

REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE – DISCUTINDO ESTRATÉGIAS DE AÇÃO NO CONTEXTO SOCIOCULTURAL*

Fátima Corrêa Oliver, Marta Carvalho de Almeida***, Maria Cristina Tissi****, Luciana Hernandez Castro*****, Simone Formagio*******

OLIVER, F.S., ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H., FORMAGIO, S. Reabilitação baseada na comunidade - discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.1, p.1-10, jan./abr., 1999.

RESUMO: Trata-se de apresentar a Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC como temática interligada ao desenvolvimento de ações multisetoriais (saúde, educação, trabalho e ação social) desenvolvidas com participação comunitária. Para facilitar o acesso das pessoas com deficiências aos serviços de reabilitação os organismos internacionais de saúde e reabilitação propuseram a RBC como uma das estratégias de ampliação de cobertura assistencial, a partir da gestão de recursos locais, principalmente para os países do terceiro mundo. À luz dessa proposição são discutidos os pressupostos para a implantação de ações de reabilitação com participação comunitária a partir de experiência em curso no município de São Paulo - Brasil. Neste caso existe a ênfase no trabalho territorial com mobilização da população local, incluindo as pessoas com deficiência. Ao mudar o "lugar" das ações de reabilitação os profissionais estarão diante de outro sujeito, agora integrado ao contexto sociocultural. Os profissionais revendo e estabelecendo novos instrumentos/ olhares para decodificar os níveis de pertencimento da pessoa com deficiência constroem uma visão diferenciada do sujeito, transferem parte de seu saber sobre o campo, simplificando-o, tornando-o público, democratizado. A experiência em curso conta com participação de terapeutas ocupacionais (profissionais e alunos de graduação), de representantes de equipamentos sociais (Escola, Creche e Unidade de Saúde) de pastorais ligadas à Igreja Católica, do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente da região, de familiares e pessoas com deficiências e voluntários. O projeto se desenvolve a partir de um grupo gestor e de reuniões plenárias de planejamento e avaliação. São acompanhadas pessoas com deficiências e população em geral em atividades de geração de renda para adultos, grupo de convivência e de atividades sócio culturais e de discussão local das necessidades da pessoa com deficiência e da população em geral em determinado contexto sociocultural. Este seria um modo de conhecer o contexto sociocultural, localizar sujeitos e saberes sobre aquele grupo e problemática, mais complexo que ampliar a cobertura assistencial ou criar serviços e ações de reabilitação a baixo custo. É contribuir para a produção do processo de emancipação e autonomia das pessoas com deficiência.

DESCRITORES: Reabilitação, tendências. Participação comunitária. Serviços de saúde comunitária. Política de saúde, tendências. Terapia ocupacional, tendências.

* Parte destas reflexões foi apresentada como tema livre no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional em São Paulo, em 1999.

** Doutora em Saúde Pública e docente do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP, coordenadora do Projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade do Jardim D'Abril e do Lago.

*** Mestre em Psicologia Social e Docente do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

**** Mestre em Saúde Coletiva e Terapeuta Ocupacional colaboradora do Projeto Reabilitação Baseada na Comunidade do Jardim D'Abril e do Lago.

***** Terapeuta Ocupacional colaboradora do Projeto Reabilitação Baseada na Comunidade do Jardim D'Abril e do Lago.

***** Aluna de Graduação em Terapia Ocupacional da USP. Colaboradora do Projeto Reabilitação Baseada na Comunidade do Jardim D'Abril e do Lago.

Endereço para Correspondência: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Rua Cipotânea, 51, CEP 05360-160 São Paulo, SP. e-mail: centrototo@usp.br

INTRODUÇÃO

As discussões acerca da ampliação de oportunidades para as pessoas com deficiências têm como base as concepções sobre direitos humanos e justiça social levantadas ao longo dos anos 60, 70 e 80, principalmente na Europa e Estados Unidos, onde se operavam a reorganização e reproposição de serviços assistenciais em saúde, educação e outros relativos ao bem estar social. Estavam em discussão o caráter segregador e excludente das instituições sociais quer na saúde, educação e reabilitação, suas impossibilidades de lidar com as demandas das pessoas com deficiências, como também uma avaliação quanto aos custos sociais e pessoais em relação aos benefícios e possibilidades concretos que ofereciam, para que essa população pudesse usufruir dos bens coletivos em seu contexto sociocultural.

Um marco importante nas discussões sobre os direitos das pessoas com deficiência tanto no Brasil como no mundo foram os debates produzidos em torno do Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência em 1981, e a apresentação pela Organização das Nações Unidas do Plano de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiências (OLIVER, 1990; ONU, 1982)^{10,11}. Esse plano coloca para os países membros diretrizes para implementar, segundo suas condições e possibilidades, medidas eficazes para prevenção de deficiências e para reabilitação e a realização dos objetivos de "igualdade" e "participação plena" das pessoas com deficiência na vida social e no desenvolvimento levando à criação de oportunidades iguais às de toda a população para participação equitativa na melhoria das condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e social. Esse foi importante momento para demarcar as lutas por políticas públicas inclusivas, no campo da saúde e da educação.

É nesse contexto que surge a Reabilitação baseada na Comunidade – RBC, uma proposta de atenção em reabilitação difundida pela Organização Mundial de Saúde - OMS, desde fins da década de 70, que pretende ampliar a cobertura envolvendo a atenção primária de saúde (CARDENAL, 1990)⁴.

Foi concebida em contraposição ao modelo de organização de serviços de reabilitação predominante, no qual as atividades realizam-se em unidades específicas, os chamados Centros de Reabilitação, localizados em áreas urbanas e nas regiões centrais de grandes cidades. Esses serviços especializados, tanto do ponto

de vista dos recursos humanos, quanto dos procedimentos e recursos materiais e tecnológicos requeridos, organizados em geral para, atender a patologias específicas, são de alto custo e de difícil acesso para muitas pessoas, com deficiências. Funcionam sem coordenação entre si e sem relação com outros programas de saúde e setores, como Educação e Promoção Social. Portanto, é um modelo que resulta em baixa cobertura (estima-se que, na América Latina, somente 2% das pessoas com necessidades de reabilitação são assistidas) e em desigualdade, pois poucos têm acesso. Por outro lado, pelas características do modelo, são enfatizados os aspectos clínicos da deficiência, em detrimento de ações voltadas para a integração social das pessoas com deficiências (AMATE, 1988; JANUZZI, 1997; OLIVER, 1990)^{1,5,10}.

Na origem da RBC, aponta-se o movimento social que, nos países centrais (anos 60 e 70), se opôs aos serviços asilares (de internação de pessoas com deficiências e doentes mentais), enfatizando a integração das pessoas com deficiências na comunidade, prioritariamente à criação de serviços especiais. Portanto, a RBC teria a função de combater a segregação e o internamento e, ao mesmo tempo, promover a ampliação da cobertura da assistência (MOMM e KONIG, 1989)⁸.

A OMS concebeu a RBC como uma estratégia, ao lado da prevenção das deficiências e da própria reabilitação institucional (OPS, 1993)¹². Assim, a RBC:

- ocorre na própria comunidade onde residem pessoas com deficiências, portanto numa área geográfica delimitada;
- baseia-se nas necessidades das pessoas com deficiências e na busca da solução de seus problemas e não na aplicação de tecnologias específicas;
- utiliza recursos locais (pessoal e material);
- opera como um elemento incorporado à programação local de saúde e dentro da sua estrutura, portanto integrado a um sistema de referência e contra-referência no sistema de saúde;
- integra-se a outros programas de desenvolvimento da comunidade e a outros setores sociais.

Tem como possibilidade, na área geográfica delimitada:

- solucionar problemas reais da população com deficiência;

- mobilizar todos os segmentos de uma comunidade;
- contribuir para a qualidade de vida da pessoa com deficiência, sua família e da comunidade.

Há aspectos controversos nas propostas de RBC que conduzem a diferentes abordagens (MOMM; KONIG, 1989; THOMAS; THOMAS, 1998)^{8,14}, que podem ser sintetizadas em duas vertentes:

1. A RBC seria inteiramente não institucional, ou seja, os membros da família e da comunidade teriam a tarefa de executar funções de reabilitação, como exercícios terapêuticos, e produzir dispositivos auxiliares (tecnologia assistiva - equipamentos de ajuda). Nesta vertente, propõe-se a simplificação acentuada das tecnologias de reabilitação e supõe-se que a comunidade dispõe de recursos e meios para realizar a reabilitação, de pessoas interessadas e competentes, que querem mudar suas atitudes negativas em relação à deficiência e que se dispõem a atuar voluntariamente;
2. A RBC é um programa complementar que necessita de instituições de referência e suporte técnico, contando com serviços especializados para encaminhar quem necessite. Aqui, seria preciso dispor de uma infra-estrutura para implantação de um programa de RBC, com possibilidades de acesso a serviços de saúde, de reabilitação e outros serviços sociais, além de meios de transporte para os mesmos e, preferencialmente, programas comunitários para a promoção da integração.

Ainda que o modelo de organização de serviços tradicional, que tem os Centros de Reabilitação como serviços principais, seja considerado de alto custo, quando a implantação de um programa de RBC enfoca prioritariamente a economia de recursos, pressupõe que esta se daria pela transferência de responsabilidades para as famílias e outros membros da comunidade. A controvérsia é se o "consumidor" (a pessoa com deficiência e sua família) está preparado e disposto a assumir este custo.

A simplificação tecnológica e o aproveitamento de recursos humanos da própria comunidade ou da rede de saúde (atenção primária) como medida de economia também traz controvérsias no que se refere à qualidade da atenção prestada, à necessidade de uma rede de apoio técnico e de supervisão, à sobre-

carga de agentes de saúde que comumente já acumulam diversas atividades e à idéia de que as ações dirigidas à integração social, por não serem clinicamente complexas, não requerem conhecimento tecnológico, podendo ser, com facilidade, realizadas por pessoal leigo. Outro aspecto é o referente a simplificação dos equipamentos de tecnologia assistiva, que por vezes alcança extremos não compatíveis com os recursos tecnológicos disponíveis na sociedade e que poderiam ser disponibilizados de diferentes maneiras, como através da reivindicação de direitos (no Brasil, por exemplo, as pessoas com deficiências têm o direito de acesso a equipamentos de tecnologia assistiva, que deve ser concedida pelo Sistema Único de Saúde - SUS).

No Brasil, o desenvolvimento de política pública para esse segmento esteve ligado à subvenção de ações filantrópicas e beneficentes, principalmente, no que diz respeito aos serviços de saúde e reabilitação cabendo uma ação mais tímida na implementação da Educação Especial reiterando mecanismos de discriminação e exclusão social, a partir das próprias políticas públicas (MENDES, 1994; OLIVER, 1990)^{7,10}.

Desde 1993, estão apontadas a necessidade de investimento na criação de serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiências desenvolvidos a partir do setor público, com recomendação para implementação da RBC. Esta comporia as ações do Sistema Único de Saúde, em parcerias com a sociedade civil organizada e/ou com grupos locais (BRASIL, 1993)³.

Em 1995, a Câmara Técnica indicada pela Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE ligada à Secretaria Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça apresenta a RBC como proposta de ampliação de cobertura assistencial com participação comunitária na definição de suas estratégias e identificação de necessidades das pessoas com deficiências, valorizando os processos locais de inclusão social dessas pessoas (BRASIL, 1995)².

No setor público, assim como no setor não-governamental, são poucas as experiências brasileiras registradas.

Do nosso ponto de vista, a responsabilização do setor público da saúde na assistência às pessoas com deficiências é de fundamental importância e somente assim há possibilidades de ampliar a cobertura e de fato realizar ações localizadas (em território delimitado)

integradas a outros setores governamentais e não-governamentais visando a melhoria da qualidade de vida e a inserção social. É condição para que isto aconteça que a reabilitação seja compreendida e defendida como uma responsabilidade do sistema público de saúde, que haja repasse de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (do Ministério da Saúde) para municípios que pretendam implantar ações de reabilitação de diferentes complexidades tecnológicas nos diferentes níveis do sistema, desde as Unidades Básicas de Saúde até serviços especializados.

A RBC é compatível com a rede básica de serviços de saúde, ou seja, deve ser desenvolvida a partir das Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), que se constituem em local privilegiado para a promoção da integração social, já que situam-se próximas às moradias das pessoas com deficiências, se interrelacionam com os diferentes recursos institucionais presentes na localidade, como as escolas e pré-escolas, as creches, as instituições voltadas ao lazer e à cultura, os programas voltados ao desenvolvimento das comunidades, os vários segmentos sociais ali representados, sejam agentes institucionais, lideranças comunitárias ou moradores da área.

Além disso, as Unidades Básicas de Saúde compõem (ou devem compor) um sistema de referência e contra-referência com outras unidades de saúde, para onde podem ser encaminhadas pessoas que necessitem de uma atenção clínica especializada.

Ainda que esta estrutura de Unidades Básicas seja existente em todo país, vários são os fatores que dificultam que estas se tornem acessíveis às pessoas com deficiências e que nelas sejam desenvolvidas ações de reabilitação. Uma das razões encontra-se no modelo de desenvolvimento adotado no Brasil que não prioriza o setor social, gerando o desmonte dos serviços públicos, particularmente da área social, possibilitando espaço para a tendência privatizante em alguns segmentos políticos, o que na cidade de São Paulo, para dar um exemplo, traduziu-se no Plano de Atendimento à Saúde - PAS, no qual os interesses comerciais sobrepõem-se aos interesses e necessidades da população.

Cabe ressaltar que outro aspecto importante que tem dificultado a ampliação da participação do setor público no atendimento às pessoas com deficiências, assim como a descentralização das ações de reabilitação para diferentes níveis do sistema de saúde, é a presença

de interesses corporativos e econômicos no campo da reabilitação, que se esforçam para garantir o monopólio do conhecimento tecnológico e do repasse de recursos do setor público, assim como do setor privado (seguros de saúde), para pequenos grupos pertencentes à rede de serviços já existente na esfera privada e filantrópica e, certamente para setores ligados à produção e à comercialização de equipamentos e insumos para terapias.

Neste quadro, a RBC, mesmo com todas as controvérsias que podemos levantar a seu respeito, algumas das quais apontamos aqui, lança desafios ao propor o deslocamento do objeto da reabilitação do corpo da pessoa com deficiência para o território, contexto sociocultural de pertencimento, implicando na articulação de ações em diferentes campos, redimensionando a importância das ações de reabilitação funcional, profissional e a educação especial.

É necessário então promover, no campo da RBC, a articulação de ações de distintos setores como a educação e a inclusão em oportunidades de geração de trabalho e renda, como fatores fundamentais ligados à equiparação de oportunidades para as pessoas com deficiências e à minimização dos processos de exclusão social a que estão submetidas.

A partir dessa ótica pretendemos discutir nossa experiência de criação e implantação de ações de reabilitação com participação comunitária em desenvolvimento no município de São Paulo. A principal hipótese de trabalho colocada nessa experiência é a possibilidade de discussão e desenvolvimento de ações junto a população com deficiência organizadas a partir da comunidade local, contextualizadas pelas condições de vida colocadas em determinado território.

A EXPERIÊNCIA DE REABILITAÇÃO BASEADA NA COMUNIDADE COMO PROPOSTA TERRITORIAL

Para nós, RBC não teria como principal preocupação a ampliação de cobertura assistencial, simplificação de tecnologia ou redução de custos, motores principais dos investimentos nas experiências de RBC em diferentes países, mas sim a mudança de enfoque, de objeto de reabilitação. Propomos assim, um deslocamento do objeto da reabilitação da pessoa com deficiência individualmente compreendida para o território.

Ao identificarmos as pessoas com deficiências como sujeitos/atores a partir de um contexto socio-cultural específico, reiteramos a noção de produção social de sujeitos, de concepções sobre deficiência e sobre as oportunidades e direitos desse segmento da população.

A noção de território supõe um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações socioeconômicas e culturais a desvendar. Nele pode-se observar diferentes maneiras de existir, sonhar, viver, trabalhar e realizar todas as trocas sociais possíveis.

Essa noção exige que se tenha a compreensão de intervenção em saúde não a partir da noção de risco, que isola e escolhe determinadas variáveis, geralmente de ordem biológica, para o desenvolvimento das ações de saúde, mas a partir da noção de chances de vida, que busca trabalhar a partir de uma visão do ambiente ecológico e social em que estas se determinam. Conseqüentemente as chances de vida determinam as chances de saúde e, no nosso caso em particular, de chances de reabilitação das pessoas, que estão “influenciadas em grande parte pelas posições estruturadas que ocupam na esfera socioeconômica, principalmente pelo modo como constroem a própria existência” (KADT; TASCA, 1993, p.31)⁶.

Neste caso, conhecer as necessidades de reabilitação da população dos Jardins D’Abril e do Lago implica conhecer o território e sua população, que não se apresenta estratificada por diagnósticos ou doenças.

Algumas estratégias de conhecimento do território (TEIXEIRA; MELLO, 1995)¹⁵ foram, e são ainda, utilizadas para favorecerem uma aproximação com a realidade dos Jardins D’Abril e do Lago como:

- a identificação de interlocutores formais e informais, que tragam elementos para a composição da história local e da inserção dos sujeitos com os quais se procura trabalhar;
- o mapeamento das áreas de maior risco e vulnerabilidade para a questão da deficiência/incapacidade;
- a localização e identificação de pessoas com deficiência;
- o estudo das condições de acessibilidade dos serviços e equipamentos sociais, tanto geográfica como cultural e arquitetônica, como em relação às barreiras atitudinais presentes para a população que participa ou necessitaria integrar-se aos equipamentos sociais disponíveis;

- a simplificação e invenção de tecnologia apropriada para abordar seus problemas.

É claro que esse conhecimento vai sendo construído progressivamente, isto é, existe uma aproximação e desvelamento graduais, à medida em que vão se estabelecendo as relações entre os técnicos e a população local, que existe a identificação de possíveis parcerias a serem construídas em comum.

1. O transcurso da experiência

Desde o final do ano de 1997, após contatos entre a comunidade organizada do Jardim do Lago e Jardim D’Abril, na região do Butantã e profissionais de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo, desenvolve-se este projeto de trabalho em RBC. Dele participam docentes, alunos e terapeutas ocupacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional e representantes da comunidade através do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente do Butantã, Pastoral Social da Paróquia de São José Operário, membros da Igreja Santa Rita, profissionais da Unidade Básica de Saúde Jardim D’Abril, da Creche Municipal e da Escola Municipal de Educação Infantil – EMEI, juntamente com pessoas da comunidade, não vinculadas a instituições, sendo algumas portadoras de deficiência ou seus familiares (TISSI et al., 1998)¹⁶.

Parte dos bairros é resultado de processo recente de ocupação de espaços, públicos ou privados, com adensamento populacional. Outra parte obedece ao loteamento inicial das áreas. Estão situados na divisa entre São Paulo e o município de Osasco. Os únicos equipamentos sociais são a UBS, a EMEI, a creche e um Centro de Juventude. Não existem áreas de lazer, o transporte coletivo é escasso e a região apresenta uma série de barreiras arquitetônicas importantes mediante características geográficas e tipo de construção dos domicílios e de calçamento de ruas e guias. Os bairros têm uma população estimada de 14.000 habitantes.

Inicialmente, foi disseminada na comunidade a intenção de implantar-se um projeto, o que foi feito através de reuniões ampliadas com lideranças da comunidade, membros dos equipamentos sociais locais (escolas, creche, unidade básica de saúde) e pessoas com deficiências. A partir dessa mobilização inicial foi proposta a realização de um evento aberto à comunidade que ampliasse a divulgação do projeto e desse

visibilidade à questão da deficiência na comunidade. O evento, contando com atividades lúdicas e apresentação de teatro, foi organizado com apoio de diversos grupos organizados da comunidade, entre eles Terceira Idade, Grupo de Jovens da Igreja Católica e membros do Conselho Tutelar da Criança e do Adolescente, da Escola Municipal de Educação Infantil, da creche e da Unidade Básica de Saúde, além de um pequeno número de pessoas com deficiências já contatadas, e cumpriu seu objetivo. Mais de setenta pessoas participaram, tomaram conhecimento da proposta e foram cadastradas.

Em seguida foram realizadas diversas reuniões gerais em que os participantes levantaram problemas das pessoas com deficiências e definiram prioridades: acesso a serviços de saúde e reabilitação – o que implicava em reivindicar recursos para a unidade de saúde local, acesso a serviços com caráter pedagógico e lúdico que pudessem favorecer o desenvolvimento integral de crianças excluídas do sistema educacional e das creches, acesso a atividades geradoras de renda para os adultos, acesso a transporte coletivo adaptado e eliminação de barreiras arquitetônicas. Naquele momento, portanto, foram delineadas as primeiras linhas de ação objetivas do projeto.

Como estratégias iniciais foram definidas pelo grupo:

1. A realização de um cadastramento de pessoas com deficiências que foi realizado pelos próprios moradores, resultando em cerca de setenta pessoas identificadas. Os dados do cadastro, ainda que colhidos informalmente pelos próprios membros da comunidade, portanto sem rigor metodológico, fornecem um panorama da situação deste segmento, que corresponde ao empiricamente observado, incluindo, entre outros aspectos, baixa cobertura de assistência em reabilitação e/ou assistência médica específica à deficiência, de acesso a escola e creche.

Nesse cadastro observou-se que:

“entre as crianças menores de 6 anos (em número de 6, correspondendo a 9,4% dos cadastrados), nenhuma frequenta escola e apenas uma está inserida em creche. Entre os maiores de 5 anos e menores de 14 (7 pessoas, equivalendo a 10,9% dos cadastrados) há referências de que apenas 3 frequentam escola.

Quanto à assistência em reabilitação, entre os cadastrados com idades menores de 19 anos (27 pessoas, sendo 42,2% dos cadastrados) somente 9 estariam assistidos, sendo que destes 2 referem acompanhamento fisioterápico e nenhum em áreas como terapia ocupacional, fonoaudiologia ou psicologia, sugerindo que são os acompanhamentos médicos e esporádicos, principalmente em neurologia, que caracterizam a reabilitação.

Quanto aos maiores de 18 anos (37 cadastrados equivalendo a 57,85 do total), a situação parece ser ainda mais precária pois apenas 3, entre 28 pessoas que responderam a esta questão, estão inseridos em reabilitação, com duas referências a acompanhamento em fisioterapia, nenhuma a outras especialidades não médicas. Apenas 4 pessoas estariam recebendo assistência médica específica à deficiência, principalmente neurológica.” (TISSI et al., 1998, p.4)¹⁶.

As ações delineadas no projeto tornam-se as únicas disponíveis à população com deficiência da região, agregando inclusive parte da população infantil sem deficiências.

2. A organização de um grupo semanal com participação das mães e voluntários do projeto com vistas à promoção da socialização e do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes com deficiências e com a participação também de crianças não portadoras de deficiências. Este grupo mantém como perspectiva a inclusão nos recursos sociais voltados à comunidade de modo geral. Após várias tentativas de conseguir transporte através da ATENDE (transporte da Prefeitura do município de São Paulo, para pessoas com deficiências) o grupo, que inicialmente era realizado em uma paróquia, está sendo transferido para o salão comunitário da creche, com maiores condições de acesso para a maior parte dos frequentadores.
3. A discussão da problemática do acesso a recursos de saúde e reabilitação e a indicação de propostas relativas à Unidade Básica local. Até 1996, a UBS contava com profissionais de reabilitação que acompanhavam parte das pessoas com deficiência cadastradas. Após a implantação (1996) e suspensão (1999) do Plano de Atendimento à Saúde – PAS a UBS não conta

com esses profissionais o que implicou no desligamento das pessoas com deficiência e na cobertura ainda menor de reabilitação e assistência médica específicas, situação também semelhante para a inserção em escolas e creches. Ainda que alguns encaminhamentos tenham sido realizados, não resultaram em nenhuma resposta concreta, tanto pelas dificuldades da comunidade em se organizar em torno do tema, quanto pelo descaso com que a saúde tem sido tratada nesta gestão municipal.

As atividades e algumas estratégias de trabalho para o grupo gestor são delineadas em reuniões plenárias, que definem as prioridades. Atualmente, estão em desenvolvimento algumas outras atividades, organizando-se como sub-projetos:

1. Geração de renda e trabalho
 - produção de brinquedos e utensílios de madeira;
 - produção de confecções: malharia de tricô à máquina e costura.
2. Inserção de crianças na Creche Municipal e na Escola Municipal de Ensino Fundamental
 - grupo de convivência de crianças e adolescentes com deficiências;
 - grupo de atividades sócio culturais para crianças para apoiar sua permanência no espaço escolar formal.
3. Acompanhamento domiciliar
4. Criação de associação de moradores

Os problemas colocados pelo desenvolvimento do trabalho são de diversas ordens. Referem-se, principalmente, à participação e gestão, à disponibilidade de recursos financeiros e humanos, à vinculação entre suas atividades de ensino, pesquisa e extensão de serviços à comunidade e o estabelecimento de formas alternativas de delineamento de planos de intervenção para pessoas e grupos acompanhados.

Participação e Gestão

A participação da população organizada e voluntários identificados com as necessidades de ampliação do espaço social desses grupos foi, e é fundamental, mas também é polêmica e contraditória.

Existem momentos de refluxo e retraimento das lideranças, às vezes explicado pela diferença de visão, não explicitada, sobre a condução e implementação da participação da população, já que as experiências locais assistencialistas e paternalistas são forte referência. Essa visão pode dificultar a compreensão que esses mesmos atores têm sobre o papel das pessoas com deficiência e dos técnicos na promoção da participação social desse segmento.

Assim, no momento atual tem-se observado maior participação, nos sub-projetos, de voluntários e familiares, além de técnicos e alunos, do que de lideranças religiosas e locais.

Visibilidade e circulação social

Um dos maiores objetivos do projeto é dar visibilidade social à população com deficiência o que implica na criação de possibilidades de circulação social, limitadas pelas condições objetivas do território: barreiras geográficas, população extremamente empobrecida, falta de transporte coletivo com e sem adaptação e de equipamentos sociais ou áreas de convivência, espaços para lazer e desenvolvimento de atividades recreativas regulares, para todos. Assim, vem sendo apresentados os sub-projetos em questão para agências financiadoras de atendimento à criança e ao adolescente, como também para aquelas que financiam experiências de reabilitação com o objetivo de melhor estruturar as atividades desenvolvidas e dar maior alcance à experiência.

CONHECIMENTO DA DEMANDA E DAS NECESSIDADES COLOCADAS PELA INTERVENÇÃO TERRITORIAL: CONSIDERAÇÕES ACERCA DESTE PROCESSO COLETIVO

Ao mudar o “lugar” das ações de reabilitação, não mais institucionalizadas nos serviços tradicionais, estamos diante de outro sujeito, agora integrado ao contexto sociocultural. Na prática profissional institucional a ênfase do trabalho passa por “conhecer” as necessidades da pessoa com deficiência contextualizando-as em seu ambiente familiar e entorno social, a partir da instituição. Na experiência de RBC é o profissional de reabilitação que deverá introduzir-se, compreender e ser aceito no grupo social, numa dada comunidade. Para isso, será necessário rever e

estabelecer novos mecanismos/ instrumentos/ olhares para reconhecer a pessoa com deficiência, decodificar no contexto sociocultural seus níveis de pertencimento, seu lugar no grupo no qual se pretende delinear ações de reabilitação.

O conhecimento da demanda colocada por esses segmentos exigiu a reproposição, inclusive das estratégias e dos instrumentos de avaliação das necessidades individuais de saúde e/ou reabilitação, para desenvolvimento dos estudos de caso que vêm se realizando em atendimentos domiciliares. Assim, os instrumentos tradicionais que enfocam as pessoas e seu contexto imediato, passam a ser insuficientes para redimensionar ações, objetivos, papel dos técnicos e da população com deficiência na ampliação do espaço social dedicado a esse tema.

Conhecer necessidades para fundamentar possíveis intervenções implica em incorporar novos elementos, como estudos de história de vida ou situações de vida, não somente a partir dos relatos orais, mas também da participação do técnico no espaço doméstico, inicialmente para o estudo das necessidades e delineamento de projetos individuais de intervenção. Em alguns casos, a complexidade das situações vividas, a existência de barreiras geográficas e arquitetônicas, exigem que os acompanhamentos sejam domiciliares.

Nesse sentido, é preciso que os técnicos estejam preparados para viver os processos desencadeados por esse tipo de abordagem, que cria situações de enfrentamento de diferenças de visão de mundo, de formas de gerir a vida, de cuidado com o outro, de respeito ou não à diferença, que pode se manifestar em desigualdade, também, no ambiente doméstico e familiar. Esses processos ocorrem pessoalmente para os profissionais e também para as pessoas com deficiência e seus familiares. É preciso estar atento para captá-los, compreendê-los e decifrá-los no contexto. Isso implica numa discussão permanente entre saberes, dos técnicos e profissionais.

Estruturamos nossa atuação no sentido de fomentar e apoiar ações dirigidas à comunidade como um todo, e não somente particularizadas às pessoas com deficiências e esta opção parte de várias constatações:

- confere maior legitimidade às propostas voltadas para deficientes;
- há a necessidade de que sejam criados novos recursos na comunidade para a sua inserção

(recursos estes que não estão disponíveis para ninguém, por exemplo, áreas de lazer);

- ações conjuntas têm maiores chances de serem consolidadas, considerando a vulnerabilidade de muitas pessoas com deficiências comprometendo sua adesão (problemas relacionados a saúde, transporte, ao enfrentamento de barreiras psicossociais);
- promove-se mudanças mais profundas nas relações sociais com a convivência e cooperação entre “normais” e “diferentes” (TISSI, 1999)¹⁷.

Nesta proposta de RBC damos ênfase à mobilização e envolvimento da população local, incluindo as pessoas com deficiência, na criação e desenvolvimento da assistência, acompanhadas de profissionais que transferem parte de seu saber sobre o campo, simplificando-o, tornando-o público, democratizado.

O foco estaria em buscar conhecer sujeitos coletivos diante das questões da pessoa com deficiência e para isso os instrumentais e olhares da antropologia e da saúde coletiva podem contribuir para “decodificação” do território enquanto espaço social e histórico, de relações, poderes, práticas e sentidos, condicionando modos e expressões de vida coletivas e individuais. Nessa busca as necessidades da pessoa com deficiência ganham novas dimensões, recolocadas pelas necessidades e possibilidades de “todos” os do grupo social.

Assim, os instrumentos utilizados para decodificar o território seriam também facilitadores da construção de um conhecimento coletivo sobre as pessoas com deficiência: que lugar ocupam, que necessidades têm e em que medida poderiam se estabelecer estratégias mais coletivas para superação de suas desvantagens sociais. Aqui entendidas como possibilidades que o grupo social tem de estabelecer caminhos, rotas para um percurso/integração/participação no coletivo, a partir de sua singularidade, reconhecendo-a e dando-lhe novo/outro significado.

É nesse sentido que pode se dar a “equiparação de oportunidades”, a redução das desvantagens ou desigualdades colocadas, seriam ensaios que podem contribuir para a produção do processo de emancipação e autonomia das pessoas com deficiência e daquelas que vivem processos de exclusão semelhantes em determinado contexto sociocultural.

OLIVER, F.S., ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H., FORMAGIO, S. Community-based rehabilitation – discussing action strategies in the sociocultural context. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.1, p.1-10, jan./abr., 1999.

ABSTRACT: This paper aims to introduce the Community-Based Rehabilitation (CBR) as an interconnected theme to the development of multisector actions (health, education, work and social action) carried out with the community participation. To make easy the access for disabled people to the rehabilitation services, the International Health and Rehabilitation Organizations suggested a (CBR), as one of their enlargement strategies of aid coverage from local resources management mainly to the Third World. In the light of this proposition, purposes are discussed for the implantation of rehabilitation actions with community participation from an experience in progress in São Paulo city-Brazil. In this case there is an emphasis on territorial labor with the local people's mobilization, including the disabled. By changing the "place" of the rehabilitation actions the professionals will face another subject, now integrated into the sociocultural context. The professionals reviewing and establishing new means/looks to decode the pertaining levels of the disabled, form a differentiated view of the subject. They transfer part of their knowledge of the field simplifying it, making it public and democratized. The experience in progress counts on the occupational therapists participation (professionals and graduate students) from social organization's representatives (school, day care center and health unit) from pastoral sections connected with the Roman Catholic Church, the local Child and Juvenile Protective Council, from relatives and the disabled, as well as volunteers. The project is being developed by a management group and plenary meeting for planing and assessment. Disabled people are followed up and general population in income generation activities for adults, group familiarity and sociocultural activities and local discussion of the disabled people's needs and the general population in a particular sociocultural context. That would be a way to know the sociocultural context to locate subjects and knowledge about that group and their problems. Far more complex than increase the aid coverage or create services and rehabilitation actions at a low cost, it is to contribute to the production of the emancipation process and the self-management for the disabled.

KEY WORDS: Rehabilitation, trends. Occupational therapy, trends. Consumer participation, trends. Community health services.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AMATE, A. La rehabilitación en América Latina. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v.104, n.2, p.209-15, 1988.
2. BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria dos Direitos da Cidadania. Coordenadoria Internacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. Câmara Técnica sobre Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) – Resultados da Sistematização. Brasília, 1995.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília, Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.
4. CARDENAL, F. Rehabilitación en el seno de la comunidad. Resúmenes de documentos que marcan la evolución de las ideas. In: *Alternativas institucionales en rehabilitación*. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Espanha, 1990. (Documento 23).
5. JANUZZI, G. As Políticas e os espaços para a criança excepcional. In: FREITAS, M.C. *História social da infância no Brasil*. São Paulo, Cortez USF, 1997. p.183-223.
6. KADT, E.; TASCIA, R. *Promovendo a equidade: um novo enfoque com base no setor da saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1993.
7. MENDES, E.G. Integração escolar: reflexões sobre a

OLIVER, F.S., ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H., FORMAGIO, S. Reabilitação baseada na comunidade - discutindo estratégias de ação no contexto sociocultural. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.10, n.1, p.1-10, jan./abr., 1999.

- experiência de Santa Catarina. *Integração*, v.5, n.12, p.5-16, 1994.
8. MOMM, W., KONIG, A. From community-based rehabilitation to community - integration programmes. Experiences and reflections on a new concept of service provision for disabled people. Geneva, International Labour Office, 1989.
 9. OLIVER, F.C., TISSI, M.C., CASTRO, L.H. Reabilitação baseada na Comunidade – Jardim D’Abril sub-projeto A inserção de crianças e adolescentes com deficiências na escola pública – construindo uma proposta. [Laboratório de Estudos de Reabilitação e Tecnologia Assistiva – REATA. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP. São Paulo, 1999. (mimeo).
 10. OLIVER, F.C. *A atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência no sistema saúde no município de São Paulo: uma questão de cidadania*. São Paulo, 1990. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Saúde Pública da USP.
 11. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência. 1982. Genebra. Documentos Oficiais da Assembleia geral, 37º período; Suplemento 51. Traduzido do espanhol pelo CEDIPOD – Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência. São Paulo, 1992.
 12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo e fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: los servicios de rehabilitación. Washington, DC, 1993.
 13. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Comité de Expertos en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. Ginebra, 1981. *Informe*. Ginebra, 1981. (Série Informes Técnicos, 668).
 14. THOMAS, M., THOMAS, M.J. Controversies on some conceptual issues in community based rehabilitation. *Asia Pacific Disabil. Rehabil. J.*, v.9, n.1, p.19-24, 1998.
 15. TEIXEIRA, C.F., MELLO, C. *Construindo distritos sanitários: a experiência da cooperação Italiana no município de São Paulo*. São Paulo, HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde, 1995.
 16. TISSI, M.C., OLIVER, F.C., AOKI, M. Projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade – Jardim D’Abril. Laboratório de Estudos de Reabilitação e Tecnologia Assistiva – REATA. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP. São Paulo, 1998. (mimeo).
 17. TISSI, M.C. Projeto de Reabilitação Baseada na Comunidade – RBC Jardim D’Abril – relatório de trabalho. Laboratório de Estudos de Reabilitação e Tecnologia Assistiva – REATA. Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da FMUSP. São Paulo, 1999.

Recebido para publicação: 14/01/1999

Aceito para publicação: 30/01/1999