



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEVANI PAULA DA SILVA GIROTTO

**PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E
MENTAIS NO MUNICÍPIO DE RIO VERDE, ESTADO DE GOIÁS, EM 2006**

BRASÍLIA

2007

DEVANI PAULA DA SILVA GIROTTO

PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E MENTAIS NO MUNICÍPIO DE RIO VERDE, ESTADO DE GOIÁS, EM 2006

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do grau de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro

Brasília, fevereiro de 2007.

DEVANI PAULA DA SILVA GIROTTO

PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DEFICIÊNCIAS FÍSICAS E MENTAIS NO MUNICÍPIO DE RIO VERDE, ESTADO DE GOIÁS, EM 2006

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, com vistas à obtenção do grau de mestre.

Brasília, 14 de fevereiro de 2007

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Universidade de Brasília)

Prof. Dra. Helena Eri Shimizu (Universidade de Brasília)

Prof. Dra. Ivone Kamada (Universidade de Brasília)

Prof. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho - Suplente (Universidade de Brasília)

DEDICATÓRIA

In Memoriam

Dedico este trabalho ao meu pai, ARISTINO FERREIRA DA SILVA, pela sabedoria de vida.

A minha mãe, LEONTINA FERREIRA DA SILVA, pelo seu exemplo de vida, amor, carinho e dedicação.

Ao meu querido esposo, LOURIVAL GIROTTO, pelo seu carinho, dedicação e incentivo aos meus estudos.

A minha querida filha, KARINELLE PAULA GIROTTO, que semeou carinho eterno pelos caminhos de minha vida!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, eterna fonte de vida, amor, esperança em todos os momentos de minha vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, pelo apoio incondicional, atenção e competência, e que pacientemente conduziu-me neste trabalho.

A Prof. Umbelina Rego Leite, pela amizade e incentivo. Sua contribuição e experiência foram muito importantes na realização desta pesquisa.

Aos meus irmãos, familiares e amigos que entenderam a minha ausência durante os meus estudos.

As crianças e os adolescentes e seus familiares que contribuíram gentilmente com seus depoimentos. Porque sem a sua participação seria impossível a realização deste estudo.

A Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde – ADEFIRV, pela colaboração e apoio.

“... e você aprende que realmente pode suportar... que realmente é forte, e pode ir muito mais longe depois de pensar que não se pode mais”.

William Shakespeare

RESUMO

GIROTTI, Devani Paula Silva. **“Prevalência de crianças e adolescentes com deficiências físicas e mentais no município de Rio Verde, estado de Goiás, em 2006”**. 2007. 79f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2007.¹

Este trabalho teve como objeto de estudo a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental, atendidas na Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde referente ao ano de 2005 e primeiro semestre de 2006, situada na cidade de Rio Verde, Estado de Goiás. Utilizou-se para contextualização a pesquisa bibliográfica como suporte para a formação do referencial teórico e sustentação ao fenômeno estudado. Suas principais temáticas são: deficiência, prevalência, saúde, acessibilidade e inclusão. Aplica-se a metodologia da pesquisa epidemiológica transversal descritiva. Amostra do estudo foi constituída por 50 crianças e adolescentes que corresponde a 4,58 % de um total de 1.092 cadastros na ADEFIRV. Para a coleta dos dados utilizou-se um questionário com questões fechadas e abertas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Os dados foram analisados com o uso do software EPINFO 6.4. Verificou-se maior prevalência de deficiência física no sexo masculino e maior prevalência de deficiência mental no sexo feminino. Da amostra 52% eram do sexo masculino e 48% do feminino, com idade variando menores de um a 18 anos, distribuídos nas faixas etárias menores de um a 05 anos 18%; de 06 a 10 anos 22%, 11 a 14 anos 30% e 15 a 18 anos 30%. Quanto à escolaridade, pode-se constatar que 8% estudavam no ensino fundamental; 12% no ensino médio; 32% no ensino especial e 16% não freqüentavam escola. Em relação à renda familiar, verificou-se que 10% tinham uma renda abaixo de um salário mínimo; 50% uma renda de um salário mínimo; 6% uma renda acima de dois salários mínimos e, 40% não tinham nenhum rendimento. Os responsáveis possuíam as seguintes características: eram quase em sua totalidade do sexo feminino (96%). Com relação à idade, estavam distribuídos em faixas etárias entre 18 e 68 anos de idade, destes 54% estavam entre 28 e 37 anos; 14% entre 38 e 47 anos; 14% entre 48 e 57 anos; 12% entre 58 e 68; 4% entre 18 e 27 anos. 98% das deficiências físicas e mentais detectadas eram congênitas e 2% adquiridas e envolviam malformações congênitas, oxigenação cerebral insuficiente, paralisia cerebral e eclampsia. Espera-se com este estudo divulgar junto às autoridades sanitárias e políticas às informações geradas como forma de subsídios por ocasião da elaboração de programas destinados à prevenção e assistência envolvendo pais, crianças e adolescentes usuários de saúde, como acessibilidade e equidade a este segmento populacional.

PALAVRAS-CHAVE

Deficiência, Criança, Acessibilidade.

¹ Banca examinadora: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Orientador); Prof. Dra. Helena Eri Shimizu (Universidade de Brasília); Prof. Dra. Ivone Kamada; Prof. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho - UnB.

ABSTRACT

GIROTTTO, Devani Paula Silva. **"Prevalence of Children and Adolescents with Physical and Mental Disability, in the Municipal district of Rio Verde, Goiás State, in 2006"**. 2007. 79f. Dissertation (Master's degree in Health Science). Faculdade de Ciências da Saúde – Universidade de Brasília, UnB, Brasília, 2007.²

This work had as study object the prevalence of children and adolescents with physical and mental deficiency, assist in the Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde – ADEFIRV, located in Rio Verde city, Goiás State, regarding the year of 2005 and first semester of 2006. The bibliographical research was used as support for theoretical referencial formation and sustentation to the studied phenomenon. Their main themes are: disabilities, prevalence, health, accessibility and inclusion. The methodology of the traverse epidemic descriptive research is applied. Sample was constituted by 50 children and adolescents that corresponds to 4,58 % of the 1.092 total registers in ADEFIRV. To collect the data a questionnaire with closed and open questions was used. The project was approved by the Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília Ethics Committee. The data were analyzed using the EPINFO 6.4 software. It was verified larger prevalence of physical disability among males and among females, mental disability. 52% were male and 48% female with age varying of under one to 18 years, distributed in age groups of one to 05 years 18%; from 06 to 10 years 22%, 11 to 14 years 30% and 15 to 18 years 30%. Regarding the education, 8% studied in the elementary school; 12% in middle school; 32% in special school and 16% didn't attend school. In relation to the family income, 10% had an income below a minimum wage; 50% an income of a minimum wage; 6% an income above two minimum wages and, 40% didn't have any income. The caregivers were most of all females (96%), with age range of 18 and 68 years; of these 54% were between 28 and 37 years; 14% between 38 and 47 years; 14% between 48 and 57 years; 12% between 58 and 68; 4% between 18 and 27 years. 98% of the physical and mental deficiencies detected were congenital and 2% acquired and they involved congenital malformations, insufficient cerebral oxygenation, cerebral paralysis and eclampsia. This study provided converging informations to sanitary and political authorities to elaboration of programs destined to prevention and attendance of parents, children and adolescents health users, promoting acessibility and equity to this population segment.

KEYWORDS

Disability, Children, Acessibility

² Board of examiners: Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro (Advisor); Prof. Dra. Helena Eri Shimizu (Universidade de Brasília); Prof. Dra. Ivone Kamada; Prof. Dra. Diana Lúcia Moura Pinho - UnB.

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1	Distribuição da amostra de crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo prevalência em faixa etária, Rio Verde, 2006.....	53
FIGURA 2	Mapa de distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental nos bairros e setores de Rio Verde, 2006.....	55
FIGURA 3	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo escolaridade, Rio Verde, 2006.....	56
FIGURA 4	Distribuição da renda familiar das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, de acordo com o número salários mínimos Rio Verde, 2006.....	57
FIGURA 5	Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto ao grau de parentesco, Rio Verde, 2006.....	58
FIGURA 6	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo o tipo de família, Rio Verde, 2006.....	62
FIGURA 7	Distribuição das famílias das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo ciclo familiar, Rio Verde, 2006.....	63

LISTAS DE TABELAS

TABELA 1	Distribuição percentual das estatísticas, segundo tipo de deficiências, 1872 - 1991.....	29
TABELA 2	Distribuição de pessoas com deficiência no Brasil conforme dados levantados pelo IBGE de 2000.	30
TABELA 3	Distribuição de pessoas com deficiência nas Regiões do Brasil.....	31
TABELA 4	Distribuição percentual da deficiência, segundo tipo, atendidos na ADEFIRV, Rio Verde, 2006.	31
TABELA 5	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental por sexo e faixa etária atendida na ADEFIRV, Rio Verde, 2006.....	51
TABELA 6	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental por região, bairros e tipos de deficiência, Rio Verde, 2006.....	54
TABELA 7	Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes, segundo a idade, Rio Verde, 2006.....	59
TABELA 8	Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto ao grau de estudo, em Rio Verde, 2006....	60
TABELA 9	Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto à renda familiar e ocupação, Rio Verde, 2006.....	60
TABELA 10	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo o tamanho da família em números de pessoas, Rio Verde, 2006.....	61
TABELA 11	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo a fase de desenvolvimento em que a deficiência foi adquirida, Rio Verde, 2006.....	64
TABELA 12	Distribuição das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, segundo causas referidas e agrupadas, Rio Verde, 2006.....	64
TABELA 13	Distribuição das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, segundo tipos de deficiência, Rio Verde, 2006.....	65

TABELA 14	Distribuição das crianças e adolescentes, segundo o uso de serviços de saúde, Rio Verde, 2006.....	66
TABELA 15	Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo entidades mantenedoras dos serviços utilizados, Rio Verde, 2006...	66

LISTAS DE SIGLAS

ADEFIRV – Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde
AFR – Associação Fluminense de Reabilitação
APS – Atenção Primária em Saúde
CID – Classificação Internacional de Deficiências
CD – Censo Demográfico
CNBB – Comissão Nacional dos Bispos no Brasil
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CONADE – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
CORDE – Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
CIF – Classificação Internacional Funcional
CF – Campanha da Fraternidade
CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.
ICIDH – Classificação Internacional de Prejuízos, Inaptidões e Impedimentos.
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatístico
OPS – Organização Pan-Americana de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
ONU – Organização das Nações Unidas
SUS – Sistema Único de Saúde
SIORDE – Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS – Programa National de Physique Stellaire
HRQOL – Qualidade de Vida Relacionada a Saúde
OEA – Organização dos Estados Americanos
MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

RESUMO.....	VI
ABSTRACT.....	VII
LISTA DE FIGURAS.....	VIII
LISTA DE TABELAS.....	IX
LISTA DE SIGLAS.....	XI
1 INTRODUÇÃO.....	14
2 OBJETIVOS.....	17
2.1 Objetivo Geral.....	17
2.2 Objetivos Específicos.....	17
CAPITULO I.....	18
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 Pessoas com Deficiência: Histórico, Conceituação e Terminologia.....	18
3.1.1 Histórico.....	18
3.1.2 Conceituação.....	21
3.1.3 Terminologia.....	23
3.2 Prevalência de Deficiência.....	25
3.3 Políticas Públicas e a Pessoa com Deficiência.....	30
3.4 Atenção e Promoção da Saúde para Pessoas com Deficiência.....	32
3.5 Qualidade de Vida e Pessoas com Deficiência.....	36
3.6 Educação Física como Fator de Integração e Inclusão.....	38
3.7 Acessibilidade como processo de inclusão social.....	42
CAPITULO II.....	45
4 METODOLOGIA.....	45
4.1 Tipo de Estudo.....	45
4.2 Campo do Estudo.....	45
4.3 Seleção dos Participantes.....	46
4.4 Critérios de Inclusão.....	46
4.5 Amostra do Estudo.....	47
4.6 Instrumento da Coleta de Dados.....	47

4.7 Procedimento.....	47
4.8 Procedimentos Éticos.....	48
4.9 Análise dos Dados.....	48
CAPITULO III.....	49
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	49
5.1 Caracterização das Crianças e Adolescentes com Deficiência Física e Mental.....	49
5.2 Caracterização da Pessoa Responsável pela Criança e Adolescente.....	56
5.3 Classificação e Causas das Deficiências.....	61
5.4 Saúde e Serviços.....	63
5.5 Dificuldades Encontradas.....	65
CAPITULO IV.....	67
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
REFERÊNCIAS	
ANEXO I	
ANEXO II	

1. INTRODUÇÃO

Segundo a Organização das Nações Unidas há cerca de 500 milhões de deficientes no mundo e 80% vivem em países em desenvolvimento. A Organização Mundial de Saúde estima que no Brasil existem 16 milhões de pessoas com deficiência, representando 10% da população. Já os dados do Censo 2000 nos informam que existem 24,5 milhões de pessoas com deficiência no país. É importante frisar a importância desse número que corresponde a 14,5% da população brasileira, um número bastante superior aos levantamentos anteriores, onde se observava uma incidência de menos de 2%. Isto não ocorre porque tenha necessariamente aumentado a incidência de deficiências, mas pela melhora dos instrumentos de coleta de informações (NÉRI; SOARES, 2004).

Esses dados ratificam a importância da garantia da sociedade em geral aos direitos e necessidades específicas das pessoas com deficiências melhores condições de saúde, segurança, lazer, comunicação e trabalho. A acessibilidade, em todas as suas variáveis, é outro fator de importância social e econômica ainda insuficientemente valorizado e respeitado. As Nações Unidas buscam enfatizar os benefícios significativos que a acessibilidade pode trazer, tanto para pessoas com deficiência quanto para a sociedade, e divulgar esse fato entre os governos, as empresas e o público em geral. Neste sentido, como um dos princípios básicos dos Direitos Humanos, a acessibilidade se insere no contexto mais amplo da promoção da igualdade (ONU, 1993).

Nesse enfoque, esta pesquisa assume grande importância, devido à escassa exploração do tema abordado no município de Rio Verde e pelo grande número de pessoas que estão inseridas nesta problemática. Portanto, percebemos a necessidade em saber mais sobre prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, Estado de

Goiás, e o que a Educação Física como fator de integração e inclusão poderia trazer de benefícios para a acessibilidade e a inclusão social a este segmento populacional. O levantamento de estudos nessa área nos mostrou que eram insuficientes os dados encontrados para a nossa realidade na cidade de Rio Verde o que nos motivou a ir em busca de conhecimentos que pudessem contribuir com esta pesquisa.

A atividade física tem sido valorizada e enfatizada como uma das condições para o desenvolvimento motor, intelectual, social e afetivo das pessoas, sendo considerada, de uma maneira geral, como atividades adaptadas às capacidades de cada um, respeitando suas diferenças e limitações, proporcionando às pessoas com deficiência a melhora do desenvolvimento global, conseqüentemente, da qualidade de vida.

Com isto, o problema que nos levou a desenvolver esta pesquisa está caracterizado da seguinte maneira: Qual a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, Estado de Goiás em 2006?

Em busca de respostas, sobre crianças e adolescentes com deficiência física e mental, deparamo-nos com algumas barreiras como, por exemplo:

- Como inserir crianças e adolescentes, com deficiência física em uma escola sem rampas?
- O que fazer para superar as barreiras?
- Como e onde vivem e o que têm feito as crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde? Quais são as principais dificuldades em comum?

No que se refere à delimitação do tema desta pesquisa, optamos por abordá-lo em uma instituição sem fins lucrativos, Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde – ADEFIRV, situada na Rua Goiânia s/n, setor central da cidade, tendo como objetivo estudar a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, Estado de Goiás no ano de 2006, no sentido de conhecer a prevalência por idade, sexo, tipo e causas da condição; fazer a distribuição espacial de acordo com o tipo de deficiência; verificar as condições

sociais (tipo e ciclo familiar, escolaridade, ocupação, rendimentos, mobilidade física e acesso aos serviços de saúde) é que direcionamos a realização desta pesquisa.

Portanto, verifica-se que poucas são as pesquisas que traçam esse perfil de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde. Disto decorrem as poucas ações existentes que acabam sendo, basicamente assistencialistas. No entanto, é impossível planejar e promover ações concretas que visem facilitar o acesso das crianças e adolescentes com deficiência física e mental a escola, a habilitação para o trabalho e ao lazer sem o conhecimento da realidade.

Para tanto, a realização desta pesquisa sobre prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, foi estruturada em capítulos enfocando a relação deficiente, saúde e acessibilidade.

Capítulo I: apresentam informações gerais sobre a pessoa com deficiência, conceitos desde a antiguidade até os dias atuais e amplia um conhecimento sobre a prevalência, a atividade física como fator de saúde e inclusão, bem como propostas de leis e sistemas de saúde, visando uma melhor acessibilidade no processo de reabilitação às pessoas com deficiências.

Capítulo II: descreve a metodologia da pesquisa epidemiológica transversal descritiva, adotada para o levantamento de dados de modo que a análise pudesse fornecer informações de forma quantitativa e qualitativa as variáveis de interesse referentes aos domicílios e respectivos moradores dos diferentes setores que compõem o município de Rio Verde, e, no processo no qual a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental, por idade, sexo, tipo e causas da condição; distribuição espacial de acordo com o tipo de

deficiência e as condições sociais, tipo e ciclo familiar, escolaridade do responsável pelo deficiente, ocupação, rendimentos e acesso aos serviços de saúde.

Capítulo III: são apresentados os resultados e discussão. Os resultados são disponibilizados junto às autoridades sanitárias e políticas como forma de subsídios na elaboração de programas destinados à prevenção e assistência, envolvendo pais, crianças e adolescentes usuários da rede de saúde, visando aprimorar a qualidade de atendimento pré-natal, modificação do estilo de vida, programas de segurança no trabalho, formação de recursos humanos para detecção precoce da deficiência. Os quais podem ajudar a compreender como planejar para resultar em melhoria na aplicação de ações para crianças e adolescentes com deficiência física e mental, contribuindo para a promoção da saúde.

Capítulo IV: encontram-se as considerações finais, obtidas a partir do estudo feito nos capítulos anteriores, recomendações e sugestões para trabalhos futuros.

Ademais, são apresentadas as Referências pela importância para a correta indicação de fontes consultadas e, por fim, o material complementar ao texto: Os Anexos. Assim, esperamos que os estudos sobre *“Prevalência de Crianças e Adolescentes com Deficiência Física e Mental, no Município de Rio Verde, Estado de Goiás, Brasil, 2006”*, possa contribuir com um ponto de partida para outros estudos relacionados ao tema.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Estudar a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, Estado de Goiás, em 2006.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental, por idade, sexo, tipo e causas da condição;
- Fazer a distribuição espacial de acordo com o tipo de deficiência;
- Verificar as condições sociais (tipo e ciclo familiar; escolaridade do responsável pelo deficiente, ocupação, rendimentos, mobilidade física e acesso aos serviços de saúde).

CAPITULO I

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Pessoas com deficiência: histórico, conceituação e terminologia

3.1.1 Histórico

Numa breve retrospectiva histórica da criança e do adolescente, com deficiência física e mental na sociedade, constatam-se através de relatos de estudiosos, que a trajetória da vida social do deficiente está intimamente ligada à evolução dos direitos humanos alcançados ao longo do tempo. Como relata Aranha (2003), a compreensão sobre as pessoas com deficiência, tem se modificado no decorrer da história, num processo contínuo de mudanças dos valores e dos conseqüentes paradigmas que permeiam e caracterizam a relação das sociedades com este segmento populacional.

Para Pessotti (1994), na antiguidade, as obras por diversos autores sem interesse de expor ou formular conceitos, retratam concepções dramatizada da natureza humana e de seus desvios. São textos que representam no mínimo concepções de loucura que se apresentavam publicamente e faziam parte do ideário popular das respectivas épocas. Segundo Silva (1986), a natureza humana concebida na idade antiga e média foi disposta, segundo a vontade divina, fez com que a magia e a religião fossem responsáveis pela explicação do fenômeno da deficiência. Nesse sentido, as deficiências físicas e mentais seriam conseqüências do pecado e da transgressão de uma proibição; no entanto, não eram irreversíveis, pois, dependiam da graça divina.

Para Carmo (1991), o domínio progressivo do homem sobre a natureza, modificou-se a relação dos homens com o mundo, pois, não se esperava mais uma intervenção divina no curso dos acontecimentos, e que o mundo físico e humano obedece às leis próprias, que a ciência deve descobrir. Silva (1986), a falta de conhecimento da real situação da pessoa com deficiência na idade antiga e média fizeram com que a magia e a religião fossem responsáveis pela explicação

do fenômeno da deficiência. O diferente e o desconhecido traziam muitas inquietações e as respostas a tais inquietações ficavam a cargo e a mercê do entendimento dos curandeiros e mágicos da época.

Na Idade Média, os indivíduos que apresentavam qualquer “deficiência física” tinham poucas chances de sobrevivência, por serem considerados como pessoas possuidoras de poderes especiais advindos de demônios, bruxas e duendes malignos. Com o advento do Renascimento, aproximadamente do fim do século XIV até o fim do século XVI, é que a situação social das pessoas com deficiência, conseguiu caminhar rumo à superação das mazelas geradas pelos pensamentos da Idade Média, representando o grande momento na questão dos direitos e deveres do deficiente (CARMO, 1991).

Nos séculos XVI e XVII, a mitologia, o espiritismo e a bruxaria dominaram e afetaram a visão da deficiência, de onde decorrem julgamentos morais, perseguições, encarceramentos, demonstrando claramente os valores da ordem social e seus mecanismos de controle social (FONSECA, 1987). Na Grécia e Roma (500 a. C e 400 d. C), a preocupação com a capacidade física dos soldados baseava-se na necessidade de proteção do Estado e de inimigos externos. Dessa forma, o estado de guerra constante, fez com que esses povos construíssem a imagem de corpos fortes para combate. Apenas as amputações decorrentes das guerras eram consideradas e os homens honrados como heróis. Nesse período, ainda persiste a superstição dos bons e maus espíritos e as crianças que nasciam imperfeitas fisicamente eram assassinadas. Os outros tipos de deficiência eram discriminados e as crianças deixadas e abandonadas à própria sorte (WINNICK, 1995).

No início do cristianismo (400-1500 d.C), a forma de compreensão da pessoa deficiente sofre um grande impacto pela ênfase dada pelos ensinamentos religiosos, onde os indivíduos com deficiência passam a ser guardados em casas, vales, porões e principalmente sobre a proteção dos mosteiros, ou seja, dos padres, persistindo a idéia de possessão demoníaca, que termina em longas sessões de exorcismo (DEPAUW, GAVRON, 1995).

Durante a Renascença, nos séculos XV e XVI, viu florescer novo interesse na pessoa humana, despido do rigor da perfeição clássica. É quando o deficiente começa a aparecer mais freqüentemente nos documentos da humanidade, embora se conheçam representações anteriores. Para Filho (1977), ainda no final destes séculos e primeiros anos do século XX, os programas de

assistências sociais baseavam-se no paradigma da segregação, na proteção do deficiente, ou ainda na proteção da sociedade contra o deficiente.

Jannuzzi (1985), afirma que a deficiência está situada historicamente de acordo com expectativa social, do modelo de homem, baseado principalmente em atributos valorizados pelas relações sociais sugeridas num determinado modo de produção. O modo de produção capitalista emergente da revolução industrial estabelece um sistema de relação de trabalho extremamente competitivo que requer produtividade e competência em todos os âmbitos da nova ordem social.

A partir das idéias de Descartes (1596-1650), começou-se a supervalorização da inteligência com relação às demais faculdades do homem. O passo marcante e decisivo da humanidade em direção ao mundo racional e científico foi dado com o advento da revolução industrial onde o ser humano passa, numa visão distorcida, a valer pela sua capacidade produtiva e intelectual. Exatamente neste contexto de exigência produtiva e seletiva para efetivação da revolução industrial surge Binet e Simon com os testes de Inteligência (ZVER, 1993).

Uma vez instalada culturalmente, a discriminação da pessoa deficiente ao nível do trabalho produtivo, a segregação e marginalização social destas pessoas eram inevitáveis, considerando que a marginalização no mercado de trabalho levava as pessoas deficientes a condições sociais precárias sendo que algumas delas se tornavam párias da sociedade, outras viviam em total dependência das famílias ou instituições e muitos iriam à mendicância (RIBAS, 1985).

A discriminação se torna um problema social e econômico visto que, conforme Filho (1977), o retorno ou inclusão da pessoa portadora de deficiência à ocupação produtiva e remunerada, (mercado de trabalho) é entendida como integração desta à sua comunidade. É através do trabalho produtivo que o indivíduo se integra na sociedade. A ação comunitária a favor da integração social da pessoa portadora de deficiência deve recuperar os deficientes transformando-os de ônus social em forças socialmente ativas, integrados na sociedade, trabalhando e ganhando seu sustento, contribuindo, dessa forma, para a economia nacional. O estado já há muito percebeu o ônus da discriminação da força de trabalho. Numa sociedade capitalista, esta situação é inquietante.

Nas primeiras décadas do século XX, a assistência médica e acesso aos serviços dos profissionais liberais só era acessível aos que possuíam condições econômicas. Às pessoas pobres

e indigentes eram realizadas assistências por meio das Santas Casas de Misericórdia (SANCHES, 2005). Mas, ainda no século XX, surgem os interesses governamentais referentes às pessoas com deficiência, marcado por um período de reformas sociais e guerras, especialmente no campo da educação, psicologia e medicina (DEPAUW, GAVRON, 1995).

3.1.2. Conceituação

Amiralian et al. (2000), descrevem que conceituar deficiência é um trabalho difícil, uma vez que o termo deficiência é cercado de equívocos e contradições. Justificam que na área da deficiência existem imprecisões dos conceitos, com variações relacionadas ao modelo médico e ao modelo social, resultando dificuldades na aplicação e utilização do conhecimento produzido, evidenciando-se, assim, a importância de melhor conceituação.

A discussão sobre os modelos médico e social da deficiência nos remete à Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidade e Desvantagem – CIDID, adotada pela Organização Mundial da Saúde de 1980, que aponta a seguinte distinção entre os conceitos, a primeira é a deficiência com a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiologia ou anatômica, temporária ou permanente ou a incapacidade como a restrição devido a uma deficiência, da capacidade de realizar uma atividade considerada normal para um ser humano e, por fim, desvantagem como uma situação prejudicial, que, em consequência de uma deficiência ou de uma incapacidade, limita ou impede o desempenho de um papel que é normal, em função do sexo, idade, fatores sociais e culturais (OMS, 1995).

Para Amiralian et al (2000), o conceito de desvantagem tem sido o mais problemático. Um dos motivos é que ele difere dos conceitos propostos por classificações do tipo Classificação Internacional de Doenças - CID, os seus itens não estão centrados prioritariamente no indivíduo ou em seus atributos, mas nas condições do meio social que o afetam. A deficiência representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico; a incapacidade representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios individuais nas atividades essenciais da vida diária e a desvantagem representa a socialização da deficiência e relaciona-se a dificuldade nas habilidades de sobrevivência.

Na IX Assembléia da OMS, em 1976, surge uma nova conceituação, a Internacional Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease – ICIDH, sendo sua tradução a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças – CIDID, publicada em 1989 (AMIRALIAN et al, 2000).

Neste contexto, a ICIDH, propõe uma classificação da conceituação de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença, sendo um referencial unificado para a área. A qual estabelece uma escala de deficiências com níveis de dependência, limitação e seus respectivos códigos, propondo que sejam utilizados com a CID pelos serviços de medicina, reabilitação e segurança social. Por essa classificação são conceituadas:

Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive as funções mentais. Representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação no órgão.

Incapacidade: restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano. Surge como conseqüência direta ou resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Representa a objetivação da deficiência e reflete os distúrbios da própria pessoa, nas atividades e comportamentos essenciais a vida diária.

Desvantagem: prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de papéis de acordo com a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Caracteriza-se por uma discordância entre a capacidade individual de realização e as expectativas do indivíduo ou de seu grupo social. Representa a socialização da deficiência e relacionam-se as dificuldades nas habilidades de sobrevivência (AMIRALIAN et al, 2000).

Ustun et al. (1995), revisam os assuntos fundamentais que surgem na Classificação Internacional de Prejuízos, Inaptidões e Impedimentos - ICIDH de uma perspectiva de saúde mental. Os quais descrevem que prejuízo cognitivo não deveria haver diferença entre distúrbios mentais e físicos, para evitar uma dicotomia entre mente e corpo. Bornman (2004), descreve que

a CIDID foi substituída pela Classificação Internacional Funcional - CIF, a qual oferece informação que é pertinente às conseqüências em longo prazo de inaptidão.

A CIF define bem-estar relacionado à saúde e são descritos com base na perspectiva do corpo, do indivíduo e da sociedade: funções e estruturas do corpo, e atividades e participação. *Funcionalidade* é um termo que abrange todas as funções do corpo, atividades e participação de maneira similar; *incapacidade* é um termo que abrange incapacidades, limitação de atividades ou restrição na participação. A CIF também relaciona os fatores ambientais que interagem com a funcionalidade e a incapacidade (OMS, 2005).

Segundo Buchalla (2003), a incorporação do uso da CIF nas práticas de atenção à saúde, tendo em vista que se trata da incorporação de uma nova tecnologia, embora já venha sendo adotada por diversos setores e equipes multidisciplinares, deve ser ainda amplamente explorada em relação à sua aceitabilidade e validade em diferentes áreas; seu impacto nos cuidados de saúde; seu potencial em medir o estado funcional dos pacientes e seu uso pelos sistemas de informação para elaboração de estatísticas de saúde.

De acordo com o Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, publicado pelo Ministério da Saúde – MS, propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição e influência nas práticas relacionadas à reabilitação e inclusão social (BRASIL, 2003).

Portanto, a deficiência é uma condição presente em qualquer sociedade, podendo afetar qualquer um, em qualquer idade. Entretanto, existe uma relação estreita entre o aparecimento e o agravamento das deficiências na população que vive em situação de pobreza. A extrema pobreza e a pobreza são, ao mesmo tempo, causa e efeito da deficiência.

3.1.3 Terminologia

Usar ou não usar termos técnicos corretamente não é uma mera questão semântica ou sem importância, se desejamos falar ou escrever construtivamente, numa perspectiva inclusiva, sobre qualquer assunto de cunho humano. E a terminologia correta é especialmente importante quando abordamos assuntos tradicionais, evitados de preconceitos, estigmas e estereótipos, como é o caso das deficiências que aproximadamente 14,5% da população brasileira possuem.

Segundo Sasaki (2003), trata-se, pois, de uma questão da maior importância em todos os países. Existe uma literatura consideravelmente grande em várias línguas. No Brasil, tem havido tentativas de levar ao público a terminologia correta para uso na abordagem de assuntos de deficiência a fim de que desencorajemos práticas discriminatórias e construamos uma verdadeira sociedade inclusiva.

É importante atualizar a terminologia utilizada, pois, para Sasaki (1997), uma das razões pelas quais as pessoas deficientes estão expostas à discriminação é que são constantemente declaradas doentes, pacientes, dependentes e inválidos. O uso de termos corretos tem a ver com a evolução alcançada mundialmente quanto aos valores e conceitos em torno da pessoa com deficiência. Portanto, sem descartar a importância maior que têm as ações em comparação com a importância do discurso, deve-se atualizar a terminologia utilizada para se referir a pessoas com deficiência, tanto oralmente, quanto por escrito.

Algumas pessoas (inclusive com deficiência) alegam que tanto faz o nome utilizado, desde que as ações corretas sejam concretizadas em benefício das pessoas com deficiência. Como dito anteriormente, as ações são mais importantes que os discursos, mas os valores das pessoas com deficiência que queremos transmitir à sociedade devem ser expressos por meio de nomenclaturas coerentes a eles. Sasaki (2003), questiona como podemos divulgar ações ou valores transformadores da sociedade se continuarmos usando termos pejorativos como: "leprosos", "retardados", "inválidos", "mongolóides".

Amiralian et al. (2000), considera que, muitas vezes, a luta para mudar a terminologia referida é desviada e pessoas bem intencionadas fazem críticas umas as outras em vez de se direcionarem para alvos mais apropriados que os mitos destrutivos, as organizações sociais, as prioridades políticas e os preconceitos da nossa sociedade.

Com relação ao modelo social da deficiência, a sociedade é que deve ser modificada a partir do entendimento de que é ela que cria problemas para as pessoas com deficiência, causando-lhes incapacidade no desempenho de papéis sociais. Esse modelo foi formulado por pessoas com deficiência e focaliza os ambientes restritivos, as políticas discriminatórias e atitudes preconceituosas (SASSAKI, 1997).

3.2 Prevalência de deficiência

A deficiência mental é um tema de suma importância em termos de prevalência, de estruturação e atendimento. No Brasil, poucos são os estudos a ela dedicados e uma dificuldade muito grande no que se refere a diagnóstico e tratamento, uma vez que se depara com sua própria realidade carente de recursos. Sendo, no entanto, mais freqüente copiar projetos de atendimento proveniente de primeiro mundo, mesmo sabendo da inviabilidade sob o ponto de vista social (ASSUMPÇÃO; SPROVIERI; ASSUMPÇÃO, 1999).

Segundo Ribeiro e Pinheiro (2004), uma das questões que mais dificulta o desenvolvimento das políticas brasileiras de atenção às pessoas com deficiência são a falta de dados que identifiquem e localizem esse segmento populacional, principalmente as de baixo nível de instrução, na maioria sem acesso aos bens e serviços existentes.

Até a última década do século XX, o Brasil ressentia-se da inexistência de dados oficiais sobre a população com deficiência. Até então, as políticas públicas para essa população tomavam como referência estimativa da Organização Mundial da Saúde, segundo a qual, 10% da população de um país em tempos de paz são portadoras de algum tipo de deficiência (NÉRI; SOARES, 2004).

Reconhecendo, tanto a inexistência de uma estimativa real do número de “pessoas portadoras de deficiência” no Brasil, quanto considerando as dificuldades enfrentadas pela OMS para estabelecer o nível de prevalência de deficiências nos países da América Latina, e mais especificamente no Brasil, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) elaborou, em 1990, orientações para a realização de estudos de determinação de prevalência de incapacidades e estas serviram de base para alguns municípios brasileiros (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004).

Neste contexto, com apoio da Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, Ministério da Saúde - MS, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiências – CORDE e Associação Fluminense de Reabilitação – AFR, realizam-se estudos em 21 cidades, com análise do conhecimento sobre a população com deficiência no Brasil, utilizando a metodologia proposta da OPS (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004).

Ainda conforme Teixeira e Oliveira (2004), este trabalho é revestido de importância no campo das estatísticas envolvendo a prevalência de deficiências físicas na população

brasileira. Apesar de ter sido realizado até o momento em apenas 21 cidades dos mais de cinco mil municípios brasileiros, o relatório do Estudo Prevalência de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, sistematizado com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da OPS, é uma aproximação essencial da realidade brasileira.

Remshmidt e Belfer (2005), fazem uma revisão epidemiológica sobre a magnitude de problemas de saúde mental em crianças e adolescentes que não foram reconhecidos por muitos governos, e, tem como base de planejar serviços de saúde nas várias regiões do mundo, com princípios e estratégias de intervenções. E concluem que há oportunidade para desenvolver e implementar intervenções com evidências baseadas em programas de treinamento moderno e políticas efetivas.

Esse pressuposto traz para o centro da produção do conhecimento sobre deficiências no Brasil a discussão sobre diversidade, preconceito, desigualdade social, pobreza e cidadania, bem como a análise do alcance efetivo das políticas sociais voltadas para essa população e das políticas sociais universais. Neste contexto, a Lei 7.853 de 24 de outubro de 1989, traz a obrigatoriedade da inclusão de questões específicas sobre a população portadora de deficiência nos censos nacionais, como condição essencial para o conhecimento da realidade brasileira e indispensável para sustentar a definição de políticas públicas coerentes com a necessidade e particularidades do País (IBGE, 2000).

As primeiras pesquisas realizadas no Brasil sobre o tema, ocorreram nos inquéritos populacionais de 1872 e 1900 e no censo de 1940, o qual inquire as causas das deficiências visuais e auditivas, e a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, realizada em 1981, abrangeu um número maior de deficiências, visual, auditiva, mental, amputação, paralisia total, hemiplegia, outro tipo de deficiência e mais de um tipo de deficiência. O censo de 1991 incluiu, além das deficiências investigadas pela PNAD, a paraplegia (NÉRI, 2003). Na Tabela 1, podemos observar as estatísticas das citadas pesquisas.

TABELA 1 Distribuição percentual das estatísticas, segundo tipo de deficiências, 1872 - 1991.

Tipo de Deficiência	Inquérito populacional de 1872	Inquérito populacional de 1900	Inquérito populacional de 1920	Inquérito Populacional de 1940	PNAD de 1981	Censo demográfico De 1991
Visual	0,158	0,188	0,299	0,605	0,147	0,100
Auditivo	0,116	0,074	0,262	0,364	0,233	0,122
Mental					0,582	0,454
Amputação					0,109	0,099
Paralisia						0,033
total					0,091	
Hemiplegia					0,212	0,140
Paraplegia						0,139
Outras deficiências					0,301	
Mais de uma					0,103	0,061
Total	0,274	0,262	0,561	0,969	1,778	1,148

Fonte: Néri (2003)

Com relação às estatísticas levantadas ao longo do século XX, o IBGE (2000), supera as dificuldades conceituais metodológicas relativas à produção de dados sobre deficiências, busca uma aproximação sobre a realidade. Contando com a assessoria técnica da Coordenadoria Nacional para a Integração das Pessoas com Deficiências – CORDE, adotando um conceito ampliado de deficiências, onde inclui a percepção das pessoas pesquisadas em relação às alterações provocadas pela deficiência na sua capacidade de realização, comportamento e participação social. Este conceito compatível com a *International Classification of Functioning, Disability and Health*, divulgada em 2001. O levantamento de dados sobre a população com deficiências, privilegiam as incapacidades como ponto de partida para a identificação das deficiências e do grau de comprometimento das condições físicas e mentais das pessoas pesquisadas pelo Sistema Nacional de Informações sobre Deficiência.

Segundo Teixeira e Oliveira (2004), a metodologia empregada no Censo 2000 possibilita dar maior precisão à mensuração e caracterização do universo das pessoas com deficiência no

Brasil, referente ao perfil, renda e ocupação, cor ou raça e escolaridade. Levantamento de dados, do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil, 48,1% são portadores de deficiência visual; 22,9% de deficiência motora; 16,7% de deficiência auditiva; 8,3% de deficiência mental e 4,1% de deficiência Física. Percentual de pessoas com deficiência no Brasil, conforme as estatísticas de dados do (IBGE, 2000). Tabela 2

TABELA 2 Distribuição de pessoas com deficiência no Brasil, conforme dados levantados pelo IBGE de 2000.

Tipo de deficiência	%
Deficiência mental	8,3
Deficiência física	4,1
Deficiência visual	48,1
Deficiência auditiva	16,7
Deficiência motora	22,8

Fonte: IBGE (2003)

O alto índice de deficiência visual pode ser explicado pela combinação de dois fatores: envelhecimento populacional e a própria ampliação do conceito de deficiência visual, que não se restringe apenas à cegueira (incapacidade de enxergar), incluindo, também, grande ou alguma dificuldade permanente de enxergar. Esse dado reflete, também, a dificuldade de acesso da população ao sistema de saúde pública, principalmente no que diz respeito a serviços ambulatoriais especializados ou mesmo a aquisição de óculos.

Os resultados do Censo Demográfico 2000 refletem essa nova abordagem no tratamento da questão da população com deficiências. Declararam-se como portadoras de algum tipo de deficiência um total de 24,5 milhões de pessoas, o equivalente a 14,5% da população brasileira. O maior percentual se encontra na Região Nordeste (16,8%) e o menor na Região Sudeste (13,1). As Regiões Norte, Sul e Centro – Oeste têm, respectivamente,

14,7%, 14,35 e 13,9% de pessoas com algum tipo de deficiência na população total.

Demonstrado na Tabela 3.

TABELA 3 Distribuição de pessoas com deficiência nas Regiões do Brasil

Regiões	%
Nordeste	16,8
Sudeste	13,1
Norte	14,7
Sul	14,35
Centro-Oeste	13,9

Fonte: IBGE (2000)

Conforme os dados apresentados pela ADEFIRV, há uma prevalência de 3.101 pessoas com deficiência, no ano de 2005 e primeiro semestre de 2006. Na Tabela 4, podemos observar a distribuição (ADEFIRV, 2006).

TABELA 4 Distribuição percentual de deficiência, segundo tipo, atendidos na ADEFIRV, Rio Verde, 2006.

Tipo de deficiência	N	%
Deficiência visual	429	13,83
Deficiência auditiva	489	15,77
Deficiência mental	752	24,25
Deficiência física	1.431	46,15
Total	3.101	100,00

Fonte: ADEFIRV (2006)

O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos qualitativos quanto quantitativos, é muito difícil em razão da inexistência quase total de dados e informações de abrangência nacional, produzidos, sistematicamente, que retratem de forma atualizada a realidade do País nesta área. A OMS estima que cerca de 10% da população de qualquer país são portadoras de algum tipo de deficiência, das quais: 5% são portadoras de deficiência mental; 2% de deficiência física; 1,5% de deficiência auditiva; 0,5% de deficiência visual; e 1% de deficiência múltipla. Com base nesses percentuais, estima-se que no Brasil existam 16 milhões de pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2003). Crianças e

adolescentes têm que ser respeitados como seres humanos e com direitos definidos. Esses direitos e os padrões que todos os governos devem implementar deverão ser completamente articulados com a Organização das Nações Unidas (REMSCHMIDT; BELFER, 2005).

3.3 Políticas públicas e a pessoa com deficiência

Devido à complexidade e a importância do tema, não é surpresa que a pessoa deficiente seja tratada em diversos textos legais na tentativa de garantir seus direitos.

OMS (1993), diz que todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação umas a outras com espírito de fraternidade, tem todos os direitos e todas as liberdades nela proclamados, sem discriminação alguma baseada na raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de qualquer outra índole, origem nacional ou social, posição econômica, nascimento ou qualquer outra consideração. Convencida de que uma das condições essenciais do exercício efetivo dos direitos humanos depende da possibilidade oferecida a todos e a cada um de desenvolver e preservar livremente suas faculdades físicas, intelectuais e morais, e que, em consequência, deveria dar e garantir a todos a possibilidade de anuir à educação física e o desporto.

Nos anos de 1983 a 1992, foram definidas as normas uniformes sobre a igualdade de oportunidades, conforme o movimento internacional. As convenções, Organização Internacional do Trabalho - OIT, Organização dos Estados Americanos - OEA e as Organizações Internacionais servem de apoio e impulsionam as decisões nacionais em favor deste grupo (BRASIL, 2003).

Em seu artigo 23, Capítulo II, a Constituição Federal de 1988, determina que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde, assistência pública, proteção e garantia da pessoa com deficiência. Esta publicação reúne o conjunto de atos legais que norteiam esse processo, no período de 1992 a 2002. Inclui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tornando-os acessíveis aos gestores e profissionais de saúde e aos segmentos sociais envolvidos (BRASIL, 2003).

A Constituição Federal de 1988 é o marco principal da cidadania e dela derivam as normas legais específicas relativas aos direitos das pessoas com deficiência. Também o Programa Nacional dos Direitos Humanos de 1996, estabelece direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais para todos os brasileiros (CORDE, 1992).

Em 2003, a Lei 10.690, altera a Lei 8.989/95, ampliando a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados - IPI na aquisição de automóveis por pessoas com deficiências físicas, visuais, mentais severas ou profundas e para autistas ou seus responsáveis tutelares. Em 2004, o Decreto no. 5.296, que trata de critérios sobre atendimento prioritário e acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, foi instituída uma Lei também importante à chamada Lei do Cão-guia que foi instituída pela Lei no. 11.126, criada em 2005. Nesta Lei um grande progresso das lutas a favor da pessoa com deficiência é apontado. A Lei no. 11.133, instituída em 21 de setembro, como o Dia Nacional de Luta das pessoas Portadoras de Deficiência (CORDE, 1992).

Historicamente, de acordo com o Ministério da Saúde (OMS, 2005), a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Em 1998, iniciou-se um processo que desejava criar novos modos de produção da saúde no sentido de incrementar enfoques mais humanizados, intersetorial, descentralizado, integral, democrático e participativo.

Em 2003, o Ministério da Saúde focalizou a promoção da saúde em vários espaços de discussão interna, com outros ministérios, demais níveis de gestão do sistema de saúde e instituições de ensino e pesquisa, fomentando o processo para a construção e a implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no Brasil (OMS, 2005).

A Comissão Nacional dos Bispos no Brasil – CNBB (2006), cria a Campanha da Fraternidade – CF com o lema “Levanta-te, vem para o meio” (Mc 3,3), é da passagem do evangelho de São Marcos, onde Jesus cura um homem da mão atrofiada, que estava na sinagoga. Tudo leva a pensar que aquele pobre homem era desprezado e deixado lá num canto, por causa da sua condição. Era o dia sagrado de sábado, no qual não se podia fazer nenhum trabalho. Jesus chama o homem: “Levanta-te, vem para o meio!” E o cura na frente de todos.

A CF de 2006 traz, ao centro de nossa atenção, as pessoas com deficiência, que são freqüentemente vítimas de preconceito e discriminação, sobretudo num ambiente cultural que

tende a marginalizar e excluir os que têm menos capacidade individual de competir com os outros e de se afirmar social e economicamente. Pode ser a ocasião para uma grande tomada de consciência sobre a situação enfrentada pelas pessoas com deficiência. É objetivo da CF promover em relação a elas atitudes fraternas e ações voltadas para sua inclusão e para uma verdadeira cultura da fraternidade e da solidariedade humana, que venha traduzida em leis justas e políticas pública adequada ao reconhecimento da dignidade e dos direitos das pessoas com deficiência (CNBB, 2006).

A atualização das políticas públicas, assim como a elaboração de novas políticas públicas, deve passar, portanto, pelo prisma da inclusão social a fim de que possamos ter a garantia de que estamos no rumo certo diante das novas tendências mundiais no enfrentamento dos desafios da diversidade humana e das diferenças individuais em todos os campos de atividade humana.

3.4 Atenção e promoção da saúde para pessoas com deficiência

Conforme Travassos et al. (2002), a formulação de políticas voltadas para a redução das desigualdades no consumo de serviços de saúde deve considerar as diferenças entre mulheres e homens, além da importância das características familiares. Ressalta-se a necessidade de incluir as dimensões gênero e família na especificação dos modelos de uso de serviços de saúde.

Hartz e Contandriopoulos (2004), ressaltam que no Brasil a integralidade da atenção é um dos seus pilares de construção, baseada na primazia das ações de promoção; garantia de atenção nos três níveis de complexidade, articulação das ações de prevenção, promoção e recuperação, abordagem integral dos indivíduos e das famílias.

Ainda, conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), a integração consiste em uma coordenação durável das práticas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, visando, a assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis.

A descentralização e a regionalização nas diversas reformas dos sistemas nacionais de saúde, mediante a integração dos serviços de saúde em redes assistenciais, tem sido estimulada como pressuposto teórico de aumentar a efetividade e eficiência dos sistemas.

A atenção básica no contexto da política setorial teve um grande fortalecimento nos últimos anos. Mas, ainda hoje, a estruturação da rede de atendimento básico vem sendo um enorme desafio para a maioria dos municípios brasileiros. Dessa forma, a tarefa de coordenar em nível local o incremento da atenção básica com as demandas por média e alta complexidade e os princípios da integralidade do atendimento parece ainda mais complexa, mostrando a importância das diversas propostas em curso de regionalização e de criação de consórcios intermunicipais (BODSTEIN, 2002)

Segundo Ribeiro e Pinheiro (2004), uma das questões que mais dificulta o desenvolvimento das políticas brasileiras de atenção a pessoas com deficiência é a falta de dados que identifiquem e localizem as pessoas com deficiências, principalmente as de baixo nível de instrução, na maioria sem acesso aos bens e serviços existentes.

No mesmo contexto, Carandina; Sanches; Carvalheiro (1986), também descrevem que, no setor saúde, no Brasil, querem a nível regional querem a nível municipal, o sistema de registro de dados é ainda precário. Mesmo nos municípios que dispõem de informações fidedignas, estas raramente possibilitam a consolidação de dados a nível intramunicipal, por bairros, áreas, extratos de renda e outros. Consolidação essa que se torna indispensável aos propósitos de trabalhos de natureza semelhante.

Carandina; Sanches; Carvalheiro (1986), para resolver este problema é necessário estudo científico de caráter epidemiológico, pois, é a melhor possibilidade de obtenção de informações fidedignas a respeito da população de interesse e, para que possam receber um tratamento estatístico válido, é necessário o uso de técnicas adequadas de amostragem. Carvalheiro (1981), a investigação clínica visa uma descrição tão boa quanto possível do que se passa ao nível do indivíduo, já a investigação epidemiológica adota, como unidade de estudo, o conjunto de indivíduos procurando analisar como os fenômenos que são motivos da sua preocupação se distribuem nesse conjunto. Dessa forma, o método das entrevistas para evidenciar um fenômeno qualquer, terá uma sensibilidade e uma especificidade que devem ser levadas em conta na análise da distribuição do evento em estudo.

Para Lebrão, Carandina e Magaldi (1991), a necessidade de uma padronização metodológica de levantamento epidemiológico, possibilita o diagnóstico das condições de saúde da população geral e não apenas de demanda de serviços, contribuindo para a análise da determinação social do processo saúde-doença e podendo subsidiar o planejamento em saúde. Paim e Filho (1998), descrevem que a saúde coletiva apesar de em si não constituir um paradigma, enquanto movimento ideológico comprometido com a transformação social, apresenta possibilidades de articulação com novos paradigmas científicos capazes de abordar o objeto saúde-doença-cuidado, respeitando sua historicidade e integralidade.

Nesse sentido, abrem nos serviços de saúde, duas áreas de pesquisa com naturezas complementares: investigações que visam testar a eficácia de novos procedimentos ou estratégias de cuidado e investigações voltadas para avaliar o resultado dessas intervenções sobre a saúde dos usuários e da população como um todo (SANTOS, VITORA, 2004).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS, inspirada pelo Art. 196 da Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos. A CNDSS está constituída de personalidades, oriundas de diversos segmentos da sociedade, com amplo e reconhecido compromisso com a promoção da saúde e da qualidade de vida (BUSS, PELLEGRINI FILHO, 2006).

Tanaka, Lauridsen-Ribeiro (2006), afirma que a atenção básica possibilita uma intervenção efetiva por parte da equipe local e por outro, o adequado encaminhamento das crianças com problemas de saúde mental para serviços especializados, podendo permitir intervenção terapêutica precisa e oportuna. Sendo que, na população infantil, se encontra alta taxa de prevalência de transtornos mentais.

A assistência à saúde da pessoa com deficiência, conforme o manual de legislação em saúde, deixa claro que não poderá ocorrer a assistência a esse segmento populacional somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser assegurado o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas (BRASIL, 2003). Para tanto, percebe-se que a assistência deverá ser de modo que o acesso seja propiciado a toda população com deficiência, assegurando para tanto a sua inclusão da assistência em reabilitação inseridas em unidades com amplo atendimento envolvendo a família e a comunidade.

Conforme o Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana de Saúde - OPS, renovar a Atenção Primária em Saúde - APS, faz-se necessário para abordar a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS. O desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Basear os sistemas de saúde na APS é a melhor abordagem para produzir melhoras sustentáveis e equitativas na saúde das populações das Américas (OMS, 2005).

No período de 1998 a 2002, trabalhou-se no intuito de fortalecer o componente da promoção da saúde no Sistema Único de Saúde - SUS. O Ministério da Saúde promoveu várias ações e investiu na formação dos trabalhadores e gestores da saúde. No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada, deteriorada; e potencializar formas mais amplas de intervir em saúde (OMS, 2005).

Nesse sentido, o SUS, como política do Estado Brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde. No esforço por garantir os princípios do SUS e a constante melhoria dos serviços por ele prestados e por melhorar a qualidade de vida de sujeitos e coletividades, entende-se que é urgente superar a cultura administrativa fragmentada dos interesses e necessidades da sociedade, evitando o desperdício de recursos públicos, reduzindo a superposição de ações e, conseqüentemente, aumentando a eficiência e a efetividade das políticas públicas existentes (OMS, 2005).

3.5 Qualidade de vida e a pessoa com deficiência

Para Minayo, Hartz e Buss (2000), o discurso da relação saúde e qualidade de vida existem desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, sendo justamente essa relação intrínseca, que a aproxima da medicina social com estratégia central a promoção da saúde.

Conforme Gonçalves e Mesquita (2006), o interesse crescente da comunidade científica e de todo o setor saúde em questões de qualidade de vida, teve um desenvolvimento marcante nas últimas décadas. Têm levado clínicos, cientistas, economistas e gestores a se interessarem pelos impactos trazidos por avanços tecnológicos na área médica.

Buss (2000), também relata que graças aos progressos políticos, econômicos, sociais e ambientais, assim como aos avanços na saúde pública e na medicina, as condições de vida e saúde têm melhorado de forma contínua e sustentada na maioria dos países no último século.

Para Seidl e Zannon (2004), o conceito de qualidade de vida na área da saúde é relativamente recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas. Gonçalves e Mesquita (2006), destacam que, na década de 1960, o construto qualidade de vida passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva ou qualidade de vida percebida pelas pessoas. Em grande parte influenciada pela Organização Mundial da Saúde, que declara que a saúde não se restringe à ausência de doença, mas engloba a percepção individual de um complexo bem-estar físico, mental e social.

“Se estamos diante de um novo paradigma de saúde, só o tempo mostrará. Seja como for, há fortes indícios de um futuro em que o gerenciamento clínico será feito com base nas melhores evidências científicas disponíveis, em que a vigilância epidemiológica se baseará em indicadores integrados de morbi-mortalidade e em que a questão em saúde levará em conta as opiniões e preferências dos usuários do sistema. Apostar nesse paradigma é antes de tudo, acreditar que a prática médica deve ser alicerçada na ciência, permeada pela arte, mas, sobretudo, comprometido com a vida” (Gonçalves e Mesquita, 2006, p. 8).

O Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência determina em suas diretrizes a promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência, a qual compreenderá a mobilização da sociedade, nesta incluídos setores do governo, organismo representativo de diferentes segmentos sociais e organizações não-governamentais, entre as quais as instituições que atuam na promoção da vida independente, visando a assegurar a igualdade de oportunidades às pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2003).

Minayo, Hartz e Buss (2000), qualidade de vida é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial. Quando vista de forma mais focalizada em saúde coloca sua centralidade na capacidade de viver sem doenças ou de superar as condições de morbidade. Recentemente, o conceito de qualidade de vida ampliou-se e Souza (1999), relata que crianças com epilepsia têm alta prevalência de problemas de comportamento e aprendizagem. Portanto, diz ser importante avaliar a qualidade de vida dessas pessoas, pois elas passam por períodos críticos de desenvolvimento, durante os quais são desenvolvidas habilidades cognitivas e sociais.

Para Jiang e Hesser (2006), a Qualidade de Vida Relacionada à Saúde - HRQOL, recebeu muita atenção nestes últimos anos, onde usaram indicadores para localizar tendência causal nessa população mais vulnerável, para alcançar metas de qualidade crescente e anos de vida saudável, eliminando disparidades de saúde.

3.6. Educação Física como fator de integração e inclusão

Carta Internacional (OMS, 1993), afirma que a educação física e o desporto devem reforçar sua ação formativa e favorecer os valores humanos fundamentais que servem de base para promover a aproximação entre os povos e as pessoas, assim como o estímulo desinteressado, a solidariedade e a fraternidade, o respeito e a compreensão mútuos, reduzindo a disparidade que existe entre uns e outros no que diz respeito ao livre acesso de todos à educação física e ao desporto. Portanto, favorecendo o desenvolvimento a exortar aos governos, as organizações não governamentais competentes, os educadores, as famílias e aos próprios indivíduos a inspirar-se nela, difundi-la e colocá-la em prática. Onde, diz no Art. 1º que a prática da educação física e do desporto é um direito fundamental para todos.

Estudos realizados por Azevedo e Barros (2004), observam que o esporte não tem representatividade e relevância dentro das estruturas federais, o que pode ser observado, ou seja, comprovado pela grande alternância de vinculação com os mais diversos setores da administração. Constataram ainda, que o fato de o esporte não possuir uma identificação específica na estrutura governamental compromete qualquer política pública esportiva, com reflexos ainda mais expressivos nas iniciativas direcionadas aos indivíduos com deficiência, cujas representatividades e influência política, pela própria situação da deficiência, são muito inferiores as de outros grupos esportivos organizados.

Azevedo e Barros (2004), concluíram que nem menos ou mais importantes que outras ações, o esporte se apresenta como um dos requisitos indispensáveis para que o indivíduo possa atingir a dimensão total da inclusão social. Pode ser comprovado por ser um instrumento simples, acessível, barato e eficiente, seja em nível recreativo, ou de competição de alto rendimento e que muito contribui para a integração do indivíduo.

O desempenho motor de crianças e adolescente vem constituindo-se uma preocupação permanente entre os especialistas da área da saúde. No entanto, a proficiência, em termos de desempenho motor, é um importante atributo no repertório de conduta motora de crianças e adolescente, tornando-se, portanto, essencial para a efetiva participação em programas de atividade física (Guedes, 1997). No Brasil, a doença hipocinética tem representado a primeira causa de óbito na população adulta, superando com larga vantagem as doenças infecciosas.

Assim, considerando que a infância e a adolescência se constituem, nos períodos críticos, mais importantes com relação aos aspectos motores, seja quanto a fatores biológicos ou culturais, nos quais o organismo se encontra especialmente sensível à influência dos fatores ambientais, tanto de natureza positiva como negativa, o acompanhamento dos índices de desempenho motor, nesse período, poderá contribuir de forma decisiva na tentativa de promoção da saúde coletiva (GUEDES, 1997).

Segundo Duarte (1992), apenas recente, a educação física começa a se preocupar com a atividade física para o portador de deficiência. O autor considera que o desenvolvimento do quadro qualitativo e quantitativo de pesquisas nessa área e, como conseqüência, a viabilidade da atuação dos profissionais de educação física, vai depender das iniciativas de pesquisas e atuação das Universidades.

Nesse sentido, Freitas e Cidade (1997), entendem que as necessidades de informações relativas à prática do esporte para deficientes deveriam deixar os muros da universidade a se moverem até onde estão os maiores problemas, tanto profissionais como sociais: as escolas públicas. A educação física na escola constitui-se em uma grande área de adaptação ao permitir, a participação de crianças e adolescentes em atividades físicas adequadas às suas possibilidades, proporcionando que sejam valorizados e se integrem num mesmo mundo. O Programa de educação física quando adaptado ao aluno com deficiência, possibilita, ao mesmo tempo, a compreensão de suas limitações e capacidades, auxiliando-o ao meio na busca de uma melhor adaptação.

Na escola, as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental leve e moderada podem participar de atividades dentro do programa de educação física, com algumas adaptações e cuidados. A realização de atividades, principalmente aquelas que envolvem jogos devem ter um caráter lúdico e favorecer situações onde a criança aprende a lidar com seus fracassos e seus êxitos. A variedade de atividades também prevê o esporte como um auxílio no aprimoramento da personalidade de pessoas com deficiência (BUENO; RESA, 1995).

Freitas e Cidade (1997), ressaltam que é importante que o professor de educação física tenha os conhecimentos básicos relativos ao seu aluno como: tipo de deficiência, idade em que apareceu a deficiência, se foi repentina ou gradativa, se é transitória ou permanente, as funções e estruturas que estão prejudicadas. Implica, também, que esse profissional conheça os diferentes

aspectos do desenvolvimento humano: biológico (físicos, sensoriais, neurológicos); cognitivo (atenção, memória, percepção, processamento de informação); motor (controle corporal e segmentário, orientação espacial, lateralidade, coordenação, equilíbrio); interação social (socialização, linguagem e comunicação) e afetivo-emocional (auto-estima, autocontrole, autoconfiança).

Ainda, conforme Freitas e Cidade (1997), o professor de educação física conhecendo as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental, precisa adequar a metodologia a ser adotada, necessitando considerar, em que grupo haverá maior facilidade para aprendizagem e o desenvolvimento de todos; por quanto tempo pode permanecer atento às tarefas solicitadas, para que se possa adequar as atividades às possibilidades e os interesses e necessidades em relação às atividades propostas.

Segundo Bueno e Resa (1995), a avaliação constante do programa de atividades possibilitará as adequações necessárias, considerando as possibilidades e capacidades das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, sempre em relação aos conteúdos e objetivos da educação física. Tais adequações envolvem adaptação de material e sua organização na aula: tempo disponível espaço e recursos de materiais para adaptação no programa; planejamento, atividades e avaliação. Aplicar uma metodologia adequada à compreensão das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, usando estratégias e recursos que despertem neles o interesse e a motivação, através de exemplos concretos, incentivando a expressão e criatividade.

Conforme Bueno e Resa (1995), os profissionais de educação física, que atuam com pessoas portadoras de deficiência, deverão ter um conhecimento da área de educação psicomotora, especificamente, na problemática que envolve o tipo de deficiência. Todo o universo que envolve a área da deficiência deve ser utilizado. A estimulação essencial, a psicomotricidade, a orientação e mobilidade constituem as atividades que abrangem o desenvolvimento do deficiente. Essas atividades favorecem o surgimento de condições básicas para um adequado procedimento na aquisição de habilidades básicas, ou seja, andar, correr, saltar, trepar, etc. através do conhecimento, controle e domínio do corpo no espaço.

Ferreira (1994), coloca que se devem considerar as limitações, mas não se devem enfatizar a capacidade, informar-se sobre a causa e gravidade da lesão e, se for necessário, deve-se procurar ajuda da família ou de outros profissionais envolvidos com o deficiente.

De acordo com Freitas e Cidade (1997), os objetivos que deverão nortear a prática pedagógica da atividade física e/ou esportiva, com a pessoa portadora de deficiência, devem considerar a individualidade, limitações e potencialidades, bem como a atividade a ser desenvolvida. Essas considerações se devem pela grande quantidade de tipos e seqüelas de deficiências, que se depara no dia a dia. Dessa forma, ressaltam-se aqui alguns pontos que poderão facilitar a elaboração dos objetivos que nortearão a prática pedagógica das atividades desenvolvidas. Propiciar uma metodologia adequada a cada tipo de limitação, evidenciando a potencialidade; realizar tarefas que causem sucesso, através de execução de atividades em pequenas etapas; auxiliar o confronto com outras pessoas e com situações novas; aprimorar e desenvolver as habilidades físicas (coordenação, ritmo e equilíbrio) e as qualidades físicas (resistência, força e velocidade) através de pequenos jogos e atividades de recreação e, estimular a independência, através do ensino de manejo em cadeiras de rodas.

No momento da prática da atividade física, o deficiente mental encontra dificuldade em relação à execução da ação motora devido à ineficiência no processamento de informação. Os autores Perez (1991); Pedrinelli (1994); Bueno e Resa (1995), seguem a mesma linha de pensamento ao afirmarem que as crianças e os adolescentes com deficiência mental têm dificuldade para manter a atenção, antecipar e selecionar estímulos ou respostas. Sendo sua capacidade de captar as informações mais lenta e limitada, tendo mais dificuldade para reconhecer os estímulos relevantes da tarefa proposta para o aprendizado. Para tanto, o profissional, no momento de aplicar as atividades, deve selecioná-las de acordo com o nível de desenvolvimento geral do indivíduo, considerando o princípio da individualização; usar de maior criatividade, propondo atividades interessantes que chamem a atenção; se necessário fazer adaptações nos jogos, principalmente quanto ao tempo e regras; não subestimar a capacidade; evitar situações frustrantes; quando a atividade apresentar certa complexidade, procurar desenvolvê-la lentamente e por partes; evitar instruções longas do tipo verbal, dando orientações claras e breves e, quando necessário utilizar demonstrações.

Segundo Pedrinelli (1994), ressalta que todo o programa deve conter desafios a todas as crianças e adolescentes com deficiência física e mental, permitir a participação de todos, respeitar suas limitações, promover autonomia e enfatizar o potencial no domínio motor. O autor coloca que o profissional pode selecionar a atividade em função do comprometimento motor, idade cronológica e desenvolvimento intelectual.

De acordo com Rodrigues (1991), com relação específica à pessoa com deficiência nas aulas regulares de educação física, o professor em muitos casos se vê na condição de não aceitar a participação deste aluno por não se sentir apto para assumir tal participação. Isto, para o autor, de certa forma, acontece em função da distância que separa a educação física da estrutura de ensino da escola, e o mesmo vê como possibilidade de reverter esse quadro a abertura de um espaço de diálogo, sendo o professor inserido na equipe da escola, podendo assim ocorrer, como uma das conseqüências, o seu empenho na integração.

O processo de ensino e aprendizagem em educação física, portanto, não se restringe ao simples exercício de certas habilidades e destrezas, mas sim de capacitar o indivíduo a refletir sobre suas possibilidades corporais e, com autonomia, exercê-las de maneira social e, culturalmente, significativa e adequada.

3.7 Acessibilidade como processo de inclusão social

No Brasil, a acessibilidade ao meio físico das cidades contou com a iniciativa da “Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT”, em conjunto com profissionais de diferentes áreas e com portadores de deficiência, de elaborar a norma brasileira NBR 9050: “Acessibilidade de Pessoas Portadoras de Deficiências a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamento Urbano” que vem suprir uma carência de referenciais técnicos a respeito da questão da acessibilidade (BRASIL, 2000).

Em 1996, o Governo brasileiro elabora o “Programa Nacional de Direitos Humanos” buscando reforçar a Declaração Universal da ONU e garantir os direitos até então conquistados.

O objetivo do Programa Nacional de Direitos Humanos - PNDH, elaborado pelo Ministério da Justiça em conjunto com diversas organizações da sociedade civil é apresentar propostas concretas de caráter administrativo, legislativo e político-cultural que promovam e protejam a plena realização dos direitos humanos no Brasil (BRASIL, 1996).

O PNDH visa exatamente garantir um espaço de igualdade através de um conjunto de recomendações para o atendimento de legítimas reivindicações de inúmeros grupos sociais, incluído o das “pessoas portadoras de deficiência”.

A Legislação nacional, especificamente a Lei no. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, (Brasil, 2000), estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiências ou com mobilidade reduzida, expressando em seu Art 2º a definição de acessibilidade.

[...] possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou mobilidade reduzida.

No Brasil, a grande maioria dos 17 milhões (Sasaki, 2003) ou dos 24,5 milhões de pessoas com deficiência tem sido excluída de todos os setores da sociedade, sendo-lhes negado o acesso aos principais benefícios, bens e oportunidades disponíveis às outras pessoas em todas as áreas de atividade, tais como educação, saúde, mercado de trabalho, lazer, desporto, turismo, artes e cultura. Esta situação de pessoas com deficiência no Brasil, não é diferente da situação que ocorreu e continua ocorrendo em outras partes do mundo. A história é praticamente a mesma, tanto no espaço quanto no tempo.

Em países como o Brasil, são vários os fatores que têm contribuído para o aumento do número de crianças e adolescentes com deficiência física e mental e sua marginalização: a fome; a pobreza; programas inadequados de assistência social, saúde, educação, formação profissional e emprego; acidentes na indústria, na agricultura ou nos transportes; a contaminação do meio ambiente; o uso imprudente de medicamentos; a baixa prioridade concedida, no contexto do desenvolvimento social e econômico, às atividades relativas à equiparação de oportunidades; o crescimento demográfico; a violência urbana e outros fatores indiretos.

A acessibilidade no Brasil torna-se mais visível a partir da década de 1980, por força dos movimentos organizados de pessoas com deficiência. Por esse motivo, a Constituição Federal de 1988 deu guarida a dispositivos de acessibilidade nas edificações e transportes, no que foi acompanhada por diversas leis estaduais e municipais. Nessa época, também se discutiam no cenário acadêmico nacional as idéias de arquitetos americanos reunidas no movimento denominado Desenho Universal e que foram expostas no Congresso de Acessibilidade do Rio de Janeiro, 1994. O importante é projetar integralmente percursos acessíveis, ou seja, é preciso que a pessoa ao sair de casa caminhe por calçadas acessíveis, atravesse em cruzamentos acessíveis, pegue um transporte público acessível num ponto ou estação acessível, vá trabalhar, estudar, comer ou passear em edifícios ou espaços acessíveis e que se utilize de equipamentos públicos e eletrônicos acessíveis (SANTOS, 2003).

Portanto, para que a acessibilidade e a inclusão social das pessoas com deficiência venham a ser realidade, são necessárias ações afirmativas que combatam de forma efetiva o preconceito a desigualdade enfrentada por essa parcela da sociedade.

CAPITULO II

4 METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Esta pesquisa foi um estudo de cunho epidemiológico do tipo transversal.

4.2. Campo do Estudo

Foi campo de estudo o banco de dados da Associação dos Deficientes Físicos de Rio Verde – ADEFIRV, localizada na cidade de Rio Verde, Estado de Goiás. A ADEFIRV é uma instituição filantrópica, fundada em 25 de abril de 1992, constituída como sociedade cível jurídica, sem fins lucrativos e sem quaisquer distinções entre seus associados. Tem como apoio da prefeitura municipal a estrutura física, sendo: uma sala de escritório, uma sala de recepção, um banheiro, uma sala para consertos e montagens de calçados e uma cozinha. Também são pagos pela prefeitura, a água e a energia elétrica consumidas pela associação. A associação foi fundada com a finalidade de reunir e organizar as pessoas com deficiência para que possam lutar por seus direitos e melhores condições de vida, assim rege o documento que formaliza a formação dessa associação (ADEFIRV, 2006).

Destacam-se, ainda, os objetivos da associação: defender e amparar as pessoas com deficiência junto às autoridades públicas, oferecer assistência médica e jurídica, promover campanhas públicas que interagem os deficientes e a sociedade, firmar convênios que promovam atividades sociais, culturais e desportivas, sugerir mudanças arquitetônicas nos prédios, residências e comércios.

Às pessoas com deficiência, logo após seu cadastro junto à associação, que queiram requerer os seus direitos, é feita a avaliação pela assistente social, deferido o pedido, tem como benefício de locomoção com a distribuição e consertos de cadeiras de rodas. A associação também trabalha com a venda de sacos de lixo, uma parceria com a Roeli Sacos de Lixo, empresa de revenda. A venda do material citado contribui para reserva de fundos da associação, que são

revertidos em prol desta entidade na aquisição de veículo e manutenção do mesmo, usando-o no transporte dos associados necessitados e outros.

A instituição muito já alcançou, como vemos a seguir:

- Máquinas de sapateiro para duas pessoas trabalharem, sendo o lucro para cobrir as despesas da matéria prima.
- Trabalho de propaganda volante em seus triciclos, onde os quais recebem suporte técnico, isto é, empréstimo de dinheiro para reposição e manutenção dos equipamentos.
- Projetos sociais como: parceria beneficente entre a prefeitura que contribui com a locomoção e a universidade com projetos de reabilitação como a fisioterapia.
- A instituição também recebe ajuda de pessoas físicas e jurídicas, como o estado, o ministério público que designa a doação de cadeiras de rodas ou o conserto das mesmas.
- A lei que regulamenta o passe livre intermunicipal para pessoas com deficiência, beneficiando tanto a classe de jovens quanto a de idosos.

4.3. Seleção dos Participantes

Os participantes desta pesquisa foram selecionados a partir do banco de dados na ADEFIRV pelo exame de cadastro das crianças e adolescentes atendidas no ano de 2005 e primeiro semestre de 2006.

4.4 Critérios de Inclusão

- Crianças e adolescentes cadastradas na ADEFIRV, no ano de 2005 e primeiro semestre de 2006;
- Ser selecionados na amostragem, prevalência de 11,56%;
- Os responsáveis pelas crianças e adolescentes que após receberem orientação sobre os objetivos do estudo autorizassem por escrito a realização da entrevista.

4.5 Amostra de estudo

A amostra foi calculada a partir da prevalência (11,56%) registrada na literatura de Neri e Soares, (2004). Para tanto, utilizou-se o software EPINFO 6.4; o Intervalo de Confiança - IC foi de 95% e margem de erro de 2%; dessa forma, verificamos que seria necessário o exame de 43 crianças e adolescentes e a estas foram acrescentadas mais 7 (sete), tendo-se, então 50 crianças e adolescentes que foram selecionadas fichas forma aleatória de um banco de dados de 1092 fichas.

4.6. Instrumento de Coleta de Dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado pela pesquisadora, conforme os objetivos desta pesquisa (Anexo1). O questionário foi composto de perguntas abertas e fechadas. As perguntas abordaram os seguintes aspectos: características das crianças e adolescentes e da pessoa responsável no caso de ser incapaz, quanto aos dados pessoais, educacionais e de trabalho; acesso aos serviços de saúde e principais dificuldades encontradas.

O instrumento de pesquisa foi estruturado para coletar informações de forma padronizada, todos os entrevistados receberam as mesmas instruções, responderam às mesmas questões, formuladas na mesma ordem e apresentadas em condições as mais semelhantes possíveis.

4.7 Procedimento

Primeiramente, foram levantadas as fichas de cadastro de todas as pessoas atendidas na ADEFIRV referente ao ano de 2005 e primeiro semestre de 2006 e, uma vez verificada que a pessoa preenchia os critérios de inclusão, o passo seguinte foi à distribuição dos domicílios e a visita aos mesmos. Nessa oportunidade, após se apresentar aos moradores, a pesquisadora explicava os objetivos da pesquisa, os procedimentos adotados visando à coleta de dados e convidava-o a participar da mesma, se aceitasse assinaria um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2). Quando a criança ou adolescente com deficiência física e mental fosse incapaz de responder o questionário, o responsável é que o fez. Não houve recusa.

4.8 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa: Prevalência de Crianças e Adolescentes com Deficiência Física e Mental no Município de Rio Verde, Estado de Goiás, 2006, aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Processo número 040/2006. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, sendo uma via para a pessoa responsável da criança e do adolescente com deficiência física e mental e a outra via para a pesquisadora.

4.9 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada com o uso do software EPINFO 6.4 (DEAN, 1997).

CAPITULO III

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das crianças e adolescentes com deficiência física e mental

Os resultados descritos a seguir envolveram 50 crianças e adolescentes com deficiência física e mental e suas respectivas famílias. Esse quantitativo corresponde a 4,58% de um total de 1.092 cadastros na ADEFIRV. Do grupo de 50 crianças e adolescentes que participaram do estudo, 52% eram do sexo masculino e 48% feminino com idade variando de 1< a 18 anos, distribuídos entre as faixas etárias de 1< a 05 anos 18%; de 06 a 10 anos 22%, 11 a 14 anos 30% e 15 a 18 anos 30%. (Tabela 6).

TABELA 6 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental por sexo e faixa etária atendida na ADEFIV, Rio Verde, em 2006.

Variáveis / sexo	Faixa etária (anos)				Total	
	0 a 5	6 a 10	11 a 14	15 a 18	n	%
Feminino	4	5	8	7	24	48,0
Masculino	5	6	7	8	26	52,0
Total	9	11	15	15	50	100,0

Observa-se que a minoria (18%) encontram-se entre 0-5 anos de idade, fase caracterizada pela infância como o estágio de desenvolvimento mais presente, visto que é uma fase da vida em que o indivíduo está em maturação quanto ao desenvolvimento cognitivo e motor. Essas características colocam a família como um elo importante a se considerar, em função da relação de dependência para a pessoa responsável. Segundo Rodrigues (2006), a infância é uma fase que compreende três estágios, a saber: a primeira infância (até os dois anos de idade), a segunda

infância ou fase pré-escolar (dos 2 aos 5 anos) e a terceira infância ou fase escolar (dos 6 até o início da puberdade).

Na faixa etária de 0-5 anos (n = 9), que corresponde a primeira e segunda infância, encontram-se 18% das crianças. Na terceira infância, situada entre 6-10 anos de idade (n = 11), participaram 22%. Na primeira e segunda infância, há maior grau de dependência, resultando na necessidade de pessoa para auxiliá-los. Na faixa etária entre 11-18 anos, constatamos que 30% dos participantes estão na fase da adolescência, (Tabela 6). Nessa fase de desenvolvimento, há maior habilidade, o que contribui como um mecanismo facilitador para a implementação dos sistemas de educação física, em especial, o de apoio à educação.

Conforme o estatuto da criança e do adolescente, a Lei no. 8.069, de 13 de julho de 1990, considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Para tanto, o responsável pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, exerce um papel de elo que possibilita a implementação do sistema de apoio à educação e as atividades de reabilitação, o qual faz parte do processo, apoiando ou executando medidas necessárias, por meio de atitudes ou ações, capazes de satisfazer as necessidades do próprio ser, a partir de determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamento.

Nesta pesquisa, observamos maior prevalência de deficientes físicos no sexo masculino com maior incidência no intervalo de 15 a 18 anos e; maior prevalência de deficiência mental no sexo feminino com incidência no intervalo de 11 a 14 anos. (Figura 1).

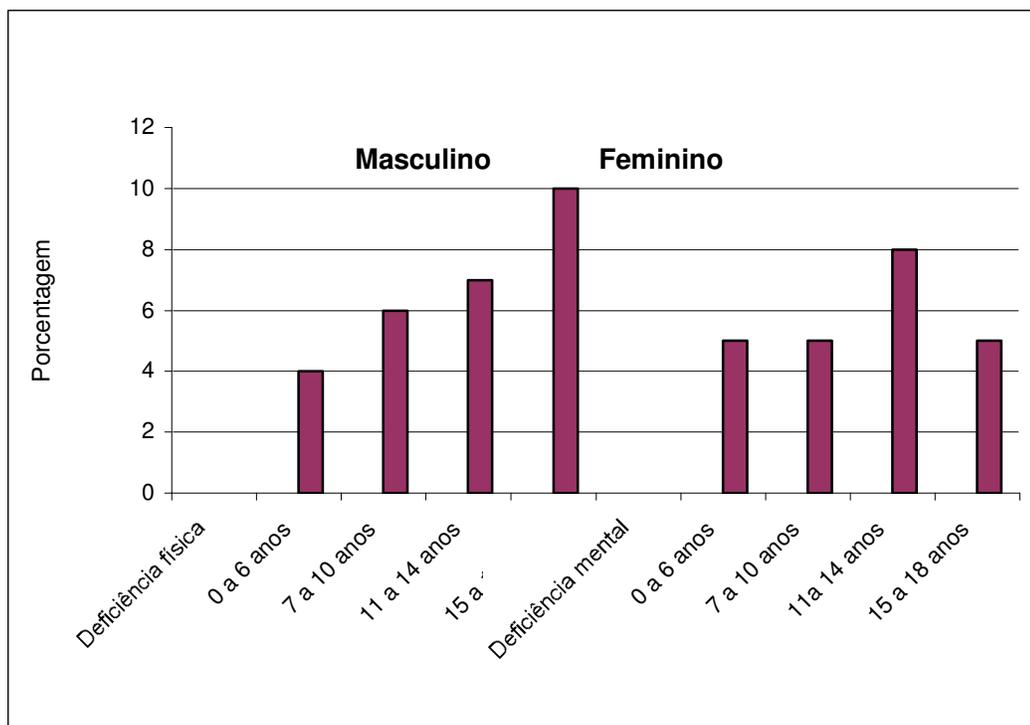
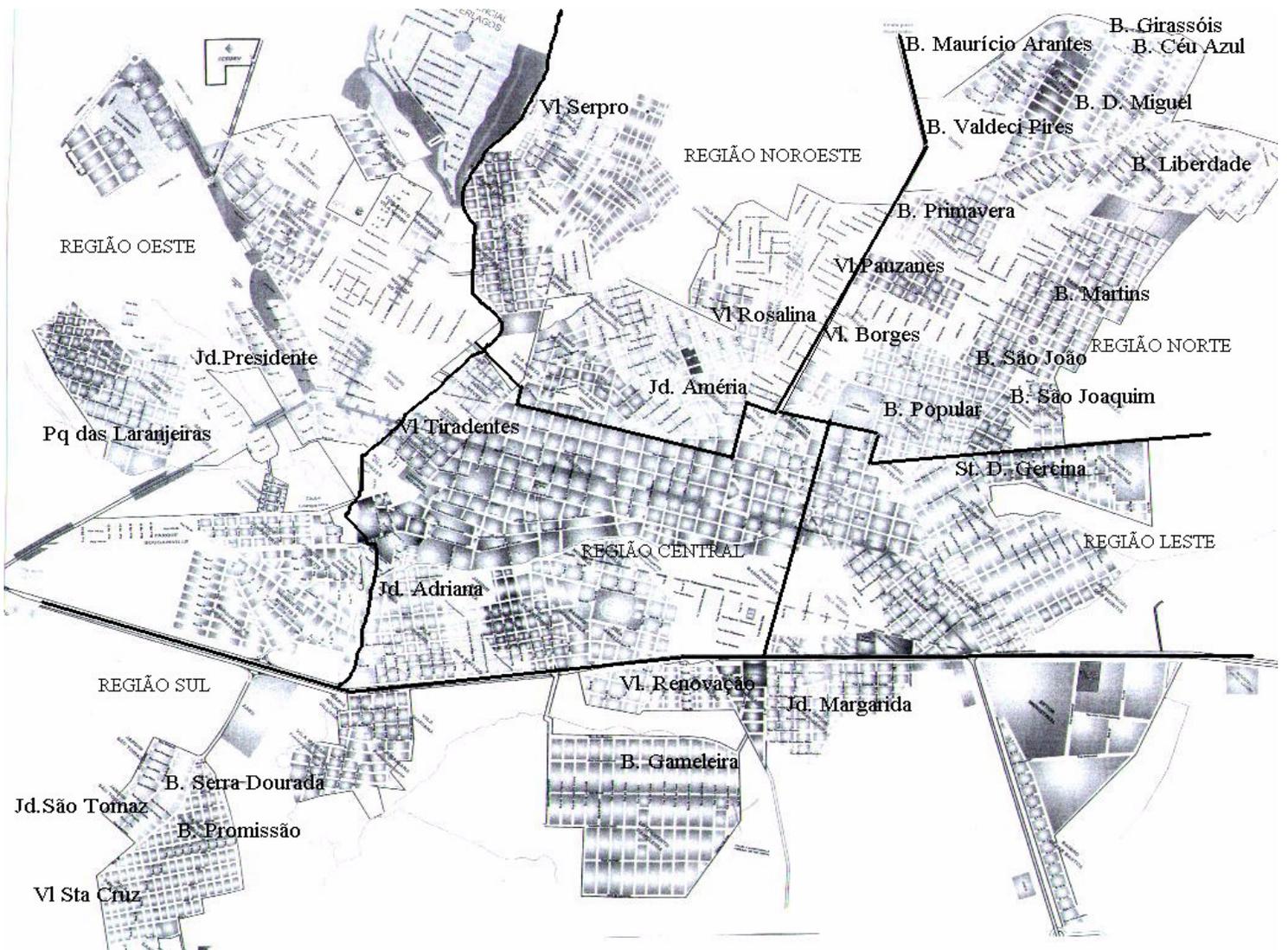


FIGURA 1 Distribuição da amostra de crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo prevalência em faixa etária, Rio Verde, 2006.

Com relação à distribuição espacial das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, por região, bairros e tipos de deficiência estão dispostos na Tabela 5 e Figura 2.

TABELA 5 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental por região, bairros e tipos de deficiência, Rio Verde, 2006.

Região	Bairros	Número de pessoas com deficiência mental	Número de pessoas com deficiência física	Total
Norte	Bairro São Joaquim	2	-	2
	Setor Pauzanes	-	1	1
	Bairro Primavera	1	1	2
	Vila Borges	1	2	3
	Bairro Martins	1	4	5
	Bairro Maurício Arantes	-	1	1
	Bairro Valdeci Pires	2	1	3
	Bairro Dom Miguel	1	-	1
	Bairro Céu Azul	5	1	5
	Bairro Popular	-	1	2
	Bairro Liberdade	1	1	2
	Bairro São João	1	-	1
	Bairro Girassóis	-	1	1
	Sub-total	15 (30%)	14 (28 %)	
Sul	Bairro Serra Dourada	1	-	1
	Bairro São Tomaz	-	1	1
	Vila Santa Cruz	1	1	2
	Bairro Renovação	1	-	1
	Bairro Gameleira	-	1	1
	Jardim das Margarida	1	-	1
	Bairro Promissão	2	-	2
	Sub-total	6 (12 %)	3 (6 %)	
Leste	Bairro Dona Gercina	1	-	1
Sub-total	1(2 %)	-		
Oeste	Jardim Presidente	-	1	1
	Parque das laranjeiras	1	-	1
	Sub-total	1 (2 %)	1 (2 %)	
Noroeste	Bairro Rosalina	-	1	1
	Jardim América	-	2	2
	Bairro Serpró	-	1	1
	Sub-total	-	4 (8 %)	
Central	Centro	1	2	3
	Jardim Adriana	-	1	1
	Bairro Tiradentes	-	1	1
	Sub-total	1 (2 %)	4 (8 %)	
Total		24 (48 %)	26 (52 %)	50



Como observado na Tabela 5, e Figura 2, as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental, na sua maioria residem na região norte da cidade, com uma prevalência de 30% de deficiência mental e 28% de deficiência física, totalizando 58% da amostra. No entanto, é a região que possui maior número de bairros e de população.

Pela distribuição no mapa dos bairros em que as crianças e adolescentes residem (Figura 2) podemos observar que eles estão com concentração maior em bairros situados na região norte, onde tem maior número de bairros e maior número de população. A maioria dos bairros localizados na região norte apresenta uma menor infra-estrutura, baixos índices de saneamento básico, moradias precárias e as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental tem maior dificuldade ao acesso de serviços de reabilitação, saúde e escola.

Quanto à escolaridade das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, podemos constatar que 8% estudam no ensino fundamental; 12% no ensino médio; 64% no ensino especial e 16% não estudam. Figura 3.

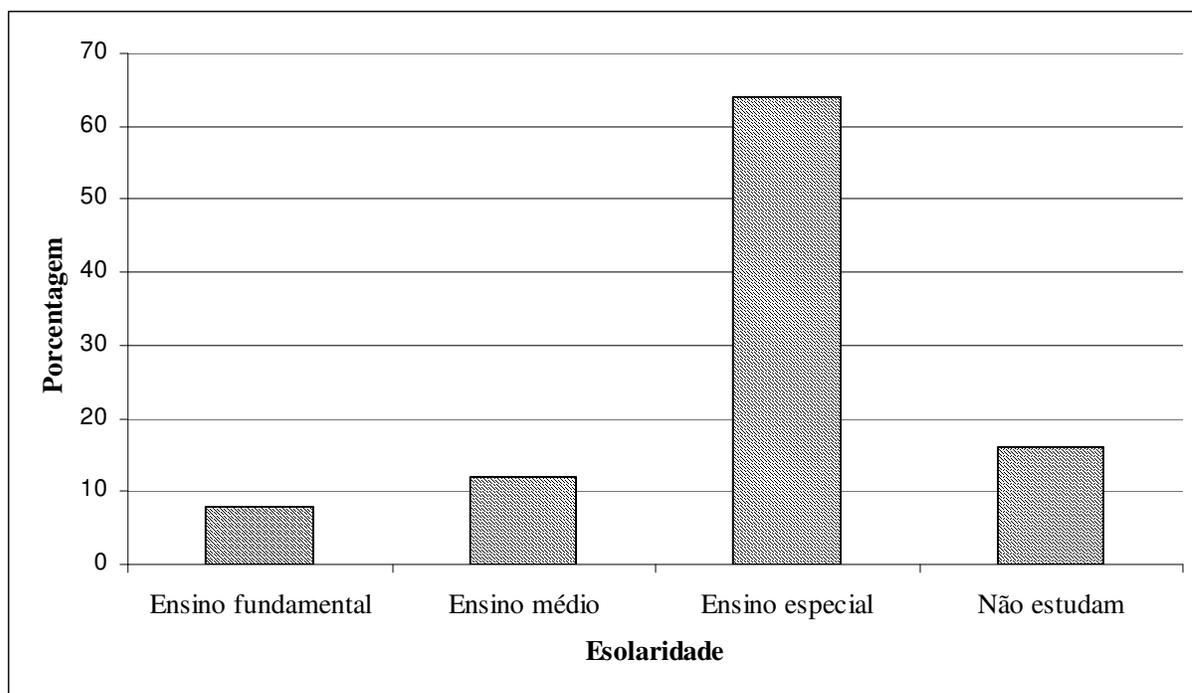


FIGURA 3 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo escolaridade, Rio Verde, 2006.

Nesta perspectiva, consideramos para efeito de análise as seguintes características de desenvolvimento associadas à escolaridade. No ensino fundamental, quando a criança alfabetizada desperta em si a curiosidade quanto à descoberta da leitura e das situações vividas no seu dia a dia, o que facilita a adaptação e a adoção de medidas necessárias e se torna um fator facilitador da pessoa responsável pela criança e adolescente com deficiência, inserindo-se no contexto do sistema de apoio a educação (BRASIL, 2002).

No ensino médio, o jovem participa ativamente nas transformações cotidianas e nas decisões familiares, visto ter censo crítico diante das informações repassadas. É capaz de elaborar formas que melhor se adaptem as suas situações (BRASIL, 2002). No presente estudo, quanto à escolaridade, há um grupo que poderá ser orientado pelo sistema de apoio-

educação, uma vez que 20% dos adolescentes, freqüentam os ensinos fundamental e médio (Figura 3).

Com relação à distribuição da renda familiar das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, em salários mínimos, pode ser observado na Figura 4.

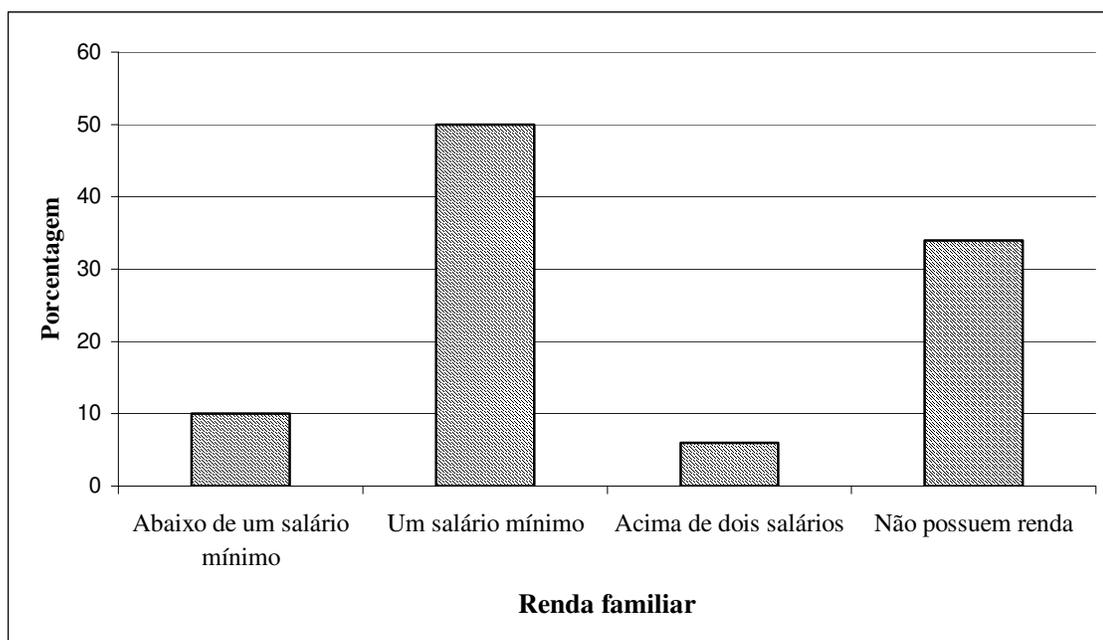


FIGURA 4 Distribuição da renda familiar das crianças e adolescentes com deficiência física e mental de acordo com o número salários mínimos, Rio Verde, 2006.

Em relação à renda familiar das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, verificamos que 10% têm uma renda abaixo de um salário mínimo; 50% têm uma renda de um salário mínimo; 6% têm uma renda acima de dois salários mínimos e, 34% não possuem nenhuma renda. Essas são situações que podem aumentar as dificuldades de deslocamento, aquisição de medicamentos e de outras necessidades referentes à inclusão social.

5.2 Caracterização da pessoa responsável pela criança e adolescente com deficiência física e mental

Todas as crianças e adolescentes com deficiência física e mental que participaram do estudo, independentemente da idade, possuíam uma pessoa responsável com diferentes graus de parentesco (mãe, pai, tia ou irmão). O responsável neste contexto torna-se uma pessoa facilitadora na medida em que apóia, estimula a independência e compensa as necessidades nas diferentes fases do seu desenvolvimento. Na Figura 4, é apresentado o grau de parentesco das pessoas responsáveis dos deficientes; verificamos que a maior participação é das mães, seguida por avós, pai e tias.

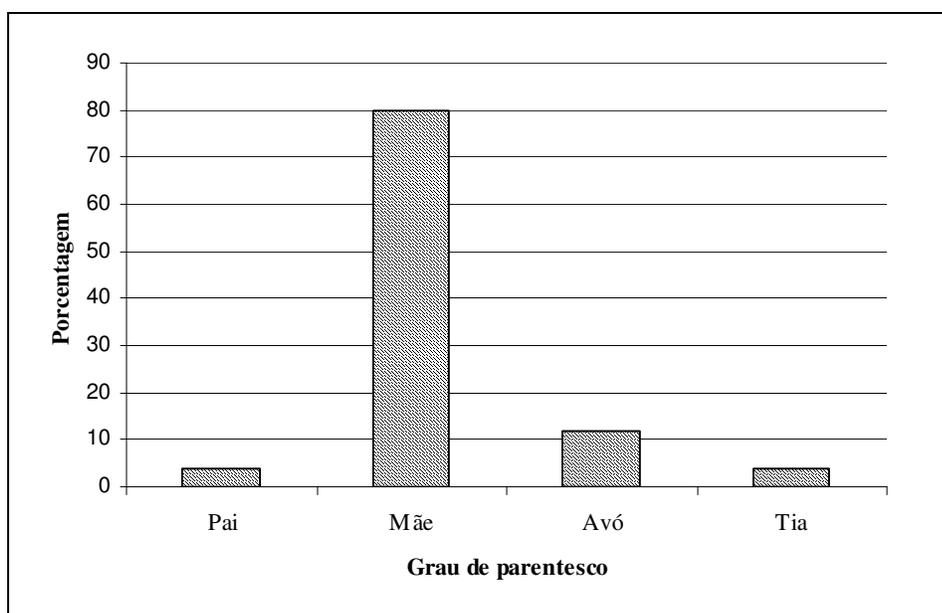


FIGURA 5 Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto ao grau de parentesco, Rio Verde, 2006.

As pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental possuíam as seguintes características: eram quase na totalidade do sexo feminino (96%), colocando em destaque o papel das mães. Observamos apenas um dos responsáveis do sexo masculino. A família muitas vezes tem de adaptar-se às necessidades advindas no tratamento para facilitar e incentivar a criança e o adolescente na sua adaptação e apoio ao enfrentamento da situação vivida e as mudanças do cotidiano familiar imposta pela sua deficiência.

Com relação à idade das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, estão dispostos na Tabela 7.

TABELA 7 Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo a idade, Rio Verde, 2006.

Idade do responsável	N	%
18 – 22	1	2,0
23 – 27	1	2,0
28 – 32	10	20,0
33 – 37	17	34,0
38 – 42	6	12,0
43 – 47	2	4,0
48 – 52	5	10,0
53 – 57	2	4,0
58 – 62	4	8,0
63 – 68	2	4,0
Total	50	100,0

Com relação à idade, os acompanhantes estavam distribuídos nas faixas etárias entre 18 a 68 anos de idade, destes 54% estavam entre 28 a 37 anos; 14% entre 38 a 47 anos; 14% entre 48 a 57 anos; 12% entre 58 a 68; 4% entre 18 a 27 anos. Este resultado de 4% pode ser justificado pelo fato desta idade entre 18 a 27 anos ser o estágio de vida em que se observam na sociedade o maior envolvimento com o trabalho.

Também foi feita a distribuição quanto ao grau de escolaridade das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental (Tabela 8).

TABELA 8 Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto à escolaridade, Rio Verde, 2006.

Grau de estudo	N	%
Ensino fundamental incompleto	20	40,0
Ensino fundamental completo	13	26,0
Ensino médio	8	16,0
Superior	1	2,0
Nunca estudaram	8	16,0
Total	50	100,0

Conforme a escolaridade, observamos que 40% das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes possuíam o ensino fundamental incompleto; 26% têm o ensino fundamental completo; 16% possuem o ensino médio; 2% têm o ensino superior e, 16% nunca estudaram e não sabem ler e nem escrever.

Na Tabela 9, observamos a renda familiar e a ocupação das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental.

TABELA 9 Distribuição das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, quanto à renda familiar e ocupação, Rio Verde, 2006.

Ocupação	Renda mensal da família				%
	Abaixo de um salário mínimo	Um salário mínimo	Acima de dois salários mínimos	Sem renda	
Empregado com carteira	-	4	-	-	8,0
Empregado sem carteira	1	4	-	-	10,0
Autônomo	4	3	2	-	18,0
Proprietário	-	-	1	-	2,0
Aposentadoria	-	14	-	-	28,0
Não possuem renda	-	-	-	17	34,0
Total	5	25	3	17	100,0

Em relação à renda familiar e ocupação, 34% das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental não possuem nenhuma renda; 28% recebem um salário mínimo de aposentadoria; 18% trabalham como autônomo, ou seja, vendedor por conta própria; 10% trabalham sem carteira assinada; 8% trabalham com carteira assinada e apenas 2% são proprietários de seu próprio ramo de negócio. Observamos que 50% dessas famílias têm renda mensal de um salário mínimo; 10% têm renda de menos de um salário mínimo e apenas 6% têm renda acima de dois salários mínimos.

Na Tabela 10, é apresentado, a distribuição do tamanho das famílias das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental.

TABELA 10 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo o tamanho da família em números de pessoas, Rio Verde, 2006.

Tamanho da família	N	%
1	1	2,0
2	3	6,0
3	13	26,0
4	16	32,0
5	5	10,0
6	8	16,0
7	3	6,0
9	1	2,0
Total	50	100,0

Média = 4,26 pessoas; Mediana = 4,00 pessoas; Desvio padrão = 1,56 pessoas.

Quanto ao tamanho das famílias, foram encontrados números que variam de 1 a 9 pessoas, com uma média de 4,26 pessoas por família.

As famílias também foram classificadas quanto ao tipo de acordo com a Figura 6, verificamos que a família conjugal é a mais encontrada e a ampliada a menos freqüentes.

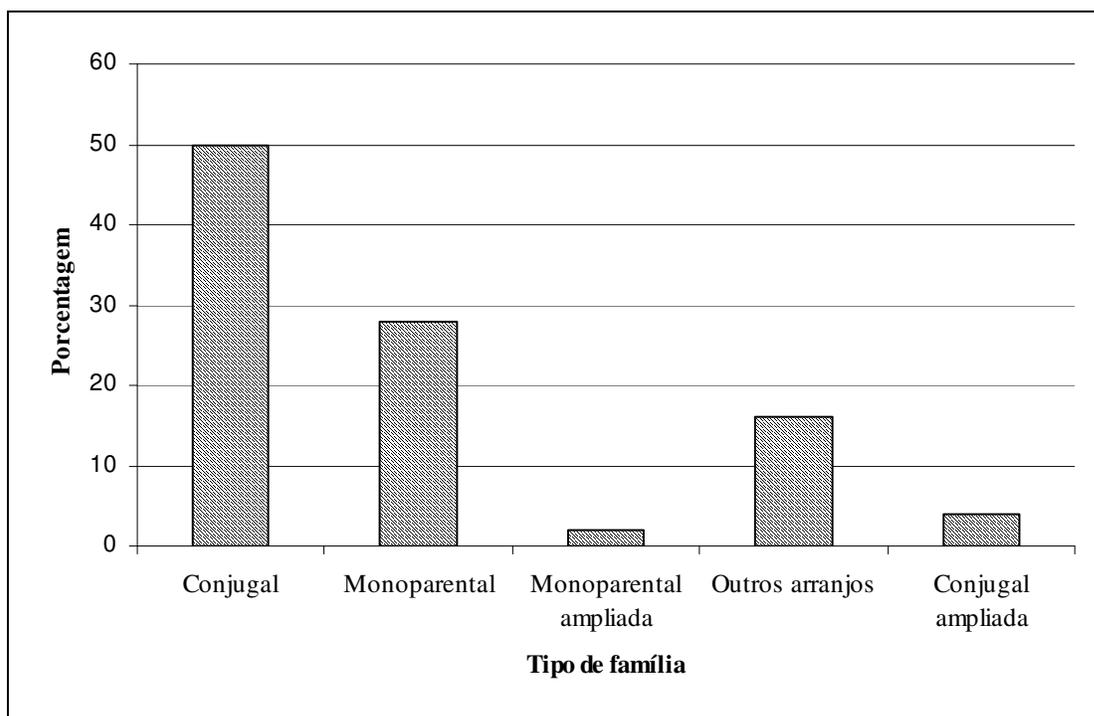


FIGURA 6 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo o tipo de família, Rio Verde, 2006.

Em relação ao tipo de família, podemos perceber que 50% das famílias são do tipo conjugal (pai e mãe) e 28% do tipo monoparental (pai ou mãe).

As famílias das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, também foram classificadas de acordo com o ciclo de vida familiar, compreendido enquanto o momento das diferenças etapas de desenvolvimento da vida da família, isto é, constituição, maturação e dispersão Figura 7.

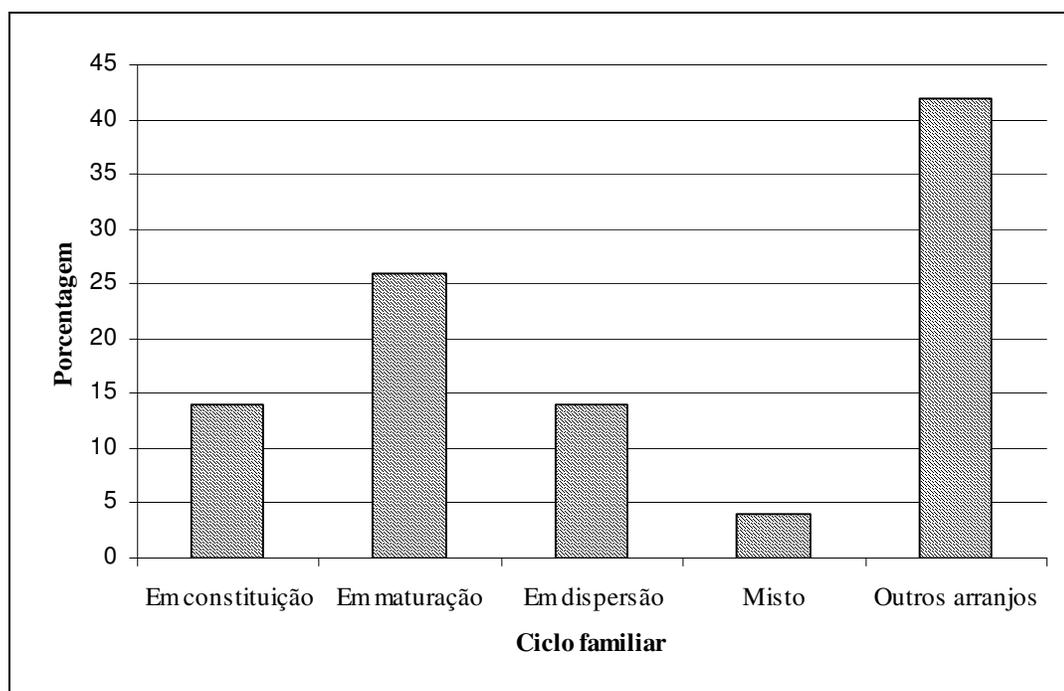


FIGURA 7 Distribuição das famílias das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo ciclo familiar, Rio Verde, 2006.

Observamos que 42% das famílias eram de outros arranjos, ou seja, ciclos que fugissem às propostas anteriores, 26% em maturação composta por casal com idade entre 35 a 49 anos e filhos com idade ao redor de 14 anos, ou família na mesma faixa etária, 14% em constituição composta por casal de até 34 anos de idade, com ou sem filhos ou família monoparental na mesma faixa de idade.

5.3 Classificação e causas das deficiências

As deficiências podem ser classificadas em adquiridas e congênitas. Esta amostra revelou que 98% das deficiências físicas e mentais encontradas foram de causas congênitas e 2% de causas adquiridas. Nos casos estudados, verificamos que as deficiências físicas e mentais encontradas tinham uma condição patológica presente no nascimento, causada por uma deficiência genética, pelo ambiente intra-uterino ou por causas desconhecidas. Estavam relacionadas com malformações congênitas, oxigenação cerebral insuficiente, paralisia cerebral e eclampsia na hora do parto, supondo-se ser a causa do filho ter nascido com problema (Tabela 11).

TABELA 11 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo a fase de desenvolvimento em que a deficiência foi adquirida, Rio Verde, 2006.

Fase de desenvolvimento	N	%
Nascimento ou fase uterina	49	98,0
Adolescência	1	2,0
Total	50	100,0

Considerando as principais causas da deficiência encontradas neste estudo, temos as malformações congênitas com 40% dos casos; a oxigenação cerebral insuficiente com 18% e a paralisia cerebral com 16%. Com relação aos tipos de deficiência identificados, observamos que a deficiência mental leve e moderado e a malformação dos membros aparecem com 18% nos casos pesquisados. Ressaltamos também que é expressivo o número de pessoas que não sabem especificar o tipo de deficiência da criança, (12% dos casos) (Tabela 12).

TABELA 12 Distribuição das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, segundo as causas referidas e agrupadas, Rio Verde, 2006.

Causas da deficiência	N	%
Malformações congênitas	20	20,0
Paralisia cerebral	8	16,0
Rubéola e toxoplasmose materna	1	2,0
Acidente de trânsito	1	2,0
Queda	1	2,0
Alcoolismo, tabaco	1	2,0
Eclampsia	5	10,0

Oxigenação cerebral insuficiente	9	18,0
Não sabe	4	8,0
Total	50	100,0

O universo das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, é apresentado na Tabela 13, e observamos que a maioria tinha deficiência mental leve e moderada e dentre as físicas, má formação dos membros.

TABELA 13 Distribuição das crianças e dos adolescentes com deficiência física e mental, segundo tipo de deficiência, Rio Verde, 2006.

Tipo de deficiência mental	N	%
Mental leve	9	18,0
Mental moderado	9	18,0
Síndrome de Down	6	12,0
Tipo de deficiência física		
Hemiplegia	2	4,0
Paraplegia	3	6,0
Tetraplegia	3	6,0
Monoplegia	1	2,0
Amputação	1	2,0
Atrofia muscular espinhal	1	2,0
Malformação dos membros	9	18,0
Outros não especificados	6	12,0
Total	50	100,0

5.4 Saúde e serviços

Neste estudo, também foram investigados o uso de medicamento e a sua finalidade. 38% relataram usar algum tipo de medicamento. Quanto ao uso de medicamento, 28% responderam usar para controlar desmaios, acesso e epilepsia; 10% usavam para controlar o nervosismo e ansiedade e, 62% não usam nenhum medicamento.

Na Tabela 14, estão distribuídas as crianças e adolescentes com deficiência física e mental, de acordo com a utilização de serviços de saúde.

TABELA 14 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo o uso de serviços de saúde, Rio Verde, 2006.

Atendimento médico	N	%
Sim	40	80.0
Não	10	20.0
Total	50	100.0

Programa de reabilitação	N	%
Sim	29	58,0
Não	21	42,0
Total	50	100.0

Neste estudo, 80% das crianças e adolescentes com deficiência física e mental têm acompanhamento médico e 58% participam de programas de reabilitação (Tabela 15).

TABELA 15 Distribuição das crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo entidades mantenedoras dos serviços utilizados, Rio Verde, 2006.

Serviço / Médico	N	%
SUS	24	48.0
Particular	5	10.0
Desconto	11	22.0
Não se aplica	10	20.0
Total	50	100.0

Serviço / Fisioterapia / Equoterapia e outros	N	%
SUS	1	2.0
Desconto	29	58.0
Não se aplica	20	40.0
Total	50	100.0

O tratamento médico é feito em grande parte em instituições públicas mantidas pelo SUS, e particular com convênio de desconto, assim como a fisioterapia, equoterapia entre outros. Este estudo revela que 80% das crianças e adolescentes com deficiência física e mental recebem apenas atendimento médico e somente 60% passam por um processo de reabilitação física.

5.4 Dificuldades encontradas

No geral, as maiores dificuldades encontradas pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental, segundo seus responsáveis foram àquelas relacionadas à mobilidade dentro do espaço urbano, ou seja, acessibilidade ao transporte coletivo, as calçadas com obstáculos e em mau estado de conservação, sem rampa de acesso, as escadas e as portas estreitas; falta de condições financeiras. Como se pode identificar nos depoimentos a seguir:

“A minha maior dificuldade é a falta de uma cadeira motorizada, pois, quando tenho de subir no coletivo com a cadeira de rodas, os degraus são muito altos e preciso de ajuda das pessoas”. Afirmou uma das pessoas com deficiência. Outra afirma:

“Falta de ônibus adaptados”

Um outro problema apontado se refere às dificuldades que as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental encontram na realização das atividades de vida diária, ou seja, ajudar na limpeza da casa, na alimentação e no próprio banho sozinho. Essas dificuldades acontecem tanto pela limitação física, quanto pelo acesso aos serviços de saúde, como pode perceber a seguir:

“Ir para Goiânia, fazer tratamento no Centro de Reabilitação, mas hoje não é mais possível, faço algum exercício sozinho em casa, mas não é a mesma coisa, poderia ter tratamento para gente nos postos”.

“A dificuldade é que a minha deficiência interfere e atrapalha a vida da minha avó, ela fica o dia inteiro cuidando de mim”.

Outro aspecto relevante e muito presente nas respostas foi à dependência que a criança e adolescente com deficiência física e mental necessita. Precisa de uma pessoa responsável o tempo todo. Essa pessoa responsável, geralmente, é alguém da família: mãe ou avó, que abdica de suas atividades pessoais para auxiliá-las.

“A maior dificuldade é que meu filho não consegue tomar banho sozinho, e faz as necessidades na roupa”.

“Não poder trabalhar fora para ajudar nas despesas, pois, não tenho com quem deixar o meu filho”.

“Não conseguir andar sozinho”.

Uma resposta que apareceu com frequência quanto à dificuldade econômica enfrentada pela família, está relacionado aos pequenos rendimentos, alto custo de medicamentos, equipamentos, próteses, fraldas, entre outras.

“Se tivesse dinheiro não teríamos nenhuma dificuldade”.

“Falta de dinheiro para comprar cadeira e aparelho”.

“Situação econômica”.

Vale destacar também, algumas respostas que merecem ser retratadas, como o preconceito, a falta de profissionais preparados, a dificuldade de inserção na rede regular de ensino, a dificuldade para encontrar emprego e para se manter nele.

“A única escola que tem condições de atender minha filha, fica muito longe, e não tenho condução para levá-la”.

“A falta de alguém para acompanhar, porque trabalho fora e não tem quem leva”.

Esses problemas não são novidades, ainda que a legislação brasileira assegure a pessoa com deficiência, o transporte coletivo adaptado, o acesso à educação, a saúde, e ao trabalho e a eliminação de barreiras arquitetônicas e sociais – as condições de vida e de saúde são precárias. As limitações físicas provocam a incapacidade na realização das atividades de vida diária, a falta de entendimento, segrega as crianças e os adolescentes do convívio social, dificultando as possibilidades de inclusão social.

CAPÍTULO IV

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo possibilitou que se pudesse conhecer a prevalência de crianças e adolescentes com deficiência física e mental no município de Rio Verde, Estado de Goiás, no ano de 2006, incluindo a realidade em que vivem, condições de habitação e escolaridade das crianças e adolescentes e seus familiares. Os domicílios das crianças e adolescentes com deficiência física e mental e seus familiares, estão distribuídos em toda a área urbana da cidade de Rio Verde. Observamos maior número de crianças e adolescentes com deficiência física e mental na região norte devido ser a região com maior número de bairros e de população.

A constatação das deficiências e a sistematização destas, mostra que existe uma inter-relação entre os tipos de deficiências e a acessibilidade ao acesso aos serviços de saúde que é dificultado por falta de transporte próprio ou mesmo de recursos para custeá-lo, associados ainda, à falta de rampas adequadas ao trânsito do deficiente. Essas e outras questões observadas refletem na qualidade de vida do deficiente e de seus familiares, pois, as crianças e os adolescentes com deficiência física e mental dependem de um responsável que, por sua vez, não dispõe dos meios para o atendimento das necessidades dos deficientes, gerando com isso um problema social.

Os problemas enfrentados pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental e seus familiares passam geralmente ao largo da sociedade e das próprias autoridades sanitárias e políticas, mas refletem diretamente na atenção dispensada pelos profissionais da área da saúde, os quais muitas vezes prestam assistência em ambiente com infra-estrutura deficiente o que pode colocar em dúvida a qualidade da assistência prestada. Ademais, os deficientes como foi observado estão distribuídos em toda a área urbana, mas com tendência de concentração em áreas periféricas do município e em muitos locais não existe o mínimo necessário de infra-estrutura.

A maioria das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência física e mental disse que a sociedade, mesmo nos dias atuais, tem muito preconceito. A presença de

crianças e adolescentes com deficiência física e mental na sociedade é motivo de curiosidade, algo assustador ou mesmo desagradável e por conta disso pode manter distância, o que demonstra que a sociedade não está preparada para a convivência e, portanto, as reações observadas na população sugerem que possam ser discutidas medidas para a conscientização, visando a promoção da inserção deste segmento populacional na sociedade de Rio Verde.

A prevalência de deficiência física e mental teve como causas às malformações congênitas, com maior incidência em crianças e adolescentes com deficiência mental, seguida pela malformação dos membros em crianças e adolescentes com deficiência física. Devido até agora não existir estudos no município que tratem sobre a questão da etiologia dessas deficiências e o contexto de suas ocorrências, faz-se necessário que sejam apoiadas pesquisas que visem esclarecer as possíveis etiologias como ponto de partida para outras pesquisas que venham contribuir para a redução das deficiências e uma melhor qualidade de assistência aos deficientes.

A maioria das pessoas responsáveis pelas crianças e adolescentes com deficiência mental disse conhecer os serviços de reabilitação e de saúde oferecidos pelos órgãos governamentais e não governamentais, porém, só conhece aqueles em que a própria escola oferece, onde o filho estuda, outros disseram que há um trabalho muito bonito realizado pela prefeitura gratuitamente que é a equoterapia, e, outros responderam conhecer a clínica escola de fisioterapia que presta esse atendimento. Observamos, nesta pesquisa, que as crianças e adolescentes com deficiência física e mental vivem nas mais diversas situações econômicas e sociais. A maioria das famílias estava vivendo em condições de pobreza, e algumas em condições muito precárias. As condições financeiras mostraram-se importantes para a manutenção das famílias, embora insuficientes para fazer frente às despesas básicas para a sobrevivência com dignidade.

As crianças e os adolescentes com deficiência física e mental participantes da amostra tiveram como causa da deficiência em maior número as causas congênitas, ou seja, a deficiência surgiu no nascimento ou quando ainda estava na fase uterina. Portanto, recebem atendimento médico no SUS e não passam pelo processo de reabilitação funcional. Colocam que, em Rio Verde, é muito difícil o acesso aos serviços de reabilitação e saúde, onde é feita uma ficha e tem de esperar surgir vagas para o atendimento, as filas de espera são grandes e o acesso ao local é difícil, uma vez que não existe atendimento nos bairros onde os quais residem. Também, encontram muitas barreiras arquitetônicas entre o serviço de saúde e a residência.

Foi fundamental este levantamento de dados de prevalência, para que possam buscar estratégias que visem à prevenção, envolvendo todas as faixas etárias, tais como: possibilitar o atendimento pré-natal, atentar para a necessidade de desenvolvimento de hábitos que estimulem a modificação do estilo de vida, realizar programas de segurança no trabalho, investir na formação de recursos humanos para detecção precoce da deficiência. Quando a deficiência já está instalada, é preciso que a sociedade tenha consciência das necessidades das pessoas com deficiência, possibilitando a inclusão social, mediante a facilitação do acesso aos serviços de reabilitação funcional, principalmente nos primeiros meses de vida, a fim de estimular o desenvolvimento de habilidades, contribuindo para a autonomia e independência, assim como, prevenindo seqüelas e deformidades.

Também, é muito importante a promoção de programas que estimulem a inclusão da criança e adolescente, através da arte e do esporte como: dança, música, pintura, artes plásticas, teatro, jogos, entre outras. É preciso que façam valer a lei das cotas, fiscalizando as empresas com mais de 100 funcionários, assim como, promover a capacitação para o mercado de trabalho, a fim de que as pessoas com deficiência possam competir equitativamente e restabelecer suas possibilidades de geração de renda. Através dessa pesquisa, pudemos responder a algumas questões colocadas a princípio: como e onde vivem e o que tem feito as crianças e adolescentes com deficiência física e mental? E quais as dificuldades em comum?

Em relação às dificuldades encontradas pelas crianças e adolescentes, destacam-se algumas respostas obtidas através das pessoas responsáveis como: dificuldades de acessibilidade, tomar banho sozinho, fazer as necessidades na roupa, comportamento nervoso, a falta de entendimento, falta de dinheiro, falta de transporte e crise epilética. Alerta para a necessidade de estudos posteriores procederem a aprimoramentos através, nomeadamente, da inserção de além da pesquisa descritiva, seja realizada estudos e análise com maior profundidade.

Disponibilizar junto às autoridades sanitárias e políticas os resultados deste estudo, como forma de subsídios na elaboração de programas destinados à prevenção e assistência, envolvendo pais, crianças e adolescentes usuários da rede de saúde, visando aprimorar a qualidade de atendimento pré-natal, modificação do estilo de vida, programas de segurança no trabalho, formação de recursos humanos para a detecção precoce da deficiência.

Promover programas de conscientização sobre o tema a população e profissionais da área e da educação como forma de promover a inclusão social da criança e do adolescente com deficiência física e mental por meio da arte e do esporte.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO DOS DEFICIENTES FÍSICOS DE RIO VERDE – ADEFIRV. **Relatório de dados referente ano de 2005 e primeiro trimestre de 2006**, 2006.

AMIRALIAN, M. LT; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. IG.; LICHTIG, I.; MASINI, E. FS. e, PAQUALIN L. Conceituando deficiência. **Revista de Saúde Pública**, 2000, v.34, n. 1, p.97-103.

ARANHA, M. S. F. **Trabalho e Emprego: Instrumento de construção da Identidade pessoal e social**. São Paulo: SORRI-BRASIL; Brasília: CORDE, 2003. 36 p.

ASSUMPCÃO, J. R., F. B. SPROVIERI, M. H. ASSUMPCÃO, T. M. Deficiência mental em São Paulo: perfil de uma população atendida institucionalmente. **Pediatria Moderna**. v. XXXV n. 11, 1999.

AZEVEDO, P. H. e BARROS, J. F. O nível de participação do Estado na gestão do esporte brasileiro como fator de inclusão social de pessoas portadoras de deficiência. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**. 2004, v.12 n. 1. p. 77-84.

BODSTEIN, R. **Atenção básica na agenda da saúde**. Departamento de ciências sociais. Escola Nacional de Saúde Pública, fundação Oswaldo Cruz, 2002.

BORNMAN J. The World Health Organization's Terminology and Classification: application to severe disability. **Disability Rehabilitation**, 2004. v. 4; n. 26/3, p.182-8.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de legislação da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 216 p.

BRASIL. Lei no. 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.acessobrasil.org.br/index.php?itemid=43>>. Acesso em fev. 2007.

BUCHALLA, CM. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Acta Fisiátrica**, 2003; 10 (1): 29-31.

BUENO, S. T; RESA, J. A. Z. **Educación Física para niños Y niñas con necesidades educativas especiales**. Malaga: Ediciones Alfibe, 1995.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. Iniquidades em saúde no Brasil, nossas mais grave doença: comentários sobre o documento de referência e os trabalhos da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. **Caderno Saúde Pública**. 2006, v. 22, n. 9, p. 2005-2008.

BUSS, P M Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**, 2000, vol. 5, no. 1. p. 163 – 177.

CARANDINA, L. SANCHES, O; CARVALHEIRO, J. da R. Analysis of standards of living and health in the urban population of Botucatu, S.Paulo State (Brazil): I - Description and evaluation of the sample. **Revista de Saúde Pública**. Dez. 1986, vol.20, no.6, p.465-474.

CARMO, A. A. do. **Deficiência Física: a sociedade brasileira cria, “recupera” e discrimina**. Brasília: Secretaria dos Desportos/PR, 1991. 230 p.

CARVALHEIRO, J.R. Epidemiological research and household interview surveys. **Revista de Saúde Pública**, 1981, v.15, n.5, p.543-550.

COMISSÃO NACIONAL DOS BISPOS DO BRASIL - CNBB. **Campanha da Fraternidade: Levanta-te e venha para o meio**. CNBB, 2006.

COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA – CORDE – Brasília, 1992.

DEAN A G. **Ei-info, Version 6.04: a word processing, database and statistics program for epidemiology on microcomputers**. Atlanta, Georgia, USA: Centers for Disease Control, 1997.

DEPAUW K.; GAVRON S. J. **Disability and Sport**. Champaign: Human Kinetics 1995.

DUARTE, E. Educação Física Adaptada: especialização ou formação básica? In: **Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada**, 1992. São Paulo. ANAIS... São Paulo: USP/EEFUSP/CEPEUSP, 1992, p. 55 a 59.

FERREIRA, J. R. **A exclusão da diferença: a educação do portador de deficiência**. Piracicaba: Unimep, 1994.

FILHO, A. dos S. C. **Participação da comunidade na integração do deficiente mental**. Organização dos Estados Americanos. Projeto Especial Multinacional de Educação. Brasília, Departamento de Documentação e Divulgação, 1977.

FONSECA, V. da. **Educação Especial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987, 127 p.

FREITAS, P. S; CIDADE, R. E. A. **Noções sobre Educação Física e Esporte para pessoas portadoras de deficiência: uma abordagem para professores de 1º e 2º graus**. Uberlândia: Gráfica Breda, 1997. 86 p.

GONÇALVES C. A. MESQUITA C. R. Quality of life and utility measures: clinical parameters for decision-making in health. **Rev. Panam Salud Publica**. 2006; 19 (2): 128-136.

GUEDES, J. E.R.P., GUEDES, D. P. **Crescimento, composição corporal e desempenho motor de crianças e adolescente.** São Paulo: LR Balieiro, 1997. 362 p.

HARTZ, Z. M. A., CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade de atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup.2: 331-336, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO - IBGE. **Censo Demográfico 2000.**

JANNUZZI, G. **A Luta pela educação do “deficiente mental” no Brasil.** São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1985.

JIANG, Y.; HESSER, J. E. Associations between health-related quality of life and demographics and health risks. Results from Rhode Island’s 2002 behavioral risk factor survey. **BioMed Central Ltd.** 2006, 4:14.

LEBRAO, M. L. CARANDINA, L. & MAGALDI, C. Análise das condições de saúde e devida da população urbana de Botucatu, São Paulo (Brasil). IV – Morbidade referida em entrevistas domiciliares, 1983-1984. **Revista de Saúde Pública**, 1991, v.25, n.6, p.452-460.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** 2000.

NÉRI, M. C. **Retratos da deficiência no Brasil (PPD).** Rio de Janeiro. FGV/IRRE, OS, 2003. 250 p.

NÉRI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, Incapacidade e o número de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira. Campinas**, v.21 n.2. p. 303-321. jul/dez. 2004.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação de Atenção Primária em Saúde nas Américas.** Documento de Posicionamento, ago. 2005.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Normas Sobre Equiparação De Oportunidades Para As Pessoas Com Deficiência** – Resolução 48/96 -Assembléia Geral das Nações Unidas de 20 de dezembro de 1993.

PAIM, J. S., FILHO, N. de A. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas. **Revista de Saúde Pública**, 1998, v. 32 n. 4.

PEDRINELLI, V. J. Educação Física Adaptada: Conceituação e Terminologia. In: **Educação Física e Desporto para Pessoas Portadoras de Deficiência.** Brasília: MEC-SEDES, SESI-DN, 1994, P. 7-10.

PEREZ, L. M. R. Actividades Físicas y Deficiencia Mental: Datos de investig com implicaciones para la práctica. **Fisis**, Madrid, v. 1, n. 1, p. 91-111, 1991.

- PESSOTTI I. **A Loucura e as Épocas**. São Paulo: Ed. 34; 1994. 208 p.
- REMSCHMIDT. H, BELFER M. Mental health care for children and adolescents worldwide: a review. **World Psychiatry**. 2005 oct, 4 (3): 147-153.
- RIBAS, J. B. C. **O que são pessoas deficientes**, São Paulo: Nova Cultura: Brasiliense, 1985.
- RIBEIRO E. M. e PINHEIRO, S. A prevalência de portadores de deficiências na população do parque Antonio Vieira – Juazeiro do Norte – CE. **Revista Brasileira de Medicina**, 2004. v.17, n.1, p. 3-7.
- RODRIGUES, D. A Integração de um Deficiente Motor numa aula curricular de Educação Física In: **Homo ludens**. V. 6, n.1, out./dez. 1991. P. 209-212.
- RODRIGUES, M. M. G. **Autocuidado em crianças/adolescentes com câncer a luz da teoria de orem**. Dissertação (Mestrado). Brasília, 2006.
- SANCHES, A. C. G. **Contextos educacionais e o aluno com necessidade especial (transtorno mental): um desafio interdisciplinar marcado pela dialética exclusão/inclusão**. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005. 196 p.
- SANTOS, G. M. Normalização da acessibilidade: novas fronteiras? II Sminário ATIID – Acessibilidade, TI e Inclusão Digital, São Paulo – SP. 2003. Disponível em: www.fsp.usp.br/acessibilidade.
- SANTOS, I.S.; VITORA, C. G. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2: S337-S 341, 2004.
- SASSAKI R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
- SASSAKI, R. K. **Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos**. São Paulo: RNR, 2003.
- SEIDL, E. M.F.; ZANNON, C.M. L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Caderno de Saúde Pública**, 2004, v. 20, n.2, p. 580-588.
- SILVA, O. M. da. **A Epopéia Ignorada - A Pessoa Deficiente na História do Mundo de Ontem e de Hoje**. São Paulo – CEDAS, 1986. 470 p.
- SOUZA, E. A. P. de. **Qualidade de vida na epilepsia infantil**. Arquivos de Neuro-psiquiatria, 1999, v. 57, n. 1, p.34-39.
- TANAKA, O. Y; LAURIDSEN-RIBEIRO, E. A challenge for primary health care: mental health care implementation. **Caderno de Saúde Pública**, 2006. v. 22, n. 79, p. 1845-1853.
- TEIXEIRA A., OLIVEIRA F. **Sistematização dos estudos realizados em 21 cidades brasileiras, com a Metodologia de Entrevistas Domiciliares da Organização Pan-americana de Saúde - OPS**. Niterói, RJ 2004.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R. E BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. Panam Salud Pública**, v. 11 n. 5-6, Washington maio/jun. 2002.

USTUN TB, COOPER JE, VANDUUREN-KRISTEN S, KENNEDY C, HENDERSHOT G, SARTORIUS N. Revision of the ICDH: mental health aspects. **WHO/MNH Disability Working Group. Disability Rehabilitation**, 1995 apr-jun;17 (3-4): 202-9.

WINNICK J. P. **Adapted Physical education and sport**. 2 ed. New York: Human Kinetics 1995.

ZVER, L. Os Excepcionais e a Educação de Fé. **Revista Mensagem da APAE**. Ano XX. Nº 71. Out/Dez. 1993. p. 23-27.

ANEXO I

Questionário

Data da avaliação: ____/____/____ Início: ____h Término: ____h

1. Dados da pessoa com deficiência

Idade: _____ Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino Etnia: _____

1.1) Como encaixa sua deficiência?

1 - Deficiência física 2 - Deficiência mental

1.2) Idade que adquiriu a deficiência?

1 – 0 a 5 anos 2 – 6 a 10 anos 3 – 11 a 14 anos 4 – 15 a 19 anos

1.3) Tipo de deficiência:

1 – Mental leve 2 – Mental moderada 3 – Síndrome de Down

4 – Hemiplegia 5 – Paraplegia 6 – Tetraplegia

7 – Monoplegia 8 – Amputação 9 – Atrofia muscular espinhal

10 – Malformações dos membros 11 – Outros não especificadas

1.4) Quais foram às causas da deficiência?

1 – Paralisia cerebral 2 – Malformações congênitas

3 – Toxoplasmose 4 – Acidente de trânsito 5 – Queda

6 – Alcoolismo e tabaco 7 – Poliomielite 8 – Meningite

9 – Oxigenação cerebral insuficiente 10 – Não sabe

1.5) Sabe ler e escrever?

1 – Sim 2 – Não

1.6) Qual o curso que frequenta?

1 – Regular de ensino fundamental ou 1º grau

2 – Regular de ensino médio ou 2º grau

3 – Superior 4 – Alfabetização

5 – Escola de ensino especial

6 – Não estuda

1.7) Trabalha em alguma atividade remunerada?

1 – Sim 2 – Não (segue I)

1.8) Qual ocupação que exerce?

1 – Empregado(a) com carteira assinada

2 – Empregado(a) sem carteira assinada

3 – Autônomo(a) 4 – Proprietário(a)

5 – Não trabalha

1.9) Qual a renda mensal?

1 – Abaixo de um salário mínimo

2 – Um a dois salários mínimos

3 – Acima de dois salários mínimos

1.10) Tem direito a algum plano de saúde?

1 – Sim 2 – Não

1.11) Usa algum tipo de medicamento?

1 – Sim 2 – Não

1.12) Que tipo de medicamento? Qual o nome? _____

1.13) Qual a finalidade do uso de medicamento? _____

1.14) Qual serviço de saúde que utiliza?

1 – Farmácia 2 – Posto de saúde 3 – Consultório particular

4 – Pronto socorro 5 – Agente comunitário

6 – Outro _____

1.15) Qual o meio de transporte que utiliza? _____

1.16) Quais as maiores dificuldades que se encontram? _____

1.17) Está sendo atendido em alguma unidade de reabilitação? Descreva o processo de atendimento? _____

2. Identificação da pessoa responsável pelo deficiente

2.1) Idade: _____ Sexo: 1 - Masculino 2 - Feminino Etnia: _____

2.2) g) Sabe ler e escrever?

1 – Sim 2 – Não

2.3) Qual sua relação com a pessoa deficiente?

1 – Pai e mãe 2 – irmão ou irmã

3 – Avó ou avô 4 – Pai ou mãe

5 – Outro _____

2.4) Qual o curso mais elevado que já frequentou?

1 – Regular de ensino fundamental ou 1º grau

2 – Regular de ensino médio ou 2º grau

3 – Superior 4 – Alfabetização 5 – Pré-escolar

6 – Outro _____

2.5) Trabalha em alguma atividade remunerada

1 – Sim 2 – Não (segue I)

2.6) Qual ocupação que exerce:

1 – Empregado com carteira assinada

2 – Empregado sem carteira assinada

3 – Autônomo 4 – Proprietário

5 – Outro _____

2.7) Qual a renda mensal da família?

1 – Abaixo de um salário mínimo

2 – Um a dois salários mínimos

3 – Acima de dois salários mínimos

2.8) Tem alguma dificuldade de mobilidade física como?

1 – Alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro.

2 – Realizar atividades domésticas

3 – Abaixar-se, ajoelhar-se ou curvar-se.

4 – Andar mais de um quilômetro

2.9) O que sabe sobre serviços oferecido as pessoas com deficiência em Rio Verde? Por quem os serviços são oferecidos? Qual o tamanho da fila de espera?

2.10) A sociedade está preparada para lidar com pessoas deficientes, sem estigmatiza-las?

ANEXO II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prevalência de Crianças e Adolescentes com Deficiência Física e Mental, no Município de Rio Verde, Estado de Goiás, 2006

Eu, abaixo assinado(a) _____, concordo em participar da pesquisa “Prevalência de Crianças e Adolescentes com Deficiência Física e Mental, no Município de Rio Verde, Estado de Goiás, 2006”. Para tanto fui informado pela pesquisadora, sobre os objetivos da pesquisa e, que posso, se assim desejar, não participar do estudo, sem nenhum prejuízo.

Estou ciente de que as informações por mim fornecidas são confidenciais e concordo com a publicação e divulgação dos resultados desta pesquisa apenas para fins científicos. Pois minha identidade será preservada.

Em caso de dúvida posso esclarecer com a pesquisadora Devani Paula da Silva Giroto pelo telefone (64) 3621 2921, e e-mail: dgirotto@brturbo.com.br ou com o coordenador da pesquisa Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro, da Faculdade de Ciências da Saúde/Universidade de Brasília, pelo telefone (61) 3307 1096.

Assinatura: _____