores da autonomia para as áreas do desempenho ocupacional foram delineados, conforme especificado na metodologia, por meio da auto-avaliação de sete PCD, subsidiada pelo *formulário de autoavaliação do desempenho ocupacional*.

Passa-se, então, a analisar os dados acerca da área de cuidados pessoais que inclui: alimentação, cuidado com a aparência, banho, vestuário e asseio.

Tabela 2: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de cuidados pessoais (n=7)

Variáveis	n	%
Cuidados pessoais		
Cuidados pessoais: alimentação		
Independente	6	85,7
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	0	0,0
Cuidados pessoais: cuidado com aparência		
Independente	3	42,9
Supervisão/assistência	2	28,6
Dependente	2	28,6
Cuidados pessoais: banho		
Independente	4	57,1
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	2	28,6
Cuidados pessoais: vestuário		
Independente	5	71,4
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	1	14,3
Cuidados pessoais: asseio		
Independente	4	57,1
Supervisão/assistência	0	0,0
Dependente	3	42,9

Fonte: dados da pesquisa direta.

Os dados revelam que seis dos adolescentes com deficiência envolvidos no estudo são independentes para alimentação o que, de acordo as orientações para utilização da Medida de Independência Funcional – MIF, significa que estes comem alimentos de qualquer consistência, bebem de uma xícara ou copo, usam colher ou garfo para levar a comida à boca, mastigam e engolem. Nenhum adolescente revelou ser dependente nesta área.

O cuidado com aparência inclui higiene bucal, arranjo do cabelo, lavagem do rosto e das mãos, barbear-se ou maquiar-se. E, nesta atividade, dois indicaram ser dependentes, o que significa que executam menos de 25% das tarefas e com ajuda.

Para o banho, que inclui lavar e secar o corpo do pescoço para baixo (excluindo as costas) na banheira, no chuveiro ou na cama (com esponja), dois são dependentes. Isto significa que executam menos de 25% das tarefas e com ajuda.

Nas tarefas de vestuário, cinco revelaram ser independentes, pois vestem-se e despem-se, buscando obter roupas do armário e gavetas, manejam peças e acessórios do vestuário.

Para o asseio, quatro dos adolescentes são independentes na manutenção da higiene na região perineal.

Aqui estão tabuladas as características mais evidentes de desempenho da tarefa. E os dados de avaliação analisados direcionam as estratégias para o desenvolvimento da autonomia do adolescente com deficiência.

A tabela seguinte traz informações sobre o desempenho ocupacional na área de mobilidade/transferência (NEISTADT, CREPEAU, 2002; TROMBLY; RADOMSKI, 2005), sinalizando a necessidade de estratégias que facilitem a autonomia nesta área.

Tabela 3: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de mobilidade/transferência (n=7)

Variáveis	n	%
Mobilidade/transferência		
Mobilidade/transferência: mobilidade funcional (locomoção: caminha, cadeira de rodas)		
Independente	5	71,4
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	1	14,3
Mobilidade/transferência: transferências (cama, cadeira, cadeira de rodas)		
Independente	6	85,7
Supervisão/assistência	0	0,0

Variáveis	n	%
Mobilidade/transferência: vaso sanitário		
Independente	6	85,7
Supervisão/assistência	0	0,0
Dependente	1	14,3
Mobilidade/transferência: chuveiro/área de banho		
Independente	5	71,4
Supervisão/assistência	0	0,0
Dependente	2	28,6
Mobilidade/transferência: mobilidade comunitária		
Independente	1	14,3
Supervisão/assistência	3	42,9
Dependente	3	42,9

Fonte: dados da pesquisa direta.

Para mobilidade funcional – capacidade de locomover-se com ou sem auxílio técnico, no nos espaços, observa-se que um é dependente, executando menos de 25% das tarefas e com ajuda.

Nas mobilidade/transferência para cama, cadeira, cadeira de rodas e vaso sanitário, um também é dependente, realizando menos de 25% das tarefas e com ajuda.

Para entrar ou sair de uma área de banho, dois são dependentes. Ressalta-se aqui a importância de, muitas vezes, modificar o ambiente ou a tarefa do banho, adaptando-a de acordo com as necessidades da PCD.

Quanto à mobilidade comunitária – capacidade de se orientar, espacialmente, no ambiente comunitário, verifica-se que três são dependentes.

Passa-se, então, à análise da tabela sobre os dados referentes à área da comunicação.

Tabela 4: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de comunicação (n=7)

Variáveis	n	%
Comunicação		
Comunicação: compreensão		
Independente	3	42,9
Supervisão/assistência	3	42,9
Dependente	1	14,3
Comunicação: expressão		
Independente	2	28,6
Supervisão/assistência	3	42,9
Dependente	2	28,6

Fonte: dados da pesquisa direta.

Denota-se que para a capacidade de entender uma comunicação sonora ou visual – escrita, signos, gestos, um é dependente, porém, para exprimir linguagem oral ou não com clareza, dois são dependentes.

Há de se considerar aqui que os dados expressos são determinados, principalmente, pela ausência do contato dos adolescentes surdos integrantes do grupo com a cultura surda, o que facilitaria a utilização da Língua Brasileira de Sinais e a mediação de um intérprete para a comunicação com o ouvinte.

A tabela a seguir retrata a área da cognição social, que envolve o desempenho na participação e acompanhamento de outros em situações sociais, as habilidades para resolver problemas e a memória.

Tabela 5: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de cognição social (n=7)

Variáveis	n	%
Cognição social		
Cognição social – interação social		
Independente	4	57,1
Supervisão/assistência	3	42,9
Dependente	0	0,0
Cognição social: solução de problemas		
Independente	1	14,3
Supervisão/assistência	5	71,4
Dependente	1	14,3
Cognição social: memória		
Independente	6	85,7
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Verifica-se que quatro são independentes para a interação social, enquanto apenas um o é para a resolução de problemas, e seis têm a capacidade de guardar e recuperar a informação.

Estas funções, assim como a habilidade de comunicação, são essenciais ao processo de inclusão e, portanto, tornam-se foco da estratégia RBC.

Tabela 6: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de atividades produtivas e/ou profissionais (n=7)

Variáveis	n	%
Atividades produtivas e/ou profissionais		
Atividades produtivas e/ou profissionais: administração da casa		
Independente	4	57,1
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	2	28,6

Variáveis	n	%
Independente	2	28,6
Supervisão/assistência	2	28,6
Dependente	3	42,9
Atividades produtivas e/ou profissionais: atividades educacionais		
Independente	1	14,3
Supervisão/assistência	3	42,9
Dependente	3	42,9
Atividades produtivas e/ou profissionais: atividades vocacionais		
Independente	0	0,0
Supervisão/assistência	1	14,3
Dependente	6	85,7

Fonte: dados da pesquisa direta.

Nesta tabela, percebe-se que há significativo índice de dependência para as atividades produtivas e/ou profissionais, porquanto dois são dependentes para administração da casa, três para o cuidado com outras pessoas, três para as atividades educacionais e seis para as atividades vocacionais.

Estes resultados refletem, principalmente, na dinâmica de inclusão no mundo do trabalho.

A tabela seguinte evidencia a participação da PCD em jogos, brincadeiras e diversão.

Tabela 7: Dados referentes à área do desempenho ocupacional de lazer (n=7)

Variáveis	n	%
Lazer		
Lazer: participação (jogos, brincadeiras e diversão)		
Independente	4	57,1
Supervisão/assistência	0	0,0
Dependente	3	42,9

Fonte: dados da pesquisa direta.

Constatam-se aqui, as restrições impostas para o lazer e a brincadeira, visto que três dos adolescentes são dependentes para esta atividade.

O lazer e a brincadeira são influenciados por elementos no ambiente. Os fatores que promovem a brincadeira “englobaram a disponibilidade de objetos e pessoas, a ausência de estresse, a novidade e as oportunidades para fazer escolhas” (NEISTADT; CREPEAU, 2002, p.357).

Os registros do diário de campo constituem importante referência na constatação da aprendizagem do adolescente com deficiência para o desempenho rotineiro, tendo possibilitado a verificação de nível de independência, aumentado após o início da mediação nas estratégias de RBC, principalmente para os cuidados pessoais, comunicação, atividades produtivas e profissionais.

3.2.2 Levantamento dos Equipamentos Comunitários de Apoio Social

Diferente da fase anterior, em que as PCD se avaliam, no momento seguinte são ouvidos todos os que diretamente se encontram envolvidos na inclusão dessas pessoas. O levantamento dos equipamentos comunitários de apoio social e governamental, bem como da necessidade de criação e/ou ampliação das modalidades de acesso, foi feito junto a pessoas com deficiência, seus familiares, lideranças comunitárias e agentes comunitários, totalizando 19 informantes. Utilizando o *questionário sobre equipamentos de apoio social*, conforme descrito na metodologia, chegou-se aos dados dispostos a seguir.

Tabela 8: Dados referentes aos equipamentos educacionais de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Creche		
Há creche na comunidade		
Sim	5	26,3
Não	13	68,4
Não sabe informar	1	5,3
Utiliza creche		
Sim	3	15,8
Não	10	52,6
Não respondeu	6	31,6
Gostaria de utilizar creche		
Sim	10	52,6
Não	4	21,1
Não respondeu	5	26,3
Necessidade de criação/ampliação de creche		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	2	10,5
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0
Escola		
Há escola na comunidade		
Sim	13	68,4
Não	6	31,6
Não sabe informar	0	0,0
Utiliza escola		
Sim	10	52,6
Não	8	42,1
Não respondeu	1	5,3
Gostaria de utilizar escola		
Sim	13	68,4

Variáveis	n	%
Não respondeu	5	26,3
Necessidade de criação/ampliação de escola		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	2	10,5
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0
Faculdade		
Há faculdade na comunidade		
Sim	1	5,3
Não	18	94,7
Não sabe informar	0	0,0
Utiliza faculdade		
Sim	1	5,3
Não	14	73,7
Não respondeu	4	21,1
Gostaria de utilizar faculdade		
Sim	10	52,6
Não	4	21,1
Não respondeu	5	26,3
Necessidade de criação/ampliação de faculdade		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	2	10,5
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Apesar do surgimento de novas políticas e estratégias de inclusão educacional, verifica-se na tabela a incompatibilidade nos dados quantitativos referentes à existência dos equipamentos educacionais, à sua utilização, ao interesse de utilização e à necessidade de criação/ampliação.

Tomando-se como exemplo a creche, dos 19 informantes, 26,3% referiram a sua existência na comunidade, 15,8% disseram utilizá-la, 52,6% informaram que gostariam de utilizar/continuar utilizando e 89,5% apontaram haver muita necessidade de criação/ampliação deste equipamento.

O mesmo antagonismo se identificou com a variável escola, cuja existência foi reconhecida por 68,4% dos informantes, sendo que apenas 52,6% a utilizam, 68,4% gostariam de utilizá-la/continuar utilizando-a e 89,5% referem ser muito necessária a criação/ampliação desta instituição na comunidade.

A disparidade se revela maior quando se analisam os dados referentes à variável faculdade, pois somente 5,3% informantes identificam a sua existência na comunidade, 5,3% afirma utilizá-la, 52,6% gostariam de utilizá-la/continuar utilizando-a e 89,5% apontam haver muita necessidade de criação/ampliação de faculdade.

Sabe-se que a inclusão educacional (MANTOAN, 1997; 2008; MUNGUBA, 2007) de pessoas com deficiência vem sendo implementada no Brasil há pouco tempo e que esse processo desafia todos os sistemas educacionais, públicos e privados, em todas as modalidades.

No contexto comunitário investigado, verifica-se que o acesso a esse espaço – o educacional – encontra-se limitado, não somente à PCD, mas à população em geral, conforme os dados quantitativos obtidos de informantes das categorias PCD, familiar, ACS e liderança comunitária. Estes dados podem ainda ser ratificados por discursos emergidos durante as observações participantes e anotados em diário de campo:

“Minha filha está fora da escola porque sente bastante dificuldade no aprendizado.” (Familiar).

“Meu neto estudou há alguns anos atrás no Instituto dos Surdos, mas devido a distância e dificuldade de tirar a documentação para o vale transporte, ele deixou a escola. Depois estudou numa escola municipal da comunidade, mas essa escola não tava preparada para receber ele e não dava conta, pois a turma era numerosa e os professores não tinham capacitação”. (Familiar).

Desafio posto, os trabalhadores da RBC devem propor um modo de se constituir o equipamento educacional que considere as necessidades de todos os alunos e que seja estruturado em virtude de suas necessidades, não se limitando a ajudar somente aqueles com dificuldades na escola, mas apoiando a todos: professores, alunos, pessoal administrativo, para o sucesso na corrente educativa geral (MANTOAN, 1997).

Os equipamentos de saúde que figuram como importantes cenários para a implantação das políticas públicas estão apresentados na seguinte tabela:

Tabela 9: Dados referentes aos equipamentos de saúde de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Centro de saúde		
Há centro de saúde na comunidade		
Sim	5	26,3
Não	14	73,7
Não sabe informar	0	0,0
Utiliza centro de saúde		
Sim	6	31,6
Não	9	47,4
Não respondeu	4	21,1
Gostaria de utilizar centro de saúde		

Variáveis	n	%
Não	0	0,0
Não respondeu	7	36,8
Necessidade de criação/ampliação de centro de saúde		
Nenhuma	1	5,3
Pouca	0	0,0
Muita	18	94,7
Não respondeu	0	0,0
Hospital		
Há hospital na comunidade		
Sim	11	57,9
Não	8	42,1
Não sabe informar	0	0,0
Utiliza hospital		
Sim	10	52,6
Não	8	42,1
Não respondeu	1	5,3
Gostaria de utilizar hospital		
Sim	10	52,6
Não	0	0,0
Não respondeu	9	47,4
Necessidade de criação/ampliação de hospital		
Nenhuma	3	15,8
Pouca	0	0,0
Muita	16	84,2
Não respondeu	0	0,0
Clínica de reabilitação		
Há clínica de reabilitação na comunidade		
Sim	0	0,0
Não	19	100,0
Não sabe informar	0	0,0
Utiliza clínica de reabilitação		
Sim	0	0,0
Não	13	68,4
Não respondeu	6	31,6
Gostaria de utilizar clínica de reabilitação		
Sim	14	73,7
Não	1	5,3
Não respondeu	4	21,1
Necessidade de criação/ampliação de clínica de reabilitação		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	2	10,5
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Os dados evidenciam que a população investigada se vê diante de apelos relativos aos equipamentos de saúde e de prevenção da doença, pois apenas 26,3% dos 19 informantes revelam haver centro de saúde na comunidade e, somente 31,6% referem utilizar este equipamento, enquanto 63,2% dizem que gostariam de utilizá-lo/continuar utilizando-o e 94,7% apontam haver muita necessidade de criação/ampliação deste.

Constata-se o agravamento desta situação mediante discursos reveladores da desconsideração da existência de centro de saúde na comunidade de moradia quando este se localiza em área de conflito interno entre moradores, em consequência da disputa de “gângues” pelo domínio do tráfico de drogas.

“Tem um posto, mas a gente não pode andar por lá não por causa das disputas entre as gângues”. (Familiar).

“Doutora, hoje a gente não pode ir fazer a visita domiciliar agendada, porque ontem mataram dois lá e a área tá em conflito. Tá muito perigoso!”. (ACS).

Na tabela, ainda se verifica que 57,9% dos informantes reconhecem a existência de hospital na comunidade, sendo que 52,6% o utilizam e 52,6% gostariam de utilizá-lo/continuar utilizando-o e 84,2% ainda afirmam ser muito necessária a sua criação/ampliação.

Constata-se, ainda, a ausência de centros de reabilitação, quando 100% afirmam não haver este equipamento na comunidade; 73,7% gostariam de utilizá-lo; e 89,5% ressaltam haver muita necessidade de sua criação/ampliação.

Ante os desafios relativos às necessidades sociais em saúde desta população, se reconhece a urgência de estratégias de RBC que implementem políticas de prevenção e proteção à saúde, visando à garantia dos direitos do cidadão.

Concorda-se com Luz (2007), ao dizer que

O campo da Saúde Coletiva compreende os sistemas de saúde, a elaboração e implementação de políticas, a construção de modelos de atenção à saúde; a produção de conhecimento relativo aos processos saúde-doença-intervenção e a produção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. (P. 30).

Com base nestas reflexões, identifica-se a necessidade de transformar as ações em saúde em práxis, objeto de elucidação, de caráter reflexivo e emancipador (HABERMAS, 2008).

Conforme exposto, há de se reconhecer que a RBC, como estratégia para ampliar e viabilizar a cobertura de atenção às PCD – com arrimo nas necessidades identificadas pela comunidade – deve ser executada em conjunto com os setores governamentais e não governamentais. E, ainda, é fundamental que o planejamento e aplicação da RBC se realize em colaboração com as PCD e seus representantes –

as entidades representativas – para que esta se consolide como estratégia capaz de apontar as necessidades das PCD no seio da comunidade.

Um dos equipamentos de relevância na (e para) comunidade é a associação comunitária, avaliado na tabela a seguir.

Tabela 10: Dados referentes ao equipamento associação comunitária de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Associação comunitária		
Há associação comunitária na comunidade		
Sim	9	47,4
Não	6	31,6
Não sabe informar	4	21,1
Utiliza associação comunitária		
Sim	4	21,1
Não	10	52,6
Não respondeu	5	26,3
Gostaria de utilizar associação comunitária		
Sim	11	57,9
Não	1	5,3
Não respondeu	7	36,8
Necessidade de criação/ampliação de associação comunitária		
Nenhuma	3	15,8
Pouca	4	21,1
Muita	11	57,9
Não respondeu	1	5,3

Fonte: dados da pesquisa direta.

Ressalta-se, nesta tabela, a discordância entre o quantitativo de 47,9% dos informantes que admitem existir associação comunitária, enquanto somente 21,1% referem utilizá-la, 57,9% indicam que gostariam de utilizá-la/continuar utilizando-a, e 57,9% relatam haver muita necessidade de criação/ampliação deste equipamento.

Há que se trazer para a análise o fato de que a constituição da cidadania plena, enfocando uma política social de direitos, requer a participação da sociedade na implantação e operacionalização dos programas sociais, configurando a associações comunitárias equipamentos essenciais de sensibilização e mobilização daqueles que poderão ser agentes sociais da estratégia de RBC.

Estudo de Malfitano (2007) mostra que a participação popular é a força motriz que pode ensejar políticas, não apenas de caráter compensatório, mas que se desdobrem para a ampliação de direitos:

É a organização e participação popular que nos permitem falar em sociedade civil emergente, na qual as relações sociais são mediadas pelo reconhecimento de direitos e interesses, e que abrem brechas para a construção de espaços públicos nos quais o conflito seja legitimado e as medidas de equidade e justiça permeiem um debate constante. (P.49).

Destarte, sendo a RBC uma estratégia obrigatoriamente participativa, para que seus projetos sejam executados, além do envolvimento comunitário, são imprescindíveis recursos humanos da comunidade capacitados com o apoio de profissionais e recursos financeiros oriundos de verbas designadas ao desenvolvimento social. Igualmente, a RBC pressupõe participação democrática e voz ativa da comunidade, das PCD e de suas famílias.

Os dados da tabela seguinte evidenciam que há incompatibilidade também entre a existência de delegacia e a necessidade de criação/ampliação deste equipamento social.

Tabela 11: Delegacia como equipamento de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Delegacia		
Há delegacia na comunidade		
Sim	3	15,8
Não	15	78,9
Não sabe informar	1	5,3
Utiliza delegacia		
Sim	3	15,8
Não	9	47,4
Não respondeu	7	36,8
Gostaria de utilizar delegacia		
Sim	13	68,4
Não	1	5,3
Não respondeu	5	26,3
Necessidade de criação/ampliação de delegacia		
Nenhuma	1	5,3
Pouca	1	5,3
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Verifica-se, nesta tabela, que 15,8% dos informantes indicam a existência de delegacia na comunidade e também 15,8% referem utilizá-la; porém, 68,4% informam que gostariam de utilizar/continuar utilizando esse equipamento e 89,5% reconhecem haver muita necessidade de sua criação/ampliação.

Dissertar sobre o sistema de segurança pública, na perspectiva da saúde pública, remete, sobretudo, para o fenômeno da violência. A saúde, como objeto de

alta complexidade e campo interdisciplinar dinâmico, requer transformações econômicas, sociais e políticas que produzam padrões saudáveis de existência (LUZ, 2007). O aumento da violência, portanto, não pode ser aclarado somente pelas dificuldades econômicas, mas, principalmente, pela desvalorização da vida, que resulta na exclusão da escola, do emprego, do esporte, do lazer e do convívio familiar. E, numa reflexão trazida em Rigotto (2008), a incorporação da política neoliberal do “Estado mínimo” conduz os países subdesenvolvidos e em desenvolvimento a “reduzir os gastos com as políticas públicas, privatizar serviços, enxugar quadro de servidores, comprometendo seriamente o desempenho do papel regulador, mediador e fiscalizador do Estado na proteção dos cidadãos.”

Depoimentos reveladores desta conjuntura foram anotados em diário de campo:

“A polícia botou ele pro muro e ia tacar o revólver na cabeça dele (adolescente com surdez). Aí, umas moças que tavam perto falaram que ele não falava e nem ouvia. Aí, deixaram ele ir pra casa” (Familiar).

Sabendo-se que a estratégia de RBC prevê mobilizar todos os segmentos de uma comunidade, fazendo-os integrar a outros setores sociais, sugere-se uma capacitação dos profissionais responsáveis pela segurança pública do entorno, passando, assim, a colaborar com a inclusão social das PCD: conhecendo seus direitos e inibindo práticas discriminatórias.

No que concerne ao equipamento transporte coletivo adaptado, a percepção dos informantes ganha evidência na tabela que segue:

Tabela 12: Dados referentes ao equipamento transporte coletivo adaptado de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Transporte coletivo adaptado		
Há transporte coletivo adaptado na comunidade		
Sim	6	31,6
Não	12	63,2
Não sabe informar	1	5,3
Utiliza transporte coletivo adaptado		
Sim	6	31,6
Não	7	36,8
Não respondeu	6	31,6
Gostaria de utilizar transporte coletivo adaptado		
Sim	10	52,6
Não	1	5,3
Não respondeu	8	42,1
Necessidade de criação/ampliação de transporte coletivo adaptado		

Variáveis	n	%
Pouca	1	5,3
Muita	18	94,7
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Verifica-se que é muito necessária a ampliação do equipamento transporte coletivo adaptado, pois 94,7% dos informantes a revelam, enquanto apenas 31,6% indicam sua existência na comunidade e 52,6% gostariam de utilizá-lo/continuar utilizando-o.

Em conformidade com a legislação federal, por meio do Decreto nº 5.296/2004, a acessibilidade nos espaços urbanos e edificações de uso público ou de uso coletivo deve ser garantida (BRASIL, 2005; 2007). E, com base neste Decreto, as Normas Técnicas de Acessibilidade – NBR passam a regulamentar a acessibilidade no transporte coletivo.

Esses dispositivos legais podem facilitar tanto a mobilidade funcional quanto a mobilidade comunitária, uma vez que modificações estruturais para acessibilidade no equipamento de transporte eliminam barreiras que impedem a locomoção da PCD e material informativo, tais como mapas de ruas e de linhas de serviço de transporte coletivo, afixados em pontos estratégicos, suprimem ou minimizam as dificuldades para orientação nos espaços comunitários.

Por outro lado, a gratuidade implantada nos transportes coletivos para PCD, em virtude de incentivos fiscais oferecidos pelo Governo do Estado do Ceará, já sinaliza o rompimento do entrave econômico no acesso aos espaços de saúde, educacionais, de trabalho e de lazer.

Ainda há, entretanto, muito que conquistar no âmbito da acessibilidade, pois eliminar barreiras estruturais e atitudinais é tratar as diferenças, sem discriminar, por meio de soluções inclusivas que possibilitem a participação ativa da PCD na vida da sociedade.

De maneira a demonstrar a situação do mundo do trabalho na comunidade investigada, apresenta-se a tabela a seguir, conforme dados obtidos juntos aos informantes:

Tabela 13: Dados referentes aos equipamentos de trabalho ou produtivos de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Oficina profissionalizante		
Há oficina profissionalizante na comunidade		
Sim	0	0,0
Não	16	84,2
Não sabe informar	3	15,8
Utiliza oficina profissionalizante		
Sim	1	5,3
Não	11	57,9
Não respondeu	7	36,8
Gostaria de utilizar oficina profissionalizante		
Sim	14	73,7
Não	5	26,3
Não respondeu	0	0,0
Necessidade de criação/ampliação de oficina profissionalizante		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	0	0,0
Muita	19	100,0
Não respondeu	0	0,0
Comércio		
Há comércio na comunidade		
Sim	17	89,5
Não	1	5,3
Não sabe informar	1	5,3
Utiliza comércio		
Sim	16	84,2
Não	2	10,5
Não respondeu	1	5,3
Gostaria de utilizar comércio		
Sim	12	63,2
Não	0	0,0
Não respondeu	7	36,8
Necessidade de criação/ampliação de comércio		
Nenhuma	5	26,3
Pouca	5	26,3
Muita	7	36,8
Não respondeu	2	10,5
Indústria		
Há indústria na comunidade		
Sim	12	63,2
Não	5	26,3
Não sabe informar	2	10,5
Utiliza indústria		
Sim	5	26,3
Não	10	52,6
Não respondeu	4	21,1
Gostaria de utilizar indústria		
Sim	9	47,4
Não	2	10,5
Não respondeu	8	42,1
Necessidade de criação/ampliação de indústria		
Nenhuma	4	21,1
Pouca	4	21,1
Muita	9	47,4

Variáveis	n	%
Empresa		
Há empresa na comunidade		
Sim	12	63,2
Não	4	21,1
Não sabe informar	3	15,8
Utiliza empresa		
Sim	8	42,1
Não	8	42,1
Não respondeu	3	15,8
Gostaria de utilizar empresa		
Sim	9	47,4
Não	2	10,5
Não respondeu	8	42,1
Necessidade de criação/ampliação de empresa		
Nenhuma	4	21,1
Pouca	4	21,1
Muita	10	52,6
Não respondeu	1	5,3

Fonte: dados da pesquisa direta.

Ao se analisar os resultados expressos nesta tabela, constata-se o hiato no contexto da profissionalização, visto que 84,2% dos informantes revelam não haver oficinas profissionalizantes na comunidade, 73,7% indicam que gostariam de utilizá-la/continuar utilizando-a e 100% referem ser necessária a sua criação/ampliação na comunidade.

No que se refere ao comércio, apesar de ter sido indicada a sua existência por 89,5% dos informantes, 36,8% ainda referem ser muito necessária a sua criação/ampliação na comunidade.

Continuando a análise da tabela sobre os dados referentes aos equipamentos de trabalho e produtivos, verifica-se que, no entendimento dos informantes, existem indústrias e empresas na comunidade, todavia, 47,4% dos informantes ainda referem haver muita necessidade de criação/ampliação de indústrias e 52,6% revelam ser muito necessária a criação/ampliação de empresas na comunidade.

Todos esses equipamentos são essenciais à implantação da estratégia de RBC, pois representam a possibilidade de investimentos da própria comunidade para o desenvolvimento da autonomia na área produtiva e profissional do desempenho ocupacional (NEISTADT; CREPEAU, 2002) da PCD e, consequentemente, para a sua inclusão social.

Os estabelecimentos comerciais, as indústrias e as empresas, além de disporem de equipamentos, recursos humanos e materiais necessários para desenvolver auxílios técnicos de acessibilidade (BRASIL, 2005) para as PCD, podem criar oportunidades de emprego e promover a inclusão destas no mercado de trabalho.

Sugere-se, inicialmente, entretanto, que, para se pensar em qualificação profissional, deve-se pensar na educação formal para PCD, pois, como visto anteriormente, a maioria destas pessoas não tem o nível de escolaridade exigido pelo mercado de trabalho.

Concorda-se com Sasaki (1997), ao expressar que

Uma empresa inclusiva é,[...], aquela que acredita no valor da diversidade humana, contempla as diferenças individuais, efetua mudanças fundamentais nas práticas administrativas, implementa adaptações no ambiente físico, adapta procedimentos e instrumentos de trabalho, treina todos os recursos humanos na questão da inclusão etc. (P.63).

Nessa perspectiva, os trabalhadores da RBC devem sensibilizar e mobilizar os dirigentes de empresas, estabelecimentos comerciais e indústrias da comunidade, portanto, no sentido de que estes promovam cursos e processos de qualificação que possam facilitar a inserção da PCD no mundo do trabalho.

Ao se verificar a tabela seguinte, constata-se a importância dos equipamentos de esporte e lazer para os informantes.

Tabela 14: Dados referentes aos equipamentos de esporte e lazer de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Escola de esporte		
Há escola de esporte na comunidade		
Sim	7	36,8
Não	9	47,4
Não sabe informar	3	15,8
Utiliza escola de esporte		
Sim	8	42,1
Não	7	36,8
Não respondeu	4	21,1
Gostaria de utilizar escola de esporte		
Sim	11	57,9
Não	0	0,0
Não respondeu	8	42,1
Necessidade de criação/ampliação de escola de esporte		
Nenhuma	1	5,3
Pouca	1	5,3
Muita	16	84,2

Variáveis	n	%
Clube		
Há clube na comunidade		
Sim	1	5,3
Não	15	78,9
Não sabe informar	3	15,8
Utiliza clube		
Sim	3	15,8
Não	9	47,4
Não respondeu	7	36,8
Gostaria de utilizar clube		
Sim	12	63,2
Não	1	5,3
Não respondeu	6	31,6
Necessidade de criação/ampliação de clube		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	2	10,5
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0
Espaço de lazer		
Há espaço de lazer na comunidade		
Sim	7	36,8
Não	11	57,9
Não sabe informar	1	5,3
Utiliza espaço de lazer		
Sim	3	15,8
Não	13	68,4
Não respondeu	3	15,8
Gostaria de utilizar espaço de lazer		
Sim	13	68,4
Não	0	0,0
Não respondeu	6	31,6
Necessidade de criação/ampliação de espaço de lazer		
Nenhuma	1	5,3
Pouca	1	5,3
Muita	17	89,5
Não respondeu	0	0,0
Atividade de lazer		
Há atividade de lazer na comunidade		
Sim	3	15,8
Não	14	73,7
Não sabe informar	2	10,5
Utiliza atividade de lazer		
Sim	3	15,8
Não	11	57,9
Não respondeu	5	26,3
Gostaria de utilizar atividade de lazer		
Sim	11	57,9
Não	1	5,3
Não respondeu	7	36,8
Necessidade de criação/ampliação de atividade de lazer		
Nenhuma	0	0,0
Pouca	0	0,0
Muita	19	100,0
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

A realidade retratada na tabela mostra que 36,8% dos informantes dizem haver escola de esporte e também espaço de lazer na comunidade; entretanto, 84,2% e 89,5% ainda referem necessidade de criação/ampliação de escola de esporte e de espaço de lazer, respectivamente.

Somente 5,3%, porém, asseguram existir clube e 15,8 indicam haver atividade de lazer na comunidade. E, por sua vez, 89,5% consideram muito necessária a criação/ampliação de clubes, e 100% revelam ser muito necessária a criação/ampliação de atividades de lazer.

Sabe-se que esta também consiste em uma área do desempenho ocupacional – atividades de esporte e lazer (NEISTADT; CREPEAU, 2002) – e, portanto, é essencial para a aquisição de um desenvolvimento inclusivo.

Destarte, os trabalhadores da RBC precisam sensibilizar e mobilizar os dirigentes e profissionais de entidades e instituições que atuam no setor de esporte e lazer, para incluir em suas atividades as PCD, respeitando suas necessidades e habilidades individuais.

Há de se considerar aqui a necessidade de medidas de acessibilidade atitudinal para a realização dos programas de sensibilização e de conscientização neste setor, haja vista a ampliação das oportunidades de esporte e lazer para as PCD.

É oportuno esclarecer que “pelo paradigma da inclusão, são os sistemas de lazer, esporte e turismo que devem adaptar-se às necessidades das pessoas de tal forma que elas possam participar juntamente com as pessoas em geral”. (SASSAKI, 1997, p.106).

Nota-se, na análise da tabela sobre dados referentes ao equipamento igreja, que esta se encontra muito presente no cotidiano das PCD.

Tabela 15: Igreja como equipamento de uma comunidade de Fortaleza-CE, em abril/2009. (n=19)

Variáveis	n	%
Igreja		
Há igreja na comunidade		
Sim	18	94,7
Não	0	0,0
Não sabe informar	1	5,3

Variáveis	n	%
Sim	14	73,7
Não	4	21,1
Não respondeu	1	5,3
Gostaria de utilizar igreja		
Sim	10	52,6
Não	0	0,0
Não respondeu	9	47,4
Necessidade de criação/ampliação de igreja		
Nenhuma	5	26,3
Pouca	5	26,3
Muita	9	47,4
Não respondeu	0	0,0

Fonte: dados da pesquisa direta.

Lê-se na tabela que 94,7% dos informantes afirmam existir igreja na comunidade, 73,7% indicam que a utilizam e 47,4% ainda admitem haver necessidade de sua criação/ampliação.

Destaque-se existir por parte de entidades como a OMS, UNESCO e OIT (2004) um discurso de reconhecimento da RBC como promotora do direito das pessoas com deficiência a “viver na comunidade como cidadãos em condições de igualdade, a desfrutar de saúde e bem-estar, e a participar plenamente em atividades educativas, sociais, culturais, religiosas, econômicas e políticas”.

No ato de incluir, a sociedade deve adaptar-se às necessidades da PCD, de maneira a favorecer que esta se desenvolva em todos os aspectos de sua vida. Atitudes nesse sentido devem ser estimuladas, e aqui se ressaltam as práticas acessíveis nas atividades religiosas como, por exemplo, a presença do intérprete de língua brasileira de sinais (LIBRAS) durante missas e cultos.

As demandas indicadas para os equipamentos sociais de educação, saúde, profissionalização, segurança, transporte e lazer concorrem para que o movimento popular seja determinante na elaboração da agenda política e nas decisões acerca das políticas públicas. Destarte, os governos deverão criar mecanismos de participação social, a exemplo da proposição do orçamento participativo.

Tornar os equipamentos de apoio social mais acessíveis como contextos ambientais, onde se desenvolvem as tarefas de desempenho ocupacional, implica refletir conceitos específicos da área de acessibilidade, importantes para tornar a sociedade mais inclusiva, a exemplo do conceito de desenho universal em

ambientes físicos que atende a várias necessidades – permanentes ou provisórias – de um maior número de pessoas. É urgente, portanto, desenvolver ações de acessibilidade destes equipamentos, em parceria com organizações de PCD, voltadas para: acessibilidade arquitetônica, eliminando-se barreiras físicas; atitudinal, educando a sociedade como um todo, profissionais e gestores; comunicacional, adequando as sinalizações e contratando intérpretes de LIBRAS; metodológica, estabelecendo propostas compatíveis com as necessidades do usuário dos serviços; instrumental, adaptando-se os aparelhos e outros dispositivos; e programática, eliminando as barreiras nos decretos, leis e regulamentos (SASSAKI, 1997).

3.3 Sensibilização, Mobilização e Monitoramento das Ações

Esta etapa de implementação da RBC tomou corpo em procedimentos sistemáticos para desenvolver e dar apoio a capacidades percebidas como existentes na comunidade.

Inicialmente, os adolescentes com deficiência e suas famílias foram sensibilizados a acolher a facilitadora, o que era feito já durante as primeiras visitas domiciliares. A RBC prevê que se façam nessa ocasião: acolhimento junto à PCD e familiar; identificação das necessidades da PCD; orientações e reflexões para a busca da solução de seus problemas, indicando a utilização de recursos da comunidade quando possível; orientação para integração da PCD em programas desenvolvidos na comunidade e em outros setores sociais; avaliação e redirecionamento das estratégias, quando já propostas ou aplicadas em visita anterior.

Na sequência, a comunidade foi mobilizada, principalmente, por meio de estratégias educativas, comunicativas, técnicas – de modificações no ambiente, na tarefa ou na pessoa com aplicação de recursos da tecnologia de assistência desenvolvidos em parceria com a comunidade (WERNER, 1994) – estratégias políticas de articulação e parcerias institucionais, profissionais e comunitárias, bem como atividades culturais (KIELHOFNER, 2004) e de convivência.

Dentre as estratégias comunicativas, destacam-se as miniconferências e sensibilizações realizadas em escolas, centro de saúde, organização não-governamental, projetos comunitários e junto às famílias (ver projeto, Apêndice D). Estas estratégias, além de terem sido demandas dos participantes, visaram a

oferecer às PCD e aos membros da comunidade informações para que pudessem tomar decisões conscientes em relação a qualquer dos temas discutidos, a saber: prevenção e caracterização das deficiências, inclusão educacional, desenvolvimento inclusivo, acessibilidade, adaptação curricular, dentre outros.

Como estratégias educativas, foram realizadas oficinas de “vivência em condições limitantes do cotidiano” para ACS e educadores – nas quais eram ensejadas experiências de privação sensorial e de limitação na mobilidade funcional; também oficina em língua brasileira de sinais (LIBRAS). Essa última foi demandada e aplicada junto aos ACS, educadores, liderança comunitária, alunos de escola pública, PCD e familiares.

O eixo educativo aqui referido se fundamenta na concepção de Paulo Freire (2002; 2007) que valoriza o potencial humano para a criatividade e a liberdade, respeitando a autonomia e a dignidade de cada um. A pedagogia problematizadora norteadada pela filosofia desse educador permeia a investigação, articulando e mediando a formulação, apropriação e socialização dos conhecimentos. E, ainda, tendo como aspectos básicos a educação continuada e a organização da própria comunidade. O educador destaca, também, o fato de que a autonomia vai se constituindo na experiência de várias decisões que vão sendo tomadas e que, como amadurecimento do ser para si, é processo, é vir-a-ser. A mobilização de instituições contribuiu para organizar a população e sua educação continuada (ver projeto, Apêndice E).

Como retorno imediato dado pela oficina de LIBRAS, destaque-se o fato de ter desenvolvido mecanismos de comunicação e interação social entre membros da comunidade e as PCD. Alguns depoimentos validam essa assertiva:

“Um dia na minha tia tinha uma surda lá, e ela falando lá nos gestos dela e eu não sabia nem o que fazer. Agora já vou entender pelo menos alguma coisa.” (ACS).

“Eu nunca tinha tido essa oportunidade de fazer um trabalho assim com o deficiente... Porque o pessoal tratava o deficiente escondido. A pessoa era excluída, não tinha a oportunidade que tá tendo hoje. Antes, a gente não fazia na prática como aconteceu aqui. Eu até guiei uma cega (referindo-se à vivência como guia vidente de uma ACS que simulava ser cega).” (ACS).

Ainda como estratégia educativa, foi desenvolvido um guia direcionado, principalmente, às PCD e familiares, intitulado “Adolescer em uma sociedade

inclusiva” (ver exemplar, Apêndice G). Esta ferramenta de tecnologia em saúde, também demanda de participantes das capacitações e oficinas, foi utilizada como estratégia educativa junto às famílias, ACS, educadores e líder comunitária. Após apresentação dialogada da ferramenta junto aos sujeitos envolvidos na estratégia de RBC, esta foi submetida à avaliação, por meio de questionário (Apêndice F), de representantes dos adolescentes com deficiência, dos ACS, dos familiares, dos educadores e da líder comunitária, o que possibilitou a sua revisão para reedição. Como exemplo de sugestão para o guia, foi solicitada a inclusão de projetos da comunidade na agenda de endereços apresentada.

As estratégias técnicas foram empreendidas, principalmente, por meio de modificações sugeridas nas tarefas realizadas nos contextos domiciliar e educacional, conforme se apresentava a demanda. No domicílio, a orientação e a modificação eram feitas com base nas necessidades apresentadas pela PCD ou familiar. Já na escola, as estratégias compensatórias eram determinadas pelas necessidades conjuntas de professores e alunos com deficiência.

Tidas como estratégias políticas, foram realizadas visitas às instituições e entidades representativas na comunidade, estabelecendo parcerias. Além disso, as atividades culturais desenvolvidas comportaram oficinas de “confeção de jogos de tabuleiro, brinquedos e outros recursos lúdicos”. Foram utilizados materiais de baixo custo e recicláveis, e os adolescentes com deficiência estiveram integrados com outros jovens durante a seleção e organização do material, assim como na composição dos jogos.

Tencionou-se que pessoas da comunidade que ganharam habilidade nas oficinas fossem incentivadas a ser voluntárias na multiplicação dessa experiência dentro da comunidade. Tem-se clara, para tanto, a ideia de que a definição dos temas a serem desenvolvidos em temática maior, bem como as estratégias de trabalho durante as oficinas, foram discutidas e implementadas em acordo com o grupo; do mesmo modo, se fez com as sugestões de intervenção, implementação e avaliação de resultados, quando se deu lugar às novas deliberações nesse domínio.

3.4 Avaliação e Redirecionamento das Ações

Buscou-se executar essa fase da RBC com a ajuda do grupo focal (GF), que permitiu entrar em contato com diversos discursos coletivos, suscitados com base nos temas geradores.

Algumas dificuldades se enfrentaram para a organização do grupo, culminando com a participação de 11 pessoas, sendo seis ACS, duas PCD, um familiar, uma liderança comunitária e uma educadora. Embora estimuladas, nem todas as pessoas convidadas acessaram ao espaço reservado para acontecer o GF fosse por limitações/barreiras físicas, fosse por conjunturas atreladas ao cotidiano de medo e de risco real – para agressões e assaltos no deslocamento dentro da comunidade; de trabalho; ou de dedicação à família e aos afazeres domésticos.

Também foi requerido por ocasião do GF que se lançasse mão de imagens com fotografias do cotidiano (SILVERMAN, 2009) da implementação da estratégia de RBC, de maneira a promover a recuperação de memória que suscitasse discurso coerente, e, na medida do possível, fiel aos acontecimentos daqueles dez meses de implementação.

Das representações acerca do significado da estratégia RBC, identificaram-se as idéias centrais: ICA) é um diferencial na vida da PCD; e ICB) é uma oportunidade de aprender e ensinar.

IC A: É um diferencial na vida da PCD	
DSC	<i>É um diferencial na vida, porque quando vai lá, em casa (referindo-se à visita da facilitadora em RBC), ele acha graça (referindo-se a uma PCD), parece que foi um deus que apareceu.</i> <i>Da parte da família eles colocam que é assim mesmo: que ele não vai conseguir (referindo-se a uma PCD). Mas ela (referindo-se à facilitadora) conversou que ele tem um potencial muito grande.</i> <i>Eu percebi da equipe dela, é que as pessoas trabalham com muito amor. Isso vai mudar vidas.</i>

A RBC, ao assegurar que as PCD desenvolvam ao máximo suas habilidades físicas e mentais, e se tornem membros ativos que possam contribuir para a vida em comunidade e sociedade, volta-se para a família como grupo social essencial ao desenvolvimento inclusivo – o que é lembrado no discurso dos entrevistados.

De seu lado, o desenvolvimento inclusivo propõe uma visão de sociedade que se reconhece na diversidade humana, social e cultural e se estabelece com suporte nessa diversidade, para poder responder às suas solicitações, de forma equitativa e sustentável. Pensar a PCD no contexto familiar é, pois, pensar a vida em família como um conjunto de possibilidades a serem experimentadas, sabendo que a deficiência pode ser uma delas e, assim sendo, propiciará a condição de criar e recriar a vida a cada momento. O DSC traz reconhecimento a essas afirmações quando infere a RBC como estratégia que: *“É um diferencial na vida”* da PCD. A contradição. Quando a própria pessoa e suas famílias/comunidade desacreditam e se acomodam, estratégias direcionadas podem convencê-las da existência de um potencial a ser explorado.

Ante a fragilidade relacional e situação de pobreza, a facilitadora da RBC é percebida como “um deus que apareceu”. Afeição dos que professam fé em um ser supremo, evocando proteção incondicional, o que denota a vulnerabilidade social.

Considerando a vivência prática, e observando o DSC, defende-se, ainda, o argumento de que a estratégia de RBC valoriza os vínculos sociais, determinantes da inclusão/exclusão social (CASTEL, 1998; SASSAKI, 1997) – algo essencial nos tempos em que se testemunham uma fragilização da cidadania (MALFITANO, 2007), e a vulnerabilização social (GALHEIGO, 2006; MALFITANO, 2007).

Dentro de uma realidade na qual a exclusão/desfiliação está não somente associada à crise da sociedade salarial – mas, também, à crise das sociabilidades, da solidariedade, das reivindicações e da participação (MALFITANO, 2007) – a RBC é lembrada pelos participantes deste estudo como algo capaz de “mudar vidas”. Destaque-se, pois, o fato de que a estratégia empreende valor à subjetividade (CAMPOS et al., 2006; GALHEIGO, 2006) presente nos binômios “mundo interno/externo”, “sujeito/sociedade”; subjetividade essa que se expressa por meio da práxis humana (HABERMAS, 2008), com potencial para transformar realidades adversas. Fragmentos do discurso validam esta asserção: *“Eu percebi da equipe dela, é que as pessoas trabalham com muito amor. Isso vai mudar vidas”*.

Tem-se a compreensão de que a estratégia de RBC não somente fortaleceu os vínculos sociais, como também promoveu mudanças significativas no cotidiano dos adolescentes com deficiência e de suas famílias, ensejando um desempenho

ocupacional otimizado. Destarte, a exemplo das aquisições notificadas em diário de campo no âmbito das áreas de desempenho produtiva e profissional, em que se verificam melhor desempenho escolar de duas adolescentes surdas e o desenvolvimento de aptidões para o trabalho de um adolescente surdo, com sua inserção no mercado de trabalho, também se constata maior autonomia dos adolescentes durante a realização de atividades da vida diária. Estas considerações compõem o conjunto de modificações no cotidiano do adolescente com deficiência e de sua família.

Indo ao encontro de Fransen (2006), a opinião que as autoras sustentam em relação aos achados desta pesquisa é a de que a necessidade de uma RBC baseada em evidências é urgente. Devem, para tanto, suas estratégias serem avaliadas para demonstrar ou refutar sua eficácia.

No discurso seguinte, o sujeito coletivo revela representação da RBC como “uma oportunidade de aprender e ensinar” sobre a pessoa com deficiência, destacando a importância de os trabalhadores da RBC “estarem junto” com a comunidade.

IC B: É uma oportunidade de aprender e ensinar

DSC	<i>É tão bom! É a oportunidade de a gente aprender, pra transmitir para os outros.</i> <i>Pra nós, vocês estarem aqui junto com a gente é a oportunidade de ser esclarecido mesmo; de aprender mais sobre deficiência física, visual e a dificuldade que a pessoa com alguma deficiência tem.</i> <i>A gente aprendeu muito sobre a deficiência e que ele é um ser igual a todos nós. É capaz de fazer tudo como a gente.</i> <i>Porque, geralmente, a questão saúde, visita domiciliar, elas tão muito direcionada a uma posição: tuberculose, diabetes, hipertensão, gestante, desnutrição. Aí, essas outras deficiências, essas coisas, passam tão rápido que é só um relapso. Aí, não desperta muito o assunto pra gente que é profissional.</i> <i>Uma época teve um curso, treinamento mesmo, no nosso trabalho lá no posto. Aí falou só um pouquinho. Nós ganhamos até um livro falando sobre deficiência. A gente recebe, dão o material, mas aí passa: ficou no arquivo morto, não foi nada posto em prática. Nada, nada, nada. E o que a gente viu naquele livro já mudou muita coisa. Não tem aquela reciclagem</i> <i>Queremos essas pessoas (referindo-se à PCD) próximas de nós, mas nos faltava essa experiência profissional de como lidar. Existe toda uma prática que facilita muito, você a lidar com essas pessoas, aprender a lidar com as limitações delas, você aprender algumas atitudes que elas tomam diferentes das outras. Eu acho que foi muito bom! Um momento tão importante...</i> <i>Então, esse trabalho caiu como uma luva.</i>
------------	---

Recrutar e formar os agentes em RBC, manter sua motivação e enfrentar o recâmbio são alguns dos principais desafios para os dirigentes comunitários e gestores de programas de RBC (OMS; UNESCO; OIT, 2004).

Neste sentido, os agentes comunitários de saúde foram o núcleo do programa de RBC na comunidade investigada, tendo sido capacitados para compreender e vivenciar o cotidiano das pessoas com deficiência.

Tanto a PCD como suas famílias também realizaram contribuições importantes como participantes ativos na RBC, assim como outros membros da comunidade que estiveram interessados em se tornar trabalhadores de RBC, como foi o caso de alguns educadores, líder comunitária e ACS.

Nesse estudo, as contribuições trazidas pelos trabalhadores de RBC encontram-se materializadas na possibilidade destes agirem como multiplicadores, informando sobre os serviços comunitários e extra-comunitários disponíveis, bem como atuando na mediação entre estes e as famílias das PCD (OMS; UNESCO; OIT, 2004).

Da informação junto às pessoas com deficiência e suas famílias, destaquem-se os exemplos: orientações a respeito de como realizar atividades simples da vida diária ou confeccionar ajudas técnicas simples e de baixo custo para melhorar a autonomia, tais como a comunicação mediante a língua de sinais (LIBRAS) e a confecção de um álbum de comunicação suplementar.

Ainda as informações coletadas sugerem que o sujeito coletivo se ressentido do cuidado com predomínio no enfoque biomédico. As equipes de saúde parecem não reconhecer as necessidades reveladas em outras dimensões da vida. É o que exemplifica o fragmento de discurso: *“Porque, geralmente, a questão saúde, visita domiciliar, elas tão muito direcionada a uma posição: tuberculose, diabetes, hipertensão, gestante, desnutrição. Aí, essas outras deficiências, essas coisas, passam tão rápido que é só um relapso”*.

Destarte, percebe-se que o sujeito coletivo acredita no valor da diversidade humana contempla as diferenças individuais e propõe mudanças significativas nas práticas de saúde, buscando informações pertinentes ao princípio da inclusão.

Em outro recorte, evidencia-se a necessidade de monitoramento dos aportes para uma prática pautada na valorização do papel da comunidade para criar acesso

aos serviços: “Uma época teve um curso, treinamento mesmo [...] A gente recebe, dão o material, mas aí passa: ficou no arquivo morto, não foi nada posto em prática [...]. E o que a gente viu naquele livro já mudou muita coisa. Não tem aquela reciclagem.”

Os dados sugerem que a capacitação dos trabalhadores da RBC deve acontecer sistematicamente. Com isso, eles podem desenvolver ações continuadas por meio de problematização e criação de soluções viáveis junto à comunidade.

Destarte, essa perspectiva de capacitação requer um planejamento participativo, ou seja, voltado para promover pessoas, cujas práticas passam a ser contextualizadas e também participativas, opondo-se dialeticamente às práticas assistencialistas.

Por assim ser, a RBC possibilita compartilhar valores, o que é pertinente com os princípios da promoção da saúde – que, essencialmente, se resumem em: empoderamento, capacitação, promoção de justiça social, estilo de vida ativo e significativo e respeito às diferenças culturais (FRANSEN, 2006).

Os DSC apresentados a seguir foram elaborados tendo em conta os depoimentos decorrentes da questão geradora: quais as repercussões da RBC no seu cotidiano? Duas ICs serão analisadas na sequência: ICA) ela vai lá em casa, conversa e explica as coisas; ICB) houve aprendizagem que favorece a inclusão social.

IC A: Ela vai lá em casa, conversa e explica as coisas

DSC	<i>Foi bom demais! Porque em muitos lugares a gente não tem acesso. Mas, ela (facilitadora da RBC) vai lá em casa: entra, conversa e explica as coisas (referindo-se às estratégias para autonomia no desempenho ocupacional, com ênfase na comunicação por meio de LIBRAS).</i> <i>O rapaz que tem lá em casa era triste, ficava sempre assim: com raiva. Vivia na esquina. Tava vendo a hora era levar um tiro. Só vivia a polícia botando ele pro muro, botava as mãos pra cima. Um dia eles iam tacar o revólver na cabeça dele, aí foi que as moças (residentes na vizinhança) falaram que ele não falava e nem ouvia. Aí foi que eles deixaram, e ele foi pra casa (gemidos e mãos trêmulas imitando o neto surdo).</i> <i>Quando ela (facilitadora da RBC) apareceu lá em casa foi uma alegria só. Foi muito importante... Uma transformação na vida.</i>
------------	---

O DSC evidencia como repercussão a possibilidade de a RBC aproximar as pessoas comuns de agentes facilitadores do aprendizado que se volta para modificações no cotidiano da PCD e de seu entorno.

Tem-se, portanto, pautada a discussão das repercussões da RBC no cotidiano de solidariedade e na ativação de redes sociais. E compreende-se que os agentes sociais da estratégia RBC na comunidade investigada reconheceram a importância do desenvolvimento inclusivo dos adolescentes com deficiência e que podem potencializá-lo por meio de esforços conjuntos com vistas ao incremento de suas habilidades e, conseqüentemente, de sua autonomia no desempenho ocupacional. Sobre o tema, Fransen (2006, p.181) escreve: “estas estratégias estão ligadas à proposta da RBC e com o valor essencial da terapia ocupacional, que vê os seres humanos como sujeitos ativos, capazes de modelar suas experiências diárias”.

Tomando em leitura o material empírico, constata-se, ainda, que aspectos contextuais podem facilitar ou dificultar o desenvolvimento inclusivo do adolescente surdo. Por outro lado, a oportunidade de acesso ao conhecimento do mundo apropriado à idade por meio da experiência, e mediante a utilização da LIBRAS favorece o processo natural de socialização, com potencial para a inclusão social.

Destarte, há necessidade não só da ampliação, como também da garantia de acesso aos recursos locais identificados pela comunidade – fazendo-se aqui alusão aos dados obtidos com aplicação do *questionário sobre equipamentos de apoio social* – possibilitando, assim, a igualdade de oportunidades que converte as PCD em membros ativos na vida de sua comunidade e sociedade em geral.

IC B: Houve aprendizagem que favorece a inclusão social

DSC	<i>A gente tá aprendendo cada vez mais. Hoje, a gente vê as pessoas com outra visão. Ou seja, ele (a PCD) é uma pessoa normal.</i> <i>A gente nem sabia como lutar com o deficiente, porque a gente não tinha tido a oportunidade de fazer um trabalho assim com o deficiente – só ouvia falar, mas não fazia na prática como foi apresentado aí (referindo-se às imagens retrospectivas da estratégia RBC na comunidade apresentadas no início do grupo foco). Eu fui uma que carreguei uma pessoa (referindo-se a vivência como guia vidente realizada durante a capacitação).</i> <i>Quando eu chegava na casa pra fazer uma visita e via uma deficiência, via e falava com os familiares e saía. Agora não, também vejo ele como uma pessoa que também precisa de conversar, dentro da comunicação dele e saber o que ele precisa e não precisa. Antes eu falava com a família. Agora é diferente. Eu olho nos olhos, já converso.</i> <i>Antes a gente via o deficiente como uma pessoa incapaz. A pessoa era excluída, não</i>
------------	--

tinha a oportunidade que tá tendo hoje. O pessoal tratava muito mal o deficiente: qualquer tipo de deficiência. O conceito de deficiência eu acho bem constrangedor, por que as pessoas não contavam como uma determinada limitação que eles tem, mas como uma invalidez. Houve muito isso.

Hoje (na oficina de LIBRAS) o pouco que a gente viu já aprendeu. Ou seja, a gente tem que tratar eles como pessoas normais. Por que se a gente for tratar tendo peninha, se for dizer assim: Ah! Esse bichim, essa meninazinha é uma deficiente, um aleijado... O ceguinho, o aleijadinho. Tá ali ajudando. E, às vezes, a pessoa nem quer. Ele quer que você valorize ele como é. E a ajuda sempre vai tá colocando ele naquela redoma do deficiente. E a gente tem que tirar essa redoma e deixar que ele se junte a nós.

Então, esses cursos vêm passar pro profissional mais conhecimento e, realmente, tirar aquela cultura que vem da sua família que, queira ou não queira, a gente carrega. Vem, cada vez mais, atualizando para que a gente tenha uma postura melhor diante daquela pessoa. Eu acredito que quem fez esses cursos já não vai mais cometer o mesmo, o mesmo... Eu não digo erro, mas a mesma postura de anterior. A gente vai participando, mudando o nosso conceito e, conseqüentemente, a nossa postura diante das famílias que a gente trabalha. A gente se sentiu capacitado pra cuidar melhor dessas pessoas, crianças e jovens. É muito bom prá nós! E é o que a gente vai passar no nosso trabalho no dia-a-dia, na nossa comunidade.

Pra ele (referindo-se à PCD): se sente mais seguro, com prazer de viver.

Aquela cartilhinha que você deu prá gente ler tem falando que hoje tem muitas pessoas que já tem sucesso através mesmo nos esportes. Mesmo tendo uma deficiência, a oportunidade de ser uma pessoa normal.

O DSC sugere que as iniciativas da estratégia de RBC implantadas na comunidade, com ênfase nas capacitações e oficinas sobre deficiência e a PCD, repercutiram na conscientização acerca dos obstáculos (estruturais e atitudinais), assim como das potencialidades (individuais e coletivas) que determinam a autonomia da PCD e sua consequente inclusão social.

Fragmentos do discurso revelam que os papéis sociais, delineados por meio de formação e capacitações centradas nas PCD e na comunidade, favoreceram a implementação da estratégia de RBC, dentre os quais se destaque: *“Então com esses cursos que a gente aos poucos vai participando, a gente vai mudando o nosso conceito e, conseqüentemente, a nossa postura diante das famílias que a gente trabalha”*.

Há de se destacar, ainda, a importância da oportunidade de revisão do conceito de deficiência com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF – proposta pela OMS (FARIAS; BUCHALLA, 2005), certificando os agentes sociais das implicações da autonomia na realização das atividades cotidianas e da participação social da PCD, pois as estratégias educativas utilizadas na comunidade revelaram os estigmas ainda

existentes e que, sendo geralmente provocados por aspectos sócio-históricos e culturais, impedem as práticas inclusivistas.

Desta feita, conviver e aprender com profissionais de reabilitação na estratégia de RBC revela-se como possibilidade de redimensionar concepções e práticas, pois estes transmitem técnicas de reabilitação básicas aos membros da comunidade (ACS, educadores, familiares); orientam às PCD para integrar-se aos diversos setores sociais; sugerem e orientam a modificação nos ambientes, nas tarefas ou nos objetos para promover a acessibilidade; e, ainda, facilitam uma colaboração dos diversos setores que contribuem para a RBC.

Ainda, para se referir a um depoimento associado à questão geradora sob análise, destaque-se a importância acenada pelo sujeito coletivo para a estratégia de RBC na inclusão da PCD no mundo do trabalho. O discurso revela essa repercussão da RBC no cotidiano das famílias: *“Mudou tanta coisa. Cada dia muda as coisas. Tem os empregos que tão oferecendo. É uma oportunidade para os deficientes. A oportunidade faz o deficiente”*.

É consenso na literatura o fato de que, cada vez mais, os equipamentos de trabalho e profissionalizantes se esforçam para proporcionar as condições necessárias para o desempenho ocupacional de seus trabalhadores que têm necessidades especiais diversificadas. E estes devem ser inseridos na empresa por estarem capacitados e não apenas para cumprir leis, a exemplo da Lei de Cotas (MACAMBIRA, 2009).

Tem-se aqui que fazer referência ao ócio muitas vezes imposto ao adolescente com deficiência, uma vez que este se encontra excluído do sistema educacional – em decorrência da não qualificação deste para corresponder às demandas de aprendizagem da PCD – e do mundo do trabalho – por não ter tido a oportunidade da experiência e formação técnica e profissional.

Anotações do diário de campo mostram depoimentos reveladores extraídos das conversas informais proporcionadas durante a pesquisa participante acerca do ócio e da vulnerabilidade à violência na comunidade: *“Ele vivia estressado dentro de casa”* (Familiar); *“Meu neto ele só vivia na esquina. Tava vendo a hora era levar um tiro”*. (Familiar).

Assim sendo, faz-se necessário sensibilizar e mobilizar os gestores de empresas, indústrias e estabelecimentos comerciais acerca da necessidade de valorização desta força de trabalho, de maneira que a sociedade “também os percebam como seres produtivos e aptos para exercer qualquer atividade profissional, desde que as possibilidades surjam em seus caminhos”. (MACAMBIRA, 2009).

Da questão geradora “a implementação da RBC poderia ter sido feito diferente?”, decorreram as ICs, com respectivos DSC: ICA) *ampliando a participação da PCD, de sua família e da comunidade*; ICB) *foi de acordo com a maneira que a comunidade se propôs a aceitar*.

IC A: Ampliando a participação da PCD, de sua família e da comunidade

DSC

O que pode acontecer daqui por diante, se a entidade estiver disposta é fortalecer essas ações, é identificar novos casos. Porque existem!

Também tem que saber que o São Miguel tem hoje 8 mil famílias. Dá em torno de 40 mil pessoas. Imagina quantos deficientes nós não temos?

Se focou muito nas áreas cobertas pelos agentes, mas tem áreas descobertas que até a gente nem conseguiu trazer as pessoas.

Então, acredito que se a entidade estiver disposta a ir mais longe: identificar mais pessoas, incluir todas as faixas etárias e desenvolver ações efetivas...

Considerando o DSC, constata-se a consciência dos representantes acerca da necessidade de ampliação da participação das PCD e de suas famílias nas estratégias da RBC, pois as experiências aprendidas e compartilhadas resultam em um intercâmbio fecundo de que só é possível com a mobilização destes proeminentes agentes sociais.

Destaque-se o que escreve Fransen (2006) sobre a RBC:

... A RBC situa-se na perspectiva do desenvolvimento inclusivo [...] A incapacidade se deve reconsiderar como um assunto social e de desenvolvimento, em que os direitos e as necessidades da pessoa com deficiência se podem satisfazer mediante atitudes sociais inclusivas, em lugar de exclusivas, combinadas com um processo de reabilitação centrado de forma individual, nos casos que seja necessário. (P.174).

Percebe-se no discurso o hiato ainda existente na implantação da estratégia. Inicialmente, postula-se que a população-alvo do estudo esteja focada na faixa etária da adolescência, conforme razões de vulnerabilidade social deste grupo já

descritas no percurso metodológico do estudo, e os representantes referem ser imperativa a abrangência de todos os ciclos de vida.

É reconhecida a limitação da pesquisa neste sentido, assim como de suas implicações na estratégia RBC. Ainda há, todavia, que se considerar a necessidade desta delimitação para as considerações metodológicas do estudo.

Em relação à impossibilidade de se abranger todos os territórios dos bairros envolvidos, o que também compromete a implantação da RBC, ressalta-se a necessidade de maior envolvimento dos agentes sociais para a superação das limitações de recursos humanos ante a extensão territorial – agravada por conflitos sociais e pelas condições climáticas adversas em função da quadra invernal – assim como o compromisso dos gestores governamentais no sentido de se evitar a carência de ACS em determinadas microáreas.

IC B: Foi de acordo com a maneira que a comunidade se propôs a aceitar

DSC

A dinâmica inicial do meu ponto de vista não poderia ser diferente não. Eu acredito que foi feito da maneira que a comunidade se propôs a aceitar o trabalho.

Chegar numa comunidade, procurar alguém conhecido; eu acho isso fundamental. Qualquer pessoa que esteja chegando de fora numa comunidade que é considerada violenta como o São Miguel, deve mesmo procurar alguém que realmente faça parte daquela comunidade, par que ajude a identificar os casos. Eu acredito que a dinâmica foi bacana.

No discurso coletivo, tem-se a compreensão de que a implantação inicial e a sustentabilidade da estratégia de RBC são resultantes dos esforços combinados das PCD, familiares, ACS, profissionais, educadores e demais membros da comunidade.

Reconhece também o sujeito coletivo a colaboração de todas as partes interessadas durante a importante etapa de inserção dos trabalhadores de RBC na comunidade. Isto porque, com base nesta, consolida-se o envolvimento dos membros com as estratégias de identificação da PCD, sensibilização e mobilização baseadas nas prioridades delineadas em coletividade e, ainda, na avaliação dos resultados.

Estas constatações ensejam a referência ao “empoderamento” individual e comunitário nas tomadas de decisões necessárias ao enfrentamento das injustiças

ocupacionais (TOWNSEND; WHITEFORD, 2006). O compromisso com o desenvolvimento comunitário incrementa o processo fundamental participativo e consoante os direitos humanos.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação na ação participativa, no contexto da comunidade, possibilitou as reflexões acerca das possibilidades e desafios apresentados na dinâmica de implantação da estratégia de RBC no contexto comunitário.

Os dados empíricos permitiram constatar a literatura naquilo que diz respeito à necessidade de um entorno de apoio à RBC, viabilizado mediante estratégias para o “empoderamento” individual e coletivo. E, também, trouxeram a compreensão das reais condições determinantes da autonomia no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência, a exemplo da necessidade de ampliação e de instrumentalização dos equipamentos de apoio social, tornando-os mais acessíveis e eficazes.

Ainda, no discurso coletivo, ensejou-se conhecer que os participantes implicados na dinâmica da RBC podem experimentar uma aprendizagem considerável, que provoca mudança pessoal e coletiva com efeitos no cotidiano da PCD.

Outro universo plural de sentidos e significados refere-se à inclusão/exclusão da PCD, pois no discurso foi possível conhecer este sujeito como um ser social, dotado de experiências, saberes, interesses e que tem valores sócio culturais que emergem da práxis humana.

Ter em conta as necessidades e os direitos do adolescente com deficiência em situação de pobreza norteou as etapas de implantação da RBC. Há que se considerar, todavia, o fato de que determinantes outros tiveram que ser apreciados nestas etapas, a saber: conjunturas atreladas ao cotidiano de medo e de risco real em decorrência do elevado índice de violência na comunidade, carência de cobertura do ACS em algumas microáreas, rotinas diárias de membros familiares comprometidos com outros afazeres e condições climáticas adversas. Faz-se necessário, ainda, ampliar a participação comunitária na estratégia de RBC e no levantamento dos indicadores a fim de potencializar sua operacionalização e avaliação.

Ainda muitos hiatos ficaram, particularmente na pesquisa empírica, e convidam a novos estudos: como abranger na estratégia de RBC territórios comunitários vulneráveis aos altos índices de violência? Como envolver na estratégia territórios que, ocasionalmente, estejam sem cobertura de ACS? Quais os reais condicionantes do “ócio” e seu impacto no cotidiano do adolescente com deficiência? Até que ponto as diferenças são vistas como fator positivo no cotidiano da sala de aula? Que elementos deveriam nortear a elaboração e implantação de políticas públicas eficazes no campo da saúde?

Destarte, a profissão de terapeuta ocupacional tem a oportunidade e a responsabilidade social de contribuir para a otimização do desempenho ocupacional da PCD e conseqüente ampliação da participação social, uma vez que busca desenvolver habilidades motoras, sensório-perceptivas, cognitivas e interativas.

Finalmente, no conjunto da práxis da saúde, considera-se que o projeto de RBC implantado na aludida comunidade desponta como estratégia facilitadora da autonomia no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza, promovendo a sua inclusão social.

Não se pode, entretanto, perder de vista que este é um processo ainda em curso, não um produto acabado, muito embora se acredite que o estudo já possa trazer contribuições significativas para aqueles que se propõem a desenvolver um projeto de RBC.

REFERÊNCIAS

BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G.W.S. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Brasília: Plano, 2002.

BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. Fortaleza: Nacional, 2008.

BIELER, R. B. **Desenvolvimento inclusivo**: uma abordagem universal da deficiência. Equipe de deficiência e desenvolvimento inclusivo, região da América Latina e Caribe. Banco Mundial, 2005.

BORTEF, G. Pesquisa participante: proposta e reflexões metodológicas. In: BRANDÃO, C.R. (Org.). **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRANDÃO, C.R. (Org.). **Pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Acessibilidade**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2005.

_____. SECRETARIA DAS CIDADES. Secretaria Nacional de Transporte e da Mobilidade Urbana-SeMob. **Caderno 2: Construindo a cidade acessível**. 4. ed. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007.

CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**. Petrópolis: Vozes, 1998.

CRESWELL, J.W. **Research design**: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Thousand Oaks, CA: Sage, 2009.

DATASUS. **Banco de dados do SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2007/matriz.htm>>. Acesso em: 26 out. 2008.

DENZIN, N.K.; GIARDINA, M.D. **Qualitative inquiry and social justice: toward a politics of hope**. Walnut Creek, CA: Left Coast Press, 2009.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. "A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas". **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p.187-193, 2005.

FERRINHO, P.; GONÇALVES, A. "Desenvolvimento comunitário e reabilitação na comunidade". **Análise psicológica**. v.3, n.XV, p.443-448, 1997.

FRANSEN, H. Los desafíos de la terapia ocupacional en la rehabilitación basada en la comunidad. In: KRONENBERG, F.; ALGADO, S.S. ; POLLARD, N. **Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes**. Buenos Aires. Madrid: Panamericana, 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 16. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 32.ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2002.

GALHEIGO, S.M. Terapia ocupacional en el ámbito social. In: KRONENBERG, F.; ALGADO, S.S.; POLLARD, N. (Org.). **Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo el espíritu de supervivientes**. Buenos Aires. Madrid: Médica Panamericana, 2006.

HABERMAS, J. **El discurso filosófico de la modernidad**. Buenos Aires: Katz editores, 2008.

HADDAD, F. Dialética positiva: de Mead a Habermas. **Lua Nova [online]**. n.59, p. 95-114, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 11 nov. 2009.

HOLLANDA, E. Práticas alternativas de pesquisa: alguns questionamentos sobre as potencialidades e limites da pesquisa-ação e pesquisa participante. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

KIELHOFNER, G. **Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana – teoria y aplicación**. 3.ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2004.

LANDIM, F.L.P. et al. "Redes sociais informais no cotidiano de uma comunidade na periferia de Fortaleza". **Cogitare enferm**. v.11, n.1, p. 16-23, jan-abr, 2006.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. 2.ed. Caxias do Sul, RS: EducS, 2005.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3 ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MACAMBIRA, J. **As pessoas com deficiência e o mercado de trabalho no Ceará: um olhar multifocal**. Fortaleza: Secretaria de Trabalho e Desenvolvimento Social: Instituto de Desenvolvimento do Trabalho, 2009.

MAIOR, I. L. "Reabilitação baseada na comunidade: uma proposta viável para o Brasil". **Acta Fisiátrica**, v. 3, n.2, p. 7-8, 1996.

MALFITANO, A.P.S. **Atrás da porta que se abre: demandas sociais e o Programa de Saúde da Família**. 2.ed. São Paulo: Holambra, 2007.

MANTOAN, M.T.E. (Org.) **O desafio das diferenças nas escolas**. Petrópolis: Vozes, 2008.

MANTOAN, M.T.E. A inclusão escolar de deficientes mentais: contribuições para o debate. In: MANTOAN, M.T.E. **Ser ou estar, eis a questão: explicando o deficit intelectual**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

MELLO, D.A. et al. "Promoção à saúde e educação: diagnóstico de saneamento através da pesquisa participante articulada à educação popular (Distrito São João dos Queiroz, Quixadá, Ceará, Brasil)". **Cad. saúde pública**. v.14, n.3, p.583-595, 1998.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S. "Violência social sob a perspectiva da saúde pública". **Cad. saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.10, supl.1, p. 7-18, 1994.

MUNGUBA, M.C. Inclusão escolar. In: CAVALCANTE, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

MUNGUBA, M. C. **Terapia ocupacional em ação interdisciplinar: jogos educativo-nutricionais na prevenção da obesidade infantil**. 2008. 96f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

NEISTADT, M. CREPEAU, E. **Willard e Spackman: terapia ocupacional**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

OLIVEIRA, M.M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVER, F.C et al. "Reabilitação no território: construindo a participação na vida social". **Rev. Ter. Ocup. Univ. de São Paulo**, v.12, n.1/3, p.15-22, 2001.

OLIVER, F.C. et al. "Reabilitação baseada na comunidade: discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural". **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. São Paulo, v.16, n.3, p. 39-45, 1999.

OLIVER, F.C. et al. "Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária". **Interface-Comunic., Saúde, Educ.** v.8, n.15, p.275-288, 2004.

OLIVER, F.C.; ALMEIDA, M.C. **Conferência realizada no I Curso de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para gestores públicos e multiplicadores.** Fortaleza, 2007.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF).** São Paulo: Centro colaborador da Organização Mundial de Saúde para a Família das Classificações Internacionais, 2004.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Declaração de Alma Ata.** 1978. Disponível em: www.who.int/hpr. Acessado em: 20 abr. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Reabilitação baseada na comunidade:** estratégia para a reabilitação, a igualdade de oportunidades, a redução da pobreza e a integração social das pessoas com deficiências. Documento de posição conjunta da OMS, UNESCO e OIT de 2004. Tradução de Adriana Alcântara Teixeira. Recife, 2005.

OZELLA, S.; AGUIAR, W.M.J. “Desmistificando a concepção de adolescência”. **Cad. Pesqui.** São Paulo, v.38, n.133, p. 97-125, 2008.

PEDRETTI, L.W.; EARLY, M.B. **Terapia ocupacional:** capacidades práticas para disfunções físicas. 5. ed. São Paulo: Roca, 2004.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica.** São Paulo: Loyola, 2004.

RIBERTO, M. **Orientação funcional para a utilização da MIF:** Medida de Independência Funcional (MIF para adultos). São Paulo: HC FMUSP, s/d.

RIGOTTO, R.M. **Desenvolvimento, ambiente e saúde:** implicações da (des)localização industrial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. **Programas e projetos.** Disponível em: www.rio.rj.gov.br/funlar Acesso em: 20 out. 2008.

SANTOS, H. “Cidadania interativa, comunidade e sociedade: uma análise com prelúdio e três atos”. **Revista FAMECOS.** n. 23, 2004.

SASSAKI, R.K. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVERMAN, D. **Interpretação de dados qualitativos:** métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Porto Alegre: Artmed, 2009.

TANAKA, O.Y.; MELO, C. **Avaliação de programa de saúde do adolescente:** um modo de fazer. São Paulo: EDUSC, 2001.

TEIXEIRA, E. **Terapia ocupacional na reabilitação física.** São Paulo: Roca, 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

THIOLLENT, M. Problemas de metodologia. In: FLEURY, A.C.; VARGAS, N. **Organização do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1983.

TIROLER, G. **Conferência realizada no I Curso de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) para gestores públicos e multiplicadores**. Fortaleza, 2007.

TOWNSEND, E; WHITEFORD, G. Una estructura de participación em el marco de la justicia ocupacional: procesos prácticos basados em la comunidad. In: KRONENBERG, F.; ALGADO, S.S.; POLLARD, N. (Dir.). **Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo el espíritu de supervivientes**. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

TROMBLY, C.A.; RADOMSKI, M.V. **Terapia ocupacional para disfunções físicas**. São Paulo : Santos, 2005.

UFRGS. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Instituto de Informática. **Recursos Textmining**. Coordenação do Instituto de Informática. Disponível em: URL: <http://www.inf.ufrgs.br/~wives/portugues/_textmining.html>. Acesso em: 09 nov. 2007.

VICTORIA, C. G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

WERNER, D. **Guia de deficiências e reabilitação simplificada: para crianças e jovens portadores de deficiência, famílias, comunidades, técnicos de reabilitação e agentes comunitários de saúde**. Brasília: CORDE, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOBRE EQUIPAMENTOS DE APOIO SOCIAL

TÍTULO DA PESQUISA: Reabilitação Baseada na Comunidade – experiência de mediação no desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza.

PESQUISADORA: Chrystiane Maria Veras Porto

OBJETIVO DO QUESTIONÁRIO: Conhecer os equipamentos comunitários de apoio social (elementos da rede informal) e os governamentais (elementos da rede formal), bem como a necessidade de criação e/ou ampliação das modalidades de acesso a esses equipamentos.

ORIENTAÇÕES: Identifique-se marcando PCD (se pessoa com deficiência), F (se familiar de pessoa com deficiência), ACS (se agente comunitário de saúde) ou LC (se liderança comunitária). Em seguida, após a leitura de cada questão, marque a alternativa correspondente.

PCD ()

F ()

ACS ()

LC ()

PERGUNTAS	SIM 	NÃO 	NÃO SABE INFORMAR 	UTILIZA		GOSTARIA DE UTILIZAR		NECESSIDADE DE CRIAÇÃO/AMPLIAÇÃO		
				S I M	N Ã O	S I M	N Ã O	NENHUMA	POUCA	MUITA
1 – Há creche na comunidade?									 	  
2 – Há escola na comunidade?									 	  
3 – Há faculdade/universidade na comunidade?									 	  
4 – Há centro de saúde na comunidade?									 	  
5 – Há hospital na comunidade?									 	  
6 – Há clínica de reabilitação na comunidade?									 	  
7 – Há associação comunitária?									 	  
8 – Há delegacia na comunidade?									 	  

9 – Há serviço de transporte coletivo adaptado na comunidade?									 	  
10 – Há escola de esporte na comunidade?									 	  
11 – Há clube na comunidade?									 	  
12 – Há oficina profissionalizante na comunidade?									 	  
13 – Há comércio na comunidade?									 	  
14 – Há indústria na comunidade?									 	  
15 – Há empresa na comunidade?									 	  
16 – Há igreja/ templo na comunidade?									 	  
17 – Há espaço de lazer/ entretenimento na comunidade?									 	  
18 – Há atividade de lazer/ entretenimento na comunidade?									 	  

Comentários:

APÊNDICE B

FORMULÁRIO DE AUTOAVALIAÇÃO DO DESEMPENHO OCUPACIONAL (Adaptado da Medida de Independência Funcional – MIF – TEIXEIRA, 2003)

ORIENTAÇÕES: Após a leitura de cada item do inventário, marque a alternativa que representa o seu desempenho atual, especificando o uso de ajuda técnica quando for o caso e, em seguida fazendo comentários acerca de suas necessidades individuais e coletivas.

Identificação					
Local			Data / /		
Nome					
INVENTÁRIO DE TAREFAS ROTINEIRAS	ATIVIDADES	INDEPENDENTE	SUPERVISÃO/ ASSISTÊNCIA	DEPENDENTE	USO DE AJUDA TÉCNICA (especificar)
CUIDADOS PESSOAIS	Alimentação	☺	☹	☹	
	Cuidado com a aparência	☺	☹	☹	
	Banho	☺	☹	☹	
	Vestuário	☺	☹	☹	
	Asseio	☺	☹	☹	
MOBILIDADE/ TRANSFERÊNCIA	Mobilidade funcional - Locomoção (caminha, cadeira de rodas)	☺	☹	☹	
	Transferências (cama, cadeira, cadeira de rodas)	☺	☹	☹	
	Vaso sanitário	☺	☹	☹	
	Chuveiro/área de banho	☺	☹	☹	
	Mobilidade comunitária	☺	☹	☹	
COMUNICAÇÃO	Compreensão	☺	☹	☹	
	Expressão	☺	☹	☹	
COGNIÇÃO SOCIAL	Interação social	☺	☹	☹	
	Solução de problemas	☺	☹	☹	
	Memória	☺	☹	☹	
ATIVIDADES PRODUTIVAS E/OU PROFISSIONAIS	Administração da casa	☺	☹	☹	
	Cuidados com outras pessoas	☺	☹	☹	
	Atividades educacionais	☺	☹	☹	
	Atividades vocacionais	☺	☹	☹	
LAZER	Participação (jogos, brincadeiras, diversão)	☺	☹	☹	

Comentários:

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL COM OS AGENTES SOCIAIS

(Adaptado de Munguba, 2008)

1. Preparar ambiente:

- Cadeiras em círculo;
- Fotografias dos cenários do cotidiano da comunidade expostos para análise e incentivo a suscitar uma discussão entre os participantes.

2. Estabelecer o *rapport* :

- Apresentação do facilitador e do relator*;
- Pedir permissão para fotografar e filmar;
- Normas gerais da reunião:
 - o Ressaltar a confidencialidade (é necessário gravar a reunião, para que ninguém possa mudar seus dados pessoais);
 - o A interação entre os participantes (não se trata de que eu pergunte e vocês contestem, mas sim que conversem entre si;
 - o Falar um de cada vez. Evitar conversas paralelas.
- O moderador esboça o propósito e o formato da reunião para que os participantes saibam o que esperar das discussões e fiquem à vontade;
- Deve ser dito que a entrevista ou discussão é informal e que se espera a participação de todos com o máximo de espontaneidade possível.

3. Propósito: Avaliar a estratégia de RBC quanto ao favorecimento de acesso ao conhecimento e ao desenvolvimento de habilidades pessoais, bem como à otimização do desempenho ocupacional, permitindo a revisão e redirecionamento das ações.

4. Formato:

- Discussão informal.
- Participação de todos com o máximo de espontaneidade possível.

5. Aplicação da técnica.

Questões norteadoras:

- *Reabilitação Baseada na Comunidade: o que representa (significa) isso para você?*
- *Quais as repercussões da estratégia no seu cotidiano?*
- *O que poderia ser feito para melhorá-la?*

6. Fechamento: reflexão

7. Avaliação do processo vivenciado durante o grupo focal.

*O papel do relator é elaborar anotações bastante completas no que se refere ao conteúdo e comportamento dos participantes.

APÊNDICE D

PROJETO DE SENSIBILIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE:

Compreendendo a pessoa com deficiência

1 - OBJETIVO

- Capacitar agentes comunitários de saúde para desenvolver estratégias de RBC junto às pessoas com deficiência.

2 - METODOLOGIA

A população alvo do projeto consiste em um grupo de 25 agentes comunitários de saúde (ACS). O local de realização da capacitação será o “Projeto Fonte da Vida”, na comunidade São Miguel, localizada no município de Fortaleza e vinculada à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI). O período de realização será nos meses de março a outubro de 2009.

3 - METAS

METAS	ESTRATÉGIAS	DATAS (2009)
Apresentar o projeto à diretoria do CESAF	Reunião com diretoria	Março
Conhecer a dinâmica da atuação dos ACS.	Observações participantes durante acompanhamento nas visitas domiciliares.	Março
Sensibilizar o ACS para a promoção da PCD na comunidade	Orientações e dinâmicas grupais junto aos ACS	Março
Capacitar ACS para a aplicação de estratégias de RBC no contexto comunitário	Oficinas e palestras educativas para educadores, por meio de metodologias ativas e utilizando recurso audiovisual.	Março
Orientar o ACS quanto a importância de mudanças estruturais e atitudinais para o melhor desenvolvimento da pessoa deficiente e implementá-las	Desenvolvimento de modificações no ambiente, na tarefa ou na pessoa e orientações sistemáticas	Março - Outubro
Avaliar os resultados das estratégias desenvolvidas	Realização de entrevista grupal	Outubro

4 - ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO

Será realizada observação participante durante implantação das estratégias, assim como entrevista grupal junto aos participantes.

PROJETO PARA IMPLANTAÇÃO DE ESTRATÉGIAS NA INCLUSÃO ESCOLAR

1 - OBJETIVO

- Implementar estratégias de inclusão educacional no contexto escolar inclusivo.

2 - METODOLOGIA

A população alvo do projeto consiste no conjunto de educadores e gestores da rede de ensino público, alunos com deficiência ou com necessidades educacionais especiais, familiares, funcionários da escola e demais alunos da comunidade escolar. O ambiente inclusivo onde será implantado o projeto é a E.M.E.I.F. Terezinha Ferreira Parente, localizada no bairro Curió do município de Fortaleza e vinculada à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI). O número de participantes não está pré-definido. E o período de implantação será de maio a outubro de 2009.

3 - METAS

METAS	ESTRATÉGIAS	DATAS (2009)
Apresentar o projeto à diretoria da escola	Reunião com diretoria	Maio
Conhecer o contexto da escola inclusiva.	Observações sistemáticas no contexto escolar (sala de aula, educação física, refeitório, intervalo).	Maio/Junho
Capacitar educadores para a aplicação de estratégias inclusivistas no contexto educacional	Oficinas e palestras educativas para educadores, por meio de metodologias ativas e utilizando recurso audiovisual.	Junho
Divulgar junto à comunidade escolar a importância da inclusão escolar para o aluno deficiente.	Orientações e sensibilizações sobre a inclusão escolar junto às famílias, educadores, alunos e funcionários em geral	Junho
Orientar quanto a importância de modificações para o melhor desenvolvimento da pessoa deficiente e implementá-las	Desenvolvimento de modificações no ambiente, na tarefa ou na pessoa (órteses, adaptações)	Maio - Outubro
Avaliar os resultados das estratégias desenvolvidas	Realização de entrevista grupal	Outubro

4 - ESTRATÉGIAS PARA ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO

Será realizada observação participante durante implantação das estratégias, assim como entrevista grupal junto aos participantes.

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
“CARTILHA PARA FAMÍLIAS ESPECIAIS” *

Prezado(a) leitor(a):

O objetivo deste questionário é coletar opiniões dos(as) leitores(as) sobre diferentes aspectos da “Cartilha para Famílias Especiais”.

Para respondê-lo, preencha as respectivas respostas com um “X”. Quando necessário, **por favor**, complete com seus comentários por escrito, após cada conjunto de perguntas. E, ao final, coloque as observações e/ou sugestões que julgar necessárias.

NÃO É NECESSÁRIO COLOCAR SEU NOME JUNTO ÀS RESPOSTAS.

Muito obrigada!

1. IDENTIFICAÇÃO:

- ☐ Pessoa com deficiência
- ☐ Familiar de pessoa com deficiência
- ☐ Agente comunitário de saúde
- ☐ Educador
- ☐ Liderança comunitária
- ☐ Outro (especificar) _____

2. VOCÊ CONSIDERA A CARTILHA:

- ☐ Muito importante ☐ Pouco importante ☐ Sem importância
- Por quê?

3. VOCÊ CONSIDERA O CONTEÚDO DA CARTILHA:

- ☐ Ótimo ☐ Bom ☐ Regular ☐ Péssimo
- Por quê?

4. VOCÊ CONSIDERA AS ILUSTRAÇÕES DA CARTILHA:

- ☐ Ótimas ☐ Boas ☐ Regulares ☐ Péssimas
- Por quê?

5. QUE OBSERVAÇÕES OU SUGESTÕES VOCÊ FAZ À CARTILHA?

*Esse título foi alterado após a avaliação dos participantes para: “Adolescer em uma sociedade inclusiva”.

GUIA: “ADOLESCER EM UMA SOCIEDADE INCLUSIVA”

Caro leitor,

Há algum tempo venho desenvolvendo estratégias de Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) com acadêmicos do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, junto às comunidades de cinco bairros vinculados à Secretaria Executiva Regional VI (SER VI) em Fortaleza - CE, com a finalidade de sensibilizá-los e mobilizá-los para a inclusão social de adolescentes com deficiência.

Este guia, entretanto, reúne orientações sobre as deficiências e as atitudes corretas a serem adotadas em relação às pessoas com deficiência em qualquer etapa da vida.

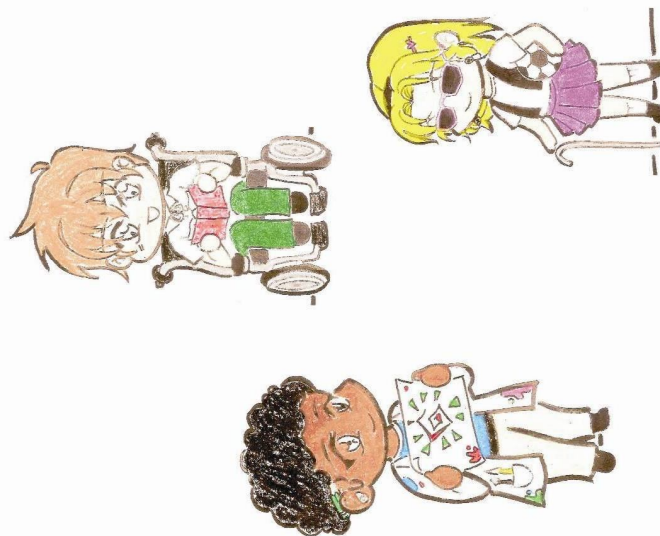
Chamamos a sua atenção para o uso da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) no diálogo em que o personagem com surdez participa, ressaltando a possibilidade de comunicação entre este e os personagens ouvintes que conhecem esta língua.

Que ela possa ser útil a todos às pessoas com deficiência, que necessitam ter a oportunidade de realização das atividades cotidianas e de participação social no meio em que vivem, aos seus familiares, enquanto primeiro grupo social ao qual pertencem, e a toda a comunidade, que viverá a experiência enriquecedora da promoção e proteção da cidadania da pessoa com deficiência.

Christiane Maria Veiros Porto
Terapeuta Ocupacional

Adolescer

em uma sociedade inclusiva



Você sabia que...

-  ...a família é importante parceira no desenvolvimento da pessoa com deficiência?
-  ...a pessoa com deficiência pode ter autonomia?
-  ...mesmo sendo uma pessoa com deficiência o adolescente pode participar dos problemas em casa e na comunidade?
-  ...a pessoa com deficiência possui direitos e deveres?
-  ...a pessoa com deficiência não necessita de superproteção?
-  ...nós precisamos aceitar as diferenças?
-  ...devemos saber lidar com os preconceitos da sociedade?
-  ...a pessoa com deficiência pode trabalhar?
-  ...a pessoa com deficiência pode estudar?

COMPREENDENDO A DEFICIÊNCIA



Desde o princípio dos tempos até os nossos dias a noção de deficiência é confundida com incapacidade, porém, entendemos que o meio ambiente, o contexto cultural, social e econômico é que incapacitam as pessoas.

Atualmente, está cada vez mais comum encontrar pessoas com deficiência realizando atividades nas mais diferentes áreas.

A cada ano fica mais fácil perceber que apresentar uma deficiência não é sinônimo de limitação, mas sim de superação.

Hoje em dia, o número de exemplos não pára de crescer e é possível citar vários nomes de pessoas que superaram suas dificuldades e se destacaram em algum setor. São músicos, atletas, cidadãos comuns, que conseguem exercer uma função com igualdade de oportunidades.

DEFICIÊNCIA é toda e qualquer limitação que afeta a funcionalidade de uma pessoa, trazendo prejuízos na realização de atividades e na participação social no meio ambiente onde vive.

Dentre as funções prejudicadas destacamos a locomoção, a coordenação de movimento, a fala, a compreensão de informações, a orientação espacial, a percepção e o contato com as outras pessoas.

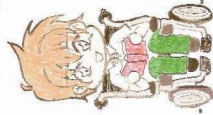
A deficiência pode gerar dificuldades e desafios na execução de atividades comuns do dia a dia, mas não a impossibilidade de superá-los quando a pessoa busca e tem a oportunidade de desenvolver suas potencialidades.

Dentre as deficiências, destacamos quatro grupos: Deficiência física, intelectual, visual e auditiva.

DEFICIÊNCIA FÍSICA é todo comprometimento da mobilidade, da coordenação motora ou da fala, causado por danos nos nervos,

músculos e ossos, que podem ser congênitos ou adquiridos.

Atitudes com pessoa que utiliza cadeira de rodas



- Ao falar com essa pessoa, situe-se de frente e na mesma altura, por exemplo, sentando-se;
- Pergunte se quer alguma ajuda, dirigindo-se sempre a ele(a) e não ao acompanhante;
- Ao ajudar um usuário de cadeira de rodas a descer uma rampa é preferível usar a ré para evitar que, pela inclinação, a pessoa desequilibre e caia para frente.

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL é a diminuição do funcionamento intelectual ocorrida no período do desenvolvimento, e associada às limitações de pelo menos dois aspectos da capacidade do indivíduo para responder adequadamente às solicitações da sociedade em comunicação, cuidados pessoais, tarefas domésticas, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, saúde e segurança, aptidões escolares, lazer e trabalho.

Atitudes com a pessoa com deficiência intelectual

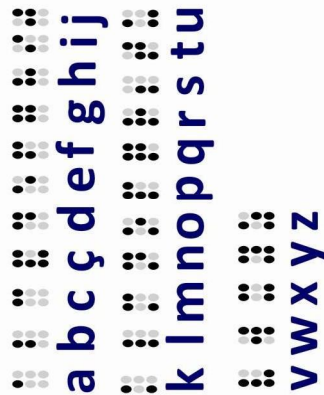
- Cumprimente-a normalmente, evitando superproteção;
- A pessoa com deficiência intelectual deve fazer sozinho tudo o que puder; ajude-a realmente quando for necessário;
- A deficiência intelectual pode ser consequência de uma doença, mas não é uma doença, é uma condição. Nunca use expressões pejorativas;
- Quando for criança, trate-a como criança. Quando for adolescente ou adulto, trate-o como tal;
- Fale devagar e de forma clara;
- Evite comparações. Uma pessoa só pode ser comparada a ela mesma.



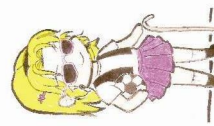
DEFICIÊNCIA VISUAL OU CEGUEIRA é marcada por uma limitação no campo visual. Pode variar de cegueira total à baixa visão. Neste caso, há diminuição na percepção de cores e mais dificuldades de adaptação à luz.

Atitudes com a pessoa com deficiência visual

- Ao dirigir-se a alguém com deficiência visual, identifique-se sempre;
- O alfabeto Braille facilita a comunicação da pessoa cega;



- Não conduza o Cego sem sua prévia autorização;
- Ao guiar uma pessoa cega:



- o Dê-lhe o braço para que a mesma possa acompanhar seu movimento;
- o Não a deixe falando sozinha;
- o Ao conduzir um cego a uma cadeira, guie a mão para o encosto, dizendo se a cadeira tem braços ou não;
- o Informe à pessoa cega quando estiver passando por algum obstáculo evitando, assim, possíveis acidentes;

DEFICIÊNCIA AUDITIVA OU SURDEZ é a perda total ou parcial da capacidade de ouvir. Pode ser surdez leve, onde a pessoa consegue falar e perceber a voz humana com ou sem a utilização de um aparelho e pode ser ainda, surdez profunda, onde não há percepção de sons.

Pessoas com deficiência auditiva

- Compreenda que o ritmo e a pronúncia dessas pessoas são diferentes;
- O Surdo comunica-se, principalmente, por meio da Língua de Sinais que no Brasil é chamada de LIBRAS (Língua Brasileira de Sinais) e que consiste de um sistema de gestos onde cada uma tem seu significado atendendo a estruturação de um código;
- Não aparente ter compreendido uma mensagem, se não a entendeu;
- Fale sempre de frente para o Surdo, mantendo o contato visual, e faça com que ele enxergue a boca de quem está falando para facilitar a leitura dos lábios;



- Fale com o tom normal de voz, a não ser que lhe peçam para levantá-la;
- Seja expressivo, pois como os surdos não percebem as mudanças sutis do tom da voz, eles "lêem" as expressões faciais, os gestos ou os movimentos do corpo para se comunicar;
- Ao desejar falar com uma pessoa surda, chame a atenção dela, sinalizando com a mão ou tocando-lhe o braço;
- Se houver dificuldade de entendimento sinta-se à vontade para pedir que a outra pessoa repita;
- Se o Surdo estiver acompanhado por um intérprete, fale diretamente com ele, e não com o intérprete;
- Respeite o Surdo com sua língua, sua cultura e sua forma de pensar e agir;
- Na datilologia os signos substituem as letras do alfabeto e os fonemas do idioma em um código manual.

O nascimento de um bebê é considerado um momento marcante na família, pois é iniciada uma nova fase no grupo familiar, onde cada membro se adapta ao seu papel. Com o nascimento de um bebê com deficiência, o momento é de grande impacto, principalmente para o casal, podendo causar desestruturação na estabilidade familiar.

Ao perceber que algo diferente pode estar acontecendo com o desenvolvimento do seu filho, procure os profissionais da Equipe Saúde da Família – agente comunitário de saúde, enfermeiro e médico, para encaminhamento aos profissionais especializados: fisioterapeuta, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médicos especialistas (neurologista, oftalmologista, ortopedista, otorrino-laringologista), psicólogo, terapeuta ocupacional, dentre outros que podem desenvolver estratégias promotoras da saúde. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico das dificuldades e habilidades presentes, e iniciado o acompanhamento, mais rápida será a aceitação e a adaptação. E, consequentemente, mais efetiva será a promoção da saúde e do bem-estar da pessoa com deficiência e de seus familiares.

A superação das dificuldades e de sentimentos como raiva, rejeição e culpa, vivenciados em relação ao bebê com deficiência, é um fator importante para a adaptação e bem-estar da família enquanto grupo que busca, de alguma forma, uma reorganização, na tentativa de incluir a pessoa com deficiência como um membro pertencente àquele grupo.

A aceitação e o acolhimento da família em relação à PCD é muito importante porque favorece a sua estruturação psíquica, o crescimento pessoal e afetivo e o seu desenvolvimento saudável, além da inclusão social.

LEMBRE-SE:

- Ser capaz de desejar de verdade que seu filho desenvolva ao máximo seu potencial é o primeiro passo
- É importante manter a rotina normal da casa, evitando que o tema deficiência seja o centro das atenções familiares
- As atitudes superprotetoras devem ser eliminadas para que a pessoa com deficiência possa desenvolver suas habilidades e

A	B	C	D	E	F
G	H	I	J	K	L
M	N	O	P	Q	R
S	T	U	V	W	X
Y	Z				

AS PALAVRAS PODEM SER BARREIRAS ATITUDINAIS...

Você sabia que as palavras agem sobre as pessoas? Elas podem ou não discriminar, e mostrar aquilo que pensamos e o que desejamos. Por isso, quando dizemos que alguém é um deficiente físico, estamos discriminando essa pessoa. Veja como tudo muda se falamos de pessoa com deficiência(PCD). Nesse caso, a pessoa não é deficiente, mas apresenta uma deficiência, o que é outra idéia.

Família

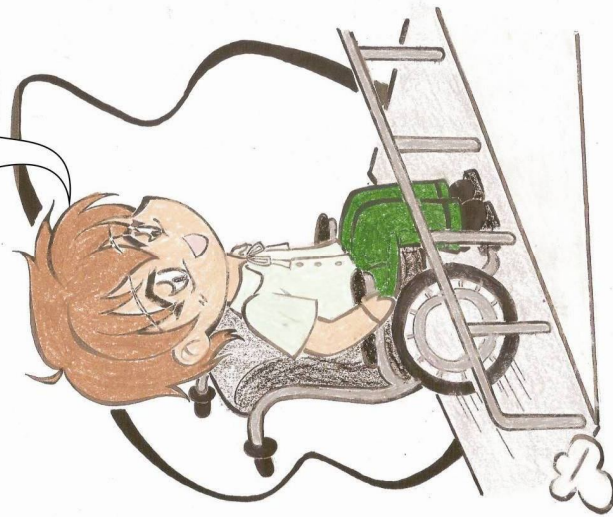
A família compõe o primeiro grupo de relações sociais da criança. Estas são relações complexas e profundas, devido aos sentimentos presentes entre seus membros.

potencialidades

- Manter o equilíbrio e o bom contato entre todos os membros da família por meio do diálogo e da tolerância mútua é fundamental
- É muito saudável que os irmãos e toda a família sejam envolvidos nessa interação para que ninguém se sinta excluído
- Ao interagir com a pessoa com deficiência a família não deve focalizar as dificuldades ou incapacidades, mas sim as possibilidades
- Pequenas tarefas da rotina diária mostram-se importantes estímulos para a conquista da autonomia
- Com os terapeutas ocupacionais, pode-se aprender as melhores formas de potencializar as habilidades da PCD e, consequentemente, os efeitos das terapias, promovendo a (re)abilitação social
- A participação em associações que reúnem pessoas com deficiência e seus familiares deve ser incentivada e valorizada

ACESSIBILIDADE E AUTONOMIA

Vejam, este é um bom lugar na comunidade. Ele é acessível, pois as barreiras estruturais foram removidas.



A autonomia é a capacidade que a pessoa tem de conduzir-se pela própria vontade e por meio de suas habilidades.

Para a pessoa com deficiência a autonomia é muito importante, pois permite que a mesma garanta suas escolhas e suas decisões, fazendo com que tenha controle da sua própria vida.

É por meio da autonomia, que muitos adolescentes com deficiência encontram a possibilidade de seguir o caminho que acredita ser mais adequado. A autonomia favorece a formação do sujeito, e a construção da identidade da pessoa com deficiência, uma vez que a mesma pode opinar, concordar e discordar de algo.

Com autonomia, a pessoa com deficiência pode escolher a roupa que quer vestir, aonde deseja ir, o que deseja fazer no momento, quanto ela pode gastar em determinada ocasião, etc.

A acessibilidade deve ser entendida como um elemento importante na busca da autonomia e superação da exclusão social.

A acessibilidade é muito importante para as pessoas com deficiência, pois permite o deslocamento de forma facilitada, sem restrições devido às barreiras.

A acessibilidade é muito importante também dentro de casa, pois é nesse ambiente que a pessoa com deficiência mais frequenta que deve iniciar a conquista da autonomia. Logo, esse local não deverá oferecer riscos de limitações e de acidentes.

A depender do tipo de deficiência, variam também os cuidados que devem ser tomados dentro de casa. Por exemplo: na deficiência visual, é recomendado que os móveis não mudem de lugar. Na deficiência Física, é importante que existam espaços de manobras da cadeira de rodas, que não haja tapetes que impossibilitem a cadeira de rodas de se mover.

Alguns símbolos relacionados à acessibilidade foram convenionados pela Normas Técnicas da ABNT NBR 9050, a fim de facilitar a informação para a sociedade. Os símbolos devem indicar a acessibilidade aos serviços e identificar espaços, edificações, mobiliário e equipamentos onde existem elementos acessíveis ou utilizáveis por pessoas com deficiência. Estas sinalizações devem ser afixadas em local visível ao público como: entradas, áreas de estacionamento, áreas de embarque/desembarque, sanitários, áreas reservadas para pessoas em cadeira de rodas, saídas de emergência e equipamentos exclusivos para uso de pessoas com deficiência.

- Símbolo internacional de acesso



- Símbolo internacional de pessoas com deficiência auditiva (surdez)



- Símbolo internacional de pessoas com deficiência visual (cegueira)



A) Branco sobre fundo preto



B) Branco sobre fundo azul



C) Preto sobre fundo branco

- Símbolos complementares



Sanitários masculino e feminino acessíveis



Rampa

PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL

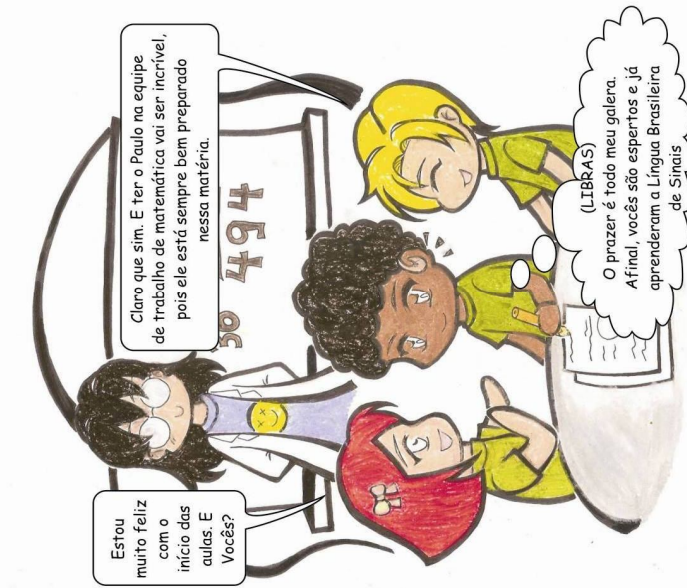
De nada Maria. É sempre bom pensar e trabalhar em equipe.

Ana, obrigado por me deixar ajudá-la a escolher os livros que serão usados no projeto "Ciranda do Livro" da nossa comunidade.



- Política Nacional de Assistência Social (PNAS), aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social por intermédio da Resolução no. 145, de 15 de outubro de 2004 e publicada no Diário Oficial da União de 28 de outubro de 2004.

EDUCAÇÃO



O desenvolvimento de uma pessoa não é um processo solitário, mas algo que acontece no plano social, nas relações entre as pessoas e de maneira dinâmica.

No caso da pessoa com deficiência, o processo não é diferente. E esta necessita do acesso integral aos meios sociais de apropriação do conhecimento. Assim, ela poderá superar suas limitações e ter um desenvolvimento satisfatório.

A independência e a autonomia da pessoa com deficiência serão constituídas por meio de suas interações sociais.

Como qualquer outro cidadão, a pessoa com deficiência tem direito à educação, saúde, assistência social, lazer, esporte, cultura e trabalho, e ainda, e ao passe livre. Portanto, a acessibilidade aos recursos da comunidade tem que estar garantido para que possa viver com independência e autonomia.

Para que ocorra a inclusão em todos os segmentos, é necessário adequar as estruturas humanas, físicas e técnicas. As barreiras atitudinais (preconceito, discriminação e desinformação) e estruturais (falta de rampas, meios de comunicação, móveis, utensílios e equipamentos adaptados) devem ser eliminadas para que todos, sem exceção, tenham as mesmas oportunidades.

Cada vez mais as pessoas com deficiência emergem como sujeitos de suas vidas. Eles fundam suas próprias organizações, lutam por seus direitos e questionam a sociedade e o papel marginalizado que muitos lhe atribuem.

Apesar de recentes, já são várias as leis que dizem respeito, direta ou indiretamente, à inclusão das pessoas com deficiência:

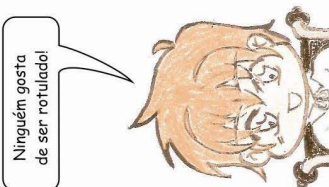
- Lei Orgânica da Assistência Social – Lei no. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, publicada no Diário Oficial da União de 8 de dezembro de 1993.

A educação para a pessoa com deficiência permite a interação com os colegas e com os professores. O contexto educacional é um ambiente diferenciado, que favorece o desenvolvimento das habilidades e capacidades, possibilitando a intervenção no mundo.

A escola pode ajudar a pessoa com deficiência a exercer a cidadania, integrando-se na comunidade e na sociedade. O processo de ensino e aprendizagem deve acontecer sempre tendo em vista às necessidades da pessoa com deficiência.

A escola é um ambiente que proporciona ao adolescente com deficiência estímulos essenciais que favorecem a troca de experiências, de saberes e demonstram as potencialidades, permitindo que esse adolescente se descubra enquanto um cidadão.

A escola, enquanto instituição social, é encarregada de promover a inclusão social, comprometendo-se com a formação do sujeito social, cujo propósito baseia-se no respeito à diferença e na promoção dos direitos humanos.



Ninguém gosta de ser rotulado!



Por isso procure valorizar as qualidades das pessoas

TRABALHO

Parabéns pela sua promoção Gabriel. Você realmente merece, pois tem se mostrado muito competente e companheiro na empresa

Todas as pessoas tem habilidades Ester. Só precisam ter oportunidades para desenvolvê-las e usá-las com eficácia.



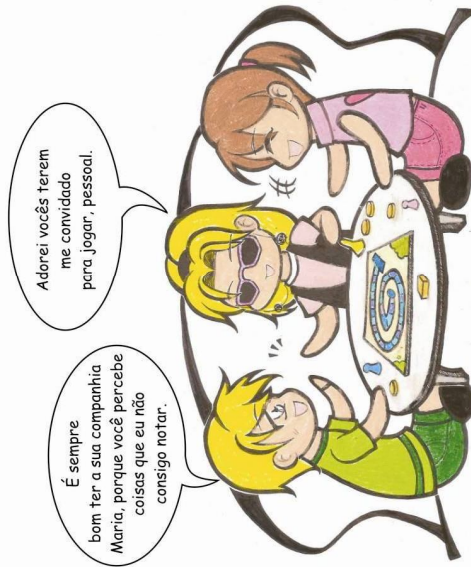
O momento da escolha profissional é um importante marco na vida de um adolescente. A tarefa de escolher uma trajetória profissional é bastante complexa e para o adolescente com deficiência, torna-se mais ainda.

A profissionalização do adolescente com deficiência é uma grande conquista, pois favorece a qualificação para os serviços, fazendo com que o mercado de trabalho absorva esses profissionais de maneira mais adequada.

A Lei de Cotas tem sido foco de fiscalização da Delegacia Regional do Trabalho. E a empresa com 100 ou mais empregados está obrigada a preencher de 2% a 5% de seus cargos com beneficiários reabilitados ou pessoas com deficiência.

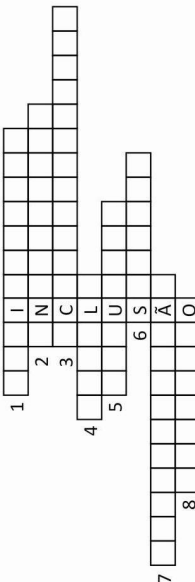
É importante lembrar que não basta desenvolver as habilidades. E o terapeuta ocupacional é o profissional que vai facilitar a significação destas habilidades em um contexto profissional, permitindo à pessoa com deficiência fazer uso delas como instrumento de transformação e compreensão no mundo do trabalho.

LAZER



Existem várias formas de lazer. Divertimentos são componentes fundamentais de qualquer esquema que vise melhorar a qualidade de vida das pessoas em geral, assim como das pessoas com deficiências ou que vivem necessidades especiais breves ou permanentes.

AGORA TESTE SEUS CONHECIMENTOS...



- Limitação ou incapacidade que afeta a funcionalidade de uma pessoa, trazendo prejuízos na realização de atividades e na participação social no meio ambiente onde vive
- Pessoa que interpreta o sistema de códigos do Surdo, conhecido no Brasil como LIBRAS.
- Eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas e atitudinais.
- Instituição social responsável pela promoção da inclusão educacional.
- É marcada por uma limitação no campo visual.
- O _____ internacional de acesso indica a acessibilidade nos serviços e espaços.
- A _____ na família, na comunidade e na sociedade em geral favorece o desenvolvimento saudável.
- É garantido pela Lei de Cotas e fiscalizado pela Delegacia Regional do Trabalho.

EXISTEM MUITAS FORMAS DE PROMOVER A PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. PENSE EM COMO VOCE TAMBÉM PODE PROMOVÊ-LA

EM CASA	NA ESCOLA	NO TRABALHO	NA COMUNIDADE

INSTITUIÇÕES E ENTIDADES PROMOTORAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CEDEF
Rua Antônio Augusto, 555 – Praia de Iracema
Fone: (85) 3101.2870
E-mail: cedefce@gmail.com

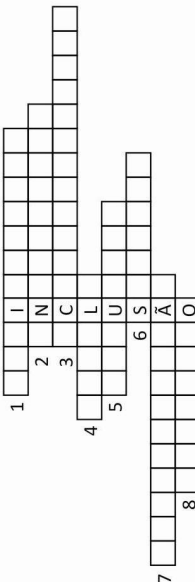
Centro de Referência de Assistência Social – CRAS de Fortaleza XIV – Vanderlei Cavalcante
Conjunto João Paulo II, 75 – Messejana
Fone: (85) 3488.3322

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Fortaleza - APAE
Av. Rogaciano Leite, 2001 – Luciano Cavalcante
Fone: (85) 4012-1403
E-mail: apaefortaleza@ig.com.br

Associação dos Cegos do Estado do Ceará
Rua Odilon Soares, 39 – Farias Brito
Fone: (85) 3281-6182

Existem várias formas de lazer. Divertimentos são componentes fundamentais de qualquer esquema que vise melhorar a qualidade de vida das pessoas em geral, assim como das pessoas com deficiências ou que vivem necessidades especiais breves ou permanentes.

AGORA TESTE SEUS CONHECIMENTOS...



- Limitação ou incapacidade que afeta a funcionalidade de uma pessoa, trazendo prejuízos na realização de atividades e na participação social no meio ambiente onde vive
- Pessoa que interpreta o sistema de códigos do Surdo, conhecido no Brasil como LIBRAS.
- Eliminação de barreiras arquitetônicas, urbanísticas e atitudinais.
- Instituição social responsável pela promoção da inclusão educacional.
- É marcada por uma limitação no campo visual.
- O _____ internacional de acesso indica a acessibilidade nos serviços e espaços.
- A _____ na família, na comunidade e na sociedade em geral favorece o desenvolvimento saudável.
- É garantido pela Lei de Cotas e fiscalizado pela Delegacia Regional do Trabalho.

EXISTEM MUITAS FORMAS DE PROMOVER A PARTICIPAÇÃO E INCLUSÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. PENSE EM COMO VOCE TAMBÉM PODE PROMOVÊ-LA

EM CASA	NA ESCOLA	NO TRABALHO	NA COMUNIDADE

INSTITUIÇÕES E ENTIDADES PROMOTORAS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CEDEF
Rua Antônio Augusto, 555 – Praia de Iracema
Fone: (85) 3101.2870
E-mail: cedefce@gmail.com

Centro de Referência de Assistência Social – CRAS de Fortaleza XIV – Vanderlei Cavalcante
Conjunto João Paulo II, 75 – Messejana
Fone: (85) 3488.3322

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Fortaleza - APAE
Av. Rogaciano Leite, 2001 – Luciano Cavalcante
Fone: (85) 4012-1403
E-mail: apaefortaleza@ig.com.br

Associação dos Cegos do Estado do Ceará
Rua Odilon Soares, 39 – Farias Brito
Fone: (85) 3281-6182

Centro de Apoio aos Surdos - CAS

Av. Rui Barbosa, 1970.

Fones: 310-1391 / 3264-6758

Federação Nacional de Educação e Integração dos Surdos – FENEIS

Av. Bezerra de Menezes, 549, São Gerardo. CEP: 60325-000

Fone: (85) 3283-9126.

E-mail: feneis.ce@veloxmail.com.br

Instituto Filippo Smaidone

Rua Adolfo Siqueira, 273 – Joaquim Távora

Fone: 3221-3993

Instituto dos Surdos do Ceará

Av. Rui Barbosa, 1970

Recanto Psicopedagógico do Ceará

Rua Ari Barroso, 55 – Papicu

Fone: (85) 3262-1818

E-mail: contato@recantopsicopedagogico.org

Centro de Saúde da Família Terezinha Parente

Rua Nelson Coelho, 209 – Lagoa Redonda

Fone: (85) 3105-1626

EMEIF Terezinha Ferreira Parente

Rua Nelson Coelho, 209 – Lagoa Redonda

Fone: (85) 3488-3281

Projeto Fonte da Vida

Rua José Bonfim Júnior, 953 – São Miguel

Fone: (85) 3276-2471

Projeto Aprender, Brincar e Crescer (ABC) - Curió

Rua Edmilson Coelho, s/n – Curió

Fone: (85) 3476-8060

22

REFERÊNCIAS

ABNT. Norma técnica. NBR 9050. 2ª edição, 2004. Disponível em www.mpdft.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf. Acesso em: 13/08/09.

AURELIO. Disponível em: <http://www.dicionarioaurelio.com/dicionario.php?P=Autonomia>. Acesso em: 15/07/09.

BARTALOTTI, C.C. A inclusão social da pessoa com deficiência e o papel da terapia ocupacional. Cidadania e Justiça: Revista da AMB, 2004, v. 7, n. 13, p. 165-174

BASTOS, A.L.G. O Adolescente com deficiência e seu processo de escolha profissional. Adolesc. Latinoam. v.3 n.1 Porto Alegre ago. 2002

BATISTA, S.M.; FRANÇA, R.M. Família de pessoas com deficiência: desafios e superação. Revista de divulgação técnico-científica do ICPG. Vol. 3, n. 10, jan-jun, 2007.

DESSEN, M.A; SILVA, N.L.P. Deficiência Mental e família: uma análise da produção científica. Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia, 2000.

FERREIRA, L.A.M. Educação, Deficiência e Cidadania. São Paulo, 2004. Disponível em : <http://www.buscalegis.ccj.ufsc.br>. Acesso em: 16 de julho de dois mil e nove.

GODOY, A. et al. Direitos das pessoas com deficiência - Cartilha da inclusão. Reproduzida, com adaptações e atualizações, mediante autorização, da "Cartilha da Inclusão", PUC-MG, Nov. 2000. Disponível no site : <http://www.pt22.mpt.gov.br>.

23

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Guia para a pessoa com deficiência. MAGALHÃES, D.J.A.V.; OLIVEIRA, A.G.R. Desenvolvimento de indicadores municipais de satisfação da população quanto à localização residencial, mobilidade e acessibilidade no espaço urbano. Caxambu- Minas Gerais, 2008.

REGEN, M. A Instituição Família e sua relação com a deficiência. Revista Educação Especial, n. 27, pg 119-132, 2006.

SASSAKI, R. K. Como chamar as pessoas que têm deficiência? Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

SILVA, R.A.R. et al. Formas de enfrentamento da Aids: Opinião de mães de crianças soropositivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem. V. 16. N. 2. Ribeirão Preto. Mar/Abr, 2008.

SOUSA, A.M.C. (Org.). A criança especial: temas médicos, educativos e sociais. São Paulo: Roca, 2003.

VASQUES, C.K. Branco sobre o branco: psicanálise, educação especial e inclusão escolar. Revista Educação Especial. v. 22, n. 33, p. 29-40, jan./abr. 2009, Santa Maria. Disponível em : <http://www.ufsm.br/revistaeducacaoespecial>. Acesso em: 14/07/09 de julho de dois mil e nove.

LEI nº 8.742, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993.

Dispõe sobre a organização da Assistência Social e outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

CAPÍTULO I

Das Definições e dos Objetivos

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

- I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V - a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Parágrafo único. A assistência social realça-se de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Art. 3º Consideram-se entidades e organizações de assistência social aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos.

CAPÍTULO II

Dos Princípios e das Diretrizes

SEÇÃO I

Dos Princípios

Art. 4º A assistência social rege-se pelos seguintes princípios:

- I - supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;
- II - universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III - respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV - igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V - divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

SEÇÃO II

Das Diretrizes

Art. 5º A organização da assistência social tem como base as seguintes diretrizes:

- I - descentralização político-administrativa para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e comando único das ações em cada esfera de governo;
- II - participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;
- III - primazia da responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social em cada esfera de governo.

Produção textual: Chrystiane Maria Veras Porto
Assessoria:

Ana Hérica M. Monteiro

Michelle de Oliveira Santana

Ilustrações: Marina Porto Almeida

Diagramação e arte final: Pluspixel

ANEXOS

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO
DE DOCUMENTOS ARQUIVADOS**

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, a Dra. **Sílvia Amélia Feitosa**, Coordenadora do Centro de Saúde da Família Terezinha Ferreira Parente, após ter tomado conhecimento do protocolo de pesquisa **“REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA DE MEDIAÇÃO NO DESEMPENHO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA E EM SITUAÇÃO DE POBREZA”** que tem como objetivo **avaliar a estratégia de RBC na mediação do desempenho ocupacional de adolescentes com deficiência e em situação de pobreza, como ferramenta de inclusão social**, vem na melhor forma de direito **AUTORIZAR** à pesquisadora **Chrystiane Maria Veras Porto** o acesso ao arquivo de dados dos usuários desta Instituição, sendo permitida a coleta de informações junto as **Fichas de Cadastro e de Acompanhamento Domiciliar** objeto deste estudo, e que se encontram sob sua total responsabilidade.

Fica claro que o fiel depositário pode a qualquer momento retirar sua AUTORIZAÇÃO e está ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional.

Fortaleza-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Fiel Depositário

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Eu, Chrystiane Maria Veras Pôrto, aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza, estou desenvolvendo uma pesquisa sobre **“REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE: EXPERIÊNCIA DE MEDIAÇÃO NO DESEMPENHO OCUPACIONAL DE ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIA E EM SITUAÇÃO DE POBREZA”**.

Deste modo venho solicitar sua colaboração para fazer parte da pesquisa e/ou permitir a participação de seu(a) filho(a), respondendo às perguntas, as quais serão realizadas por meio de questionários e participação em grupo de discussão (grupo focal), com o intuito de trazer contribuições para a melhoria na qualidade de vida.

Solicito, ainda, a autorização para gravar entrevistas, filmar e fotografar as observações.

Objetivo da pesquisa

Avaliar a estratégia de RBC na mediação do desempenho ocupacional de adolescentes com deficiência e em situação de pobreza, como ferramenta de inclusão social.

Esclareço que:

1. Sua participação na pesquisa será de livre e espontânea vontade.
2. Ao participar da pesquisa, não ficará exposto a nenhum risco.
3. A sua identidade será mantida em segredo e não terá nenhuma despesa durante todo o período da pesquisa.
4. Você poderá desistir de participar, a qualquer momento, sem qualquer prejuízo de sua assistência.

5. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa.
6. Somente após devidamente esclarecido e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento, caracterizando a sua autorização para participar da pesquisa.
7. Este documento será impresso em duas vias, ficando uma com o informante e a outra com a pesquisadora.

Em casos de esclarecimento, entrar em contato com a pesquisadora responsável Chrystiane Maria Veras Pôrto, no endereço Av. Washington Soares, 1321– Edson Queiroz – Fortaleza – CE; telefone: (85) 3477-3203.

Em caso de dúvida sobre seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – COÉTICA/UNIFOR, endereço: Av. Washington Soares, 1321, Edson Queiroz, CEP 60.000-000, Fortaleza - CE.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, que concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de ____.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora





FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER N°. 070/2009

Projeto de Pesquisa: Reabilitação baseada na comunidade : uma experiência de mediação do desempenho ocupacional do adolescente com deficiência e em situação de pobreza.

Pesquisador Responsável: Chrystiane Maria Veras Porto

Data de apresentação ao COÉTICA: 10/03/09

Registro no COÉTICA: 09-074

CAAE: 0623.0.000.037-09

Parecer: APROVADO na data de 26/03/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA