

REABILITAÇÃO NO TERRITÓRIO: CONSTRUINDO A PARTICIPAÇÃO NA VIDA SOCIAL*

REHABILITATION IN TERRITORY: BUILDING PARTICIPATION IN SOCIAL LIFE

Fátima Corrêa Oliver¹
Maria Isabel Garcez Ghirardi²
Marta Carvalho de Almeida²
Maria Cristina Tissi²
Marta Aoki³

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

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

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

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

1 Docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

2 Docente da Universidade de Sorocaba. Terapeuta Ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo colaboradora do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP desde 1997.

3 Terapeuta Ocupacional do Curso de Terapia Ocupacional da FMUSP.

e-mail: mcarme@usp.br

A REABILITAÇÃO ENQUANTO AÇÃO TERRITORIAL: NOTAS INICIAIS

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

A reflexão sobre Reabilitação no território nos remete, necessariamente, à complexidade da sociedade brasileira. Há aspectos da realidade político – social do país que exigem atenção permanente. Um desses aspectos é a necessidade de constituição de políticas de saúde que respondam a diversos padrões de mortalidade e morbidade característicos de países onde coexistem: doenças infecto parasitárias, mortes por causas violentas, por acidentes de trabalho, pelas consequências da fome e também pela alteração do perfil etário da população⁹. Esses perfis levam a demandas diferenciadas de atenção no campo da promoção da saúde, do tratamento e, sem dúvida, da atenção em reabilitação.

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

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

Para articular os elementos da discussão proposta parte-se do pressuposto de que a Atenção em Reabilitação é um direito, e para que se estabeleça é necessário desenvolvê-la como política pública, integrada ao desenvolvimento social e político^{3,8}. Considera-se que serviços públicos de atenção às pessoas com deficiência podem contribuir para a mudança das concepções sobre as possibilidades e direitos desse grupo, como também para o rompimento da lógica da caridade e da filantropia vigentes, que reiteram a idéia de incapacidade e minoridade reproduzindo processos invalidantes da pessoa¹³. Organismos que operam com essa lógica ainda hoje são mobilizadores de parcelas da população quando as deficiências são foco da atenção, pois chamam a sociedade a “contribuir” a “assistir”, a “doar” e não a construir itinerários de participação nos direitos⁽²⁾.

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

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

⁽¹⁾ é importante lembrar que vem se realizando esforços no sentido de criação e implementação da atenção à saúde das pessoas com deficiências como política pública, desde os anos 80, especificamente no estado e no município de São Paulo^{10,11,16,17,21}. Como também capacitação de profissionais para ações de reabilitação com participação comunitária²⁰.

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

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

Como já afirmado em trabalhos anteriores, as intervenções em saúde e reabilitação de caráter territorial, permitem redimensionar os problemas e demandas da população com deficiência compreendidas em seu contexto sociocultural¹². Assim, o território é espaço de possibilidades, de expressões concretas de como é possível permanecer vivo, apesar das dificuldades. Nele também é possível conhecer e atuar sobre o sentido atribuído às coisas, à vida, compreender e empreender a produção de valores e trocas sociais. É, ainda, um dos principais lugares de produção de saberes sobre o mundo, sobre a deficiência, sobre os problemas e de criação de soluções.

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

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

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

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

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

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

Para que a reabilitação implique abertura de espaços de negociação e aumento da contratualidade social é necessário, entre outros aspectos, que se crie condições para uma conexão permanente entre

necessidades e direitos e para a construção de percursos individuais e grupais facilitadores de ampliação de possibilidades de vida. Nesse sentido, importa refletir acerca das categorias: 1. morar; 2. realizar trocas sociais e 3. produzir e trocar mercadorias e valores¹⁸ como estruturadores de experiências de reabilitação de pessoas portadoras de deficiências.

A substituição, restauração ou desenvolvimento de funções, que, muitas vezes, estão comprometidas nas pessoas com deficiências, durante o processo de ampliação de trocas e redes sociais. E também, poderão orientar o trabalho de equiparação de oportunidades e de igualdade de participação na vida social e no desenvolvimento, apontados como objetivos a serem atingidos no processo de reabilitação pelos organismos internacionais¹⁵.

Morar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Realizar trocas sociais

Essa categoria refere-se à possibilidade de estar

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

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

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

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

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

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

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

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

Produzir e trocar mercadorias e valores

Tema fundamental ao se trabalhar com adultos ou jovens, a importância da experiência do trabalho se constitui como forma de reconhecimento, participação social efetiva, maneira de sustentar-se, garantir a sobrevivência ou forma de auto-realização¹⁸.

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

1. a necessidade de que instituições ou serviços invistam na preparação da pessoa para o trabalho de forma gradual, contínua e equilibrando expectativas e possibilidades concretas, o que pode significar a inserção em projetos de trabalho abrigado ou protegido, que se torna permanente, única opção de contato com o mundo do trabalho, tendo em vista as dificuldades encontradas pelas

pessoas com deficiência para a inserção no mercado de trabalho;

2. a importância de preparar-se individualmente através da escolarização formal para que a pessoa possa apresentar-se e competir no mercado de trabalho, disputando postos e funções, seja no regime de cotas, seja concorrendo individualmente.

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

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

A atenção territorial e a ampliação de oportunidades para todos

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

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

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

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

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

representantes da Secretaria Municipal de Transportes⁽³⁾.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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