2019

Anais do IV Congresso Técnico Científico
XIV Congresso da Rede Mineira das APAES
IV Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família

Tema: Qualidade de Vida e Deficiência Intelectual: Políticas, Processos e Práticas

FEAPAES - MG
Federação das Apaes do Estado

Instituto de Ensino e Pesquisa
Darci Barbosa

FEDERAÇÃO DAS APAES DO ESTADO DE MINAS GERAIS

TRIÊNIO 01/01/2018 A 31/12/2020

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente: Prof. Jarbas Feldner de Barros
Vice-Presidente: Gláucia Aparecida Costa Boaretto
2ª Vice-Presidente: Cleverson Ferreira da Silva
1ª Diretora Secretária: Maria Rozilda Gama Reis
2º Diretora Secretária: Lúcia Helena G. Couto de Freitas
1º Diretora Financeira: Judith Maria de Magalhães Monteiro
2º Diretor Financeiro: João Bosco Pinto Monteiro
1° Diretor Social: Alex Abadio Ferreira
2° Diretor Social: Maria Paula Aliberti Rodrigues dos Reis
Diretor de Patrimônio: Adnilson Marins dos Santos

CONSELHO FISCAL

Efetivos

Pedro Rogério Gonçalves
Maria das Graças Oliveira
João Braga Couto

Membros Suplentes:

Sandro Cataldo da Mota
Isamin Couto Gonçalves Coelho
Douglas Volsi Rodrigues

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Alto Paranaíba I - Sede: Serra do Salitre
Roberta Alves Borges Pacheco

Alto Paranaíba II - Sede: Presidente Olegário
Meira José da Fonseca Pinheiro

Alto do Rio Pardo - Sede: Salinas
Haya Carolina de Souza Araújo

Campo das Vertentes - Sede: São Vicente de Minas
Renata Arantes Villela

Centro I - Sede: Itabirito
Débora Gontijo Labory

Centro II - Sede: Curvelo
Celmi Buitrago Aquino

Centro IV - Sede: Igarapé
Armando Cândido Gomes

Centro V - Sede: Pedro Leopoldo
Isabel Cecília de Oliveira Lopes

Centro Oeste I - Sede: Arcos
Adriana de Souza Couto

Centro Oeste II - Sede: Itaúna
Geórgia Stefânia Duarte Chaves Mendonça

Centro Oeste III - Sede: Bom Despacho
Maria Celeste de Paulo

Circuito das Águas I - Sede: Lambari
Vera Nilce Maia Gonçalves

Circuito das Águas II - Sede: São Lourenço
Eduardo Gonçalves

Circuito das Malhas - Sede: Borda da Mata
Gláucia Brandão Guilherme

Médio São Francisco - Sede: Januária
Maria do Amparo Pereira Dias

Noroeste Mineiro - Sede: Paracatu
Maria Aparecida Aguiar Adjuto

Norte I - Sede: Montes Claros
Eliete Veloso Silva e Oliveira

Norte II - Sede: Janaúba
Railda Rosa de Oliveira

Sudoeste I - Sede: Passos
Terezinha de Lourdes Pereira

Sudoeste II - Sede: Perdões
José Ricardo Pereira de Lima

Sul I - Sede: Ipuiuna
Regina Maris Munis Zanetti

Sul II - Sede: Três Pontas
Nuno Augusto Alves

Três Vales - Sede: Minas Novas
Márcia Geralda Lourenço Fernandes Guedes

Triângulo Mineiro I - Sede: Monte Alegre de Minas
Cláudia Arantes Rodrigues Félix

Triângulo Mineiro II - Sede: Frutal
Vilma Paula Machado

Vale da Eletrônica - Sede: Maria da Fé
Decézary Augustto Guedes

Vale do Aço I - Sede: Santa Maria de Itabira
Claudilene Araújo Crispim

Vale do Aço e Rio Doce - Sede: Governador Valadares
Antônio Anicio de Assis

Vale do Suaçuí - Sede: Sabinópolis
Geneci Ferreira dos Santos Barroso

Vale do Mucuri - Sede: Nanuque
Cláudia Onofre

Vale do Jequitinhonha - Sede: Araçuaí
Eunice Maria Tanure Jardim

Vale do Piranga - Sede: Ponte Nova
Nivea Andrea Ferreira

Zona da Mata I - Sede: Ubá
Valdênia Gomides Dutra

Zona da Mata II - Sede: Manhuaçu
João Pessoa Cunha

Zona da Mata III - Sede: Leopoldina
Maria Célia Morais de Oliveira

Zona da Mata IV - Sede: Carangola
Maria Emília Martins Baroni

CONSELHO CONSULTIVO

Eduardo Barbosa
Fernando da Mota (*in memoriam*)
Luiza Pinto Coelho
Sérgio Sampaio Bezerra

AUTODEFENSORES

Jhony Geraldo dos Santos (Efetivo)
Larissa Batista da Silva (Efetiva)
Amanda Aparecida Figueiredo (Suplente)

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA DARCI BARBOSA -UNIAPAE-MG

Superintendente
Sérgio Sampaio Bezerra

FICHA CATALOGRÁFICA
Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa

Congresso da Rede Mineira das APAES (14. : 2019.: Belo Horizonte, MG).

C749a Anais do IV Congresso Técnico Científico e do IV Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família [recurso eletrônico]: Qualidade de vida e deficiência intelectual: políticas, processos e práticas / Organização: Maria do Carmo Menicucci Oliveira, Sérgio Sampaio Bezerra. Belo Horizonte: Federação das APAES-MG; Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa, 2019.

E-Book (158 p. : il.)

ISSN: 2676-0045

1. Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - Congressos. 2. Representações sociais – Congressos. 3. Incapacidade intelectual. 4. Política pública. 5. Qualidade de vida. 6. Educação especial. I. Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família (14 .: 2019 : Belo Horizonte, MG). II. Oliveira, Maria do Carmo Menicucci. III. Bezerra, Sérgio Sampaio. IV. Federação das APAES do Estado de Minas Gerais. V. Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa. VI. Título.

CDU: 376.4

Ficha catalográfica elaborada por Cássio José de Paula – CRB 6/1463

SUMÁRIO

1. Programação
2. Comissão Científica e Organizadora
3. Apresentação
4. Palestras
5. Relatos de Experiências
6. Carta de Belo Horizonte
7. Avaliação

Anais do IV Congresso Técnico Científico, XIV Congresso da Rede Mineira das APAES e IV Fórum de Autogestão, Autodefesa e Família

Tema: Qualidade de Vida e Deficiência Intelectual: Políticas, Processos e Práticas

Data: 31 de outubro a 02 de novembro de 2019

Local: Dayrell Hotel & Centro de Convenções

Belo Horizonte/MG

Instituto de Ensino e Pesquisa
Darci Barbosa

PROGRAMAÇÃO

Quinta-feira, 31 de outubro de 2019

09h – Início Credenciamento Congressistas (Local: Hall do Dayrell Theatre)

09h às 11h – Café de boas-vindas (Local: Sala Chrysoberryl)

19h - Solenidade de Abertura (Local: Dayrell Theatre)

Sexta-feira, 01 de novembro de 2019

08h às 09h30: Conferência 1

Tema: A Mágica da Vida

Palestrante: David César

Local: Dayrell Theatre

09h30 às 11h: Conferência 2

Tema: Autismo na Primeira Infância

Palestrante: Erika Parlato-Oliveira (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG / Université Paris Diderot - França)

Local: Dayrell Theatre

11h às 12h30: Conferência 3

Tema: Reabilitação e Qualidade de Vida

Palestrante: Christoph Käppler (Technische Universität Dortmund - TU Dortmund – Alemanha)

Local: Dayrell Theatre

13h30 às 15h30: Colóquio 1

Tema Central: Políticas para a promoção da qualidade de vida

Rede de Cuidados

Palestrante: Mônica Farinhas

A Política de Educação Inclusiva e o Futuro das Instituições especializadas no Brasil

Palestrante: Enicéia Gonçalves Mendes (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

Rede Socioassistencial

Palestrante: Wederson Rufino dos Santos (Universidade de Brasília - UnB)

Local: Alexandrite Room

16h às 18h: Colóquio 2

Tema Central: Processos para a promoção da Qualidade de Vida

Metodologia de Emprego Apoiado

Palestrante: Oswaldo Ferreira Barbosa (Associação Nacional do Emprego Apoiado - ANEA)

Filhos com deficiência e seu Impacto na Dinâmica familiar

Palestrante: Nara Liana Pereira Silva (Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF)

Autonomia, Participação e Autocuidado

Palestrante: Fabiana Faleiros (Universidade de São Paulo - USP)

Local: Aventurine Room

13h30 às 15h30: Colóquio 3

Tema Central: Práticas para Promoção da Qualidade de Vida

Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr)

Palestrante: Ana Paula do Nascimento Barros (Universidade de Brasília - UnB)

Escala de Qualidade de Vida

Palestrante: Carlos Veloso Veiga (Universidade do Minho - Portugal)

Plano de Desenvolvimento Individual (PDI)

Palestrante: Cristina Silveira (Especialista em Neuropsicopedagogia)

Local: Aventurine Room

16h às 18h: Colóquio 4

Tema Central: Educação ao Longo da Vida (ELV)

Metodologia de Reconhecimento de Saberes (MRS)

Palestrante: Genuíno Bordignon (Universidade de Brasília - UnB)

Plano Individual de Transição

Palestrante: Annie Gomes Redig (Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ)

Projeto Piloto de Educação ao Longo da Vida

Palestrante: Fabiana Silva Zuttin Cavalcante (Instituto de Ensino e Pesquisa Uniapae-MG - IEP Uniapae-MG)

Local: Alexandrite Room

18h às 20h: Workshop 1

Tema: Apresentação - Trabalhos Selecionados

Local: Alexandrite Room

18h às 20h: Workshop 2

Tema: Boas Práticas do Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Serviço Especializado em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI)

Local: Aventurine Room

18h às 20h: Workshop 3

Tema: Empregabilidade das Pessoas com Deficiência: pesquisas e práticas

(com Maria Nivalda de Carvalho-Freitas - Universidade Federal de São João Del Rei)

Local: Amethyst Room

02/11/2019 (sábado)

Sábado, 02 de novembro de 2019

08h às 09h30: Conferência 4

Tema: Avanços das Políticas Públicas de Atenção à Pessoa com Deficiência

Palestrante: Paulo Roberto Amaral Vieira (Diretor de Políticas Temáticas dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência)

Local: Dayrell Theatre

09h30 às 11h: Conferência 5

Tema: Formação para o Emprego das Pessoas com Deficiência: Experiências e Boas Práticas

Palestrante: Paloma Antón Ares (Universidad Complutense de Madrid - Espanha)

Local: Dayrell Theatre

11h às 12h30: Conferência 6

Tema: Ressignificando a Deficiência/Modelo Social da Deficiência

Palestrante: Jan W. Valle (The City College of New York - Estados Unidos)

Local: Dayrell Theatre

13h30 às 15h30: Colóquio 5

Tema Central: Conhecer para Intervir

Avaliação Multidimensional

Palestrante: James R. Thompson (University of Kansas - Estados Unidos)

Avaliação do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)

Palestrante: Celso Goyos (Universidade Federal de São Carlos - UFSCar)

Avaliação de Doenças Raras

Palestrante: Juliana Gurgel (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG)

Local: Alexandrite Room

13h30 às 15h30: Colóquio 6

Tema Central: Pessoa com Deficiência na Sociedade

Inclusão Profissional e Qualidade de Vida

Palestrante: Luisa Martins Fernandes (Universidade do Minho - Portugal)

Laços Sociais e Escola

Palestrante: Mônica Rahme (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG)

Sexualidade da Pessoa com Deficiência

Palestrante: Anamaria Silva Neves (Universidade Federal de Uberlândia - UFU)

Local: Aventurine Room

16h - Encerramento (Local: Dayrell Theatre)

Todos os dias: Exposição dos trabalhos selecionados na modalidade Pôster na Sala Ágate.

IV Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família

Tema: A Construção da Cidadania da Pessoa com Deficiência Intelectual no Brasil

31/10/2019 (quinta-feira)

09h às 11h – Café de boas-vindas

Local: Sala Chrysoberryl

19h - Solenidade de Abertura

Local: Dayrell Theatre

01/11/2019 (sexta-feira)

08h às 12h30 – Conferências

Local: Dayrell Theatre

12h30 às 13h30: Intervalo para almoço

Local: Salas Chrysoberryl e Acquamarine

13h30: Abertura – Somos Pessoas com Deficiência e Temos Direitos

Eduardo Barbosa (Deputado Federal e Superintendente Voluntário da Feapaes-MG)

14h Mesa 1 – Quem sou?

Mediador: Julio César Duarte Teixeira (Consultor Técnico IEP Uniapae-MG)

Local: Dayrell Theatre

15h50 às 16h20: Intervalo para lanche

(Local: Salas Chrysoberryl e Acquamarine)

16h20: Mesa 2 – Quem não sou?

Mediadora: Marli Duarte (Consultora Técnica IEP Uniapae-MG)

Local: Dayrell Theatre

02/11/2019 (sábado)

08h às 12h30 – Conferências

Local: Dayrell Theatre

12h30 às 13h30: Intervalo para almoço

Local: Salas Chrysoberryl e Acquamarine

13h30: Mesa 3 – Como a minha família me vê?

Local: Dayrell Theatre

Mediadora: Juanita Pimenta (Consultora Técnica IEP Uniapae-MG)

15h: Elaboração da Carta de Belo Horizonte

Local: Dayrell Theatre

15h30 às 16h: Intervalo para lanche

Local: Salas Chrysoberryl e Acquamarine

16h: Encerramento e Apresentação da Carta de Belo Horizonte

Local: Dayrell Theatre

COMISSÃO CIENTÍFICA E ORGANIZADORA

COORDENAÇÃO

Maria do Carmo Menicucci Oliveira (Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa - IEP-MG)
Sérgio Sampaio Bezerra (Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa - IEP-MG)

MEMBROS

Adriana A. P. Borges (Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG)
Alessandro Messias Moreira (Centro Universitário do Sul de Minas - UNIS)
Ana Paula Espindula (Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM)
Carolina Costa Resende (Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas)
Maria Angel Orjuela Morales (Universidad del Norte - Uninorte, Barranquilla, Colômbia)
Fabiana Silva Zuttin Cavalcante (Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa - IEP Uniapae-MG)
Maria Beatriz Ribeiro de Oliveira Gonçalves (Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa - IEP Uniapae-MG)
Maria Nivalda de Carvalho Freitas (Universidade Federal de São João Del-Rei - UFSJ)
Natália Fioravante Diniz (Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa - IEP Uniapae-MG)

COMISSÃO ORGANIZADORA DO CONGRESSO

COMISSÃO DE ORGANIZAÇÃO E LOGÍSTICA

Coordenadora: Fernanda Nunes
Bruna Morato Israel
Carolina Menicucci Almeida
Janaína Cristina Luiz Vieira
Johnathan de Castro
Maíra Calabria
Nayara Pereira

COMISSÃO FINANCEIRA

Coordenador: Milton Gontijo Ferreira
Ana Paula Medeiros Izidoro
Jaquelice Simões Marinato

COMISSÃO DE COMUNICAÇÃO

Luisa Senna Oliveira do Valle

APRESENTAÇÃO

Foi uma honra e um imenso prazer assumir o desafio de coordenar, juntamente com minha querida amiga Prof.ª Maria do Carmo Menicucci Oliveira, o IV Congresso Técnico Científico e XIV Congresso da Rede Mineira das APAES, em um momento de grandes transformações da nossa Rede, caracterizado por uma inflexão na organização dos serviços, que passam a se fundamentar no Modelo Social da Deficiência e pela criação do Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa, pela Federação das APAES do Estado de Minas Gerais.

Ao promover a cultura da pesquisa na Rede Mineira das APAES, a Federação demonstra claramente seu compromisso com o aprimoramento da atenção prestada às pessoas em situação de deficiência. Foi atendendo a essa diretriz que a Comissão Cientifica do Congresso foi constituída com investigadores pertencentes aos quadros das melhores universidades mineiras, como a UFMG, a PUC Minas, a UFSJ, a UFTM e a UNIS, bem como de representantes do Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa.

A Comissão elegeu o tema "Qualidade de Vida e Deficiência Intelectual: Políticas, Processos e Práticas", por entender que este traz a centralidade das discussões para o processo de cidadania desse sujeito. Atualmente, a discussão não pode mais se ater somente às questões bio/psiquicas, mas devem fundamentalmente focar as questões sociais que estigmatizam essa população.

Para suscitar as reflexões e discussões com essa centralidade, contamos com a participação de pesquisadores de importantes universidades brasileiras, como a USFCar; a USP; a UFMG; a PUC Minas, a UFSJ, a UFJF e a UERJ e com pesquisadores de universidades estrangeiras, cujas investigações têm por fundamento o Modelo Social da Deficiência: UNIVERSITÉ PARIS DIBEROT (PARIS VII), UNIVERSIDADE DO MINHO, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, UNIVERSITY OF KANSAS, THE CITY COLLEGE OF NEW YORK e TU DORTMUND UNIVERSITY.

Recebemos, ainda, um número expressivo de 82 relatos de experiência das APAES da Rede, sendo que 61 deles foram classificados para exposição no formato de pôster. Desses, 15 foram indicados para exposição oral, sendo 03 deles agraciados com o Prêmio Eduardo Barbosa, por terem sido avaliados como os melhores trabalhos apresentados.

Ao final do IV Congresso Técnico Científico e XIV Congresso, nós, da Comissão Cientifica, saímos com a sensação de missão cumprida, pois o nível das discussões e das reflexões alcançou a profundidade esperada para impulsionar a inflexão das nossas políticas, processos e práticas na direção de uma visão social da pessoa em situação de deficiência intelectual e múltipla.

Continuar a caminhada para a construção da cidadania desse sujeito será certamente o nosso permanente desafio!

Sérgio Sampaio Bezerra
Coordenador da Comissão Cientifica

Encontram-se reunidos nos presentes Anais os textos e as apresentações dos palestrantes que autorizaram a publicação e se responsabilizaram pela sua autoria. Estão ainda incluídos os textos de relatos de experiência pertinentes à temática do Congresso, que foram avaliados e aprovados pela Comissão Científica para apresentação oral ou na forma de pôsteres. Note-se que as palestras foram gravadas em vídeo, encontrando-se disponíveis no Youtube, podendo ser acessadas por intermédio do seguinte link:

https://www.youtube.com/playlist?list=PL61HbEck5J5DWWn7RJQN-TvQRLfLvgoc7

Conferências e Palestras

Relação das Conferências e Palestras em Colóquios

1. A Política de Educação Inclusiva e o Futuro das Instituições Especializadas no Brasil
   Palestrante: Enicéia Gonçalves

2. Assessment of Intellectual Disability
   Presenter: James R. Thompson, Ph.D.

3. Atitude Positiva
   Palestrante: David Cesar

4. Atuação na Rede Socioassistencial: Caminhos e Desafios
   Palestrante: Wederson Santos

5. Autismo na Primeira Infância
   Palestrante: Erika Parlato-Oliveira

6. Autonomia, Participação e Autocuidado: Experiências Nacionais e Internacionais
   Palestrante: Fabiana Faleiros

7. Emprego Apoiado: Método para Inclusão de Pessoas com Deficiência no Mercado de Trabalho
   Palestrante: Prof. Oswaldo Barbosa

8. Filhos com Deficiência e seu Impacto na Dinâmica Familiar
   Palestrante: Nara Liana Pereira Silva

9. Formación para el Empleo de las Personas con Deficiencia: Experiencias y Buenas Prácticas
   Palestrante: Paloma Antón Ares

10. Inclusão profissional e Qualidade de Vida. Um estudo comparado no campo da deficiência intelectual
    Palestrante: Carlos Veloso da Veiga & Luísa Martins Fernandes

11. Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr)
    Palestrante: Ana Paula Barros

12. Laços Sociais e Escola
    Palestrante: Mônica Rahme

13. Manufacturing Disability: A Disability Studies Perspective on the Social Model
    Palestrante: Jan W. Valle

14. Plano de Desenvolvimento Individual – PDI - O que é Isso?
    Palestrante: Cristina Silveira

15. Plano Individual de Transição
    Palestrante: Annie Gomes Redig

16. Projeto Piloto de Educação ao Longo da Vida
    Palestrante: Profª Mª. Fabiana S. Z. Cavalcante

17. Escala Integral de Qualidade de Vida. Apresentação, Reflexão e Operacionalização
    Palestrante: Carlos Veloso da Veiga & Luísa Martins Fernandes

18. Reconhecimento de Saberes de Vida
    Palestrante: Genuíno Bordignon

19. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
    Palestrante: Mônica Farina

PALESTRAS

01

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA E O FUTURO DAS INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS NO BRASIL

Palestrante: Enicéia Gonçalves

Resumo

É apresentada nesta palestra uma análise histórica da política de Educação Especial no Brasil, enfatizando as mudanças produzidas a partir do ano 2.000, tendo em vista a perspectiva de inclusão escolar. Desde então, este campo tem passado por fortes tensões entre aqueles que apontam para a necessidade de escolarizar todos os alunos do público alvo da Educação Especial nas escolas comuns e outros que recomendam uma aproximação mais cautelosa, pautada em análises empíricas e em considerações históricas. No cerne deste debate encontra-se a decisão do que fazer com as tradicionais instituições especializadas do setor e, passando pelas propostas de extinção para impedir a segregação, pela recomendação de sua reconfiguração como serviço de apoio à escolarização inclusiva, até as que defendem sua manutenção, enquanto escola especial. A partir de argumentos históricos, legais, políticos, pragmáticos e científicos, defende-se que elas deveriam ser reconfiguradas, não como centros de apoio, mas como escolas especiais, fazendo parte de uma rede diversificada de serviços articulados para apoiar as necessidades de determinados estudantes do público alvo da Educação Especial.

02

ASSESSMENT OF INTELLECTUAL DISABILITY

Presenter: James R. Thompson, Ph.D.

Summary

Introduction

Although identifying deficits in knowledge and skills has traditionally been the basis for understanding intellectual disability, a narrow focus on deficits can lead to disregarding people's relative strengths and overlooking potentially beneficial approaches to supporting them in school and society. This session's purpose is to describe a social-ecological approach to understanding people with intellectual disability, and how it includes assessing relative strengths, relative limitations, and support needs .

Methods:

Historical and contemporary approaches to the assessment of intellectual disabilities will be summarized.

Results:

The types of assessment information that are essential to a social-ecological approach to assessing and diagnosing intellectual disability will be shared with session attendees.

Implications:

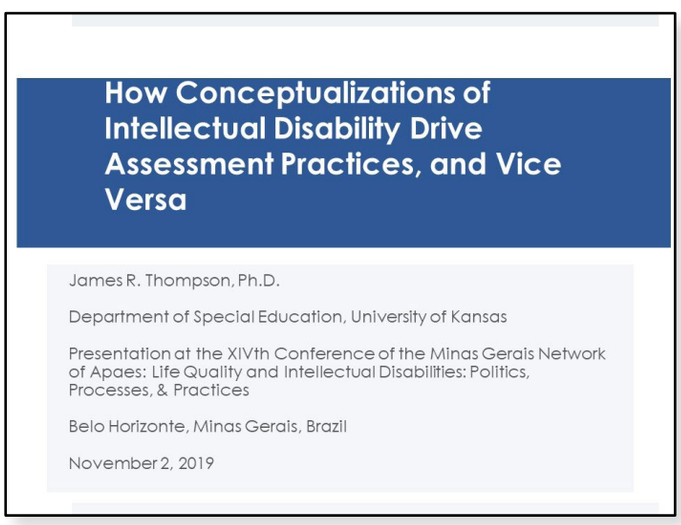
There are 3 primary learning objectives for this session:

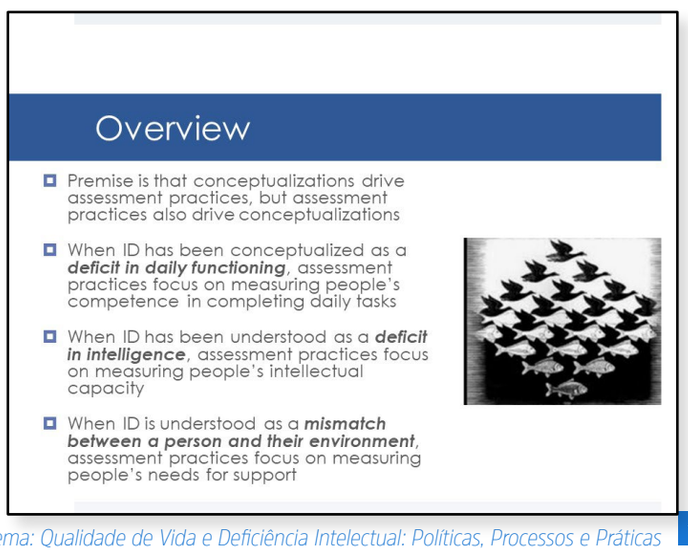
Objective 1: Attendees will be able to contrast strength and support needs approaches to assessment and instruction with more traditional deficit-based approaches.

Objective 2: Attendees will be able to state potential benefits of understanding people with intellectual disability by their relative strengths and needs for support.

Objective 3: When shown a strengths related profile of a student, attendees will identify ways in which the information is relevant to planning supports that will enhance quality of life.

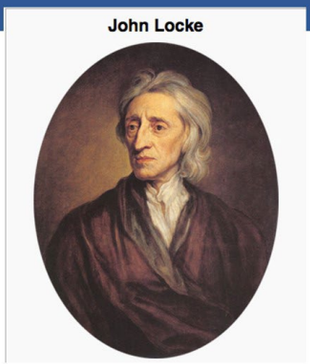
APRESENTAÇÃO DA PALESTRA





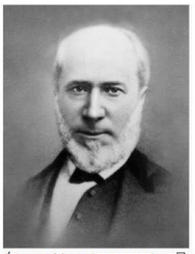
Understanding ID prior to the 1700s

- Prior to 1700, it was uncommon for distinctions to be made between intellectual disability and mental health disorders (mental illness)
- John Locke – 1698 – An Essay Concerning Human Understanding:
  - *Madmen have the wrong thoughts, Idiots have no thoughts*
  - mental deficits associated with ID had a neurological basis (the brain is not working as it should)
- The "Medical Model" was established by Locke's essay – the deficit of ID rested inside the person



In the 1700s and 1800s an interdisciplinary field emerges; ID was associated with deficits in functioning in daily life

- During the 1700s & 1800s there emerged humanitarians, scholars, and eventually professional associations focused on this subset of the population we currently refer to as people with intellectual disability (ID)
- By the mid-1800s, if there was a need to make a diagnosis, the physician made it through clinical judgement based on
  1. a structured assessment interview about functioning in daily life
     - Learning (not necessarily academics)
     - Community Adaptation
     - Social Interaction/Participation
  2. mostly unscientific biological markers (Phrenology)
- Séguin initiated systematic progress monitoring assessment


Édouard Séguin (1812–1880)

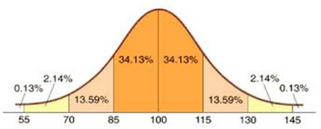
1900's – IQ testing perceived as a more objective assessment compared to doctor interviews

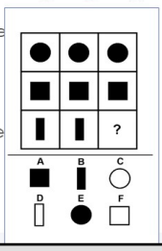
- The purpose of Binet's initial test was to identify children who were at risk of failure in school; Terman, Goddard, Wundt and others decided it was a measure of human intelligence.
- Classification of the Feebleminded (1910) ushered in the IQ definition era
- Psychologists became the diagnosticians instead of physicians
  - IQ score was more objective than physician conclusions following semi-structured interviews
  - Quick and efficient way to get information

Alfred Binet

IQ Boundaries for Diagnosis & Classification

- Mental Age Scores and Ratio IQ scores used up until 1940 – Wechsler scales introduced deviation scores
  - Boundaries were generally 70 or below – some times there was a borderline range of 70 to 80
- Terman (1916) – Dullness 80-89; Borderline Retardation 70-79; Moron 50-69; Imbecile 25-49; Idiot below 25





Which number should come next?

5, 10, 15, 20, ...

Book is to reading as fork is to .....

IQ controversy (not everyone was enamored with the IQ test)

"I can't imagine a more contemptible proceeding than to confront a child with a set of puzzles, and after an hour's monkeying with them, proclaim to the child, or to his parents, that here is a C- individual. It would not only be a contemptible thing to do, it would be a crazy thing to do, because there is nothing in these tests to warrant a judgment of this kind." Walter Lippman, 1922, p. 215.

IQ testing not only changed assessment practices; it changed the conceptualization of what intellectual disability was.

Instead of measuring "functioning in daily life", the focus was on measuring the human trait of intelligence; instead of questions about typical performance in daily life, there were test items whose validity was based on assuring you were getting the test taker's maximal performance.

The conceptualization of ID shifted from a condition characterized by difficulty functioning in the activities of everyday life to a condition characterized by a lack of natural intellect.

Adaptive Behavior Assessment

- "the acid test of mental deficiency is not, and should not be, scholastic educability, but this power of fending for one's self in life, or an adaptability to the environment" (Berry & Gordan, 1931, p. 5)
- Examples of adaptive behavior items
  - Makes telephone calls
  - Crosses a busy street safely
  - Purchases items from a store
  - Uses the toilet independently
  - Carries on a conversation with others
- Measures of typical performance and achievement (Yes/No; never, rarely, sometimes, always)

Edgar A. Doll authored the first AB scale (Vineland)

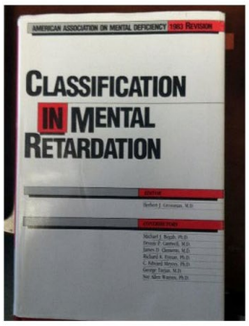
Dissatisfaction with IQ as a lone measure for diagnosis led to the "Dual Criterion" Era for diagnosis

- Adaptive Behavior – measure of achievement – what does he/she do; not a human trait
- IQ – the human trait of intelligence (stable not fixed)
- Two important influences:
  - Deinstitutionalization/Normalization
  - misdiagnosis of children from poor and minority backgrounds based on IQ alone

	AB Deficits? Yes	AB Deficits? No
IQ Deficits? Yes	Yes; Diagnose ID	No
IQ Deficits? No	No	No

Prior to 1990s – Medical Model Ruled

- Assumption (Going back to Locke) was that IDwas a defect within the person – ID was a trait, like blue eyes and brown hair
- Focus of assessment was on identifying deficits – Intellectual (IQ) and functional (AB)
- Focus of professional efforts were on fixing of for caring for the person
  - Medical interventions
  - Behavioral interventions
- But, social-ecological model was in the shadows (Mercer, 1970s; Landesman-Dwyer, 1980s)



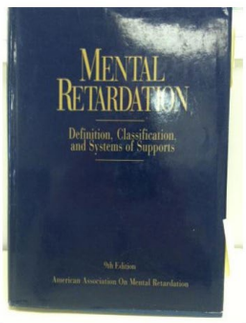
Demands of the Environment

Significant GAP=ID
(social-ecological)

Deficits in Personal Competence = ID
(medical)

1992 AAIDD Manual was Revolutionary

- Operationally, the focus was still on identifying deficits for diagnosis – intelligence (IQ) and daily activities (Adaptive Behavior), but …..
- Conceptualization of ID shifted to a **state of being – a mismatch between personal competency and environmental demands that could be addressed through providing good supports**; therefore,
- The focus of professional efforts needs to be on identifying and arranging individualized supports, not on fixing the person



Demands of the Environment

Individualized Supports Close the GAP

The focus is on fixing the mismatch, not on fixing the person

Personal Competence = relative deficits and relative strengths

Without a way to measure support needs, the social ecological approach was not applicable

- The lack of an established, reliable and valid assessment tools to measure the "person environment mismatch" or "intensity of support needs" made the social-ecological approach more "philosophical" than "applicable"
  - This is a problem because the field of ID is an applied field
  - Ability to measure constructs of interest is often related to progress in any field
- The Support Intensity Scales are the first widely adapted scales to measure support needs

Supports & Support Needs

- **Supports** are resources and strategies that improve functioning and personal outcomes
- **Support needs** are a psychological construct referring to pattern and intensity of supports necessary to participate in culturally valued/normative activities of daily life; if someone has extraordinary support needs it means there is a degree of mismatch between the person's "personal competency" and the "demands of everyday environments" that most others in society do not experience.
- The **Supports Intensity Scale** was developed to measure the intensity of people's support needs using a uniform procedure; it was not created as a means to identify personalized supports

Assumptions underlying the SIS

- People with ID and related DD need individualized supports over and above those needed by people from the general population
- Support needs will vary from person to person; therefore, the supports that a person needs will vary in number and nature
- The SIS was developed to measure support needs using a uniform procedure that would allow people's relative intensity of needed support to be compared; the SIS was developed to assess support needs fairly (reliably and validly)

WHAT INFORMATION DO THE SIS Scales PROVIDE?

- Section 1 identifies exceptional support needs related to medical and behavioral concerns
- Sections 2&3 list an array of life activities against which an individual's support needs are rated in regard to frequency, duration, and type.

Section 2C: School Participation Activities	Type					Frequency					Daily Support Time					Item Raw Score Sum
1. Being included in general education classrooms	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
2. Participating in activities in common school areas (e.g., playground, hallways, cafeteria)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
3. Participating in co-curricular activities	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
4. Getting to school (includes transportation)	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
5. Moving around within the school and transitioning between activities	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
6. Participating in large-scale test taking activities required by state education systems	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
7. Following classroom and school rules	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
8. Keeping track of personal belongings at school	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
9. Keeping track of schedule at school	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	

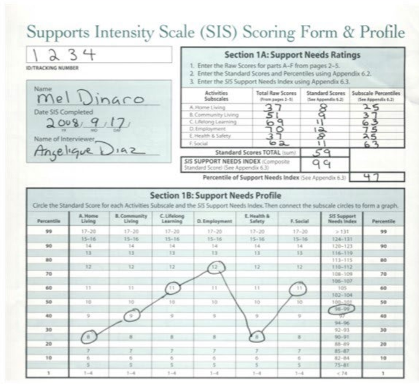
HOW IS THE SIS ADMINISTERED AND SCORED?

- 1 interview and at least 2 respondents
  - Interviewer must probe and make scoring judgments if respondents disagree
  - Group interviewers are OK – Probably Better!
- Multiple tasks within an activity must be considered – the questions are not "yes or no – can a person do it" ; it is "of course a person can do it – what supports do they need"
- When an individual is not currently performing an activity clinical judgment must be used in estimating support needs

Two indices of support needs are generated using the SIS

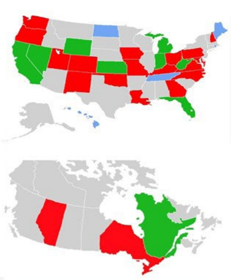
- The *SIS Support Needs Index* is a norm referenced support needs score – provides an indication of an individual's intensity of support needs relative to other people with intellectual disability
- The *Support Needs Profile* summarizes a person's relative intensity of needed support across six different life areas.

TOP OF BACK PAGE: ID & SCORE SUMMARY



The SIS-A and SIS-C have been shown to have reliable and valid psychometric properties across countries and cultures

Countries outside of North America		Languages	North America Usage
Australia	Italy	Croatian	
Belgium	Japan	Czech	
Catalonia	Korea	Hebrew	
Croatia	Netherlands	Spanish	
Czech Rep.	Portugal	French	
Republic	Spain	Dutch	
Greece	Taiwan	Italian	
Iceland		Catalan	
Ireland		Japanese	
Israel		Complex	
		Chinese	
		Icelandic	



White Paper Addressing Reliability, Validity, and International Usage

MAY 2018

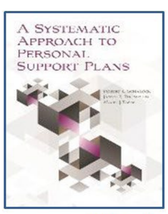
Evidence for the Reliability and Validity of the Supports Intensity Scales

Authors: James R. Thompson, Robert L. Schalock, and Marc J. Tassé

- https://www.aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/evidence-for-the-reliabilityandvalidity-of-the-sis.pdf?sfvrsn=7ed3021_0

Forty-four articles relevant to the psychometric properties of the SIS scales have been published in refereed, peer reviewed journals, where the details of research procedures and subsequent findings have been communicated. … there is convincing evidence that the SIS scales provide a reliable and valid means to measure the intensity of the support needs of children and adults with intellectual disability

SIS-A and SIS-C assessment results have been used for planning purposes and funding formulas



MARCH 2018

How Support Needs Can Be Used to Inform the Allocation of Resources and Funding Decisions

Authors: James R. Thompson, Robert L. Schalock, and Marc J. Tassé

https://www.aaidd.org/docs/default-source/sis-docs/evidence-for-the-reliabilityandvalidity-of-the-sis.pdf?sfvrsn=7ed3021_0

The future of support needs assessment in ID

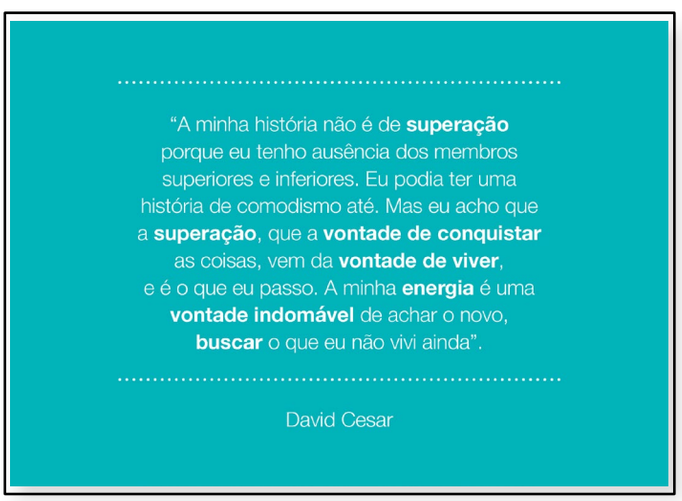
- The most salient difference between the general population and people with ID is that people with ID need more and different types of support to fully participate in life activities that are valued by the culture
- Support needs assessment will not be used for diagnostic purposes until the time that data are collected on and norms are developed for the general population
- All disabilities may at some point be understood by support needs profiles – the concept of extraordinary support as a defining feature of human disability goes across disability groups

03

ATITUDE POSITIVA

Palestrante: David Cesar

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA



04

ATUAÇÃO NA REDE SOCIOASSISTENCIAL: CAMINHOS E DESAFIOS

Palestrante: Wederson Santos

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

ATUAÇÃO NA REDE SOCIOASSISTÊNCIAL: CAMINHOS E DESAFIOS

01 DE NOVEMBRO DE 2019

Wederson Santos
Assistente social
Doutor em Sociologia
Professor universitário

OBJETIVO

Apresentar reflexões sobre a atuação em rede socioassistencial para o atendimento das demandas das pessoas com deficiência, levando-se em consideração a Lei Orgânica da Assistência, a Lei Brasileira de Inclusão e a Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência.

POR QUE PENSAR A ATUAÇÃO NA REDE SOCIOASSISTENCIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

- **Informações ainda insuficientes sobre deficiência e outras condições associadas**, com necessidades de muitos apoios e o **precário acesso das famílias a serviços,** informações por vezes contraditórias;
- **Stresse na família, pela oferta continuada de cuidados**, dificuldades para conciliar cuidados, trabalho, estudos, projetos pessoais;
- **Vivência com sentimentos de negação**, luto, medo, culpa, desproteção e isolamento social, demandando apoios específicos para os cuidadores familiares. Muitos pais deixam as famílias, precarizando as condições de oferta de cuidados;
- **As famílias se queixam da ausência de serviços que, quando existem, são desarticulados entre si** (o que provoca demandas excessivas de deslocamentos, com precaridade da atenção), comprometendo a convivências na família, na escola e na comunidade;
- **Exigências de laudos frequentes** para inclusão nas escolas e nos serviços;
- **Fragilização das condições de cuidados da família** pela pobreza, vivências de negligência, abandono, violências e outras violações de direitos.

POR QUE PENSAR A ATUAÇÃO NA REDE SOCIOASSISTENCIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA?

- Redução das possibilidades de provisão de cuidados no âmbito familiar, nos distintos ciclos de vida, em especial para adolescentes, adultos idosos, em virtude de:
  - Mudança na configuração das famílias: tamanho e dinâmica
  - Mudança no papel das mulheres/Inclusão das mulheres do mercado de trabalho
  - Redução da taxa de fecundidade
  - Ampliação da expectativa de vida da população
  - Envelhecimento e ou morte do cuidador familiar: idoso cuidando de pessoas com deficiência; mais de uma pessoa com deficiência na família; idoso cuidando de idoso.

DIMINUIR O FAMILISMO NA ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Familismo é quando as famílias assumem responsabilidades na provisão de necessidades humanas básicas e de bem-estar de seus membros, para combater privações, vulnerabilidades e riscos sociais, além de suas responsabilidade e capacidades (MIOTO, ESPING-ANDERSEN, SANTOS).

Há três tipos principais de familismo no Brasil (SANTOS, 2017):

Familismo por omissão

Familismo por transferência

Familismo por compartilhamento

O COMPROMISSO É DE TODOS

- A Lei nº12.435 de 2011, que alterou a Lei nº 8.742 de 1993 trouxe a novidade:

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

Portanto, as políticas públicas para as pessoas com deficiência devem atender aos princípios e diretrizes estabelecidos pela:

- Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD), adotada pelo Brasil como emenda à Constituição Federal (2008);
- Lei Brasileira de Inclusão (LBI), Lei no. 13.146 (2015);
- Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) – Lei no. 8.069 (1990) e
- Estatuto do Idoso - Lei 10.741 (2003).

PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

O Art. 8º do Lei Brasileira de Inclusão – LBI Lei 13.146/2015 estabelece como **dever do Estado, da sociedade e da família:**

"assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária".

DO DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL

Art. 39. Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios no âmbito da política pública de Assistência Social à pessoa com deficiência e sua família têm como objetivo **a garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social.**

§ 1º A assistência social à pessoa com deficiência, nos termos do **caput** deste artigo, deve envolver conjunto articulado de serviços do âmbito da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial, **ofertados pelo SUAS**, para a garantia de seguranças fundamentais no enfrentamento de situações de vulnerabilidade e de risco, por fragilização de vínculos e ameaça ou violação de direitos.

§ 2º Os serviços socioassistenciais destinados à pessoa com deficiência em situação de dependência deverão contar com **Cuidadores Sociais para prestar-lhe cuidados básicos e instrumentais.**

Art. 40. É assegurado à pessoa com deficiência que não possua meios para prover sua subsistência nem de tê-la provida por sua família o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 .

DEPENDÊNCIA, PROMOVE A AUTONOMIA E A INDEPENDÊNCIA DA DUPLA CUIDADO E CUIDADOR FAMILIAR

CUIDADO - COMPREENDIDO COMO UM CONJUNTO DE **ESTRATÉGIAS DE ACESSO ACESSIBILIDADE, TECNOLOGIA ASSISTIVA E AJUDAS TÉCNICAS.**

INCLUI: METODOLOGIAS ADAPTADAS, LIBRAS, BRAILE, **APOIOS DE PESSOAS**, ETC, PARA **ELIMINAÇÃO DE BARREIRAS: FÍSICAS, DE COMPREENSÃO, DE COMUNICAÇÃO, DE COMPORTAMENTO E ATITUDINAL**.

A **LBI nº. 13.146/2015** reafirma os ***cuidados*, inclusive** com **o *apoio de pessoas*,** em **distintos ambientes, como forma de tecnologia assistiva:**

Atendente pessoal: pessoa, membro ou não da família que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência... ;

Acompanhante: aquele que acompanha a pessoa com deficiência ... **excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;**

Profissional de apoio escolar: pessoa que exerce atividades de alimentação, higiene e locomoção do estudante com deficiência e atua em todas as atividades escolares; e

Cuidador Social - Serviços do SUAS que atendam a pessoas com algum grau de dependência devem contar com Cuidadores Sociais - (Art. 39 da LBI e Resolução CNAS nº 09/2014).

PROTEÇÃO SOCIAL, DIREITOS DE CIDADANIA

- "conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais" (Jaccoud, 2009:58)

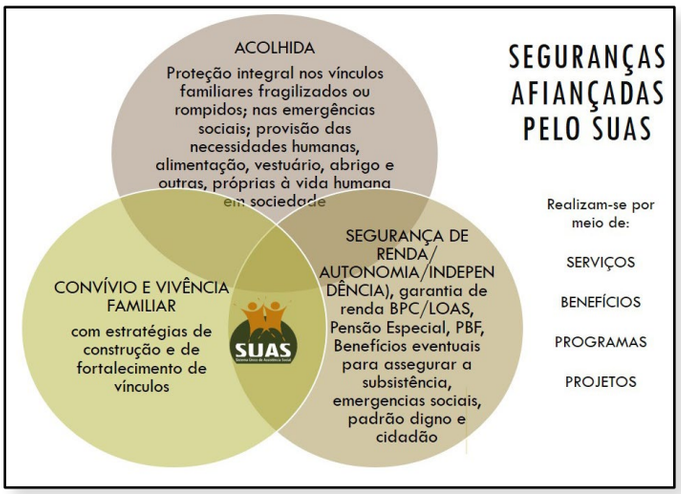
Cidadania social é parte do processo de consolidação do Estado e de sua democratização.

- É efetivada por meio do direito social, na medida em que ocorre o aumento da desmercadorização, reduzindo vulnerabilidades e incertezas, igualando oportunidades e enfrentando as desigualdades.

Brasil: Constituição Cidadã 1988

- Seguridade Social como um sistema de proteção social constituído pelas políticas de SAÚDE, PREVIDÊNCIA SOCIAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL.

SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC)

Garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

Beneficiários	Quantidade de beneficiários	Recursos pagos no mês (R$)
Pessoa Idosa	2.016.267	R$ 2.014.297.769,76
Pessoa com Deficiência	2.589.860	R$ 2.585.988.303,60
Total	4.606.127	R$ 4.600.286.073,36

Fonte: Ministério da Cidadania/agosto 2019

Serviços do SUAS que atendem pessoas com deficiência	Atende	Unidades
Proteção Social Básica		
▪ Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família;	▪ Famílias com pessoa com deficiência em situação de vulnerabilidade social	▪ CRAS
▪ Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; ▪ Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio	▪ Idosos Situação de vulnerabilidade social	▪ CRAS ▪ Unidades referenciadas ao CRAS
Proteção Social Especial de Média Complexidade		
▪ Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos ;	▪ Famílias com idosos; ▪ Idosos Situação de riscos com violação de direitos	CREAS
▪ Serviço Especializado em Abordagem Social;	Pessoas com deficiência em situação de rua	CREAS, Centro POP ou Unidades referenciadas ao CREAS
▪ **Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias**;	Pessoas com Deficiência e ou Idosos **com algum grau de dependência**	**Centro Dia**, Unidades referenciadas, Domicilio ou pelo CREAS
▪ Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.	Pessoas em situação de rua	Centro POP
Proteção Social Especial - Alta Complexidade		
▪ Serviços de Acolhimento Institucional; **Residências Inclusivas**; ▪ Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.	Pessoas com Deficiência; idosos; famílias e indivíduos com vínculos familiares fragilizados ou rompidos	▪ Distintas Unidades de Acolhimento / Residência Inclusivas

SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL
OFERTA ATIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA E ATIVIDADES INSTRUMENTAIS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL:
CENTRO DIA - UNIDADES REFERENCIADAS – NO DOMICILIO - PELO CREAS

CENTRO DIA
Serviço funcionando o dia todo, inclusive no horário do almoço, 5 dias/semana,
30 Usuários no turno (permanência mínimo 2 turnos/semana ou um dia integral/semana); capacidade de 30 a 150 usuários/mês.
Atividades no Serviço, **envolvendo o domicílio e a comunidade**

UNIDADE REFERENCIADA
Similar ao Centro Dia
O tamanho do serviço varia de acordo com os recursos financeiros, humanos, materiais e parcerias envolvidas/perfil/ quantidade dos usuários atendidos.
Atividades no Serviço, **envolvendo o domicílio e a comunidade**

OFERTA PELO CREAS
Varia de acordo com os recursos/ perfil/quantidade dos usuários a serem atendidos. Pode valer-se do CREAS/PAEFI, equipe de nível superior e ou contratar outros profissionais em especial, Cuidadores Sociais, identificar outras parcerias, outros espaços físicos.
Atividades diversas, **inclusive no domicílio**

EQUIPE TÉCNICA DE REFERÊNCIA/PARÂMETRO CENTRO DIA
01 Coordenador (nível superior)
1 Assistente Social, 01 TO, 01 Psicólogo, 10 Cuidadores Sociais e Auxiliares de Cuidadores (Res. 09/CNAS), outros profissionais (apoio, alimentação, limpeza, motorista, etc.).
Atendimentos regulares, sistematizados e continuados; capacidade 30 usuários/turno; Serviço 5 dias por semana; 10 hs por dia; pelo menos 01 profissional de nível superior durante o atendimento para orientação/supervisão/avaliação e etc.
Atividades no Serviço, incluindo os Cuidadores familiares, **envolvendo o domicílio** e a comunidade;
Apoio nos deslocamentos e outros.

Centros Dia

IMPORTÂNCIA DO SERVIÇO DO CENTRO-DIA:

O serviço do Centro-dia favorece, primeiramente, a acessibilidade social, o contato em um ambiente com diversas deficiências, rompe com o esteriótipo da não socialização.

A equipe especializada multidisciplinar, dentro da assistência social, busca, através do acompanhamento e da acolhida, minimizar os reflexos das questões sociais e vulnerabilidades que fazem parte da conjuntura familiar. Além disso, desenvolvem metodologias de estímulos e recursos de acessibilidade, que contribuem para a autonomia nas atividades de vida prática.

É de fundamental importância inserir a família neste processo de inclusão, promovendo atividades que os usuários participem junto com a família. Favorecendo, assim, a ampliação de conhecimento por parte da família e contribuindo com o protagonismo do usuário na garantia dos direitos.

RESIDÊNCIA INCLUSIVA

Características:

- Garantia da proteção integral nas situações de vínculos familiares fragilizados ou rompidos, em distintos equipamentos e modelos residências para pequenos grupos de pessoas com deficiência;
- Estratégia de reordenamento de Serviços de Acolhimento dos grandes abrigos para pessoas com deficiência, para a qualificação da oferta do serviço, por meio de atendimento personalizado e em pequenos grupos;
- Isolamento/segregação x localização/incluída na comunidade;
- Sem placas de identificação – de forma a não estigmatizar os seus moradores;
- Articulação com outros serviços socioassitenciais e das outras políticas públicas;
- Fortalecimento de vínculos familiares/parentes/amigos, espaços abertos para receber visitas;
- Garantia de que os usuários participarão dos recursos da comunidade, escola, saúde, esporte, laser, cultura, trabalho e etc. e outras estratégias de autonomia e independência.

Censo SUAS 2018
1.641 Centros Dia

Atendimentos no mês de agosto de 2018

Público	Nº atendidos	(%)
Crianças de 0 a 6 anos, com deficiência	25.348	13%
Crianças e adolescentes de 7 a 14 anos, com deficiência	43.436	23%
Adolescentes de 15 a 17 anos, com deficiência	16.901	9%
Jovens e adultas(os) (18 a 59 anos) com deficiência	76.554	40%
Idosas(os) (60 anos ou mais) com deficiência	10.004	5%
Idosas(os) (60 anos ou mais) dependentes pela idade, sem deficiência	5.310	3%
Total de pessoas	**191.881**	**100%**

Equipamentos da Assistência Social Brasil – Rede Implantada (2018)

8.360 CRAS
5.536 municípios (99,4%)

2.664 CREAS
2.423 municípios (43,5%)

1.640 Centros-Dia
1.030 municípios (18,5%)

226 Centros Pop
200 municípios (3,6%)

8.462 Centros de Convivência
2.158 municípios (38,8%)

5.797 Unidades de Acolhimento/Residências Inclusivas
2.076 municípios (37%)

32 mil OSC`s reconhecidas
2.796 municípios (50,2%)
11.199 OSC's no CNEAS
5.321 com CEBAS

Fonte: Censo SUAS 2018. SNAS/SEDS/MC

Fonte: CNEAS, até 01/08/2018. SNAS/SEDS/MC. CEBAS. DRSP/SNAS/SEDS/MC. 13/05/2019

PONTOS PARA REFLEXÃO SOBRE POLÍTICAS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Desafios para a construção de uma Política para Pessoas com Deficiência no SUAS

- O SUAS, no território, integrando redes com as distintas políticas públicas, para o **acesso a direitos**, às ações que evitam o isolamento social das famílias, o estigma e o preconceito, a institucionalização, as negligências, o abandono e as violências.
- Compartilhamento de cuidados com as famílias; acesso à renda e ampliação da sua capacidade de cuidar.

É necessário uma Política de Atenção que considere a situação de dependência de cuidados, idade, deficiências, associada à vulnerabilidades, risco e direitos violados.

- Identificação dos usuários
- Mapeamento de realidades
- Definição de competências específicas e comuns
- Articulação entre as áreas e entre os serviços, programas e benefícios.
- Definição de cofinanciamentos e parcerias com Entidades
- Estratégias de monitoramento e acompanhamento
- Controle e participação social

BASE LEGAL DO SUAS

- CONSTITUIÇÃO FEDERAL
- LOAS: LEI nº 8.742/1993 e ALTERAÇÕES POSTERIORES
- LEGISLAÇÕES QUE ASSEGURAM DIREITOS A SEGMENTOS ESPECÍFICOS (ECA, Estatuto do Idoso, Lei Brasileira de Inclusão, Lei Maria da Penha, etc.)
- CONVENÇÕES INTERNACIONAIS RATIFICADAS PELO BRASIL (Trabalho Infantil, Pessoa com Deficiência, Direitos da Criança, etc.).

PRINCIPAIS NORMATIVAS

Wederson Santos

santoswederson1983@gmail.com

05

AUTISMO NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Palestrante: Erika Parlato-Oliveira

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

XIV CONGRESSO DA REDE MINEIRA DAS APAES

IV FÓRUM MINEIRO DE AUTOGESTÃO AUTODEFESA E FAMÍLIA

Autismo na Primeira Infância

Erika Parlato-Oliveira

(Université Paris Descartes/UFMG/Instituto Langage)

eparlato@hotmail.com

31 de outubro a 02 novembro de 2019
Belo Horizonte – MG

Autismo na Primeira Infância

- Transtorno do neurodesenvolvimento
- Primeira infância - 0 a 3 anos
- 0 a 3 anos – Criança em desenvolvimento, em constituição, com muitas possibilidades de existência

eparlato@hotmail.com

AUTISMO: epidemia atual?

- Aumento dos casos de autismo ou aumento da quantidade de diagnóstico?
- François ANSERMET
  - Mudança na classificação (DSM-V 2013)
  - Capacitação dos profissionais
  - Mudança do olhar da sociedade

eparlato@hotmail.com

Literatura

The Familial Risk of Autism

eparlato@hotmail.com

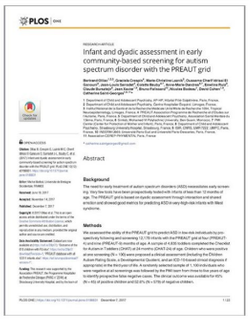
Problema resolvido?

Não!

Diagnóstico X Identificação de risco

Sinais de risco no bebê

Olliac, 2017


Infant and dyadic assessment in early community-based screening for autism spectrum disorder with the PREAUT grid

---

LEI Nº 13.438, DE 26 DE ABRIL DE 2017

Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O art. 14 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), passa a vigorar acrescido do seguinte § 5º:

"Art. 14. .....

.....

§ 5º É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico."

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

Brasília, 26 de abril de 2017; 196º da Independência e 129º da República.

MICHEL TEMER
Osmar Serraglio
Luislinda Dias de Valois Santos

Conhecer as capacidades do bebê

Qual é a expectativa que temos do que o bebê sabe?

Fala é diferente de linguagem

Identificamos e agora? Qual a intervenção?

Prazer é fundamental!

Particularidades => singularidade

PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR

Exemplos:

- hipersensibilidade
- em casos de bebês com risco psíquico, a intervenção adequada não é a "estimulação precoce"

Modelo de intervenção

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA:

Ética psicanalítica

+

Conhecimentos das Neurociências

+

Conhecimentos da Epigenética

Projeto França-Brasil

- UFR « Études Psychanalytiques », Université Paris VII-Denis Diderot, France.
- Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.
- Association de Santé Mentale du 13ème (ASM 13), Paris, France.

Objetivos da pesquisa

- Objetivo Principal

Validar um método de orientação psicanalítica de intervenção com bebês em risco de autismo e seus pais

METODOLOGIA: UM DISPOSITIVO ESPECÍFICO

- Sessões entre os terapeutas e os bebês e seus pais, de forma ativa
- Filmagens
- Frequência semanal

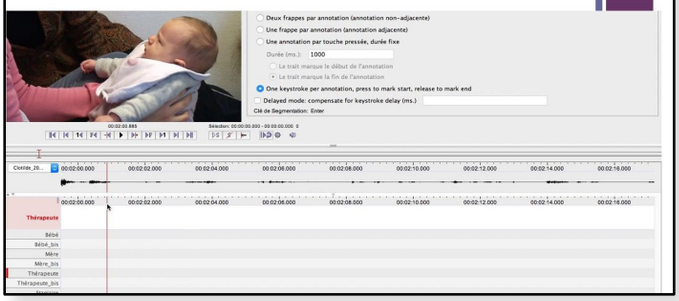
Metodologia: População

- 98 bebês atendidos, entre 2008 e 2016, em dois Serviços em Paris:
  - Serviço « Bebê-Pais », Centre Alfred Binet;
  - Serviço « Perinatal e Primeira Infância », Hôpital Maison Blanche.
- Bebês com menos de 12 meses de idade na primeira sessão;
- Bebês classificados em diferentes categorias.

Elan : SOFTWARE

- *Software* que permite anotações complexas de video
- *Software* desenvolvido no Instituto Max PLANCK (Nijmegen, Holanda)
- Microanálise de todas as sessões Análise estatística

Ilustração da codagem



No Brasil

Essa proposta de intervenção está presente em vários Estados:

- Minas Gerais
- São Paulo
- Paraná
- Rio de Janeiro

Novas possibilidades de encontros sobre o tema

Congresso em Belo Horizonte : julho 2020

Muito obrigada pela sua atenção!

eparlato@hotmail.com

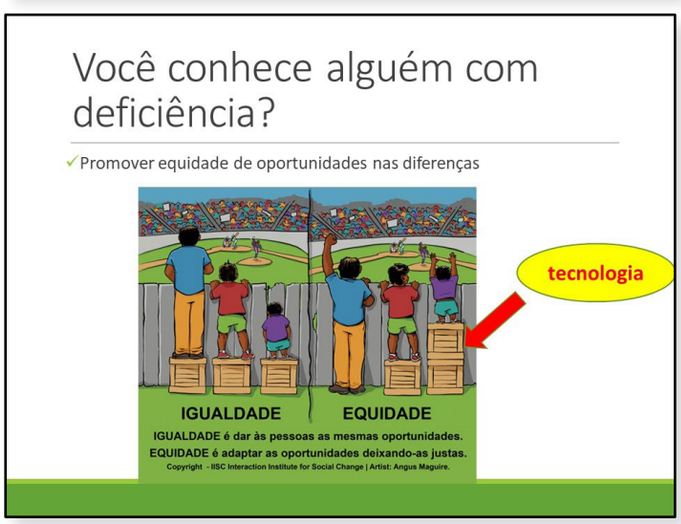
06

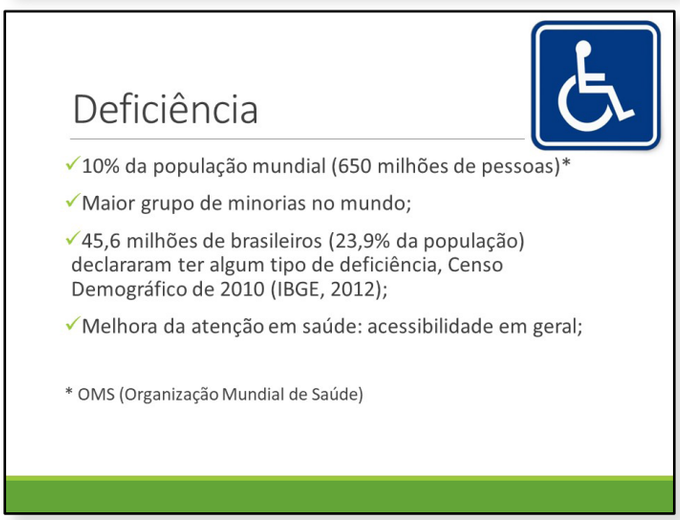
AUTONOMIA, PARTICIPAÇÃO E AUTOCUIDADO: EXPERIÊNCIAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

Palestrante: Fabiana Faleiros

A palestra aborda a questão da reabilitação das pessoas com deficiência, na perspectiva da promoção do autocuidado, da autonomia, da participação e da inclusão. Apresenta exemplos práticos de reabilitação e uso de tecnologias assistivas que ocorrem no Brasil, na Alemanha e nos Estados Unidos, possibilitando a troca de experiências, com vistas a apoiar a profissionalização, a inclusão e a participação das PcDs no Brasil.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA





Reabilitação

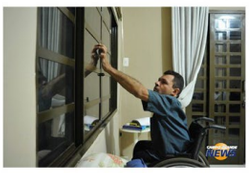
"A meta final da reabilitação é conquistar e conservar o mais alto nivel possível de autonomia, com o objetivo de maximizar a participação" (CARDOL).

- ✓Reabilitação precoce finalizada com a participação;
- ✓Capacitação gradual para a inclusão da pessoa na sociedade, incluindo a formação profissional.

Autonomia: poder decisório

"Capacidade individual de responsabilizar-se por si e por seu próprio comportamento, de tomar decisões sobre sua própria vida e manter relações sociais"

Autonomia de execução



Autonomia de decisão

Reabilitação hospitalar e Reabilitação baseada na comunidade

Exemplos de Reabilitação: Brasil

Brasil: Rede SARAH

- Desde 1980
- Serviço público c/ Administração das Pioneiras Sociais
- Instituição sem fins lucrativos
- 9 unidades em 8 cidades
- Público alvo: reabilitação neuropsicomotora

Brasil: rede de saúde não conectada

Reabilitação Rede SARAH

- Grupos ambulatoriais e internos:
- Estimulação do neurodesenvolvimento (interdisciplinar)
- Autocuidado: Higiene corporal, vestuário, transferências, cuidados com a pele, eliminação urinária (autocateterismo), eliminação intestinal, etc.
- Capacitação para atividades de vida diária e de vida prática
- Visitas domiciliares e escolares

Atividades de vida prática

Oferecer opções e estratégias através de informações e criar ambiente de respeito à autonomia, dentro das possibilidades individuais.

Atividades de vida prática

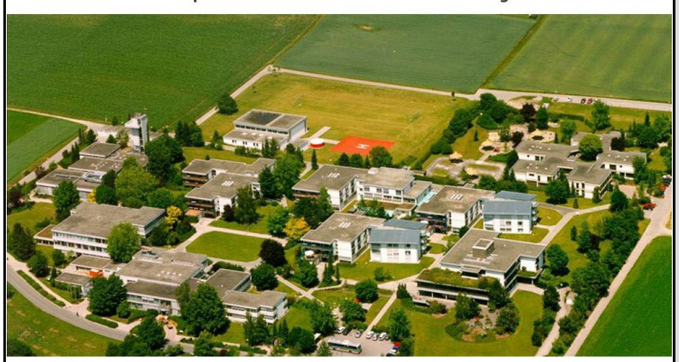
Palestras para familiares e professores: inclusão escolar

Reabilitação na Alemanha

- ✓Formação de redes, associações de pessoas com diferentes tipos de deficiência;
- ✓Ferramentas virtuais de saúde: informações de saúde rápidas e dinámicas na internet;
- ✓Reabilitação dividida en fases ABCD: hospitalar, depois ambulatorial

Fins de Semana de Treinamento

Hospitais de Reabilitação



Níveis de Reabilitação

- Nível A e B

Níveis de Reabilitação

Nível C

Nível D

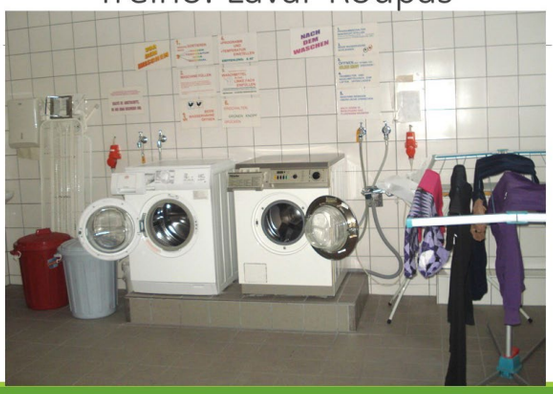
Casas / Famílias Modelo

Plano de Serviços Diários

Tarefas Cotidianas

Treino Alimentação / Cozinhar

Treino: Lavar Roupas



Treino: Transporte Público

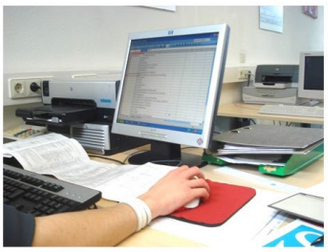
Apartamentos-Modelo

Tierterapie (Terapia com Animais)

Lazer

Profissionalização

Profissionalização



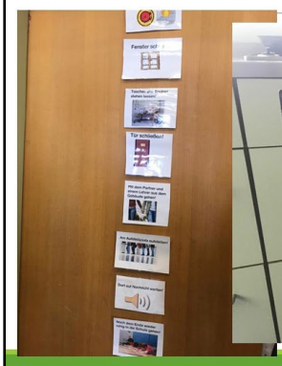
Cozinha Escola

Curso de Costura

Jardim de Pedras

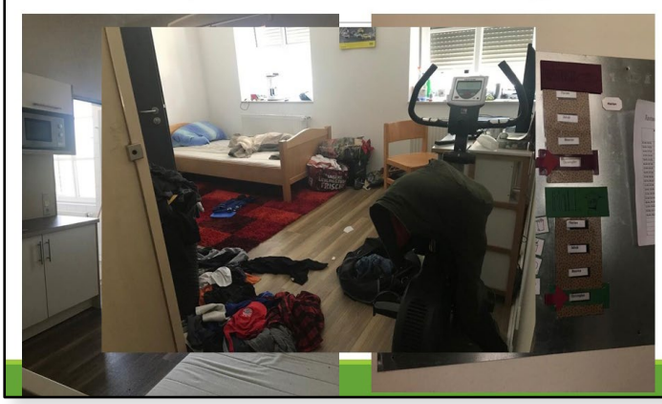
Escola Especializadas: déficit de linguagem

Escola Especializadas: déficit de linguagem

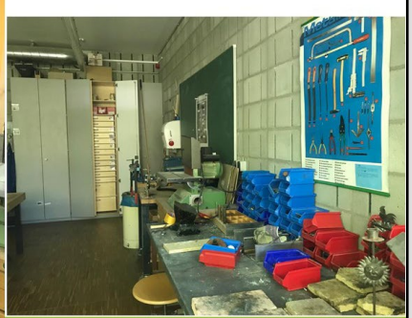


Escola Especializadas: déficit cognitivo

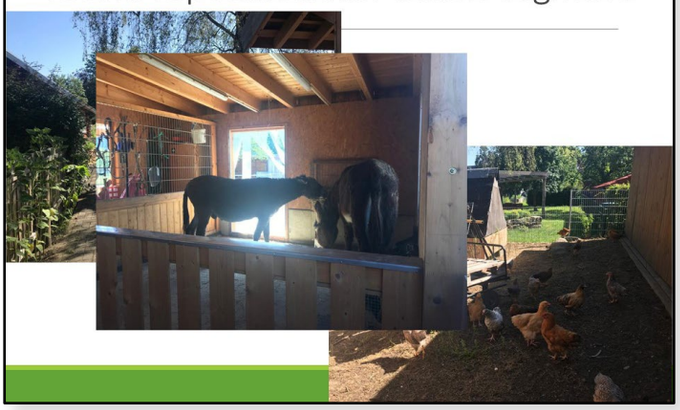
Escola Especializadas: déficit cognitivo

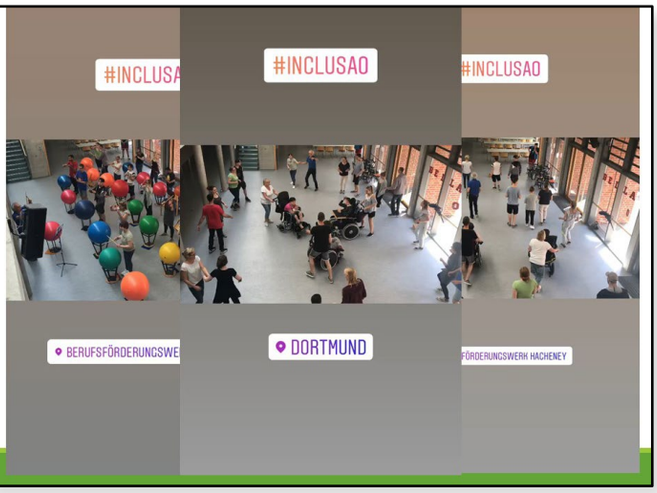


Escola Especializadas: déficit cognitivo



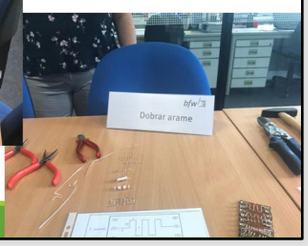
Escola Especializadas: déficit cognitivo





Centros de Reabilitação Profissionalizante

Centros de Reabilitação Profissionalizante



Centros de Reabilitação Profissionalizante

Reabilitação nos EUA

- ✓Associações de pessoas com deficiência
- ✓Participação ativa no grupos de pesquisa
- ✓Financiamento das pesquisa
- ✓Fundação Christopher Reeve

CHRISTOPHER & DANA REEVE FOUNDATION
TODAY'S CARE. TOMORROW'S CURE.®

Futuro da reabilitação das PcD no Brasil

- ✓Formação e fortalecimento das associações de PcD;
- ✓Aproximação entre pesquisadores e sociedade;
- ✓Participação ativa da sociedade na ciência: problemas de investigação baseados nos anseios do público alvo;
- ✓Informação de saúde de qualidade disponível na internet;
- ✓Indução de rede para troca de experiências e apoio entre pares;
- ✓Profissionalização e empoderamento das PcDs, por meio de Centros especializados na formação profissionalizante.

Por onde iniciamos...

D+Eficiência

- ✓ Rede de apoio, troca de experiências e informações
- ✓ Produção de conhecimento, projetos de pesquisas

https://demaisinformacao.com.br

- ✓D+ Informação
- ✓Portal de Informações sobre saúde e inclusão para pessoas com deficiência, familiares e profissionais
- ✓Versões brasileira, alemã e espanhola

Referências

- ✓ http://www.mtitecnologia.com.br/pesquisa-decifra-jornada-do-paciente-nos-meios-digitais/
- ✓CHAYAMITI, E.M.P.C.; FAUSTINO, A.M.; CALIRI, M.H.L. Protocolo Clínico e de Regulatório para Manejo Domiciliar da Incontinência Urinária. In: José Sebastião dos Santos. (Coord.). Protocolos Clínicos e de Regulação: Acesso à rede de saúde. Santos: Elsevier Brasil – Áreas da Saúde, 2012, 1° Ed., p. 1149 – 1156.
- ✓FURLAN, M.L.S. Identificação das práticas de autocuidado referentes ao funcionamento intestinal em pacientes com trauma raquimedular. 2001. 127f . Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.
- ✓GONZALES, R.I.C. Processo de alta hospitalar do Paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização do cuidado. 2000. 103f . Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

Obrigada!

fabifaleiros@eerp.usp.br

07

EMPREGO APOIADO: MÉTODO PARA INCLUSÃO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MERCADO DE TRABALHO

Palestrante: Prof. Oswaldo Barbosa

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO EMPREGO APOIADO

Oswaldo Barbosa

Obrigado.

oswaldo@plataformago.com.br

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DO EMPREGO APOIADO

Emprego Apoiado

Método para inclusão de pessoas com deficiência no Mercado de Trabalho

Prof. Oswaldo Barbosa

Doutor em Administração, Empreendedor e Contador.
Presidente da ANEA – Associação Nacional do Emprego Apoiado
Professor Associado – Fundação Dom Cabral

oswaldo@plataformago.com.br

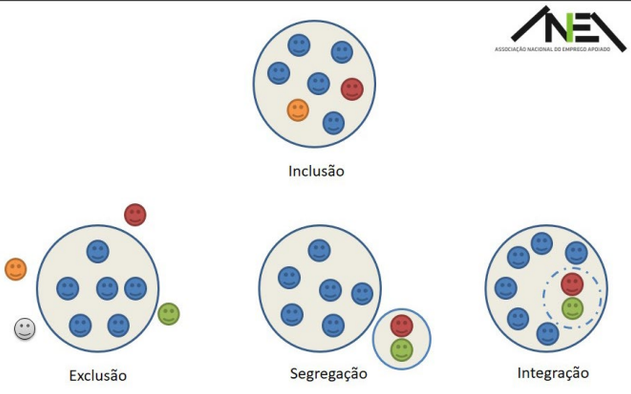
QUESTÕES INICIAIS...

A deficiência é uma condição de longo prazo, resultante de impedimentos de natureza física, visual, auditiva, intelectual, psicosocial e múltipla, enquanto a incapacidade é um estado de natureza temporária, resultante da interação da pessoa com deficiência com as barreiras da sociedade

(Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, 2008. p. 165).

"As pessoas com deficiência são aquelas que, a depender de sua interação com diversos tipos de ambiente, possuem características e condições física, mental, intelectual ou sensorial que precisam da oferta de acessibilidade, recursos e tecnologias para uma participação plena e efetiva em igualdade de condições junto à sociedade."

BARBOSA JUNIOR (2018)



Paradigma DeJong (1981)	Terminologias compatíveis	Proposta de Síntese Conceitual
Modelo Tradicional	Institucionalização	As pessoas com deficiência não conviviam em espaços comuns e viviam à margem da sociedade. Não tinham direitos estabelecidos e eram consideradas incapazes, doentes ou amaldiçoadas.
Reabilitação	Serviços Integração	As pessoas com deficiência passaram a ter atendimento especializado, mas ainda sem a convivência em espaços comuns. Passaram a ter condições melhores de saúde, esperando o desenvolvimento de padrões considerados normais.
Autonomia Pessoal	Inclusão Suporte Vida Independente Qualidade de Vida Biopsicossocial	As pessoas com deficiência passaram a ser protagonistas e autônomas da vida cotidiana, a ter os mesmos direitos que as pessoas sem deficiência. A deficiência passou a não ser uma questão da pessoa e sim do contexto e da sociedade, que agora deverá se adequar e adaptar-se às necessidades de cada um.

BARBOSA JUNIOR (2018)

EMPREGO APOIADO

Fatos Históricos

- Surgimento nos EUA nos anos 70
- Experimentos de Marc Gold
- 1948 – Declaração Universal dos Direitos Humanos
- 1950 – Movimento de normalização na Europa
- 1970 – Início do Movimento de Vida Independente
- 1981 – Ano internacional da Pessoa com Deficiência
- 2001 – CIF
- 2006 – Convenção das Nações Unidas

Emprego Apoiado é uma metodologia que visa
à inclusão no mercado competitivo de trabalho de pessoas em situação de incapacidade mais significativa;
respeitando e reconhecendo suas
escolhas, interesses, pontos fortes e necessidades de apoio.

Fonte: ANEA – Associação Nacional do Emprego Apoiado

Valores

a) presunção de empregabilidade;
b) emprego competitivo;
c) controle;
d) salários e benefícios adequados;
e) foco na capacidade e nas habilidades;
f) importância das relações;
g) poder dos apoios;
h) mudança de sistema; e
i) importância da comunidade.

Garcia, J. C. D., Sassaki, R. K., & Betti, A. P. (2011). *Metodologia do Emprego com Apoio*.

Princípios

- Os princípios do Emprego Apoiado são:

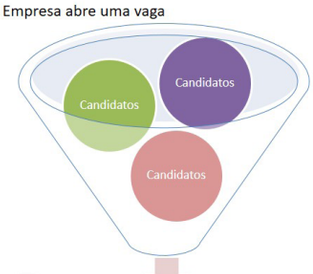
- empowerment;
- autonomia;
- independência;
- exclusão zero; e
- planejamento centrado na pessoa

Garcia, J. C. D., Sassaki, R. K., & Betti, A. P. (2011). *Metodologia do Emprego com Apoio*.

Lógica tradicional x Emprego Apoiado

Lógica tradicional de recrutamento e seleção

A Empresa abre uma vaga



O melhor candidato é selecionado

- Pessoas com deficiência não são respeitadas;
- As pessoas são contratadas por tipo de deficiência e não por competência
- Falta acessibilidade nas empresas (arquitetônica, atitudinal)
- As pessoas são SUPER valorizadas
- Os postos de trabalho não estão adaptados
- O ambiente organizacional não está preparado

Emprego Apoiado

NO TRABALHO

Desenvolve apoios e adequações;
Acompanhamento conforme demanda;

Programa Emprego Apoiado

Identifica e apresenta o candidato para as empresas

Analisa o perfil | Avalia habilidades | Avalia competências

Etapas do Emprego Apoiado

- Perfil Vocacional
- Desenvolvimento de Emprego
- Acompanhamento Pós Colocação

Etapas do Emprego Apoiado

Compromisso com a Pessoa com Deficiência
- Clareza dos objetivos definidos
- Nível de participação da pessoa e familiares

Análise do Perfil Profissional
- Níveis necessários de apoio
- Participação do candidato na definição das estratégias de apoio

Busca de Emprego
- Nível de compatibilização alcançado
- Tempo de busca de emprego

Compromisso com o empresário
- Estratégias adotadas
- Compromissos adotados; ações de acessibilidade implentadas

Apoios internos e externos
- Características e tipos de apoios internos
- Características e tipos de apoios externos

Literatura

Conceito

Emprego Apoiado

Estados Unidos

Emprego competitivo, em ambientes integrados de trabalho, ou emprego em ambientes integrados de trabalho, em que os trabalhadores estejam trabalhando em vista de um trabalho competitivo, de acordo com as potencialidades, recursos, prioridades, preocupações, habilidades, capacidades, interesses e escolhas realizadas pelas pessoas com incapacidade mais significativa:

(a) para aquelas a quem o emprego competitivo tradicionalmente não reservou lugar;
b) para as quais o emprego competitivo foi interrompido ou ficou intermitente, devido a uma incapacidade mais significativa;
(c) para aquelas, que, devido à natureza e à seriedade de sua incapacidade, necessitam de serviços intensivos de emprego apoiado.

(McGaughey, M. & Mank, D.,1999)

Espanha

Emprego Apoiado é emprego integrado na comunidade, dentro de empresas regulares, para pessoas com incapacidade, que tradicionalmente não tiveram a possibilidade de acesso ao mercado de trabalho, mediante a provisão de apoios necessários dentro e fora do local de trabalho, durante a sua vida laboral e em condições de emprego o mais similar possível em trabalho e salário aos outros trabalhadores sem incapacidade em um posto equiparável de trabalho na mesma empresa.

Fonte: INICO/Salamanca

Portugal

Emprego Apoiado constitui-se em um movimento... que tem proporcionado oportunidades para que as pessoas em situação de desvantagem possam viver, trabalhar e participar na comunidade da mesma forma que todas as outras pessoas.

É uma metodologia inovadora de formação em contexto de empresa e estratégias de suporte individualizadas e de longo prazo, do envolvimento e participação ativa do indivíduo na condução do seu próprio projeto e de uma ligação muito forte com o meio empresarial.

(Sousa e outros, 2005, p.20)

O tema da inclusão das pessoas com deficiência é referendado em documentos internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos que declara, em seu Artigo 23, que:

"toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha do seu trabalho e a condições equitativas e satisfatórias de trabalho e à proteção contra o desemprego"

(Brasil, 1998, p. 5)

A produção acadêmica sobre a inclusão no mercado de trabalho de pessoas com deficiência no Brasil aborda assuntos relacionados às principais barreiras que dificultam a inclusão no mercado de trabalho, a visão das pessoas com deficiência sobre a importância e os benefícios do trabalho, os relatos de gestores e profissionais de Recursos Humanos das empresas e o nível de efetividade da Lei de Cotas no país...

(Araujo & Schmidt, 2006; Ávila-Vitor & Carvalho-Freitas, 2012; Brunstein & Serrano, 2008; Carvalho-Freitas & Marques, 2009, 2007; Carvalho-Freitas, 2009; Lima, Tavares, Brito, & Cappelle, 2013; Pereira, 2011)

A exclusão destas pessoas em espaços de convivência é identificada em pesquisas que apresentam seu alto índice de desemprego em diversos países do mundo, como Estados Unidos, Espanha e Portugal

(Cimera, 2012; Coelho & Ornelas, 2010; Jordán de Urríes & Verdugo, 2007; Konig & Schalock, 1991; SEDPcD, 2012; Suibhne & Finnerty, 2014; Verdugo & Urríes, 2007; Völker, 2014)

O Emprego Apoiado é mais vantajoso em termos de custo-benefício para as pessoas com deficiência, para a empresa e para a sociedade do que os Centros Especiais de Emprego

(Jordán de Urríes et al., 2014)

Segundo Cimera (2012) os salários das pessoas que participam de programas de Emprego Apoiado são maiores do que os salários oferecidos nas Oficinas Protegidas.

O Emprego Apoiado tende a produzir um processo com melhores resultados de reabilitação profissional, de oferta de salários mais altos e de redução de sintomas psicológicos para as pessoas com deficiência intelectual, quando o processo utiliza técnicas de uso pessoal, com base na experiência pessoal, em vez de evidências científicas

(Diallo, Chen, & Barrera, 2014)

Os empregadores precisam perceber a vantagem econômica na contratação de trabalhadores com deficiência intelectual, mas também os valores destes trabalhadores, a partir de uma perspectiva que considera a deficiência não como uma perspectiva caridosa, mas como uma característica multicultural

(Lysaght, Ouellette-Kuntz, & Lin, 2012)

O Emprego Apoiado é um dos métodos mais proeminentes destinados a combater a exclusão das pessoas com deficiência no local de trabalho. E uma oportunidade existente é que a perspectiva do empregador não é muito pesquisada

(Gustafsson et al., 2013)

Um estudo longitudinal de 2000-2006 foi realizado pelo Roush (2009), para verificar os resultados do Programa Abacus, que utilizou abordagens do emprego apoiado para inclusão de pessoas com deficiência intelectual.

Os resultados apresentam que a abordagem do emprego apoiado produz sucesso, ou seja, que as pessoas conseguiram empregos competitivos, corroborando outros estudos.

O EMPREGO APOIADO NA INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: um estudo em organizações sociais no Brasil

Oswaldo Ferreira Barbosa Junior

OBJETIVO GERAL

Compreender e analisar em que nível as organizações brasileiras que atuam com a inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e que utilizam o Método do Emprego Apoiado estão alinhadas ao modelo do padrão europeu de qualidade de serviços.

Objetivos Específicos

a) Identificar o estado da arte do Método do Emprego Apoiado no âmbito internacional e nacional.

b) Contextualizar a avaliação de programas e projetos sociais.

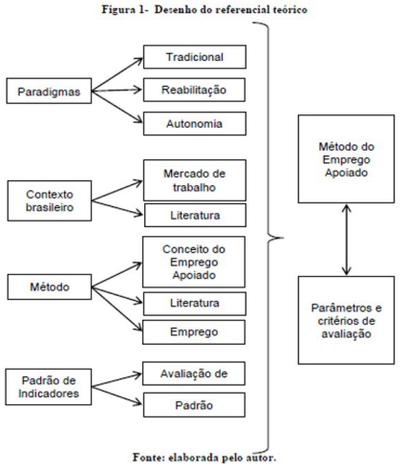
c) Identificar as organizações no Brasil que utilizam o Método do Emprego Apoiado.

d) Analisar os níveis em que se apresentam os indicadores do padrão europeu de qualidade do Método do Emprego Apoiado nos programas brasileiros identificados.

e) Compreender como os gestores das organizações sociais desenvolvem o Método do Emprego Apoiado em relação aos indicadores do padrão internacional.

REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 1- Desenho do referencial teórico



Fonte: elaborada pelo autor.

Aranha (2001)
Carvalho-Freitas (2010)
Casado (1991)
Dejong (1981)
Sassaki (2006)
Verdugo & Schalock (2013)

Brasil (2011)
Cimera (2012)
Coelho e Ornelas (2010)
Gustafsson *et al.* (2013)
Jordán de Urríes (2006, 2011)
Jordán de Urriés *et al.* (2014)
Konig e Schalock (1991)
Mclnnes *et al.* (2010),
Mercado García *et al.* (2013)
Rodríguez *et al.* (2015)
Vera (2014) e Volker (2013)

ESTRUTURA DA PESQUISA

Quadro 7 – Etapas da pesquisa

Características	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Nome da etapa	Levantamento Exploratório	Levantamento do Padrão Europeu	Estudo de Caso
Questão a responder	Quais são as organizações brasileiras que utilizam o método do Emprego Apoiado?	Qual é o nível de qualidade dos programas brasileiros a partir do padrão europeu?	Qual é compreensão dos gestores sobre o método do Emprego Apoiado e o padrão europeu de qualidade de serviços?
Objetivo	Identificar as organizações, no Brasil, que utilizam o método do Emprego Apoiado	Analisar os níveis em que se apresentam os indicadores do padrão europeu de qualidade do método do Emprego Apoiado nos programas brasileiros identificados	Compreender como os gestores das organizações sociais desenvolvem o método do Emprego Apoiado em relação aos indicadores do padrão internacional
Abordagem	Quantitativa	Quantitativa	Qualitativa
Método de Pesquisa	*Survey* exploratório	*Survey*	Estudo de caso
População de referência / sujeito de pesquisa	41 organizações	11 organizações	11 gestores
Coleta de dados	Questionário	Questionário	Entrevista estruturada
Técnica de análise de dados	Análise discriminante	Estatística descritiva e análise de conteúdo	Análise de conteúdo

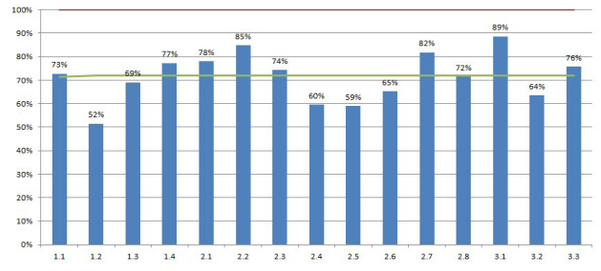
Fonte: elaborado pelo autor.

RESULTADOS

- Etapa 1: Levantamento Exploratório
  - 740 organizações atendem pessoas com deficiência no Brasil
  - 34 organizações declararam utilizar o Método
  - Método do Emprego Apoiado é pouco conhecido

RESULTADOS

- Etapa 2: Levantamento do Padrão Europeu



RESULTADOS

- Etapa 3: Estudo de Caso
  - Uso de indicadores
    - Direcionamento
    - Profissionalismo
    - Processos
  - Valores do Método

"A nossa organização possuía vários jovens com deficiência e que já tinham idade para iniciar a fase de trabalho. Contudo, antes do Emprego Apoiado, a instituição não oferecia uma visão de possibilidades para os jovens. A perspectiva era oferecer atividades de qualificação, arte e terapia, para ocupar o tempo de cada um deles. Contudo, a grande mudança aconteceu depois que iniciamos a implantação do Emprego Apoiado. Depois de cerca de 10 anos da diretoria tomar esta decisão, a maioria deste jovens possuem uma atividade produtiva em empresas atualmente" (E 8).

DISCUSSÃO

- Proposta de uma lógica inclusiva

DISCUSSÃO

- Sobre o levantamento exploratório
  - Baixo número de organizações no Brasil que utilizam o Método
  - Concentração na região sudeste do país
  - Confusão conceitual sobre as principais características do Método
  - Questões:
    - Fomentar ações de divulgação do Método
    - Desenvolver pesquisas e estudos sobre a efetividade do Método
    - Fomentar políticas públicas nacionais: parâmetros e financiamento
    - Regulamentação, estruturação e organização da profissão do consultor de Emprego Apoiado

DISCUSSÃO

- Sobre o levantamento do padrão europeu
  - Média de 72% de aplicação do padrão europeu
  - O maiores percentuais estão relacionados aos indicadores de resultados
  - Os menores percentuais estão relacionados à estrutura organizacional e aos processos
  - Questões:
    - Divulgar o padrão europeu para as organizações
    - Promover treinamentos e apoio para utilização de indicadores
    - Desenvolver ferramentas de gestão específicas para a inclusão
    - Realizar pesquisas de longo prazo para acompanhamento da evolução da qualidade e efetividade de programas

DISCUSSÃO

- Sobre o estudo de caso
  - O Emprego Apoiado é um método que promove a inclusão, contribui para mais profissionalização nas organizações e sugere parâmetros para que os gestores tenham ampla visão de todos os processos relacionados ao desenvolvimento de serviços com um padrão mínimo de qualidade para as pessoas com deficiência e os demais envolvidos

Emprego Apoiado é um método capaz **de mudar a visão de futuro** das organizações sociais devido aos seus princípios e valores que são considerados radicais segundo os entrevistados.

Ou seja, trabalha-se com o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência ou adotam-se ações que ainda deixam as pessoas segregadas e com poucas possibilidades de participação e envolvimento em ambientes sociais, culturais e profissionais.

08

FILHOS COM DEFICIÊNCIA E SEU IMPACTO NA DINÂMICA FAMILIAR

Palestrante: Nara Liana Pereira Silva - Universidade Federal de Juiz de Fora

As relações familiares apresentam peculiaridades bastante complexas, particularmente quando se leva em consideração as influências mútuas e bidirecionais características da natureza sistêmica deste microssistema. Até o final do século XX, as pesquisas sobre as famílias com filhos com deficiência intelectual enfatizavam os aspectos patológicos, tanto do funcionamento familiar quanto do desenvolvimento da criança. Entretanto, com a ampliação do número de pesquisas e do uso de metodologias de coleta de dados mais coerentes com a visão sistêmica da família, tem-se verificado que a adaptação da família ao membro com deficiência é mais positiva, bem como que as dinâmicas familiares nem sempre são 'patológicas'. Considerando a influência da família no desenvolvimento de seus membros ao longo do curso de vida, pretende-se discutir o impacto percebido pela família com a notícia do diagnóstico de deficiência do(a) filho(a), os sentimentos, estresse, estados emocionais e depressão vivenciados pelos genitores e irmãos ao longo do tempo, bem como aspectos da dinâmica familiar nas diferentes etapas do desenvolvimento de seus membros com deficiência intelectual. Investigações com delineamentos longitudinais têm demonstrado que o estresse, a sobrecarga, a depressão e o isolamento social presentes nas famílias com pessoas com deficiência intelectual não devem ser vistos como, apenas, em decorrência da deficiência, mas de fatores inter-relacionados.

Palavras-chave: deficiência intelectual, família, desenvolvimento humano.

09

FORMACIÓN PARA EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA: EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS

FORMAÇÃO PARA O EMPREGO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: EXPERIÊNCIAS E BOAS PRÁTICAS

Palestrante: Paloma Antón Ares - UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (España)
palomanton@edu.ucm.es

RESUMEN

La finalidade de este trabajo es dar a conocer la importancia de la formación y las aportaciones de las personas con discapacidad intelectual en el trabajo que realizan en organismos institucionales, fundaciones, asociaciones, universidades, organizaciones, etc. Se presentan programas, servicios, acciones desarrolladas, experiencias en las que se trabajan y desarrollan habilidades sociales, académicas, de autogobierno, salud, seguridad, ocio y adaptación al trabajo. Desde una metodología investigadora, se han recopilado experiencias. Como resultado del análisis, se presentan las fases del proceso de Inserción Laboral, la trayectoria de los centros especiales de empleo. Se reseñan experiencias en el Congreso de los Diputados, Ayuntamientos, Hoteles, Sanidad, Centros Educativos, Constructoras, Marketing, Empresas de Seguridad, Telecomunicaciones, Maquinaria, Banca, diversas empresas, ONG, etc. La formación para empleos frecuentes en: Manipulación de productos alimentarios, administrativos, gestión y custodia documental, ingeniería y gestión de la calidad, auxiliares de puntos de venta, logística, en actividades industriales, servicios de recogida y entrega de documentación, gestión documental, digitalización de archivos, y gestión en punto de venta. A partir de las aportaciones de los empleadores y los empleados, se ha elaborado un protocolo, basado en las experiencias y buenas prácticas y en él, se establecen aspectos clave como el Asesoramiento, Acompañamiento, Empoderamiento, Calidad de Vida, Autonomía, etc. Se concluye que la formación permanente es necesaria en todos los profesionales y, en el caso de las personas con discapacidad intelectual, es fundamental, porque la actualización continua, les permite recordar, afianzar y desarrollar sus habilidades tanto profesionales como relacionales. Los resultados muestran que los efectos de la empleabilidad en las personas con discapacidad intelectual, beneficia a todos y que contribuye al desarrollo de su autonomía personal, independencia económica, integración social plena y a la mejora de sus relaciones interpersonales, laborales y personales.

Palabras Clave: Discapacidad Intelectual. Empleo. Autonomía personal.Integración sociolaboral.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

FEAPAES – MG · UNIAPAE – MG · UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

XIV CONGRESSO DA REDE MINEIRA DAS APAES
IV Foro de Autogestión, Autodefensa y Familia

Federação das Apaes do
Estado de Minas Gerais

Bello Horizonte, (Brasil)
31/10-02/11/2019

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID

FORMAÇÃO PARA O EMPREGO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: EXPERIÊNCIAS E BOAS PRÁTICAS

FORMACIÓN PARA EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIA: EXPERIENCIAS Y BUENAS PRÁCTICAS

Dra. Paloma Antón Ares
Universidad Complutense de Madrid

Indice

- Definiciones, Cifras
- Normativa de Empleo Apoyado en la Unión Europea y en España
- Atención de las personas con discapacidad intelectual, Acciones desarrolladas, experiencias
- Accesibilidad y Diseño para todos
- Protocolos, Pautas, Programas
- Asesoramiento, Acompañamiento, Empoderamiento, Calidad de Vida, Autonomía
- Resultados, Perpectivas, Sugerencias

Capacidades

- Discapacidad es tener **capacidades diferentes**, y el desarrollo de las capacidades personales están en relación con el **esfuerzo e implicación personal, las ayudas de las que disponga, del entorno y el contexto en el que se desenvuelva.**

Instituciones

FEAPS. Confederación Española de Organizaciones en favor de las Personas con Discapacidad Intelectual (DI)
https://afandice.org/feaps-madrid/
Atiende a más de 100.000 personas con DI y a más de 230.000 familias. 4.000 centros y servicios, 24.000 profesionales y 8.000 voluntarios

Federación Nacional ASPAYM
http://www.formacionyempleo.aspaym.org/index.php/recursos/modalidades-de-empleo

SEPE. Servicio Público de Empleo Estatal www.sepe.es

Fundación Adecco https://fundacionadecco.org/

Instituciones

- ***CERMI*** *(2005). Plan Estratégido 2005-2010 para la inserción laboral de las personas con discapacidad.*
  http://www.cermi.es/
- **CREENA**. Centro de Recursos de Educación Especial de Navarra Equipo de Psíquicos. Discapacidad Intelectual. Gobierno de Navarra.
  http://creena.educacion.navarra.es/equipos/psiquicos/ pdfs/ di_ definicion.pdf
- **FEACEM.** Federación Empresarial Española de Asociaciones de Centros Especiales de Empleo http://www.feacem.es/es

Instituciones

- **FEACEM** es una federación empresarial, sin ánimo de lucro, de ámbito estatal y de carácter intersectorial.

Agrupa a **14 asociaciones empresariales** vinculadas al movimiento asociativo de personas con discapacidad. Integra y representa a **más de 500 Centros Especiales de Empleo** que aglutinan a **más de 30.000 trabajadores con discapacidad. Interlocución única** ante las administraciones públicas, los agentes sociales y la sociedad en general.

Instituciones

FEAPAES – MG
Federação das Apaes do Estado

Instituto de Ensino e Pesquisa
UNIAPAE – MG
Darci Barbosa

APAE FEAPAES UNIAPAE

Definiciones

- *Discapacidad intelectual no es algo que no tenga, como los ojos azules o un corazón enfermo. Ni es tampoco algo que uno sea, como bajo de estatura o delgado […..]. Discapacidad intelectual se refiere a* ***un particular estado de funcionamiento*** *que comienza en la infancia y en el que* ***coexisten limitaciones*** *en la inteligencia, junto con limitaciones en habilidades adaptativas.*

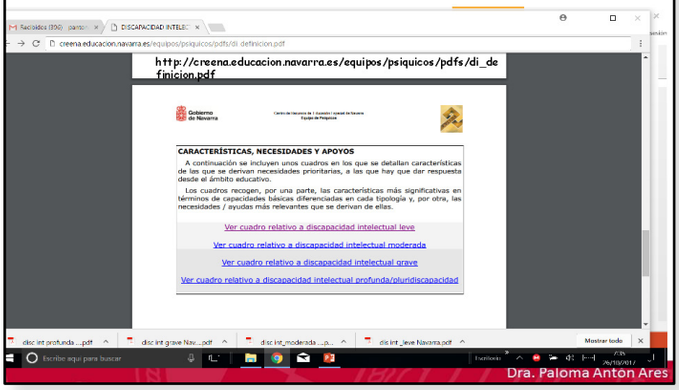
AAIDD Asociación Americana sobre Discapacidades Intelectuales antes Asociación Americana de Retraso Mental AAMR en su manual 1992

La discapacidad intelectual se caracteriza por ***limitaciones significativas*** *tanto en funcionamiento intelectual, como en conducta adaptativa, tal y como se ha manifestado en* ***habilidades adaptativas, conceptuales y prácticas.*** *Esta discapacidad se origina antes de los 18 años.*

La Asociación Americana de discapacidades intelectuales y del desarrollo (AAIDD, antes AAMR) recoge en su 11ª edición (2010)

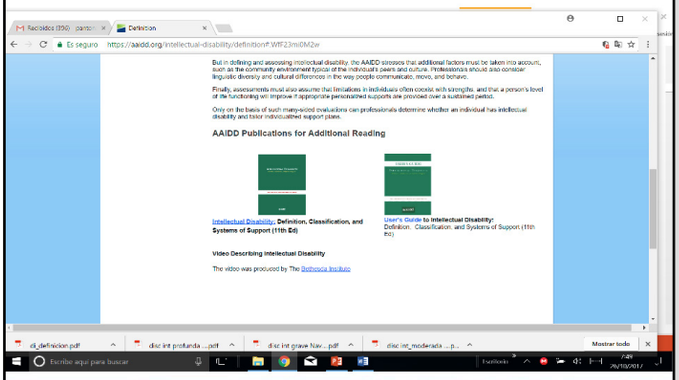
Dra. Paloma Antón Ares

Clasificación



Dra. Paloma Antón Ares

https://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WfF23mi0M2w



Dra. Paloma Antón Ares

DATOS - CIFRAS

Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

VISIBILIDAD

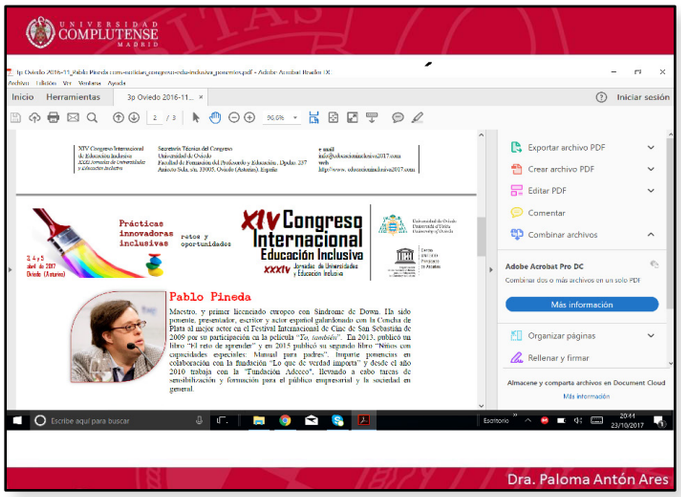
- *Tengo una pregunta para usted.* Programa emitido el 26 de enero de 2009 TVE1, **cien ciudadanos** pueden preguntar en directo al entrevistado.
- ***¿Contrataría a una persona con síndrome de Down en el Congreso?*** Izaskun Buelta de 32 años joven con síndrome de Down preguntó al Presidente de Gobierno D. José Luis Rodríguez Zapatero, por el estado del empleo en la profunda crisis económica. Fue portada en revistas y programas de TV y radio. **Le entregó su currículum** después del programa al Presidente.
- https://www.youtube.com/watch?v=UDKlrVf2JE8

Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

- Le preguntó si iba a luchar para que se cumpliera la **reserva del 2% de** puestos de trabajo para personas con discapacidad. Cuota que la **LISMI, Ley 13/1982** de Integración Social de los Minusválidos.
- La cuota para empleo público fue **elevada del 5 al 7% en el año 2011.**
- *La reserva del mínimo del siete por ciento se realizará de manera que, al menos,* ***el dos por ciento*** *de las plazas ofertadas lo sea para ser cubiertas por personas que acrediten* ***discapacidad intelectual*** y el resto de las plazas ofertadas sea para personas que acrediten cualquier otro tipo de discapacidad.
- ***Incentivos para las empresas,*** *bonificaciones por las cuotas de la Seguridad Social de hasta un 90%, y que su incumplimiento puede suponer* ***multas.***

Dra. Paloma Antón Ares



Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

https://www.youtube.com/watch?v=zzXq-AGu9c4

Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

https://www.youtube.com/watch?v=zzXq-AGu9c4 4,53M

Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

- Documento del CERMI y de FUNDACIÓN CERMI MUJERES de propuestas en materia de **derechos, inclusión y bienestar** de las personas con discapacidad y de sus familiares para los programas electorales de las formaciones políticas.

Dra. Paloma Antón Ares

JUBILACIÓN

- EL INSS DICTA CRITERIOS SOBRE LA APLICACIÓN DE LA **JUBILACIÓN. ANTICIPADA** DE TRABAJADORES CON DISCAPACIDAD DEL 45 POR CIENTO
- 02/10/2019

- El Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), entidad gestora de la Seguridad Social, ha dictado con fecha 16 de septiembre de 2019 criterios aplicativos que **flexibilizan** en ciertos supuestos el **acceso a la jubilación anticipada** de trabajadores con discapacidad.

Dra. Paloma Antón Ares

LEGISLACIÓN

Dra. Paloma Antón Ares

LEGISLACIÓN INTERNACIONAL

- Las **Naciones Unidas** (1993) **"Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad"**
- Fundamentos políticos y morales en la **"Carta Internacional de Derechos Humanos".**

Dra. Paloma Antón Ares

LEGISLACIÓN EUROPEA

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

El Plan de Acción eEurope 2002, eEurope 2005 e i2010 por la Comisión y Consejo de Europa.

Dra. Paloma Antón Ares

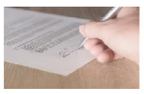
LEGISLACIÓN EUROPEA

Final de 2001 fecha límite para la adopción de las Pautas de la Iniciativa de Accesibilidad a la **Web, WCAG 1.0 de la WAI.**

Dra. Paloma Antón Ares

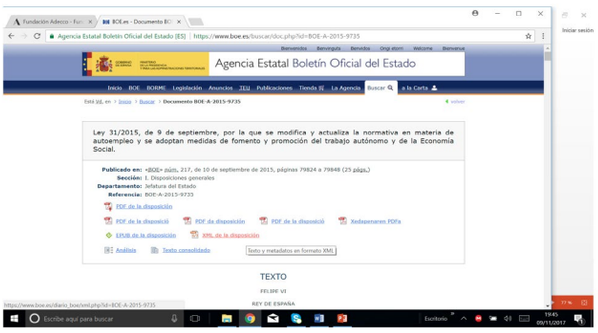
LEGISLACIÓN EUROPEA

Esta norma **beneficia a los más de 37 millones de habitantes de la Unión Europea** que tienen algún tipo de discapacidad y contribuye al principio de no discriminación.



Dra. Paloma Antón Ares

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

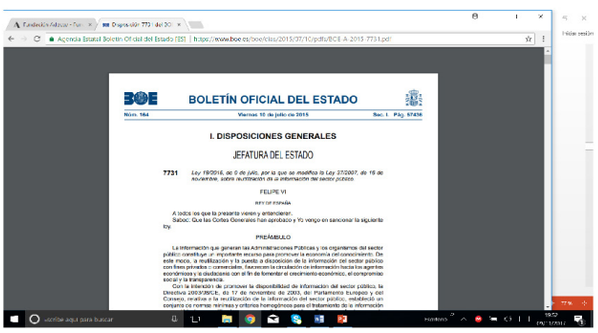


LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

- **Ley de Contratos 2017, refuerza la dimensión social e inclusiva de la contratación pública, p**ermitirá avanzar en la protección de los derechos de los trabajadores.

Dra. Paloma Antón Ares

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA



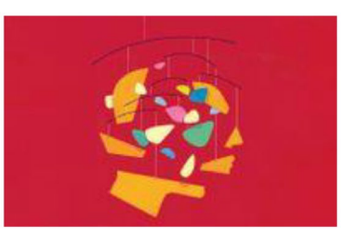
Dra. Paloma Antón Ares

AÑO EUROPEO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- **Es una de las conclusiones de la campaña 'La Europa que queremos',**
- *El CERMI ha pedido que **2021 sea designado Año Europeo de las Personas con Discapacidad,** coincidiendo con el **décimo aniversario de la ratificación por parte de la Unión Europea de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad.** 26/09/2019*
- El objetivo de 'La Europa que queremos' es fomentar el acercamiento de la sociedad civil a la Unión Europea en torno a la necesidad de una Europa más social; reforzar la relación con el Foro Europeo de la Discapacidad (EDF), en su condición de plataforma de representación, defensa y acción de la ciudadanía europea con discapacidad y de sus familias; defender la 'Marca España Social', fruto de la colaboración responsable del tercer sector de la discapacidad y el Gobierno, y difundir el Pilar Europeo de Derechos Sociales.

Dra. Paloma Antón Ares

INSERCIÓN LABORAL



CERMI

"3,8 millones de personas con discapacidad, más de 8.000 asociaciones luchando por sus derechos..."

http://semanal.cermi.es//boletin/1082/seccion/Inclusi%C3%B3n%20Laboral.aspx

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral

- Programa Avanzas
- Promentor
- Programa Empresa
- Inclusión Laboral
- Centro Especial de Empleo
- Centro Ocupacional
- Gestión Tiempo Libre
- Servicio de Orientación
- Servicio de Logopedia
- Programa ProTIC
- Servicio de Ocio
- Servicio de Deporte

Dra. Paloma Antón Ares

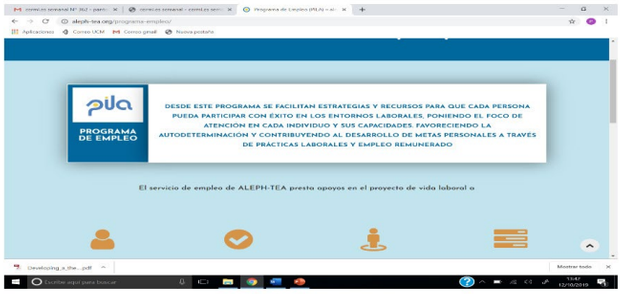
Inserción Laboral

- **Programa Fundación Prodis,**
  - https://www.fundacionprodis.org/inicio/programa-promentor-2/
- **Programa Fundación Aprocor,**
  - http://fundacionaprocor.org/jovenes-emprendedores-sociales/
- Formación, Empleo, Vivienda con apoyos

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral

- https://aleph-tea.org/ PILA



Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral

Dra. Paloma Antón Ares

Aunque cada trabajador, cada empresa es único, veamos algunas pautas

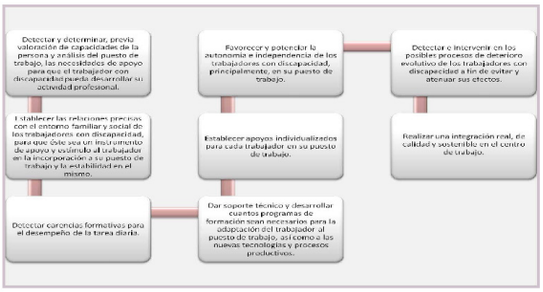
Dra. Paloma Antón Ares

Pautas

- ✓Adquisición de **destrezas orientadas a la vida laboral**
- ✓Apoyo personalizado en el **descubrimiento de la vocacional** profesional.
- ✓Planificación para la **búsqueda de empleo** y **acompañamiento en el puesto de trabajo.**
- ✓Metodología centrada en **la persona**.
- ✓Poner el foco en las **necesidades de cada empresa**.

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral - Protocolo



Fuente: http://laborplus.org

Pautas

- ***Formación permanente***
- *Estimular y enriquecer: habilidades cognitivas, instrumentales, atención, memoria.*
- *Tutor, **persona de apoyo**, vinculado con el directivo o responsable del lugar de trabajo. **Guías** no crear dependencia y sí **autonomía** para hacer el trabajo día a día.*

Dra. Paloma Antón Ares

Recursos

- **En el acceso:**
- A veces se presenta múltiples discapacidades, visión reducida, escalones, bordes, o tecnológico (Recursos Adaptados) CEAPAT, ONCE ampliador.
- El tiempo. Flexibilidad

Dra. Paloma Antón Ares

Trabajo en equipo

- Crear **grupos de apoyo**. La reciprocidad y voluntad mutua, imprescindible para el éxito

- **Trabajo compartido**. Planificación con antelación, no improvisar, lenguaje sencillo, comprobar que todo está claro, respetar el ritmo que necesita la persona. Visión conjunta de la situación.

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción - Relación

- **Trabajo autónomo**, motivación, entusiasmo, respeto, el compromiso.
- La persona de apoyo es una pieza clave porque además tiene que informar y **dar pautas a los otros trabajadores de la empresa** para que sepan relacionarse adecuadamente con la persona.

Dra. Paloma Antón Ares

Comunicación

- Eliminar la **incertidumbre** y el desconocimiento por ambos lados.
- Dialogar y disipar dudas. **Adaptación mutua**. Normalización
- Ver el formato más adecuado, si en papel, o tecnológico Antón (2008, 2011 2013)..

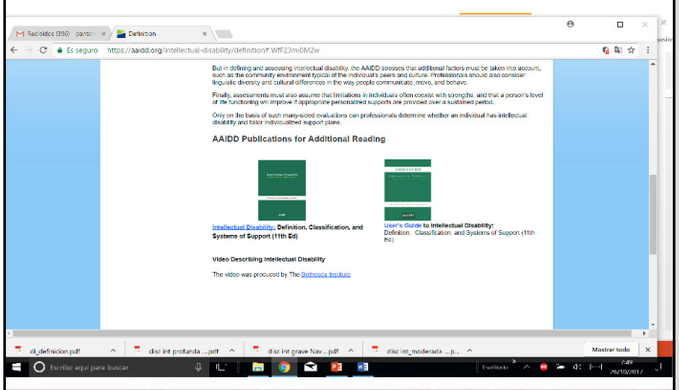
Dra. Paloma Antón Ares

VISIBILIDAD

https://www.youtube.com/watch?v=zzXq-AGu9c4

Dra. Paloma Antón Ares

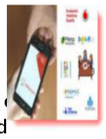
https://aaidd.org/intellectual-disability/definition#.WfF23mi0M2w



Dra. Paloma Antón Ares

EVIDENCIAS

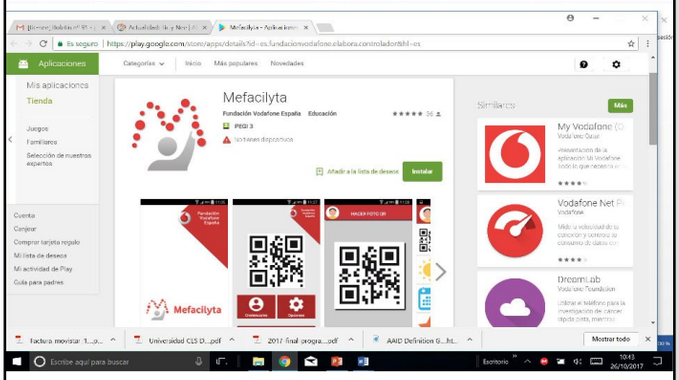
Recursos



- **Mefacilyta,** aplicación con apoyos para toda una vida
- Javier es un excelente trabajador pero a veces olvida el que debe seguir en su rutina laboral. Es entonces cuand 'Mefacilyta' en su móvil y la aplicación le ofrece el apoyo que necesita, en **secuencias, paso a paso y fácil de entender.**

- https://www.indeed.es/Ofertas-de-Discapacidad
- https://www.tododisca.com/oferta-de-empleo-para-personas-con-discapacidad-1-sep-2019/

Dra. Paloma Antón Ares



Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral

– LABORPLUS, servicio de Outsourcing

Empleos: Manipulación de productos alimentarios, administrativos, gestión y custodia documental, ingeniería y gestión de la calidad, auxiliares de puntos de venta, logística, auxiliares en actividades industriales, servicios de recogida y entrega de documentación, etc. Gestión Documental, digitalización de archivos, y la Gestión de Punto de Venta.....

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral - Efectos

- **De la empleabilidad en la persona con discapacidad intelectual**
- Proporciona oportunidades de desarrollo personal y profesional
- Autonomía e independencia económica.
- Integración social, relaciones interpersonales, laborales y personales
- Desarrollo, adquisición y aplicación de conocimientos

Dra. Paloma Antón Ares

Inserción Laboral - Efectos

- Superación de dificultades supone un gran esfuerzo, un reto fundamental para el desarrollo personal.
- Frente a la sensación de exclusión del entorno social

Dra. Paloma Antón Ares

INCLUSIÓN LABORAL

- Trabajo da inicio a la tramitación para aprobar el decreto de medidas de acción positiva para promover el empleo de personas con capacidad intelectual límite

- El Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social ha dado inicio a la tramitación administrativa previa que conduzca en su momento a la aprobación del **Real Decreto de medidas de acción positiva para promover el empleo de personas con capacidad intelectual límite. 25/09/2019**

Dra. Paloma Antón Ares

INCLUSIÓN LABORAL

- El CERMI traslada a las organizaciones de trabajo autónomo su agenda de emprendimiento y autoempleo

- El CERMI ha trasladado a la Asociación de Trabajadores Autónomos (ATA) y la Unión de Profesionales y Trabajadores Autónomos (UPTA) un **decálogo de propuestas para fomentar el emprendimiento y el autoempleo entre las personas con discapacidad. 25/09/2019**

Dra. Paloma Antón Ares

INCLUSIÓN LABORAL

- Organizaciones de autónomos expresan su compromiso con el impulso del autoempleo entre las personas con discapacidad
- El presidente de la Unión de Profesionales y Trabajadores Autónomos (UPTA), Eduardo Abad, y el presidente de la Asociación de Trabajadores Autónomos (ATA), Lorenzo Amor, han expresado su compromiso con el impulso del autoempleo entre las personas con discapacidad, **cuya tasa en la actualidad es del 10,9%, frente al 16,3% del conjunto de la ciudadanía.** 23/09/2019

Dra. Paloma Antón Ares

REFLEXIÓN

En primer lugar esta la persona y después están sus características, el grado de autonomía y sus capacidades

La limitación están en el funcionamiento no en la persona.

De ahí la enorme importancia del desarrollo de habilidades

Dra. Paloma Antón Ares

REFLEXIÓN

En todos los casos deben aunarse sinergias

para que se logre el éxito.

Dra. Paloma Antón Ares

REFLEXIÓN

- La accesibilidad Web aún está en desarrollo.
- Mejorar el acceso a la Web de personas con discapacidad
- Establecer una línea de acción e inclusión para que la sociedad de la información no se traduzca en exclusión social
- Aún hay un gran trabajo por realizar.
- Es importante que es ese acceso esté al alcance de TODOS.

Dra. Paloma Antón Ares

REFLEXIÓN

En las políticas públicas:

Que se agilicen los trámites burocráticos de las instituciones para que a las personas con discapacidad, al igual que al resto de la población, les resulte "más sencillo" interactuar con ellas.

Los derechos humanos, a veces resultan incómodos y retadores, porque para que se cumplan tienen que cambiar muchas cosas, por lo que tenemos que concienciar y trabajar para lograr el máximo número de aliados.

Dra. Paloma Antón Ares

¡MUITO OBRIGADO¡

¡MUCHAS GRACIAS!

Paloma Antón Ares
Universidad Complutense de Madrid
palomanton@edu.ucm.es

10

INCLUSÃO PROFISSIONAL E QUALIDADE DE VIDA. UM ESTUDO COMPARADO NO CAMPO DA DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Palestrante: Carlos Veloso da Veiga & Luísa Martins Fernandes - Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade - Universidade do Minho, Braga, Portugal

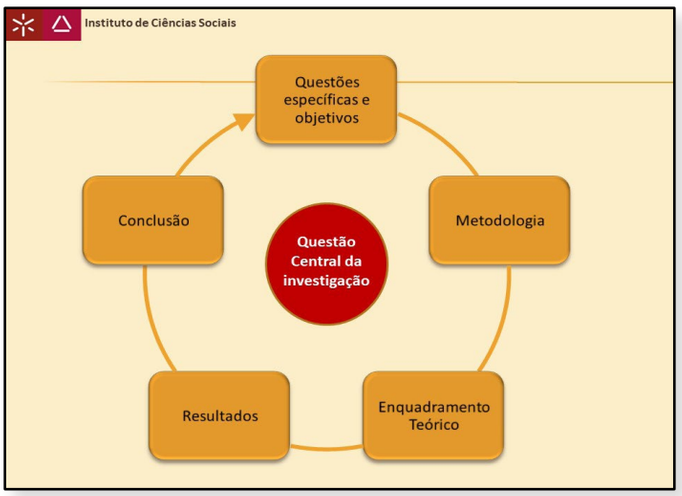
Resumo: Nesta comunicação apresentamos e refletimos sobre os resultados de um estudo de comparativo realizado em 4 organizações de formação e reabilitação profissional de pessoas com deficiência, duas sedeadas no Norte de Portugal e duas na Comunidade Autónoma da Galiza (Espanha). A pesquisa desenvolvida procurou compreender e explicar a ação dos agentes dessas organizações, concretamente o seu contributo para a (re)produção do sistema de regras sociais sobre a deficiência, a partir da forma como as suas práticas contribuem e potenciam (ou não) competências ao nível da autodeterminação, vida independente e participação comunitária, dimensões que integram o conceito de Qualidade de Vida adotado. A amostra reuniu 24 trabalhadores/as com deficiência intelectual, da Galiza e do Norte de Portugal, que realizaram formação profissional em organizações de formação e reabilitação profissional. O Modelo de Qualidade de Vida, construído tendo por base o Modelo de Qualidade de Vida de Veiga *et al*. (2014), foi circunscrito às três dimensões atrás referidas e na pesquisa recorreu-se a uma combinação de procedimentos, numa interação entre métodos quantitativos e qualitativos (Fielding e Schreier, 2001; Flick, 2005; Creswell, 2003; Strauss e Corbin, 2008), efetuando-se uma triangulação intermétodos, através do cruzamento de informação proveniente de várias fontes para ser possível alcançar os objetivos da pesquisa (Duarte, 2009). Os dados recolhidos durante o trabalho de campo provém dos testemunhos dos trabalhadores com deficiência e das pessoas com quem mais privam na sua vida quotidiana – amigos, familiares, colegas, empregadores; das observações registadas antes e após os momentos de acompanhamento do quotidiano de vida dos trabalhadores; do testemunho de especialistas, formadores e responsáveis das organizações formadoras, tidos como fundamentais para a compreensão dos processos formativos, das práticas e regras seguidas, nos seus contributos e impactos para a inclusão profissional e qualidade de vida das pessoas com deficiência. No total foram entrevistadas e/ou inquiridas 150 pessoas.

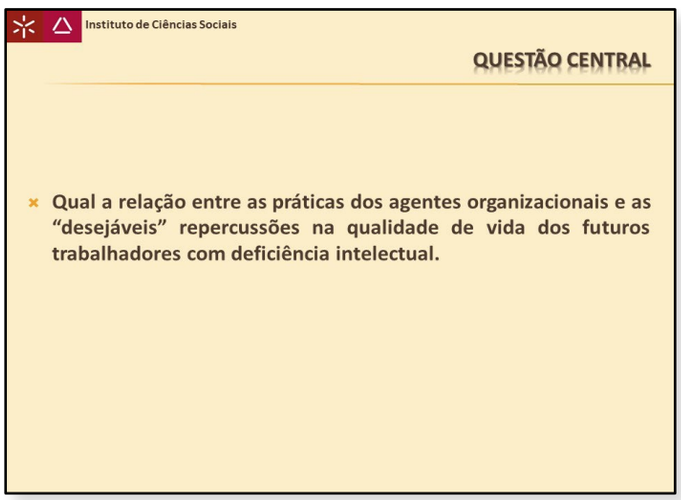
A resposta às interrogações colocadas na pesquisa passou pela mobilização do sistema de conceitos da Teoria da Estruturação de Giddens. Assim, nesta comunicação clarificamos a forma como foram mobilizados alguns conceitos desta Teoria para compreender e explicar as práticas dos agentes das organizações, em conformidade com o modelo de Qualidade de Vida utilizado, no seu contributo para a transformação e/ou reprodução do sistema de regras sociais da deficiência.

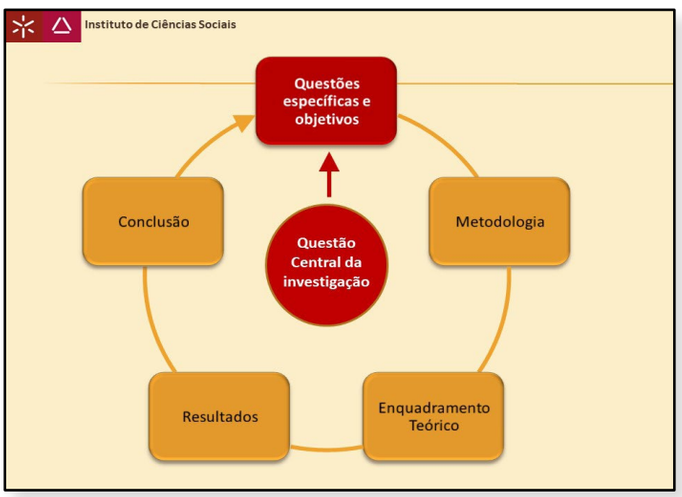
No essencial, esta comunicação convida os diversos atores das organizações que promovem a

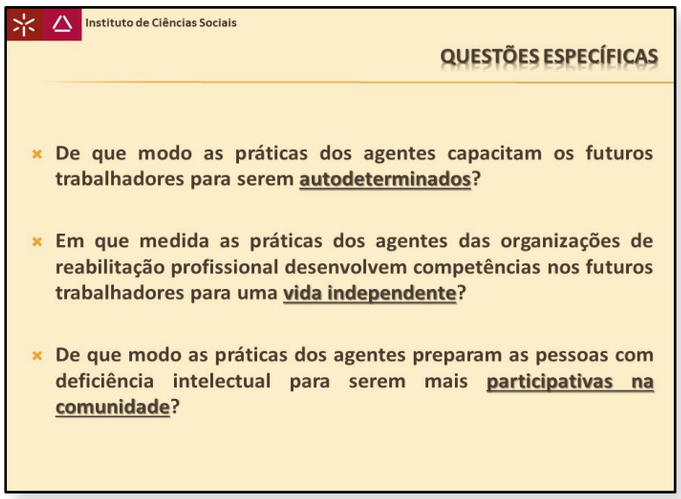
inclusão das pessoas com deficiência a refletirem sobre o que fazem e no modo como o fazem, para tomarem consciência de suas práticas seguirem regras transformadores ou reprodutoras do sistema de regras sociais da deficiência. Por outras palavras, pretende-se levar esses atores refletirem de modo crítico sobre se as suas práticas contribuem para a melhoria da Qualidade de Vida das pessoas com deficiência no sentido de lhes desenvolverem competências ao nível da autodeterminação, vida independente e participação comunitária, i.e. se tornam aquelas pessoas agentes sociais competentes para as exercerem de fato, tanto dentro como fora dos espaços das organizações onde exercem as suas atividades profissionais.

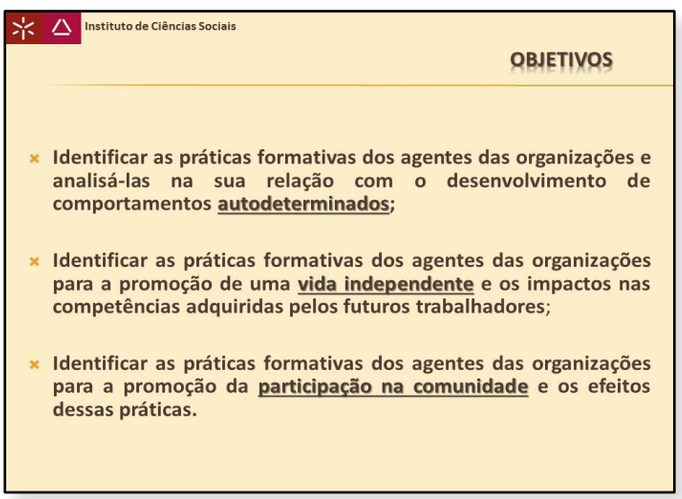
APRESENTAÇÃO DA PALESTRA











Instituto de Ciências Sociais

Instituto de Ciências Sociais

METODOLOGIA

- **Quatro** organizações de Reabilitação e Formação Profissional na Euroregião;
- As quatro organizações incluem-se nas ONG, sem fins lucrativos e com estatutos IPSS;
- **Amostra final** – 24 trabalhadores com deficiência intelectual ligeira ou moderada (etapa adulta podem adquirir habilidades sociais e laborais adequadas para uma independência mínima);
- **Modelo de Qualidade de Vida** utilizado nesta investigação foi inspirado no **Modelo de Veiga et al** (2014).

Instituto de Ciências Sociais

METODOLOGIA

- **Total:** foram entrevistadas e/ou inquiridas 150 pessoas

Instituto de Ciências Sociais

METODOLOGIA

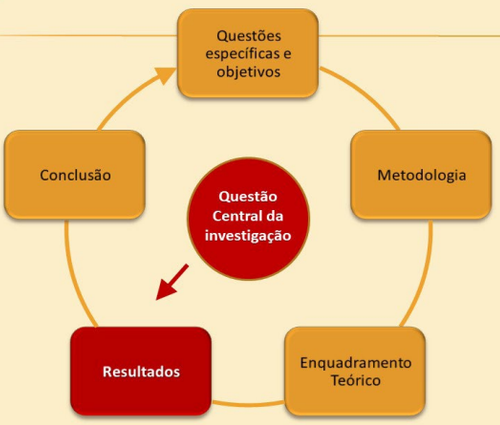
- **Instrumentos utilizados para recolha de dados:**
  - **Fichas Pessoais** (caraterização biográfica);
  - **Dados Documentais/Não Documentais** - literatura técnica (rel. de estudos de pesquisa e de trabalhos teóricos); literatura não-técnica (rel. e dossiês pedagógicos);
  - **Inquéritos por questionário** (trabalhadores e formadores);
  - **Entrevistas** (formadores, empregadores, familiares, amigos, colegas de trabalho, diretores das organizações, especialistas no campo da formação e reabilitação profissional);
  - **Diário de campo.**
- **Análise dos dados:**
  - **Análise Qualitativa** – as entrevistas foram sujeitas a análise de conteúdo. Usaram-se grelhas de recolha com categorias orientadas pelas dimensões do modelo de qualidade de vida adotado;
  - **Análise Quantitativa** – com os inquéritos por questionário construíram-se 2 bases de dados em SPSS. Recorreram-se às tabelas por frequência e de dupla entrada para cruzar dados de 2 variáveis (usamos especialmente a variável país de origem).

Instituto de Ciências Sociais

Instituto de Ciências Sociais

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Instituto de Ciências Sociais



Instituto de Ciências Sociais

RESULTADOS

Autodeterminação	Vida Independente
Autonomia na gestão dos horários; Autonomia nos cuidados de higiene diária; Autonomia na gestão de atividades correntes da vida diária ; Autonomia no seio das relações familiares; Autonomia para organizar os tempos livres; O estado das aspirações; As relações Familiares; **As relações de Amizade**; As relações Amorosas; As relações Profissionais.	Autonomia na gestão da vida doméstica; **Autonomia de mobilidade no espaço público.**
Participação	
Pertença a Coletividades e Associações; Expressão de cidadania; Participação em atividades de lazer; Autonomia no uso dos meios de comunicação e informação.	

Instituto de Ciências Sociais — As Relações de Amizade

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Consciência Discursiva	As relações de amizade dão qualidade às nossas vidas e desenvolvem sentimentos de identidade e de pertença a grupos.	
Consciência Prática	As relações de amizade com outros formandos acontecem espontaneamente durante o processo formativo, não são realizadas práticas formativas específicas que os preparem para isso.	Programa "Me Muevo" (grupos de convívio para atividades de ócio semanais); Incentivo na adesão a coletividades e associações; Promoção do regresso às organizações após a inclusão no mercado de trabalho para reciclagem e aperfeiçoamento profissional.

Instituto de Ciências Sociais

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Recursos	Usam recursos distributivos (formandos, instalações e equipamentos); Recurso - atividades do mundo educativo (festas de natal, carnaval, final de ano, viagens de estudo e participação em atividades de cultura e desporto).	Usam recursos distributivos (formandos, formadores); Recursos de autoridade, procuram influenciar as famílias para que tenham maior confiança nos seus filhos e não os impeçam de participar na vida comunitária.
RegraS	É muito positivo que exista convivialidade entre os formandos; Os formandos têm competências para estabelecerem e prosseguirem relações de amizade;	Os formandos têm competências para estabelecerem e prosseguirem relações de amizade; As famílias estão disponíveis para alterarem os seus comportamentos.

Instituto de Ciências Sociais

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Consequências	Os agentes agem com o intuito de transformar o sistema de regras sociais da deficiência, no entanto não acautelam a continuidade das suas práticas fora do contexto institucional.	Os agentes das organizações agem no sentido dos futuros trabalhadores poderem manter ou aumentar as relações de amizade desenvolvidas no contexto da formação na tentativa de transformar o sistema de regras sociais da deficiência.

Instituto de Ciências Sociais

TESTEMUNHOS NORTE DE PORTUGAL — RESULTADOS

- Ela participava e gostava muito de todas as atividades que havia na escola. Em termos de desporto, de festas de Natal, as festas de final de ano ela participava nessas festinhas todas e adorava. Também participava nos passeios organizados, visitas, ela ia sempre. (formador, Norte de Portugal)
- Ele quando está de férias está mais aborrecido do que quando está a trabalhar, porque quando está a trabalhar convive com as pessoas e quando não, está mais fechado. O trabalho para ele também serviu como desporto, como convívio que tem com este e com aquele, que conversa. (...) Mesmo ao Domingo, se eu sair ele sai, se eu não sair, ele não sai. (familiar, Norte de Portugal)

Instituto de Ciências Sociais

TESTEMUNHOS GALIZA — RESULTADOS

- É uma pessoa que efetivamente por vir à Associação está em contacto com muita gente, vai a um ginásio (...) e já o faz há muitos anos. (...) Aqui também há um projeto de saídas ao fim-de-semana, o "Me Muevo", que ele participa também. Ele está bastante envolvido na participação da vida comunitária. (formador, Galiza)
- Muito importante a colaboração das famílias. (...) Nós temos usuários e gente que já não vem à associação e que mantem relações de amizade com gente que está aqui. Visitam-se semanalmente na sua casa ou ficam para tomar algo porque as famílias articulam um mecanismo para que isso suceda ou ensinam ou dizem ou mandam mensagem entre os pais e combinam. (...) O que tentamos é trabalhar com a família para que mudem a forma de ver as coisas. (diretor, Galiza)

Instituto de Ciências Sociais — Autonomia de mobilidade no espaço público

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Consciência Discursiva	Ter autonomia de mobilidade no espaço público é fundamental no acesso a lugares para desempenhar funções sociais e para realizar tarefas nas diversas atividades do dia-a-dia;	
Consciência Prática	Têm como práticas de treino levar esporadicamente os formandos em grupo para experienciarem os transportes públicos. Utilizam carrinhas das organizações para transporte casa-organização-casa;	Têm como práticas ensinar trajetos de autocarro e praticar a mobilidade no espaço urbano de casa para o trabalho, organização e locais de lazer;

Instituto de Ciências Sociais

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Recursos	Usam recursos distributivos (formandos, formadores, instalações e equipamentos) para realizarem práticas ligadas à mobilidade no espaço público;	Usam recursos distributivos (formandos, formadores e recursos de autoridade) para realizarem práticas ligadas à mobilidade no espaço público;
RegraS	Intenções positivas não são treinadas suficientemente para que na vida quotidiana destas pessoas se tornem aprendizagens efetivas; Podem não ser verdadeiramente competentes para mobilidade autónoma no espaço público;	Com treino, insistência e apoio pessoal a autonomia de mobilidade no espaço público passa de desejável a possível; Podem ser competentes para a mobilidade autónoma no espaço público;

Instituto de Ciências Sociais

RESULTADOS

	Norte de Portugal	Galiza
Consequências	Parece-nos que os agentes não põem verdadeiramente em prática ações para desenvolver a mobilidade no espaço público. Portanto, contribuem para a reprodução do sistema de regras da deficiência. A segurança ontológica dos trabalhadores, quer no domínio sobre as coisas quer na capacidade de se moverem no meio de forma segura não chega verdadeiramente a ser desenvolvida.	Parece-nos que os agentes põem em prática ações para desenvolver a mobilidade no espaço público. Portanto, contribuem para a transformação dos sistema de regras da deficiência. Desenvolvem a segurança ontológica nos trabalhadores quer no domínio sobre as coisas quer na capacidade de se moverem no meio de forma segura.

Instituto de Ciências Sociais

TESTEMUNHOS NORTE DE PORTUGAL — RESULTADOS

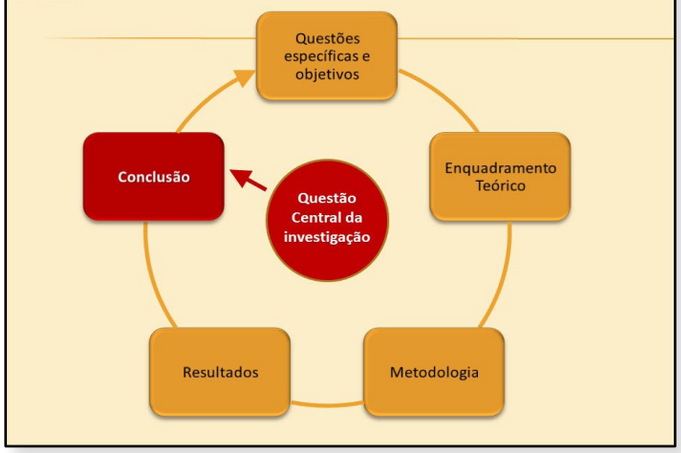
- Do que eu sei, a nível de transportes ao vir para a instituição, acho que não tinha grandes problemas, visto que era uma carrinha da C. que a trazia a ela, juntamente com outros miúdos. **(formador)**
- Nós no fundo o que acabamos por fazer é mostrar-lhes os espaços, espaços de diversão, espaços de consumo e aferição de algum prazer de alguma cultura (...). Mas só lhes mostramos, não os treinamos para isso (...). **(especialista)**

Instituto de Ciências Sociais

TESTEMUNHOS GALIZA — RESULTADOS

- Ensinamos que venha sozinha de onde trabalha ou estuda. Quem faz isto são os formadores (...). Já sabes a mecânica: 1º acompanhamos; 2º seguimos; 3º depois que não nos veja, durante o tempo que seja necessário. **(diretor)**
- Ajudámo-la a utilizar o transporte público para que ela se pudesse mover de forma autónoma. Começou por aprender a rota do autocarro que vai desde a sua casa até ao seu trabalho (...). Inclusive o ato de tocar a campainha para sair na paragem quando era a sua vez. Foi um treino difícil pois sempre passava o local de paragem, nos dias de hoje ela movimenta-se, vai ao seu trabalho e volta para casa, vem à Fundação e vai às atividades de ócio sozinha. **(formador)**

Instituto de Ciências Sociais



Instituto de Ciências Sociais

CONCLUSÃO - AUTODETERMINAÇÃO

Norte de Portugal	Galiza
Os agentes organizacionais põem em prática regras reprodutoras e transformadoras do sistema de regras da deficiência.	Os agentes das organizações põem em prática regras reprodutoras e transformadoras do sistema de regras da deficiência.
A consciência discursiva está mais vezes em dissonância com a consciência prática. Parece-nos que seguem com maior frequência regras reprodutoras do sistema de regras da deficiência. Revelam boas razões morais para atenuar as desvantagens sociais, mas por vezes resultam consequências não intencionais da ação e não se acautelam a continuidade dessas práticas na vida não institucionalizada.	A consciência discursiva está mais vezes em consonância com a consciência prática. Parece-nos que seguem com maior frequência regras transformadoras do sistema de regras da deficiência. Os agentes fazem uso da sua autoridade sobre as famílias para que as mesmas mudem os seus comportamentos não inclusivos.

Instituto de Ciências Sociais

CONCLUSÃO – VIDA INDEPENDENTE

Norte de Portugal	Galiza
Os agentes organizacionais põem em prática regras reprodutoras e transformadoras do sistema de regras da deficiência.	Os agentes organizacionais põem em prática regras transformadoras do sistema de regras da deficiência.
Os agentes não fazem uso da sua autoridade sobre as famílias e têm como estratégia substituírem-se a elas, pois consideram que deixam incompleto o processo de socialização primária dos seus filhos. Ao fazê-lo estão a permitir que as famílias continuem a reproduzir a regra que estas pessoas não são verdadeiramente competentes para uma vida independente.	Os agentes evitam substituírem-se às famílias preferindo usar da sua autoridade sobre elas porque sabem que obterão uma grande adesão e colaboração nas suas estratégias de ação.

Instituto de Ciências Sociais

CONCLUSÃO – PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE

Norte de Portugal	Galiza
Os agentes organizacionais põem em prática regras reprodutoras e transformadoras do sistema de regras da deficiência.	Os agentes organizacionais põem em prática regras reprodutoras e transformadoras do sistema de regras da deficiência.
A consciência discursiva está mais vezes em dissonância com a consciência prática. Parece-nos que seguem com maior frequência regras reprodutoras do sistema de regras da deficiência. Revelam boas razões morais para atenuar as desvantagens sociais mas por vezes resultam consequências não intencionais da ação, como o fortalecimento do próprio sistema de regras da deficiência.	A consciência discursiva está mais vezes em consonância com a consciência prática. Parece-nos que seguem com maior frequência regras transformadoras do que regras reprodutoras do sistema de regras da deficiência. Os agentes organizacionais usam a sua autoridade e apelam à responsabilidade social das organizações para que estejam sensibilizadas para receber e incluir as pessoas com deficiência intelectual.

Instituto de Ciências Sociais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- **- A forma como os agentes das organizações pensam e estruturam as práticas formativas e de apoio ao emprego, em termos de uso de regras e recursos, são fundamentais na melhoria da qualidade de vida das pessoas com DI;**
- **Práticas semelhantes podem ter consequências socialmente diferenciadas, reproduzindo ou transformando o socialmente instituído;**
- **As ações de qualificação dos profissionais e dirigentes das organizações, devem incorporar formação que tenha em atenção a necessidade de autoavaliarem as suas práticas, em termos da sua contribuição para a (re)produção do sistema de regras sociais sobre a deficiência.**
- **Monitorizar a eficiência dos processos de inclusão profissional implica recorrer a estudos longitudinais para aferir das transformações na qualidade de vida das pessoas apoiadas.**

11

ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO (IFBR)

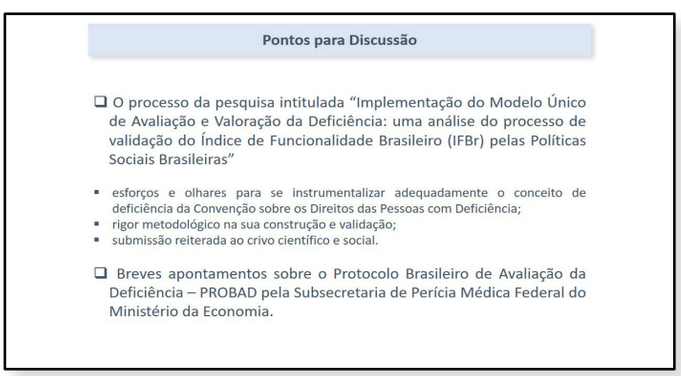
Palestrante: Ana Paula Barros

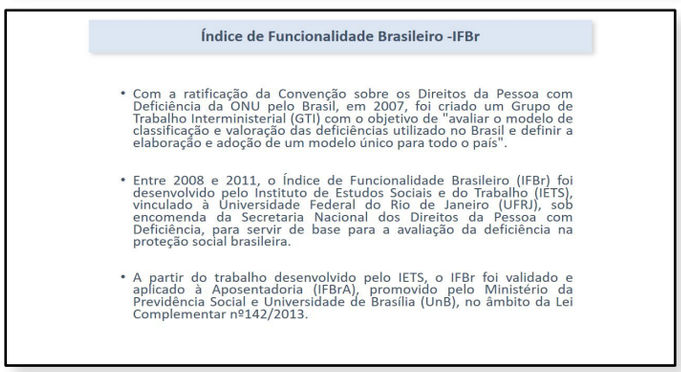
RESUMO

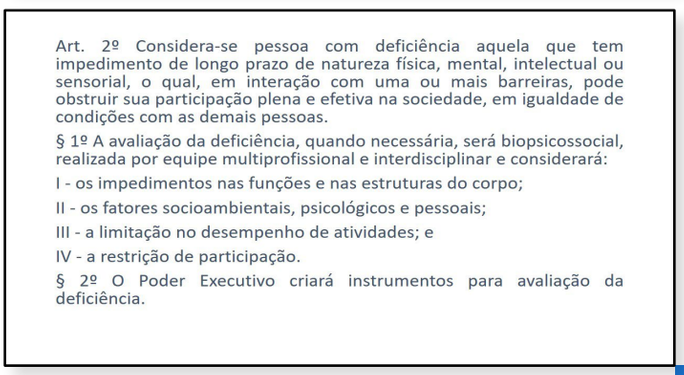
O Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) é um instrumento de avaliação da deficiência baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), que pretende ser utilizado como um modelo único de avaliação da deficiência, como preconizado pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei nº 13.146/2015). Antes de se ater especificamente ao IFBr, é necessário realizar dois movimentos, com vistas a compreender em que consiste a fase atual, quando tratamos do processo de validação do IFBr. De um lado, trata-se do debate conceitual sobre a deficiência e, nela, a disputa entre dois modelos, o biomédico e o social. De outro lado, é compreender as intervenções práticas que são realizadas em face da deficiência. Nesse ponto, é decisivo afirmar que na presente discussão partimos do entendimento de que a compreensão sobre a deficiência irá determinar as formas e as possibilidades de intervenção sobre ela. No contexto brasileiro, é possível observar significativas mudanças que acompanham os diversos olhares sobre a deficiência, consolidando intervenções que superam o corpo dos sujeitos, para a responsabilização da sociedade como um todo, em face da experiência da deficiência. Deficiência, assim, passa a ser percebida como um conceito relacional e necessariamente coletivo e não mais simplesmente estático e individual. Determinar a deficiência e avaliá-la é resultado de disputas teóricas, metodológicas e interventivas que se expressam na correlação de forças entre diferentes áreas do saber as quais são reproduzidas pelas categorias profissionais em suas ações cotidianas. Nessa direção, trata-se de afirmar que a definição sobre quem são as pessoas com deficiência, para fins de proteção social, é resultado do embate entre perspectivas teóricas distintas. A criação do instrumento de avaliação da deficiência IFBr se deu a partir da constituição de um Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pela Presidência da República em 26 de setembro de 2007. O projeto foi viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão da então Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República e teve início em janeiro de 2011, sendo concluído em abril de 2012. O grupo de trabalho se debruçou sobre a criação do IFBr, o qual, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde (CIF), delimitou o eixo central da avaliação como a funcionalidade. Nessa cronologia, é possível observar que, desde a primeira década do século XXI, o país está preocupado em aperfeiçoar seus instrumentos de avaliação da deficiência, o que é consequência da ampliação dos estudos sobre o tema e, com eles, a utilização do modelo social da deficiência para as políticas sociais. Perante esse debate, a Lei nº 13.146/2015 é instituída para assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por parte da pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e o pleno exercício da cidadania. Ao discorrer a respeito de quem são consideradas pessoas

com deficiência de que trata essa Lei, o Art. 2º segue a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2007), ao reconhecer serem aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Por meio do Decreto nº 8954, de 10 de janeiro de 2017, foi instituído o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência. Uma das atribuições do Comitê é criar instrumentos para a avaliação biopsicossocial da deficiência. Neste cenário, o Índice de Funcionalidade Brasileiro tem sido objeto de pesquisas, com vistas a sua utilização nos instrumentos de avaliação da deficiência. Em ações concomitantes ao Comitê, a Universidade de Brasília tornou-se a instituição de pesquisa responsável por analisar a apropriação do IFBr nos instrumentos de avaliação da deficiência e propor os aperfeiçoamentos. Desde o ano 2016, os entes públicos estão promovendo processos de validação próprios do Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado (IFBrM), como parte da implementação do chamado Modelo Único de Avaliação da Deficiência, introduzido no ordenamento jurídico brasileiro pela publicação da Lei Brasileira de Inclusão, cuja previsão de entrada em vigor era janeiro de 2018. Nessa direção, o inciso 2º da referida Lei versa que é de responsabilidade do Poder Executivo criar instrumentos para avaliação da deficiência. Com a consolidação das referidas normativas e respondendo a suas orientações legais e políticas, o Brasil está avançando no que tange à avaliação das pessoas com deficiência para fins de acesso às políticas sociais. No momento presente, pesquisadores e profissionais que atuam nos serviços do Sistema Único de Saúde, selecionados pelo Ministério da Saúde, estão construindo coletivamente o aprimoramento do instrumento único de avaliação da deficiência com base no Índice de Funcionalidade Brasileiro – IFBr, recebendo a nomenclatura de IFBR-M. A pesquisa nacional de validação do IFBrM é de responsabilidade da Universidade de Brasília, com a coparticipação do Ministério da Saúde e patrocinada pela Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, órgão integrante do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA







Índice de Funcionalidade Brasileiro -IFBr

Conforme previsto no §2º do Art. 2º da Lei Brasileira de Inclusão (LEI Nº 13.146, DE 6 DE JULHO DE 2015), o **Comitê Interministerial da Avaliação Unificada da Deficiência e Cadastro-Inclusão (Decreto Presidencial nº 8.954, de 10 de janeiro de 2017),** com apoio institucional da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, UnB e intensa participação do Ministério da Saúde, iniciou, em 2017, o processo de validação do IFBr para as políticas setoriais.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM

Dessa forma, o Índice Brasileiro de Funcionalidade Brasileiro Modificado, IFBr-M, como foi nominado após a validação de conteúdo, foi validado por meio da pesquisa de **Implementação do Modelo Único de avaliação e valoração da deficiência: uma análise do processo de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr) pelas políticas sociais brasileiras**, sob responsabilidade da UnB, contratada pelo do Ministério da Mulher, Família e dos Direitos Humanos e Coparticipação do Ministério da Saúde.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado – IFBrM

Objetivo Geral

Validar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado – IFBrM - de avaliação da deficiência para fins de proteção social.

Objetivos específicos:

- Aplicar o instrumento a pessoas de diversas idades e com cinco tipos de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual e mental);
- Compreender a percepção de profissionais e de pessoas com deficiência envolvidos na aplicação do IFBrM, sobre o instrumento e as possíveis modificações;
- Validar o instrumento do ponto de vista da face, propondo aperfeiçoamentos;
- Validar o instrumento do ponto de vista de sua acurácia, calculando a sua sensibilidade e especificidade e realizando ajustes à sua estrutura.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Em três etapas:

1. **Conteúdo:** avalia o grau com que as questões do um instrumento fornecem a informação que se quer obter, isto é, a adequação, a completude e a abrangência dos quesitos, segundo os conhecimentos científicos que dão base às regras de medida empregadas (Turato, 2003). **Foi realizada no âmbito do Comitê, que reuniu gestores, técnicos e especialistas**.

Comitê Nacional de Cadastro de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência (CIAD).

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM

- **O instrumento – IFBrM:** Composto por 7 formulários.

Formulário 01: **Identificação Institucional da Avaliação IFBRM**
Formulário 02: **Resumo de Avaliadores e de Pessoa que Informou cada Etapa**
Formulário 03: **Identificação do Avaliado;**
Formulário 04: **Funções Corporais Acometidas – Impedimentos**
Formulário 05: **Matriz Do Índice De Funcionalidade Brasileiro Modificada Pelo Comitê.**
Formulário 06: **Modelo Linguístico Fuzzy**
Formulário 07: **Percepção Dos Avaliadores E Do Avaliado Para Construir Padrão De Validação**

Obs.: O formulário 05 está distribuído em 7 Domínios, contendo 57 atividades a serem valoradas.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

2. **Face:** avalia a aceitabilidade dos quesitos ou instrumentos pelos operadores ou especialistas e pelos entrevistados ou afetados, buscando a adequação cultural quanto à interpretação; adequação histórica; confiabilidade da troca, envio e recepção das mensagens entre examinados e examinadores, nas condições em que o instrumento será posto em operação. (Meinert e Tonascia, 1986; Sackett, Haynes et al., 1991).

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

3. **Acurácia** – avalia estatisticamente, comparando com um padrão-ouro, a sensibilidade, especificidade, valores preditivos e verossimilhança, precisão, confiabilidade ou repetibilidade, e eficiência do emprego do instrumento em comparação com as técnicas mais caras e mais detalhadas que deram origem ao padrão-ouro. (Szklö e Javier Nieto, 2007).

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Métodos:

O estudo envolve métodos mistos concomitantes:

(i) entrevista com profissionais da instituição e pessoas atendidas sobre a aceitabilidade cultural e histórica do IFBr;

(ii) aplicação do IFBr por profissionais das instituições coparticipantes em pessoas escolhidas.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Universo Inicial:

O IFBr-M foi validado em todas regiões do país, em 14 municípios e o Distrito Federal, distribuídos em 12 polos de validação.

Sendo:
19 Centros Especializados de Reabilitação – CERs
20 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSs (Adulto e Infantil).
10 Equipes de Atenção Básica.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Coleta dos dados:
Acurácia

Todos os participantes da validação de acurácia que foram submetidos à avaliação dos profissionais aplicadores em duplas.

Face

Os participantes da validação de face foram aqueles que já se submeteram à aplicação do IFBrM (no caso das pessoas com deficiência) e os profissionais responsáveis pela aplicação.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Questões Éticas:

Comitê de Ética em Pesquisa das Ciências Sociais e Humanas da Universidade de Brasília e ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e das instituições que possuíam Comitês próprios.

Todos os gestores e gestoras, municipais e estaduais, Secretário da SAS/MS e Diretora DAPES assinaram o Termo de Aceite para a pesquisa.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Questões Éticas:

Foi garantido o anonimato a todos os informantes entrevistados, tendo sido informados os objetivos da pesquisa e assegurado o sigilo em torno de sua identidade, a ausência de ônus para a sua participação na pesquisa e o seu direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

A participação foi condicionada ao TCLE, tanto para as pessoas com deficiência (avaliados) como para os profissionais aplicadores (avaliadores).

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Amostra:

	Idade				
Deficiência	**0-4**	**5-10**	**11-17**	**18-59**	**>= 60**
Visual	280	280	280	280	280
Auditiva	280	280	280	280	280
Mental	280	280	280	280	280
Intelectual	280	280	280	280	280
Física	280	280	280	280	280
Total	1400	1400	1400	1400	1400

Amostra de 7.000 (sete mil) pessoas, estimada a partir de uma prevalência de 90%, sendo os participantes identificados de acordo com cotas por idade e por deficiência.

As cotas para a amostra serão cumpridas de acordo com o quadro acima.

Índice de Funcionalidade Brasileiro Modificado –IFBrM – Validação

Universo Inicial:

UF	Município	Estabelecimento	Tipo
GO	Goiânia	Centro de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo - CRER	CER IV
MS	Campo Grande	Centro Especializado de Reabilitação – CER/APAE	CER IV
BA	Salvador	Centro Estadual de Prevenção e Reabilitação da Pessoa com Deficiência - CEPRED	CER III
BA	Salvador	Hospital Santo Antonio/Obras Sociais Irmã Dulce - OSID	CER IV
PB	Campina Grande	Centro Especial em Reabilitação Campina Grande	CER IV
PB	João Pessoa	Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência - FUNAD	CER IV
PE	Recife	IMIP	CER IV
PE	Recife	Fundação Altino Ventura	CER IV
PA	Belém	Unidade de Ensino Assistencia de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - UEAFTO	CER II
TO	Colinas do Tocantins	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Colinas	CER II
RJ	Niterói	Associação Fluminense de Reabilitação - AFR	CER II
RJ	Niterói	Associação Pestalozzi de Niterói - APN	CER II
RJ	Niterói	Associação Fluminense de Amparo aos Cegos - AFAC	CER II
SP	Bauru	Sorri Bauru	CER III
SP	São Paulo	Centro de Reabilitação M'Boi Mirim - NIR/NISA	CER IV
SP	São Paulo	CER IV Flávio Gianotti	CER IV
SC	Criciúma	Fundação Educacional de Criciúma - FUCRI - Clínicas Integradas	CER II
SC	Florianópolis	Centro Catarinense de Reabilitação	CER II
DF	Brasília - Taguatinga	Centro Especializado em Reabilitação Taguatinga	CER II

Mudanças na Fase II da Pesquisa

- Ampliação dos campos de coleta de dados, com a inclusão de instituições especializadas em atendimento a pessoas com deficiência;
- Capacitação de residentes multiprofissionais;

APAES participantes da pesquisa em Minas Gerais

MG	ALEM PARAIBA	ESCOLA INTERMEDIARIA CORA PARA DUARTE APAE
MG	ARAXA	APAE DE ARAXA
MG	BELO HORIZONTE	APAE BELO HORIZONTE
MG	BRUMADINHO	APAE BRUMADINHO
MG	CONTAGEM	CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITACAO CER IV
MG	ITABIRITO	APAE DE ITABIRITO
MG	ITALINA	APAE DE ITALINA
MG	ITUIUTABA	APAE DE ITUIUTABA
MG	LEOPOLDINA	APAE LEOPOLDINA
MG	MANTENA	APAE DE MANTENA
MG	MORADA NOVA DE MINAS	APAE DE MORADA NOVA DE MINAS
MG	PARA DE MINAS	APAE DE PARA DE MINAS
MG	PATROCINIO	APAE DE PATROCINIO
MG	PEDRO LEOPOLDO	APAE PEDRO LEOPOLDO
MG	PIRAUBA	APAE DE PIRAUBA
MG	PRESIDENTE OLEGARIO	APAE DE PRESIDENTE OLEGARIO
MG	TEOFILO OTONI	APAE DE TEOFILO OTONI
MG	TOCANTINS	APAE DE TOCANTINS
MG	TUPACIGUARA	APAE DE TUPACIGUARA
MG	UNAI	APAE UNAI
MG	VISCONDE DO RIO BRANCO	APAE DE VISCONDE DO RIO BRANCO

O Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência – PROBAD

- Documento que se propõe a ser uma proposta de "Avaliação Unificada de Pessoa com Deficiência no Brasil, segundo a Lei nº 13146/15: Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência – PROBAD".
- Apresentado recentemente pela Subsecretaria de Perícia Médica Federal do Ministério da Economia.
- Documento paralelo ao IFBrM com base no IFBr;
- Houve espaço para discussão interministerial desde a concepção da instituição, do processo da pesquisa e em todas as suas fases;
- Recurso público designado à pesquisa nacional – próximo a 2 milhões de reais.
- Ausência da apresentação do rigor metodológico e científico;
- Ausência do diálogo com a sociedade e principalmente de construção coletiva com as pessoas com deficiência;

O Protocolo Brasileiro de Avaliação da Deficiência – PROBAD

1. Slide retirado da Apresentação do Dr. Wederson Santos

- Prerrogativa do médico em definir a existência de impedimento, para só depois submeter ou não à avaliação da deficiência por outros profissionais;
- Prerrogativa do médico em definir uma escala de gradação ou valoração do impedimento;
- Utilização de Baremas (tabela de valoração de danos corporais) para avaliação de estruturas e funções do corpo;
- Quebra do modelo dinâmico e multidirecional da CIF, impedindo a avaliação da deficiência como impactos restritivos no desempenho de atividades da pessoa e na sua participação na sociedade.

Assim, é de responsabilidade do conjunto dos sujeitos envolvidos nos direitos das pessoas com deficiência acompanhar esse processo e garantirmos o respeito ao lema das pessoas com deficiência:

"Nada sobre nós sem nós"

Muito obrigada!

12

LAÇOS SOCIAIS E ESCOLA

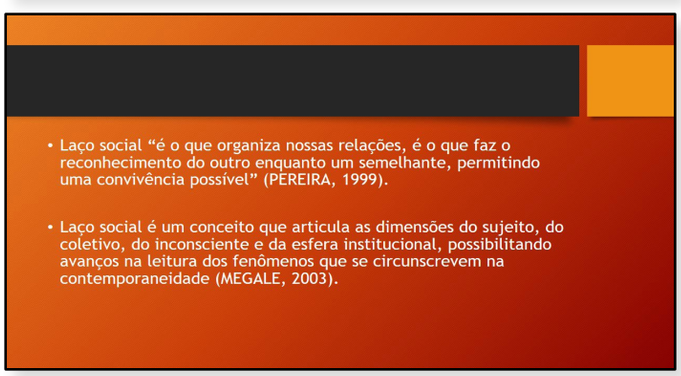
Palestrante: Mônica Rahme

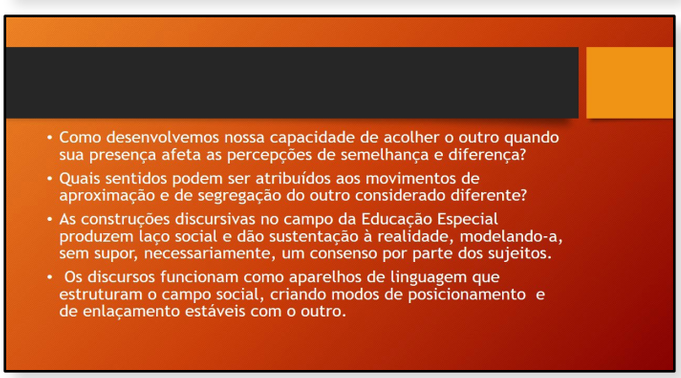
RESUMO

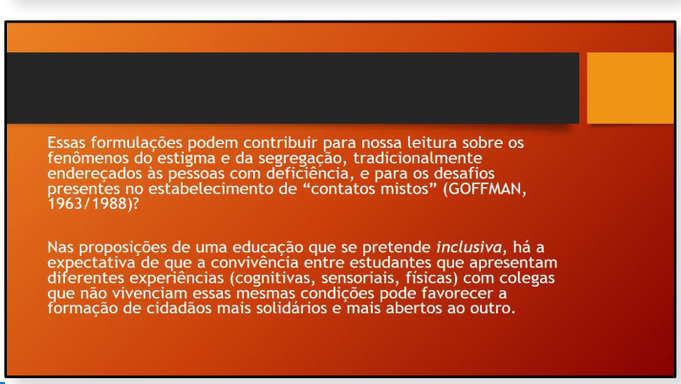
A presente intervenção tem por objetivo discutir a relevância das interações entre pares no contexto educativo e seus efeitos para os processos de subjetivação e de aprendizagem das pessoas com deficiência. Para tanto, toma-se como referência a noção psicanalítica de laço social, a abordagem dos contatos mistos por Erving Goffman e os contributos de pesquisas que abordam o tema, indicando suas potencialidades e desafios. A escola é compreendida, neste trabalho, como espaço de socialização e de conhecimento e como instituição social que tem como preceito cultivar a experiência democrática e cidadã.

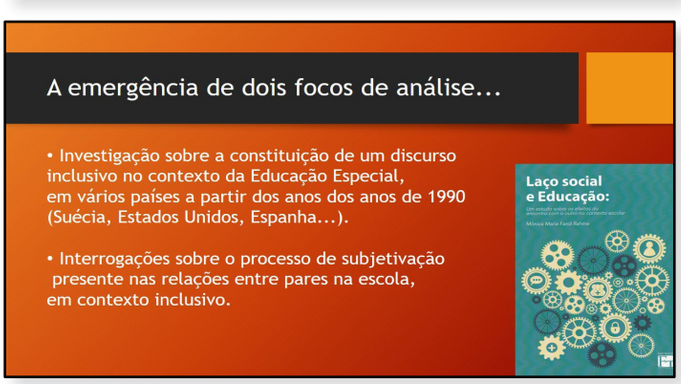
Palavras-chave: Laço social; Educação; Interação entre pares; Contatos mistos.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA









A convivência entre pares na literatura inclusiva

- Instauração de formas propiciadoras de convivência na escola comum, tendo como objetivo sua ampliação para além do território escolar;
- Críticas às intervenções que retiram os(as) alunos(as), no horário de aula, para terem atendimento especializado, à *interposição* de um adulto na relação entre os alunos e à falta de sequência no trabalho pedagógico.

(Richler, 1992; Stone; Campbell, 1992; Karagiannis; Stainback; Stainback, 1999).

Supostos efeitos da convivência

Para o(a) aluno(a) que vivencia uma deficiência ou uma necessidade especial:

- Experimentação de uma aprendizagem mais desafiadora;
- Possibilidade de aprender com colegas que não apresentam as mesmas particularidades;
- Participação na comunidade.

(Richler, 1992; Stone; Campbell, 1992)

Supostos efeitos da convivência

Para o(a) aluno(a) que não apresenta as mesmas condições:

- Possibilidade de contato com a diversidade, o que favoreceria a formação de adultos mais abertos às diferenças, mais cooperativos e respeitosos diante do outro, reduzindo, assim, os movimentos de discriminação e segregação social.
- A literatura dessa época enfatiza as mudanças de representação social em relação às pessoas com deficiência que podem advir de uma convivência comum em ambientes educativos.

(Richler, 1992; Saint-Laurent,1997)

Expectativas em torno da atuação dos profissionais da educação

Na literatura inclusiva, a convivência entre colegas que apresentam e que não apresentam deficiência-necessidades especiais deve ser trabalhada pelos professores e professoras da escola, pois a convivência não é uma decorrência "natural" da sua inserção em ambiente educativo. Para tanto, valoriza-se:

- A mediação dos(as) profissionais da educação;
- O planejamento de estratégias que aproximem as crianças;
- O incentivo à convivência entre pares e não apenas a preocupação com questões específicas da sistematização do conhecimento.

(Porter; Richler, 1992; De Anna, 2003; Canevaro, 2007)

Que os professores(as) incentivem os alunos(as) a:

- Participarem da construção de um projeto de trabalho inclusivo;
- Participarem mais diretamente do processo de inserção escolar dos colegas com deficiência e/ou NEE;
- Acompanharem os colegas ("tutorado").

- *Em que medida essas dimensões tem-se tornado realidade (ou não) nas nossas instituições educativas e produzido novas possibilidades de encontro com o outro?*

Indicações de pesquisa no contexto do início do Ensino Fundamental (Rahme, 2010; 2014)

- Saberes provenientes da experiência de estar junto.
- Movimentos transitivistas de um colega em relação ao outro (Wallon, 1934/1971; Bergès; Balbo, 2002): espelhamento, formulação de hipóteses, maternagem...
- Posições e funções de objeto operando no laço entre as crianças.

Saberes provenientes da experiência de estar junto (Rahme, 2010; 2014)

Interpretações sobre o que estaria acontecendo com Davi, sobre o que poderia ter-lhe afetado; estratégias de intervenção com o colega:

Mônica: [...] quando ele chora, quando ele fica nervoso, o que que vocês fazem....

Renata: Ah, a gente, a gente faz coisas pra, pra ele não ficar nervoso.

Mônica: Tipo o que que vocês fazem?

Renata: Uma coisa que é muito... elegante... que é, quando você quiser, quando [quiser] ele parar de chorar, eu falo: Davi, vamo corrê! [silêncio] que ele para... que ele para, aí... aí vai que ele para... de... de ficar nervoso.

Mônica: Tem outra coisa além do vamo corrê?

[...]

Renata: É... [silêncio] Sabe o que que é, Mônica? [silêncio] É... falar assim: Davi... Davi, você dá algum brinquedo que ele gosta pra ele, que ele para...

Saberes provenientes da experiência de estar junto...

O modo como Davi se posicionava ou reagia a determinadas situações funcionava para alguns colegas como indicativos de seus possíveis gostos pessoais:

Mônica: ... [referindo-se a uma cena que estamos assistindo durante a entrevista, na qual Carolina e Davi brincam juntos] [...]: Você acha que o Davi gosta de brincar assim?

Carolina: Gosta muito.

Mônica: Como é que você sabe que ele gosta?

Carolina: Sabendo.

[...]

Carolina: ... é por causa... na hora que eu fico fazendo isso, ele fica rindo.

Transformação de um momento de crise em brincadeira:

- Convidar Davi para correr; entregar o brinquedo preferido; bater com força os pés no chão; levá-lo para beber água; começar a cantar; brincar com ele, valendo-se de expressões faciais; fazer cosquinha; contê-lo pela via da palavra ou pelos limites do corpo...

Transformação de um momento de crise em brincadeira:

- Convidar Davi para correr; entregar o brinquedo preferido; bater com força os pés no chão; levá-lo para beber água; começar a cantar; brincar com ele, valendo-se de expressões faciais; fazer cosquinha; contê-lo pela via da palavra ou pelos limites do corpo...

Em uma situação de entrevista, Miguel nos diz que gostaria de brincar com os matinhos da forma como fazia Davi, já que o colega demonstrava uma maior habilidade do que ele nesse manejo:

Mônica: Às vezes eu noto que você fica fazendo as mesmas coisas que o Davi... igual teve um dia que você estava arrancando o matinho igual o Davi...

Miguel: Ah! Arrancando o matinho!

Mônica: É, como é que é isso... de arrancar o matinho igual o Davi?

Miguel: É assim ó... [Miguel faz o mesmo movimento que Davi quando arranca os matinhos]

[...]

Miguel: Sabe por que? Eu gosto de imitar ele!

[...]

Mônica: E por que você gosta de imitar ele?

Miguel: Porque eu quero aprender igualzinho, porque ele faz assim ó... ele faz rapidão... eu tenho, eu demoro fazer. Ele, ele faz assim ó, eu faço assim ó... [tenta fazer como Davi, comparando ao seu próprio jeito]

Mônica: Ele faz de um jeito que você não consegue fazer igual?

Miguel: Não.

Sete anos depois...

- Quando a segunda pesquisa ocorreu (2013), Davi já se encontrava na sua terceira experiência escolar e a dois anos de finalizar o Ensino Fundamental. Nesse momento de sua escolarização, verificamos que o contato de Davi com seus colegas de turma era mais pontual. Mesmo assim, foi possível verificar que os colegas lhe endereçavam a palavra em alguns momentos, olhavam o que ele fazia ao lado de sua acompanhante e, por vezes, se surpreendiam com seus retornos, indicando que sua diferença era por eles percebida.

Com o crescimento do número de pesquisas sobre a inclusão escolar, verificamos que a questão da interação entre pares e da construção do laço social se transforma e diversifica nas experiências escolares.

Questões emergem nesse processo:

- Como as crianças identificam (ou não) as diferenças?
- Quais possíveis relações desse processo com a postura docente e o projeto coletivo de escola?
- Há fatores mais determinantes na aproximação entre os colegas?
- Quais efeitos essa convivência produz para os processos de socialização e de aprendizagem dos conhecimentos formais, à medida em que avançam os anos de escolarização?

OBRIGADA!

monicarahme@ufmg.br

13

MANUFACTURING DISABILITY: A DISABILITY STUDIES PERSPECTIVE ON THE SOCIAL MODEL

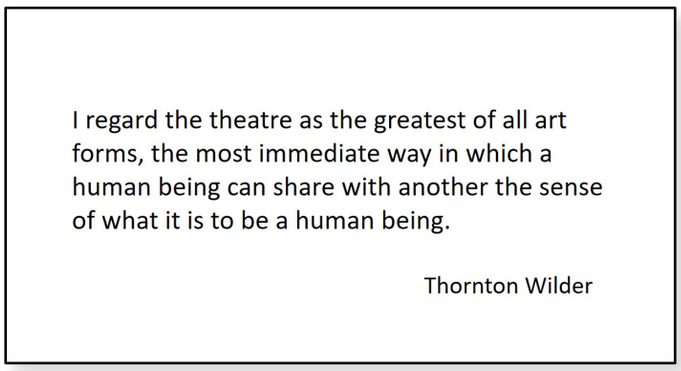
Palestrante: Jan W. Valle

SUMMARY

This session, grounded in the interdisciplinary framework of disability studies (DS), interrogates disability as a social construction that shifts in meaning across time and cultures.

DS research will be presented that explicates the societal mechanisms that determine and sustain cultural responses to disability as well as the resulting material consequences for people with disabilities. Attention will be given to the ways in which "ableism" manufactures disability by actively disabling people through agreed-upon social practices that privilege nondisabled people. In contrast to a medicalized understanding of disability as a deficit or dysfunction located within an individual body, evidence will be offered that supports classification of people with disabilities as a historically oppressed social group. The origins of contemporary ableism will be traced to historic social practices (beginning in Ancient Greece) with specific linkages made to current attitudes and responses to disability. There will be particular focus on the manufacture of "normal" (and its necessary binary of "not normal") that emerged with the advent of the social sciences, statistics, and industrialization. It will be argued that the enforcement of normative expectations upon all bodies functions as a social mechanism to exclude based on the undesirability of "not normal"—a legacy with a long history in public schooling. Lastly, social implications for understanding disability as a civil rights issue will be discussed as well as the rise of social media and its impact upon disability rights activism that seeks to name and disrupt ableist frameworks and practices.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA



56.7 million Americans have disabilities.

Who are we talking about in the United States?

This is 19% of the population or 1 in every 5 people.

Disability is the world's largest minority group and it is one that **anyone** can join at **any time**.

THE MEDICAL MODEL OF DISABILITY

Disability is understood as a:

DEFICIT, DISORDER, DYSFUNCTION within an individual's body

biologic or physical difference that requires CURE, TREATMENT to restore or approximate normalcy

It is the attitudes and physical barriers imposed on them by society

THE SOCIAL MODEL OF DISABILITY

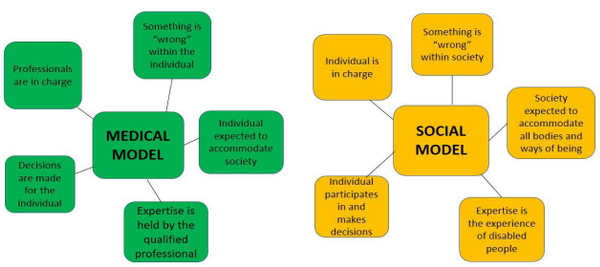
Disability is part of the human experience.

Disability is neutral.

Disability is understood within a socio-political context.

Barriers (physical and attitudinal) are "socially constructed" and disabling.

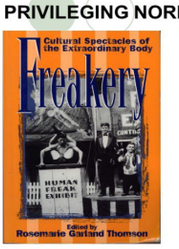
Medical Model vs. Social Model



The field of Disability Studies sees disability as "natural human variation" and asks:

What is disability's relationship to "normal" ?

PRIVILEGING NORMATIVE BODIES



THE *IDEALIZED* CITIZEN

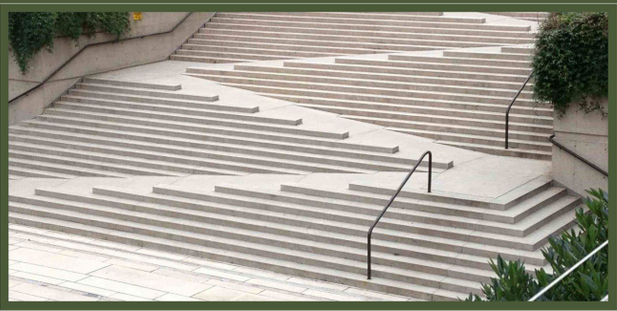
EUROPEAN-AMERICAN
MALE
PROTESTANT
ABLE-BODIED
PROFESSIONAL
MIDDLE TO UPPER CLASS
ENGLISH SPEAKING
HETEROSEXUAL
ATTRACTIVE
INTELLIGENT
ATHLETIC
etc.

Ableism is...

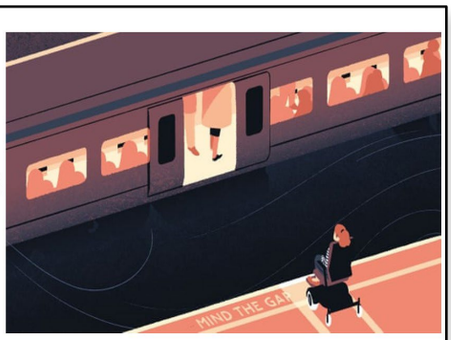
Privileging of nondisabled people and "NORMALCY" as defined by society.

Discrimination or prejudice against people who have disabilities.

got privilege?

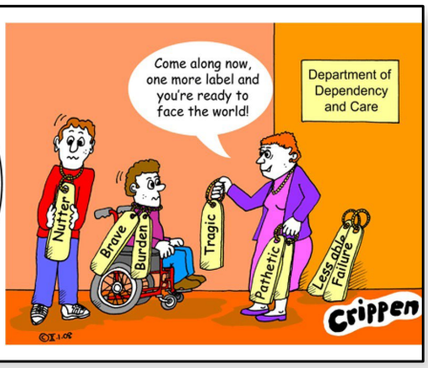


STRUCTURAL BARRIERS



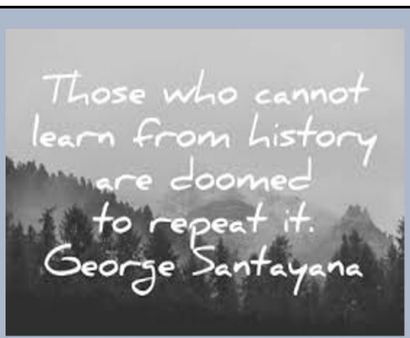
ATTITUDINAL BARRIERS

TRAGEDY
PITY
LIFE NOT WORTH LIVING
ANGELIC
HEROIC
INSPIRATIONAL



DISABILITY DOES NOT = TRAGIC
BUT ABLEISM DOES = OPPRESSION
whatisableism.tumblr.com

"Disabilities are *always* marked with ideological meaning."
Lennard J. Davis (2013)



DISABILITY
AS A
HISTORICALLY OPPRESSED GROUP

THE *MEANING* OF DISABILITY SHIFTS ACROSS TIME AND CULTURE

SOCIAL CONSTRUCTION

ANCIENT MESOPOTAMIA
3100 B.C. TO 539 B.C.

DISABILITY AT BIRTH CONSTRUCTED AS

PUNISHMENT

FROM THE GODS FOR SINS OF THE PARENTS

ANCIENT GREECE
750 TO 500 B.C.

DISABILITY CONSTRUCTED AS

INFERIORITY

KOUROS
STATUE CELEBRATING THE BEAUTY OF YOUTH

APOTHETAE
ABYSS FOR DISABLED INFANTS

8 B.C. TO 5 A.D.

Roman religion encouraged fathers to kill disabled infants who were constructed as a pointless

FAMILY BURDEN

Roman gods favored health and fitness; disability at birth was a sign of displeasure of the gods toward the parents

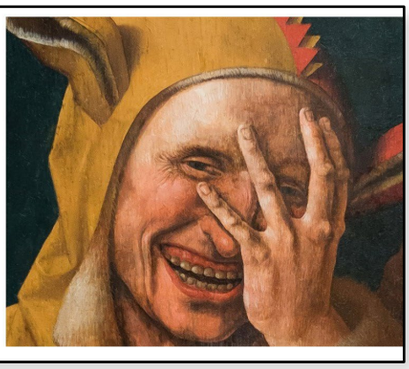
MIDDLE AGES
5TH TO 15TH CENTURY

DISABILITY CONSTRUCTED AS

PUBLIC ENTERTAINMENT

DISABILITY IN THE ROYAL COURTS

THE COURT JESTER



THE ROYAL "DWARVES"

DISABILITY CONSTRUCTED AS THE OBJECT OF

RELIGIOUS CHARITY

THE HUNCHBACK OF NOTRE DAME
BY VICTOR HUGO
15TH CENTURY SETTING

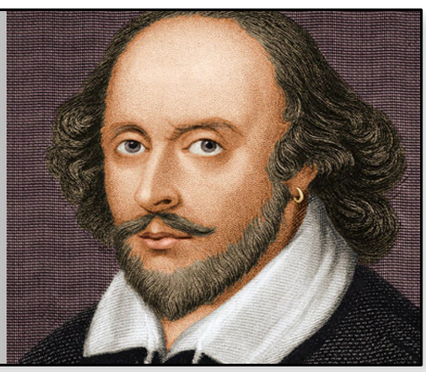
Crossroads of Middle Ages and The Renaissance

Disability in Shakespeare

Richard III	scoliosis
Julius Caesar	epilepsy
Kate	limp

Acquired disabilities are commonplace

Malnutrition, disease, inbreeding, accidents, warfare, hard labor



DISABILITY CONSTRUCTED AS

POVERTY

CONFLATION OF DISABILITY AND POVERTY

PIETRE BRUEGEL THE ELDER, 1568

SALEM WITCH TRIALS 1692-1693

DISABILITY CONSTRUCTED AS

EVIL

COLONIAL ERA

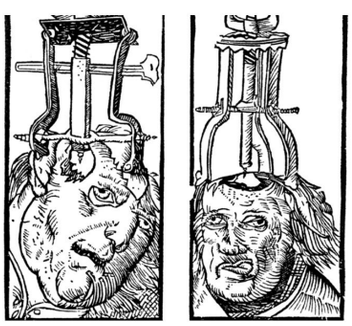
THE RISE OF MODERN MEDICINE
18TH TO 19TH CENTURY

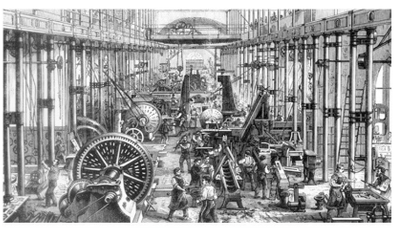
DISABILITY CONSTRUCTED AS

A SOCIAL CATEGORY

IN NEED OF A

CURE





The origin of NORMAL

INDUSTRIAL REVOLUTION
Mid-1840's

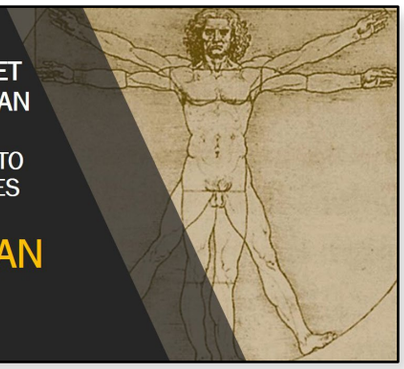
Emerging Field of Statistics

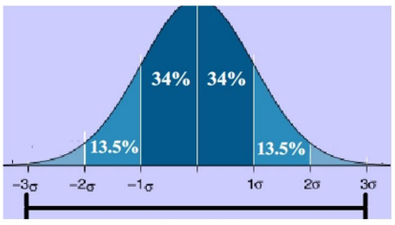
Tool to amass data about industrial production and public health

ADOLPHE QUETELET
FRENCH STATISTICIAN

APPLIED STATISTICS TO PHYSICAL ATTRIBUTES

THE IDEAL MAN





Normal Curve of Distribution

SIR FRANCIS GALTON
SCIENTIST, EXPLORER, STATISTICIAN

2nd half of 19th century
Ranking of human traits

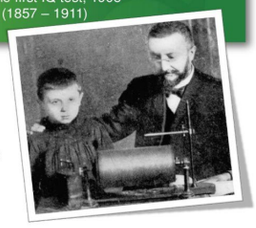
Inferior Average Superior

Galton believed that intelligence is an inheritable trait distributed unequally according to class and race

ALFRED BINET
FRENCH PSYCHOLOGIST
1905

THE FIRST INTELLIGENCE TEST

Creator of the first IQ test, 1905
Alfred Binet (1857 – 1911)



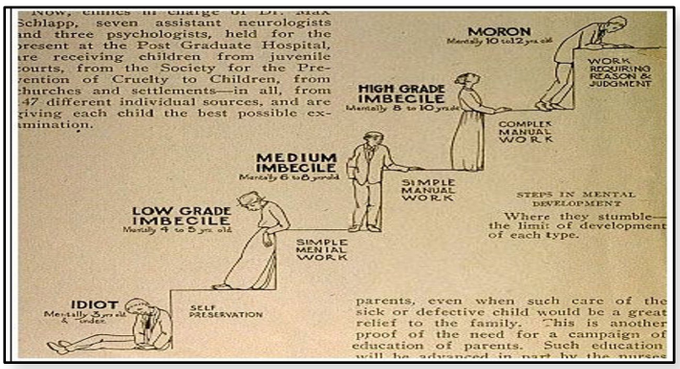
Binet's aim was to identify which children the curriculum did not suit, so that an alternative curriculum could be designed for them

Based on IQ test results, Ellis Island evaluators recorded that "79% of the Italians, 80% of the Hungarians, 83% of the Jews, and 87% of the Russians are *feebleminded.*"

DISABILITY CONSTRUCTED AS

UNDESIRABLE

EARLY 20TH CENTURY



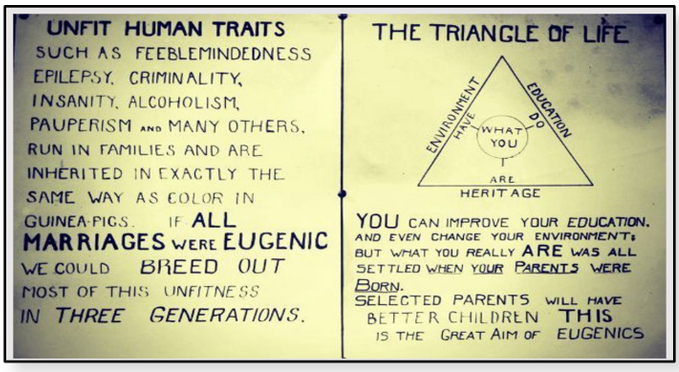
DISABILITY CONSTRUCTED AS
SEGREGATION FROM SOCIETY
INSTITUTIONALIZATION
BETHLEHEM HOSPITAL, LONDON

EUGENICS
QUEST FOR
A "PERFECT" RACE

DISABILITY CONSTRUCTED AS

UNFITNESS

EMERGED IN LATE 19TH CENTURY.
HEYDAY IN EARLY DECADES OF THE 20TH CENTURY



Nazi Propaganda Poster
"60000 RM. This is what this person suffering from hereditary defects costs the Community of Germans during his lifetime. Fellow Citizen, that is your money, too."

DISABILITY CONSTRUCTED AS

SOCIAL BURDEN

T4 PROGRAM OF EXTERMINATION
1939-1941
70,273 PEOPLE EUTHANIZED

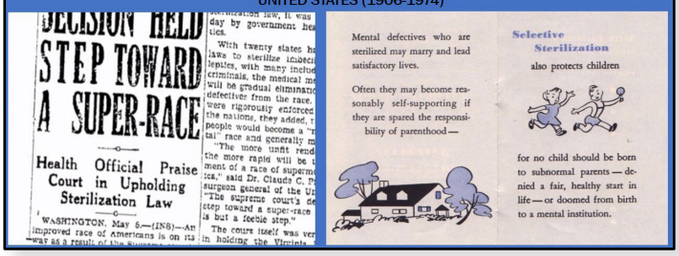
DISABILITY CONSTRUCTED AS
SOCIAL BURDEN
UNITED STATES

DISABILITY CONSTRUCTED AS A CONDITION TO

ERADICATE

FORCED STERILIZATION

UNITED STATES (1906-1974)



DISABILITY CONSTRUCTED AS

EXPLOITATION

"HUMAN ODDITIES"

FREAK SHOWS

CONEY ISLAND, NEW YORK

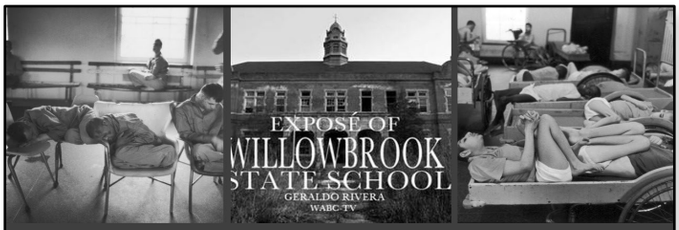
EARLY TO MID 20TH CENTURY

DISABILITY CONSTRUCTED AS

CHARITY

THE AGE OF TELEVISION

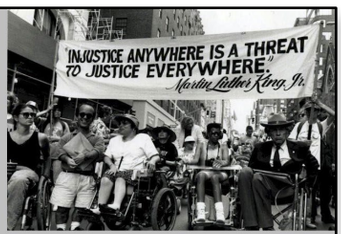
TELETHONS



DISABILITY CONSTRUCTED AS

SOCIAL SEGREGATION

EXPOSE OF U.S. INSTITUTIONS BY GERALDO RIVERA (1972 WABC-TV)



DISABILITY CONSTRUCTED AS AN ISSUE OF

CIVIL RIGHTS

1973: THE VOCATIONAL REHABILITATION ACT
1990: THE AMERICANS WITH DISABILITIES ACT (ADA)

DISABILITY CONSTRUCTED AS AN ISSUE OF

CIVIL RIGHTS

SO WHAT?

THE SOCIAL MODEL OF DISABILITY RECOGNIZES...

- HISTORICAL AND ONGOING OPPRESSION OF PEOPLE WITH DISABILITIES AS A SOCIAL GROUP
- VESTIGES OF HISTORICAL MEANINGS AND RESPONSES TO DISABILITY PERSIST
- CONSTRUCTIONS OF DISABILITY RESULT IN SIGNIFICANT MATERIAL CONSEQUENCES

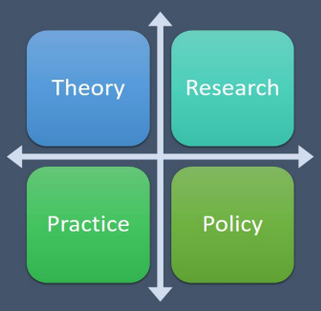
Rethinking disability...

Disability is fluid and contextual rather than biological. This does not mean that biology does not play out in our minds and bodies, but that the definition of disability is imposed upon certain kinds of minds and bodies...But more than that, disability, if understood as constructed through historical and cultural processes, should be seen not as a binary but as a continuum. One is always disabled in relation to the context in which one is put.

Ben-Moshe et al. (2013)

Disability Studies in Education is concerned with rethinking disability in schools to promote inclusion, equity, competence, and equal access

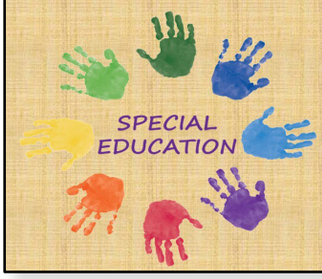
Special Education Critique



DISABILITY STUDIES IN EDUCATION

Implications for Theory, Research, Practice and Policy

SPECIAL EDUCATION IN THE U.S. IS BASED ON THE MEDICAL MODEL



Unintended consequences of Special Education in the United States

"School to Prison Pipeline"

Underemployment and unemployment after graduation

Overrepresentation of Black and Latino students labeled and in segregated SPED classes

Larger percentage of SPED students drop out of high school than nondisabled students

How is SPED conceptualized under each model?

Medical Model Assumptions

- ❖Disabilities are pathological conditions students have
- ❖Differential diagnosis is objective and useful
- ❖SPED is rationally conceived and benefits diagnosed students
- ❖Progress results from incremental improvements in diagnosis and instructional interventions (Skrtic, 1991)

DSE Assumptions

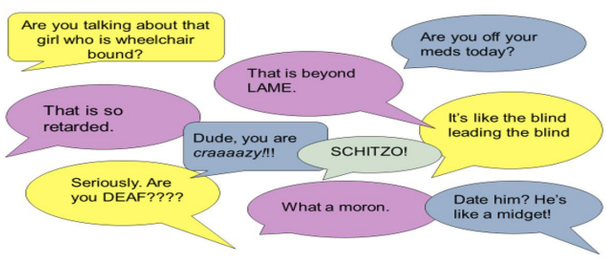
- ❖Contextualize disability within political and social spheres
- ❖Privilege interests, agendas, and voices of students labeled with disabilities
- ❖Actively promote social justice, equitable and inclusive education, and access
- ❖Operate under an assumption of student competence rather than deficit models of disability (Connor et al., 2008)

YOU CAN LEGISLATE POLICY

BUT YOU CAN'T LEGISLATE ATTITUDE!

ABLEISM IN LANGUAGE

Ableist words, phrases, and metaphors function as shorthand for the UNDESIRABILITY associated with disability.



Theatre Teachers Changing Disability Attitudes Integrating DS/DSE and Educational Theatre

Disability narratives, social media, YouTube, blogs (intersectionality)

Documentaries featuring disability

Disability-themed films (critiques)

Panel of arts professionals with and without disabilities engaged in inclusive theatre and dance

Observe and participate in inclusive theatre arts contexts

Fieldwork :

- Integrated theatre groups
- Integrated dance companies
- Disability-themed theatre
- Disability film festivals
- Inclusive theatre programs in schools and after-school programs
- Sensory-friendly Broadway performances
- Workshops for theatre educators on inclusive practices

WHY AREN'T ATTITUDES TOWARD DISABILITY IN PUBLIC SCHOOLS CHANGING?

Philosophical Connections: Applied Theatre and DSE

Theatre has had an historic role in society as providing a relatively safe way of talking back to POWER

Applied Theatre works overtly either to reassert or to undermine socio-political norms, as its intent is to reveal more clearly the way the world is working:

- Theatre as a close, direct reflection of actual life with an overt political intent to raise awareness and to generate change
- Collective approach to creating theatre pieces in which the makers themselves become aware and capable of change
- Endings that remain open for questioning
- Audience as an important and active participant in the creation of understanding and, often, of the action.

Prendergast & Saxton, 2009

CHANGING THE CULTURE

REPRESENTATION OF DISABILITY!

TELEVISION, FILM, THEATRE

ALI STROKER

JUNE, 2019

FIRST ACTOR IN A WHEELCHAIR TO WIN A TONY

14

PLANO DE DESENVOLVIMENTO INDIVIDUAL – PDI - O QUE É ISSO?

Palestrante: Cristina Silveira[1]

RESUMO

O PDI é um instrumento, um plano educacional, utilizado para adaptar o currículo escolar às necessidades dos alunos de inclusão escolar. Está amparado na Lei da Inclusão Brasileira – LBI, nº13.146/15), na Legislação Federal (Lei de Diretrizes e Bases da Educação- Lei nº 9394/96.

Alguns alunos de inclusão escolar exigem adaptações significativas no currículo. O Plano de Desenvolvimento Individual – PDI é elaborado para o atendimento desses alunos e tem por finalidade indicar conteúdos curriculares de caráter mais funcional e prático, levando em conta as características individuais. Podem ser considerados currículos especiais, exigindo uma diversificação curricular. Devem contar com a participação da família e ser acompanhados de um criterioso e sistemático processo de avaliação pedagógica e psicopedagógica do aluno, avaliando os procedimentos pedagógicos empregados na sua educação, uma vez que, na sua organização, não são levadas em conta as aprendizagens acadêmicas.

Além disso, para casos onde a deficiência intelectual é mais importante, essas adaptações curriculares envolvem atividades relacionadas às habilidades básicas, à consciência de si, aos cuidados pessoais e de vida diária, ao treinamento multissensorial, ao exercício da independência e ao relacionamento interpessoal, dentre outras (currículos funcionais).

Qual o objetivo?

O PDI visa a adequar os conteúdos pedagógicos do ano em que a criança com deficiência está matriculada às suas necessidades, oferecendo as adaptações, para a efetiva aprendizagem desse aluno.

Como isso é feito?

Devem ser consideradas as competências e as potencialidades dos alunos, ou seja, suas habilidades e inabilidades, para apresentar técnicas e métodos adequados, além de orientação para a elaboração de materiais adaptados, apoiando e orientando os professores, promovendo assim a aprendizagem à qual os alunos com deficiência têm direito.

O que precisa ser feito antes da elaboração do PDI?

Estas medidas devem ser precedidas de uma criteriosa avaliação do aluno, considerando a sua competência acadêmica. Isto se realiza através de testes e avaliações psicológicas e pedagógicas. Além disso, devem ser considerados como elementos de apoio: a família, os profissionais, os monitores, os orientadores; os recursos físicos, materiais, ambientais; as atitudes, os valores, as crenças, os princípios; as deliberações e as decisões políticas, legais, administrativas; os recursos técnicos e tecnológicos; os programas de atendimentos genérico e especializados.

Todas as escolas elaboram o PDI?

Atualmente, os sistemas educacionais revelam dificuldades para atender às necessidades especiais dos alunos na escola regular, A flexibilidade e a dinamicidade do currículo regular podem não ser suficientes para superar as restrições dos sistemas educacionais ou compensar as limitações reais desses alunos, fazendo com que as adaptações curriculares individuais sejam necessárias. Cabe às famílias exigirem tal instrumento e, caso não seja realizado, buscar ajuda especializada para apoio e orientação, além de intervenção na escola.

Os professores ganham com isso?

A utilização do PDI facilita a aprendizagem do aluno, facilita o trabalho dos professores, que passam a contar com um estudo onde encontram sugestões de técnicas e estratégias direcionadas para lidar com as dificuldades da criança, além do apoio das famílias e dos profissionais que assistem a criança fora do ambiente escolar. A escola por sua vez se vê inserida em um processo que pode conduzir à educação inclusiva de fato, eliminando muitos dos conflitos que poderiam existir entre pais e escola, evitando que as discussões e desentendimentos culminem no Judiciário.

Esse instrumento, se bem utilizado, pode servir como um denominador comum entre família, escola, Judiciário e profissionais da saúde, para que se realize de fato a inclusão escolar da criança e do adolescente.

(1) *Psicopedagoga, psicanalista, neuropsicopedagoga; especialista em educação inclusiva; mestranda em Educação Especial.*

15

PLANO INDIVIDUAL DE TRANSIÇÃO

Palestrante: Annie Gomes Redig

RESUMO

Muito se discute a inclusão escolar de pessoas com deficiência, mas quais as perspectivas para a etapa pós-escola? Quando discutimos o momento da saída da escola, principalmente para pessoas com deficiência intelectual, esta próxima fase é marcada pela incerteza de possibilidades de continuidade da escolarização e colocação no mercado de trabalho. Por isso, é preciso repensar o percurso formativo deste aluno, de forma a contemplar o desenvolvimento de habilidades para vida independente, auxiliando no processo de transição da escola para a vida adulta.

Quando debatemos a Política de Educação Inclusiva no Brasil (BRASIL, 2008, 2015), um dos desafios é a escolarização desses jovens e adultos com deficiência no Ensino Fundamental II e Médio. Sendo assim, a escola precisa construir metodologias inclusivas que proporcionem a esse educando com deficiência, possibilidades de inserção social e laboral, juntamente com uma escolarização adequada, que englobe aspectos voltados para a aquisição de conhecimentos, desenvolvimento psicossocial e laboral.

Acreditamos que, com a elaboração de práticas pedagógicas individualizadas atreladas e organizadas por documentos como o Plano de Ensino Individualizado (PEI) e Plano Individualizado de Transição (PIT), esse percurso formativo poderá ser construído de forma a possibilitar que a transição da escola para a vida independente aconteça de maneira estruturada e eficiente. O Plano Individualizado de Transição, configura-se como uma estratégia pedagógica para auxiliar na escolarização do aluno com deficiência, dialogando com os conteúdos acadêmicos, seus interesses e o desenvolvimento de habilidades laborais. Trata-se de um instrumento norteador do trabalho do professor, que organiza a ação pedagógica e o atendimento educacional especializado, com o objetivo de auxiliar essa transição.

A saída do aluno da escola deve ser pensada e planejada de forma a que este seja capaz de se inserir socialmente na comunidade, decidir seu percurso formativo, cursos profissionalizantes e inserção no mundo do trabalho. Sendo assim, conclui-se que a individualização do ensino, aliada à acessibilidade pedagógica e a uma equipe capacitada e com um trabalho colaborativo, é possível que estes educandos trilhem seus caminhos nos mais diferentes níveis de ensino e vida independente (PINHEIRO; REDIG, 2019; REDIG, 2019).

Referências Bibliográficas

BRASIL. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.* De 07 de janeiro de 2008.

BRASIL. *Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

PINHEIRO, Vanessa Cabral; **REDIG**, Annie Gomes. Plano individualizado de transição: uma análise do documento desenvolvido pela European Agency for Development in Special Needs Education. In: *Anais do X Seminário Internacional as Redes Educativas e as Tecnologias: liberdade acadêmica, produção e circulação de conhecimentos*. Rio de Janeiro: UERJ, 2019.

REDIG, Annie Gomes. Caminhos formativos no contexto inclusivo para estudantes com deficiência e outras condições atípicas. *Revista Educação Especial.* v.32, pp. 1-19. São Paulo: Marília, 2019.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

PLANO INDIVIDUALIZADO DE TRANSIÇÃO

Profª. Drª. Annie Gomes Redig
Professora da Faculdade de Educação da UERJ
annieredig@yahoo.com.br

Inclusão Escolar

Só há inclusão de pessoas com deficiência nos diferentes aspectos da vida se houver suporte que possibilite seu desenvolvimento

Atualmente se discute muito a escolarização da pessoa com deficiência, mas precisamos discutir também ações para além do ensino acadêmico.

Não somos lembrados pelas notas que tiramos na escola, mas sim por nossas ações. Sucesso na vida não significa sucesso acadêmico!

A escola precisa construir estratégias para garantir que os alunos com deficiência intelectual desenvolvam habilidades e competências para sua inclusão social e laboral.

A situação se agrava ainda mais para os alunos com deficiência intelectual matriculados em classes e escolas especiais, visto que não há finalização do seu período de escolarização. Isso significa que não há um prazo, conclusão de etapas, para que esse estudante se forme.

Desta forma, a dificuldade de inserção no mundo do trabalho é mais complexa. Sendo assim, é imprescindível que a escola elabore estratégias para facilitar a saída deste sujeito e consequentemente sua inserção na vida adulta e em atividades laborais.

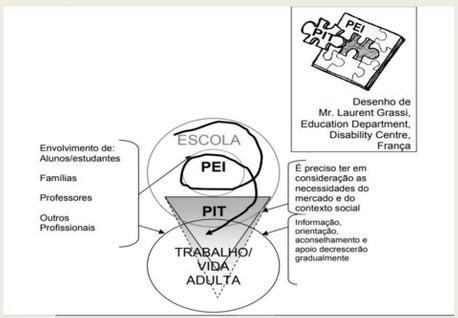
Como a escola pode elaborar estratégias e ações para auxiliar os alunos no processo de transição da escola para a vida independente?

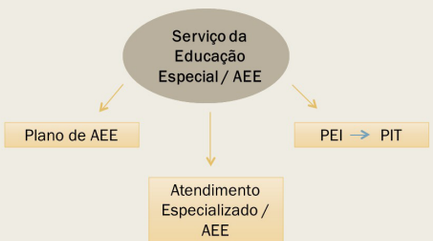
O diploma escolar, a conclusão da escolarização não podem ser o objetivo final da escola. É preciso preparar os estudantes para alcançarem o sucesso no momento pós-escola.

É preciso lembrar que as pessoas não são 100% independentes na vida. Então, as pessoas com deficiências intelectual também não serão totalmente independentes. Entretanto, poderão ser o mais independentes possível.

Como pensar a inclusão para vida independente?

PLANO DE ENSINO INDIVIDUALIZADO + PLANO INDIVIDUALIZADO DE TRANSIÇÃO = ACESSO ÀS OPORTUNIDADES



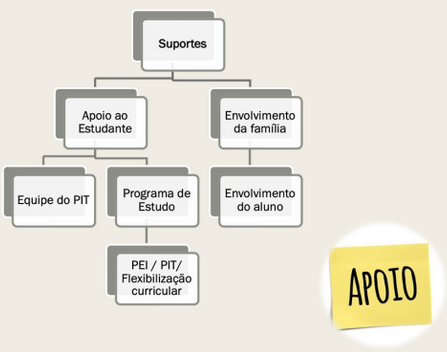


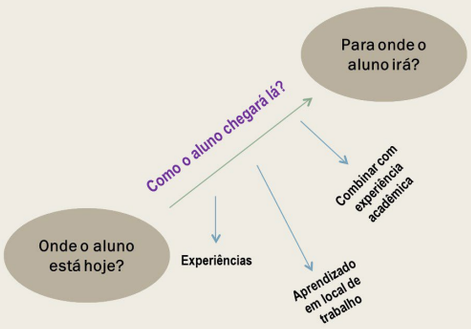
Sem suporte não há inclusão!

Sem suporte não é possível desenvolver o processo de transição da escola para vida independente

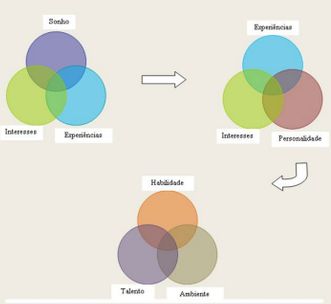
Entendemos que, independente do *locus* de escolarização, não há dúvida de que a individualização do ensino favorece não somente o aprendizado do aluno, mas o seu desenvolvimento social de modo geral, além de facilitar a preparação para a inserção no mundo do trabalho. Planos Educacionais Individualizados, em suas diferentes maneiras, são instrumentos essenciais para a construção de programas de atendimento aos sujeitos com deficiência intelectual e outras necessidades especiais, voltados para o desenvolvimento de habilidades laborais, bem como o encaminhamento para futuros estágios e inserção no mundo do trabalho.

Para pensar e oferecer possibilidades para as pessoas com deficiência, é preciso estabelecer suportes para o aluno, com uma equipe estruturada, que organize o processo de transição para uma vida independente.





PERFIL PESSOAL POSITIVO



Para isso é preciso que a pessoa descubra:

Pontos fortes,

Entender a sua deficiência,

Interesses, habilidades,

Identificar conexões com a comunidade.

O processo de transição deve ser estruturado como uma longa jornada.

Como planejar o futuro?

- ✓ Perceber / identificar seus objetivos;
- ✓ Estabelecer planos;
- ✓ Tomar uma atitude / agir
- ✓ Avaliar o progresso

PLANO INDIVIDUALIZADO DE TRANSIÇÃO

Modelo de PIT baseado em Carvalho (2018).
CARVALHO, Ana Cristina de. *Plano Individual de Transição para Vida Adulta para Pessoas com Deficiência Intelectual*. Dissertação (Mestrado Profissional Em Diversidade e Inclusão, UFF). 2018.

- 1. IDENTIFICAÇÃO

- Nome do Aluno: _____
- Data de Nascimento: ____/_____/_____ Escolaridade: _____
- Possui BPC: _____ Deficiência: _____
- Endereço: _____
- Responsável: _____
- Grau de Parentesco: _____ Telefone/Cel.: _____
- E-mail: _____

- Equipe responsável:
  _____
  _____
  _____

- 2. CARACTERIZAÇÃO (Situação familiar, desejos e expectativas)
  - ✓ *Aluno:*
  - ✓ *Família:*

- 3. ASPECTOS DO ALUNO EM RELAÇÃO:
  - ✓ *Conhecimentos acadêmicos:*
  - ✓ *Interações/Relacionamentos Interpessoais:*
  - ✓ *Autonomia:*
  - ✓ *Atitudes Sociais:*

Os serviços de transição são um conjunto de atividades para os estudantes com deficiência, concebidos em um processo orientado pelos resultados, que facilitarão a circulação de alunos da escola para as atividades fora dela.

- 4. OBJETIVO DO PIT PARA O ALUNO (emprego, educação, vida independente, transporte, atividades de vida diária, etc.):
  - ✓ *Geral:*
  - ✓ *Específico:*

5. PREVISÃO DE SAÍDA DA ESCOLA/ INSTITUIÇÃO ESPECIALIZADA:

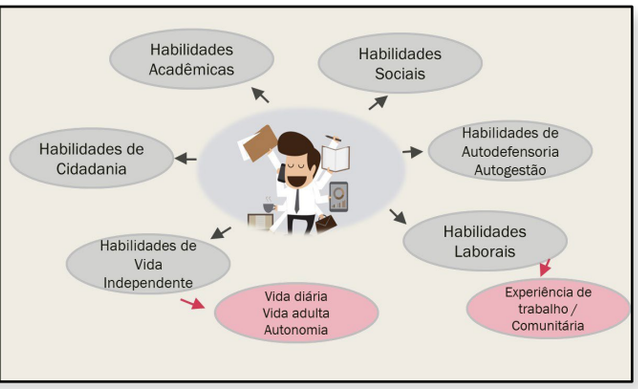
a) O estudante sairá da escola/instituição especializada com:
( ) diploma.
( ) certificado de conclusão de curso de formação.

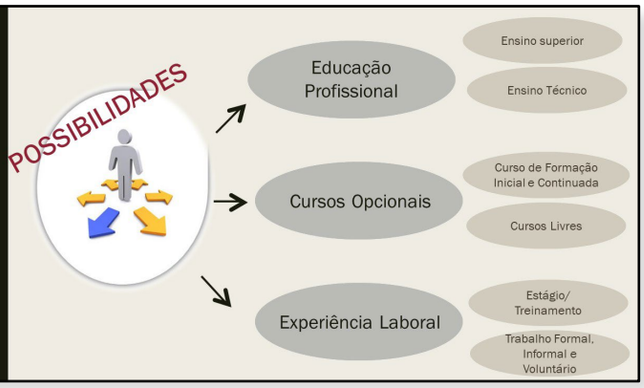
6. PERSPECTIVAS FUTURAS:
_____
_____
_____
_____

ASSINATURA DO(S) RESPONSÁVEL(S) E DO ALUNO:
_____
_____

Não é para planejar metas para uma carreira específica, mas sim planejar como o aluno alcançará o objetivo de desenvolver as habilidades que precisará para ter um emprego e se manter nele, ou seja, para ter sucesso no trabalho.

Somente com o autoconhecimento é que aluno conseguirá decidir de forma consciente e madura o que deseja fazer no momento pós-escola, seja um curso de nível superior, curso técnico, profissionalizante seja uma vida adulta e independente

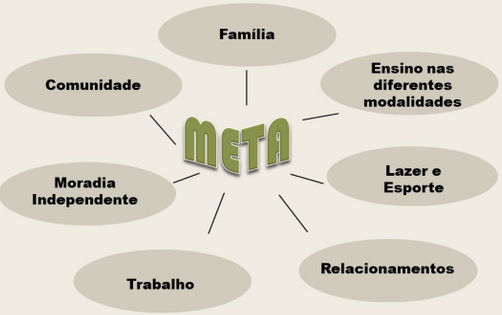




PLANO DE AÇÃO DO PIT

Nome do Aluno: _____
Data de Nascimento: ____/_____/_____ Escolaridade: _____
Possui BPC: _____ Deficiência: _____
Endereço: _____
Responsável: _____
Grau de Parentesco: _____ Telefone/Cel.: _____
E-mail: _____
Assinatura da Equipe Responsável:
_____

Categorias (Qual intenção)	Definição operacional e características essenciais do programa (O que será trabalhado)	Etapas de ação	Pessoa responsável / Envolvidos	Tempo	Avaliação



É importante buscarmos caminhos para a superação dos preconceitos e atuar na modificação desses espaços – escola e trabalho – para o acolhimento das pessoas com deficiência. Nesta perspectiva, torna-se fundamental a construção de um processo de transição da escola para vida independente, pois uma transição programada permitirá que o sujeito lide melhor com a nova etapa que iniciará.

16

PROJETO PILOTO DE EDUCAÇÃO AO LONGO DA VIDA

Palestrante: Profª Mª. Fabiana S. Z. Cavalcante

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

Projeto Piloto de Educação ao Longo da Vida

Profª Ma. Fabiana S. Z. Cavalcante
Instituto de Ensino e Pesquisa Darci Barbosa/FEAPAES-MG

Educação ao Longo da Vida

Tema
Direito e oportunidade de acesso à aprendizagem

Reconhecer
Complexo e Obscuro

Contexto Brasileiro
2017
PcD

Educação ao Longo da Vida

CONCEITUAL
Mudanças nos sistemas educacionais
EJA
Formação profissional
X
Cidadão

LEGISLAÇÃO
Convenção
PNE
LBI
LDB
Lei nº 13.632, de 6/03/2018
Dep. Eduardo Barbosa

PRÁTICA
Realidade da PcDI
Projeto Piloto
Escuta
Projeto de Vida
Reconhecimento de saberes
Aprendizagem

Relatório para a Unesco: Educação um tesouro a descobrir

- O conceito de educação ao longo da vida é a chave que abre as portas do século XXI.

"Uma **construção contínua da pessoa humana**, do seu saber e das suas aptidões, mas também da sua capacidade de discernir e agir". Essa proposta visa a auxiliar a pessoa "a tomar consciência de si própria e do meio que a envolve e a desempenhar o papel social" que lhe cabe na comunidade.

(DELORS et al., 1996, p.18)

- **Sociedade educativa: oportunidade para aprender e desenvolver os talentos.**
- **Parceria com as famílias e comunidade.**
- **Nova formas de obtenção das certificações: habilidades**

Oportunidade para todos APRENDER → **Aprendizagem** Formal Não formal Informal → **Equidade** → **Inclusão social**

Concepção da ELV – Piloto do Movimento das Apaes de MG/IEP

- Possibilitar às PcDIs novas oportunidades de **aprendizagem** e de **transformação social,** através do desenvolvimento de habilidades que o direcionem para a construção de caminhos para seus **projetos de vida**.

Projeto Piloto
- Equipe: equipe técnica do IEP e das Apaes participantes.
- 18 meses (julho 2019)
- 2 Apaes de MG: Setor da Educação.
- Participantes: professores, familiares e PcDIs.

Público-alvo

Pessoa com Deficiência Intelectual

Concluído o percurso escolar

Em processo de escolarização (contraturno)

Modelo social, apoio intermitente e limitado, 15-45 anos, capaz de expressar seu Projeto de Vida

Definição de Projeto de Vida

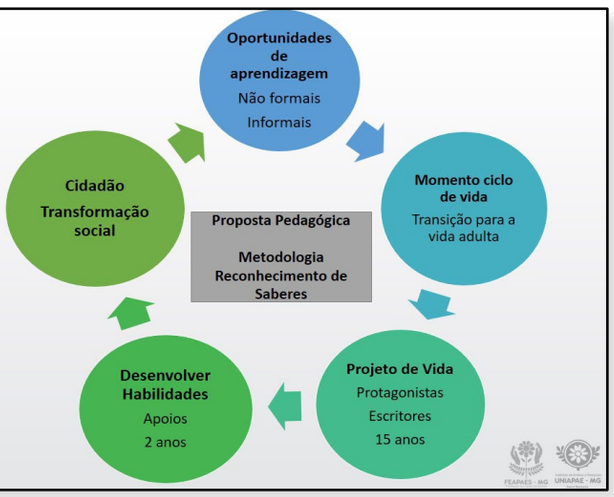
"Desejos de realizações em relação ao futuro, que são definidos a partir de um **planejamento pedagógico individualizado,** que possibilita a identificação e a construção de **novos saberes** sobre si e sobre o mundo, à medida em que as habilidades são desenvolvidas de acordo com o **projeto de vida**".

(NASCIMENTO, 2013)

Projeto de vida aliado ao sentido de vida

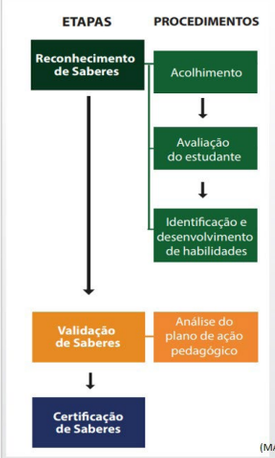
PROPOSTA PEDAGÓGICA

"Uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar. (...)é construída no caminho, no caminhar. Toda proposta pedagógica tem uma história que precisa ser contada. Toda proposta contém uma aposta"
(Sônia Kramer)



Metodologia de Reconhecimento de Saberes

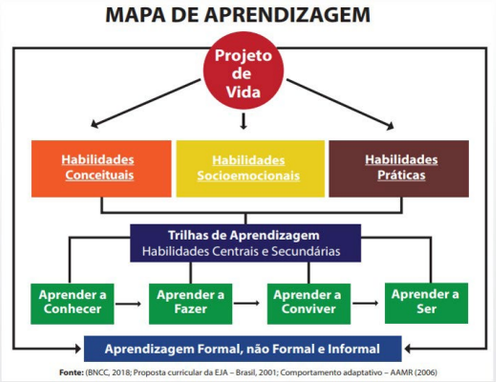
Proposta pedagógica



- Não é continuidade de percurso escolar e escolarização para o resto da vida.
- Fase da vida
- Término

(MARTINS; BORDIGNON; AGUIAR, 2016)

MAPA DE APRENDIZAGEM



Fonte: (BNCC, 2018; Proposta curricular da EJA – Brasil, 2001; Comportamento adaptativo – AAMR (2006)

Perfil das turmas

Turma	Nº Estudantes	Idade	Parceiros
Pará de Minas	8	17-42	Aulas de violão, de canto, de dança, de informática, de percussão, de capoeira e de teatro
Belo Horizonte	7	22-48	Informática Slackline, Coral e Bateria, culinária, nutricionista

*Ensino Fundamental Completo

Salas Ambiente da ELV

Resultados

- **Ganho Emancipatório para a PcDI :** voz do sujeito PV, escuta dos desejos, interesses, necessidades e aspirações.
- **Valorização e reconhecimento das aprendizagens** Trajetória de vida e adquiridas: formal, não formal e informal.
- **Oportunidade de novas aprendizagens:** habilidades PV, transformação social e mudanças identitárias.
- **Valorização de outras formas de Certificação:** saberes.

"Eu acho que o fundamental desse projeto é que nós não estamos numa caixinha fechada. O papel do professor é abrir o horizonte, não tem que seguir um currículo que vem de cima para baixo. O trabalho é desenvolver habilidades que eles estão trazendo, que eles têm necessidade e não o que é imposto para eles e ao longo da vida deles. No processo acadêmico foi colocado e agora são eles que são os escritores dos projetos deles. Nós estamos aqui só para mediar, só para fazer essa mediação. E é por isso que eu acredito tanto neste projeto".

Depoimento da Professora

Principais referências

BORDIGNON, G. Educação ao longo da vida: reconhecimento e certificação de saberes. In: *Coletânea de textos CONFITEA Brasil + 6*: tema central e oficinas temáticas. Brasília: MEC, 2016.

DELORS, J. et al. *Educação*: um tesouro a descobrir: relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 1998.

GLAT, R.; PLETSCH, M. D. Estratégias educacionais diferenciadas para alunos com necessidades especiais. RJ: EdUERJ, 2013.

NASCIMENTO, I. P. Projeto de vida de adolescentes do ensino médio: um estudo psicossocial sobre suas representações. *Imaginario*, v.12, n.12, São Paulo, 2006.

OBRIGADA!

Fabiana Silva Zuttin Cavalcante
Consultora de Ensino e Pesquisa – IEP/Feapaes-MG
E-mail: consultoria.iep@apaemg.org.br

17

ESCALA INTEGRAL DE QUALIDADE DE VIDA. APRESENTAÇÃO, REFLEXÃO E OPERACIONALIZAÇÃO

Palestrante: Carlos Veloso da Veiga & Luísa Martins Fernandes

RESUMO

A literatura revela uma ampla variedade de modelos de Qualidade de Vida provenientes de vários campos científicos, de que destacamos, a título ilustrativo, os seguintes: o modelo heurístico de qualidade de vida e a perspectiva ecológica (Schalock & Verdugo, 2001); o modelo da Teoria Óptima (Speight, Myers, Cox & Highlen, 1991); o modelo de Murrel & Norris (1983); o modelo de Qualidade de Vida e Transição Escolar (Halpern, 1993); o modelo Conceptual de Qualidade de Vida (Hughes, Hwang, Bogseon, Jin-Ho & Eisenman, 1995); o Life-Span Model (Stark & Faulkner, 1996); o modelo Tripartido (Felce & Perry, 1996) e o modelo Compreensivo de Qualidade de Vida (Cummins, 1997, 2000). Uma atenta revisão da literatura sobre Qualidade de Vida sugere que existem duas grandes perspectivas, que deram origem a inúmeros instrumentos de análise e avaliação, sobretudo oriundas do campo da Psicologia. A primeira considerando-a uma entidade unitária e a segunda um constructo em evolução, integrando uma série de domínios com determinantes múltiplas e complexas. É nesta segunda perspectiva que se enquadram a maioria das definições, modelos, e instrumentos de medida.

No campo da deficiência, usar o conceito de Qualidade de Vida significa que, para incluir socialmente uma pessoa com deficiência, não bastará apenas restaurar os níveis de bem-estar físico e emocional. Implica também que possam tomar decisões e escolher entre opções diversas, expressar os seus desejos, metas e aspirações. Reconhecidamente, pertence a Schalock e Verdugo (2001) a definição de qualidade de vida mais aceite, divulgada e aplicada, quer pela comunidade científica quer pelos profissionais do campo da deficiência. Curiosamente, estes autores não têm como preocupação definir rigorosamente o que se deva entender por Qualidade de Vida. Sobretudo, subdividem o conceito em 3 dimensões e 8 subdimensões de Qualidade de Vida, com vista avaliar a mesma, usando indicadores quantitativos estatisticamente validados e significativos da qualidade de vida de cada pessoa ou conjunto de pessoas, numa dada realidade social ou organizacional, ou seja, aplicando escalas psicométricas validadas estatisticamente depois de adaptadas às realidades nacionais de cada país. A sua aplicação à realidade da deficiência intelectual tem sido feita de forma massiva a grandes amostras de pessoas com deficiência e seus familiares mais próximos.

Sem deixar de reconhecer o mérito do modelo de Shalock e Verdugo e seus contributos para avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, centramos a nossa reflexão sobre a Qualidade de Vida com base no modelo conceptual de qualidade de vida de Hughes *et al.* (1995), tal como ele foi adaptado por Veiga *et al.* (2014). Objectivamente, por considerarmos que se trata de um modelo que ajuda a romper com a tradicional predominância dos modelos que avaliam a Qualidade de

Vida com base em escalas psicométricas, ao proporcionar uma visão sociológica mais livre e aberta, simultaneamente qualitativa e quantitativa da qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual. As 15 dimensões consideradas por importantes para a avaliação da Qualidade de Vida por Hughes *et al*. deram origem 5 seguintes dimensões de análise no modelo de Veiga *et al*.: - Relações Sociais e interação; Bem-estar psicológico e satisfação pessoal; Emprego e vida profissional; Autodeterminação, autonomia e eleição pessoal; Competências pessoais e integração na comunidade. É com base nestas 5 dimensões de análise, suas variáveis e indicadores que iremos apresentar, refletir e operacionalizar a nossa reflexão, por forma a oferecer uma alternativa para avaliar a qualidade de vida das pessoas com deficiência intelectual, especialmente das que estão incluídas no mercado de trabalho.

18

RECONHECIMENTO DE SABERES DE VIDA

Palestrante: Genuíno Bordignon

RESUMO

O valor dos saberes adquiridos na vida na família e na sociedade, como cultura humana e como competência para o exercício pleno da cidadania. As relações e significados da informação, do conhecimento, da aprendizagem e da educação. As bases normativas e pedagógicas do reconhecimento de saberes adquiridos pelas pessoas com deficiência na vida familiar e social. Algumas orientações metodológicas para o reconhecimento de saberes.

Introdução

Todo o conhecimento, todos os saberes, têm seu valor intrínseco. Na dimensão cultural da educação não há culturas ou saberes superiores ou inferiores, mas apenas diferentes, todos carregados da riqueza da expressão humana e humanizadora. Os saberes adquiridos nas vivências pessoais, na família e na sociedade também constituem cultura, rica de significados humanos e tem valor próprio para o exercício da cidadania ativa, para a leitura de mundo.

A abordagem da questão do reconhecimento dos saberes desenvolvidas pelas pessoas com deficiências nas suas experiências de vida demanda um mergulho em questões epistemológicas, pedagógicas e normativas, ressignificando o conceito e o papel do conhecimento na sociedade.

1. Bases epistemológicas

Em primeiro lugar cabe uma distinção, embora muito sintética, entre informação, conhecimento, aprendizagem e educação.

A **informação** representa a mera descrição da realidade, o repasse do dado frio. Na concepção tradicional de educação, produzir conhecimento significava, simplesmente, observar, interpretar e descrever a realidade como ela é em si mesma, vista como exterior ao indivíduo, sem intervenção sobre ela. O mundo da mídia hoje, especialmente das redes sociais, promoveu uma exponencial mudança das possibilidades e da natureza da informação, em geral *viesada* pela ótica dos informantes. A escola da informação perdeu o bonde da história.

O **conhecimento** deriva da explicação, do desvelamento da realidade em suas múltiplas facetas, atribuindo-lhe significado a partir da crítica, da interpretação da informação, da realidade, constituído pela construção de representações da realidade, não pela realidade em si mesma. Representações que são construídas por sujeitos situados e datados, nas suas relações sociais e experiências de vida e trabalho. Cada indivíduo, cada grupo social, constrói imagens próprias da realidade. Então, o conhecimento constitui uma representação social, contextualizada nas características dos grupos e dos indivíduos nas diferentes sociedades, ou seja: é histórico e cultural, traduzido pela linguagem. Nessa perspectiva ganha especial significado a afirmação de Paulo Freire de que a *leitura de mundo*

precede a leitura da palavra, ou seja: conhecimento é leitura de mundo expressa nas linguagens próprias de cada um (oral, imagética, escrita ...).

A **educação** ocorre na mediação do conhecimento com a vida, quando o conhecimento ganha significado para a vida e permite atuar sobre as representações da realidade construídas historicamente. Neste sentido torna-se relevante a afirmação de Paulo Freire (2004) de que a educação

> *"é práxis que implica ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo; que implica (...) promover a capacidade de ler a realidade e de agir para transformá-la, impregnando de sentido a vida cotidiana (p. 38).*

A educação é, essencialmente, formação humana, no sentido da *Paidéia* agrega, que atribuía ao conhecimento uma dimensão ética na formação do cidadão, que implica na autonomia de cada um segundo suas circunstâncias.

Haverá **aprendizagem** quando o conhecimento ((leitura de mundo - explicação e compreensão da realidade) promove a educação e passa a orientar a ação humana, ou seja: passa a ser conhecimento em ação na prática social. A aprendizagem ocorre quando o conhecimento impacta, muda a prática, forma o sujeito, se torna educação.

O historiador Yuval N. Harari (2016) analisa que os humanos não têm em seu código genético, como os demais seres da espécie animal, programadas as ações de sobrevivência. Autores como Piaget, Wallon, Vygodtky, Castoriadis, confluem na análise do processo de construção do conhecimento como uma mediação entre sujeitos e seu meio, ou seja: pela experiência dos humanos em sua relação com a realidade, decodificada pela inteligência, pela pesquisa científica, para além dos códigos biológicos.

Como base epistemológica, considero pertinente, ainda, uma reflexão sobre a questão dos paradigmas. O paradigma, ou modelo científico de análise da realidade, representa a visão de mundo ou a leitura da realidade de cada cultura e estabelece os valores que orientam a ação de cada sociedade.

A ruptura de paradigmas é sempre traumática, porque nos tira da zona de conforto, desestabiliza nossas crenças arraigadas e questiona nosso agir. A escola, criada no paradigma institucional do exército e das igrejas (instituições hierarquizadas e doutrinárias), situada como detentora do conhecimento (ou da informação acumulada?) e de sua transmissão, talvez seja a instituição atual que mais resiste à mudança de paradigma. É sempre difícil abrir mão de *saberes* acumulados, de *verdades* singulares e enfrentar a aventura de reinventar-se.

A instituição educacional representa o paradigma histórico de apropriação, desenvolvimento e sistematização do conhecimento. Mas a escola não se constitui no único meio de aprendizagem, de apropriação e de desenvolvimento da cultura. Os que não frequentaram a escola ou a abandonaram em alguma etapa do caminho, embora por fora da *pista escolar institucionalizada,* não pararam de aprender e de se desenvolver, pela mediação com a realidade e com o outro. Percorrendo itinerário próprio, segundo suas próprias circunstâncias, constroem suas representações da realidade, adquirem conhecimentos, desenvolvem competências de vida.

Cabe ressaltar o significado aqui atribuído a competências, que ultrapassa os limites do mero desenvolvimento da capacidade do fazer, para situá-lo na dimensão plena da formação do ser humano. Neste sentido, conhecimento é meio, não fim em si mesmo, para o desenvolvimento de competências. Adquire-se conhecimentos para capacitar o ser humano a ser, a conviver, a aprender a aprender, a fazer, enfim, a realizar-se.

Nesses fundamentos podemos situar as bases para o processo de reconhecimento e certificação de saberes das pessoas com condições especiais, que não se adequam ao paradigma do itinerário escolar tradicional.

2. Bases normativas

O direito da pessoa ao reconhecimento dos saberes adquiridos nas experiências de vida e trabalho encontra respaldo na legislação nacional, no espírito da Declaração Universal dos Direitos Humanos e é proclamado em inúmeras declarações em convenções de organismos internacionais, especialmente da UNESCO. A afirmação desse direito ampara-se em uma visão antropológica da educação como cultura, ao considerar como saberes e expressões culturais próprias, as diferentes formas de ser, de pensar, de se expressar e de agir das diferentes comunidades humanas. No contexto da diversidade cultural, as diferentes culturas, eruditas ou de grupos tradicionais não admitem hierarquizações, ou seja, não existem culturas superiores, mas apenas diferentes, cada uma carregando a riqueza da expressão humana e humanizadora.

Na VI CONFINTEA, realizada em 2009 em Belém, a UNESCO recomendou aos sistemas educacionais a elaboração de instrumentos, normas e procedimentos com o objetivo de facilitar o reconhecimento de aprendizagens obtidas fora do contexto formal de escolarização.

A atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), de inspiração do genial Darcy Ribeiro, situa em seu artigo 1º a dimensão dos espaços educacionais:

> *Art. 1º A educação abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais.*

Ou seja: a lei admite os múltiplos espaços dos processos formativos, vale dizer de aprendizagens. Aprendemos em todas as idades, situações pessoais e contextos de vida e nas modalidades formal, não formal e informal.

No Art. 24, inciso II, letra "b", a lei admite a inscrição do educando na série ou etapa adequada, *independente de escolarização anterior, mediante avaliação feita pela escola, que defina o grau de desenvolvimento e experiência do candidato,* estabelecendo a possibilidade de reconhecimento e validação de saberes adquiridos por meios não formais ou informais. E, no art. 37, consagra a educação ao longo da vida:

> *Art. 37. A educação de jovens e adultos será destinada àqueles que não tiveram acesso ou continuidade de estudos nos ensinos fundamental e médio na idade própria e constituirá instrumento para a educação e a aprendizagem ao longo da vida.(Redação dada pela Lei nº 13.632, de 2018)*

Na questão específica dos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o art. 59, nos incisos I e II, estabelece

> I - currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específicos, para atender às suas necessidades;
>
> II - terminalidade específica para aqueles que não puderem atingir o nível exigido para a conclusão do ensino fundamental, em virtude de suas deficiências.

Embora afirmado como princípio nos organismos internacionais voltados para a educação, timidamente presente em nossa legislação e um dos fundamentos da pedagogia freireana, o reconhecimento e a certificação de saberes adquiridos fora do contexto escolar ainda não encontra, no Brasil, experiências consolidadas e normatização.

3. Bases pedagógicas

A escola busca transmitir às pessoas, nas diferentes fases de sua vida, os conhecimentos (representações e descrição da realidade) historicamente acumulados pela ciência e pela cultura. Ou seja: a escola, por meio do currículo (uma pista de corrida, no sentido etimológico latino), estabelece um itinerário educativo para transmitir, informar às crianças e aos adolescentes as representações da realidade historicamente construídas, geralmente, sob um enfoque meramente teórico e descontextualizado.

As pessoas que não se adequam a este itinerário (esta pista), por outros caminhos, correndo por fora da pista oficial da escola, constroem suas representações e interpretações da realidade pelas experiências de vida, ou seja: adquirem conhecimentos e desenvolvem competências seguindo pistas próprias. Embora não sistematizadas ou construídas a partir do paradigma culto, essas representações e competências são reais, contextualizadas e constituem cultura.

Afinal, porque a pessoa não seguiu ou tem condições de seguir o caminho escolar traçado para todos, independentemente das razões objetivas que apresente, não pode ser castigado ou, como afirma Gadotti 2014), humilhado.

> *É uma humilhação para um adulto ter que estudar como se fosse uma criança, renunciando a tudo o que a vida lhe ensinou. É preciso respeitar o educando adulto, utilizando-se uma metodologia apropriada, que resgate a importância de sua biografia, da sua história de vida. Os jovens e adultos alfabetizados já foram desrespeitados uma vez quando tiveram seu direito à Educação negado. Não podem, ao retomar seu processo educacional, ser humilhados, mais uma vez, por uma metodologia que lhes nega o direito de afirmação de sua identidade, de seu saber, de sua cultura (P. 17)*

Álvaro V. Pinto (1989), em Sete Lições sobre Educação de Adultos, analisa os equívocos na educação de adultos, situando sua raiz *na falta da noção do caráter existencial da educação (p. 72),* para alertar que:

> *"o ponto de partida do processo formal da instrução não é a ignorância do educando e sim, ao contrário, aquilo que ele sabe, a diferença de procedimento pedagógica se origina da diferença no acervo cultural que possuem a criança e o adulto no momento em que começam a ser instruídos na escola" (p. 73).*

Assim, para Álvaro Vieira Pinto, a educação de adultos *"Deve partir dos elementos que compõem a realidade autêntica do educando, seu mundo de trabalho, suas relações sociais, suas crenças, valores, gostos artísticos, gírias, etc. (p. 86)*. Isso requer a superação da *concepção ingênua,* da visão regressiva do processo educativo, que parte do pressuposto de que o adulto estacionou culturalmente ao não frequentar a escola, ignorando que o desenvolvimento do ser humano é de natureza social, e que o adulto é um *sabedor, membro atuante e pensante na sua comunidade (p. 86-87).*

É constitutiva do ser humano a capacidade de aprender e de se desenvolver ao longo da vida, por meios formais, não formais e informais, pela interação com o meio sociocultural, apropriando-se da cultura, recriando-a e tecendo sua história e a história de seu tempo. Nossa cultura tende a institucionalizar o saber, considerando como válidos para a vida os conhecimentos segundo o paradigma científico, formal. Essa cultura da institucionalização acorrenta a concepção do conhecimento ao formal e cria resistências e limitações ao reconhecimento de saberes adquiridos informalmente nas experiências de vida, em processos não formais e informais.

No livro Conversa Sobre a Fé e a Ciência (2011), Frei Beto traz uma reflexão sobre a institucionalização, a partir de parâmetros humanos, dos bens imateriais ou espirituais. Pondera que toda a institucionalização humana aprisiona, enquadra em parâmetros humanos a dimensão imaterial. Fazendo uma analogia entre instituições religiosas e científicas, afirma que, assim como as religiões tendem a enclausurar a fé, as universidades tendem a aprisionar o conhecimento ao formal.

4. Princípios metodológicos

O reconhecimento dos saberes relativos à educação básica acumulados ao longo da vida pelos adultos, no Brasil, requer o desenvolvimento de metodologias para além dos parâmetros escolares de provas e exames. Reduzir o reconhecimento de saberes a *exames* seria enquadrar o processo no paradigma escolar formal. É a institucionalização acorrentando o processo. Seria aprisionar ao currículo tradicional *(encurricular)* do sistema escolar a imensa gama de possibilidades de adquirir conhecimentos e reconhecer os diferentes saberes.

Para além de exames, as metodologias de reconhecimento de saberes podem contemplar histórias de vida, entrevistas, depoimentos de supervisores, mostra de criações e realizações e tantas outras formas que revelem competências e habilidades desenvolvidas. Uma metodologia abrangente contempla os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas no percurso da vida pessoal e social, como afirmado no artigo 1º da LDB.

Para isto, é importante ter presente os limites e as possibilidades de cada pessoa com deficiência, para definir um referencial dos conhecimentos fundantes necessários ao pleno exercício da cidadania, que contempla a vida pessoal, social e profissional. O reconhecimento dos saberes adquiridos e das competências desenvolvidas nas experiências do percurso da vida pessoal e social e da vida profissional identificadas serão cotejadas com esse referencial, validadas e certificadas.

Nunca será demais lembrar que os conhecimentos são meios, objetos, cuja finalidade é o desenvolvimento de competências humanas, de vida, de cidadania e trabalho. Se o conhecimento não cumprir sua finalidade, não der significado à vida, não constituir instrumento de transformação do mundo, será mero enfeite intelectual, mera erudição.

Mais que um mero instrumento de identificação e validação de competências para a certificação escolar, o processo de reconhecimento de saberes se constituirá em efetivo processo de inclusão cidadã da pessoa com deficiência, pelo desenvolvimento da consciência de si, de sua dignidade e de seu papel na construção da sociedade na qual tem o direito de viver e amar.

5. Breves considerações finais

O reconhecimento e a certificação de saberes na educação das pessoas com deficiências representam um efetivo processo educativo de inclusão cidadã, pela afirmação da identidade de cada educando, que implica no respeito às particularidades de cada pessoa e, portanto, no respeito às diferenças das múltiplas inteligências e modos de ser e viver.

Uma educação emancipadora requer a superação do velho paradigma escolar positivista. Essa superação não se dará pelo caminho da negação, mas sim da construção do novo paradigma de educação e sociedade na qual sonhamos viver, amar e sermos felizes. Neste sentido invoco meu grande mestre Mário Osório Marques, com o qual aprendi que não há *esperança na simples refutação, porque só um novo fundamento pode arruinar o antigo.*

Construir novas propostas, com base em novo paradigma educacional, é um desafio que se coloca aos educadores do século XXI, especialmente no que se refere à educação de pessoas com deficiência.

Se a vida *quer é coragem,* o direito das pessoas com deficiência de terem seus saberes reconhecidos e terem a educação coerente com suas circunstâncias requer mais que coragem, requer dos gestores e dos educadores novos paradigmas, compromisso, ousadia, sonhos, utopias.

REFERÊNCIAS:

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 38ª ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2004

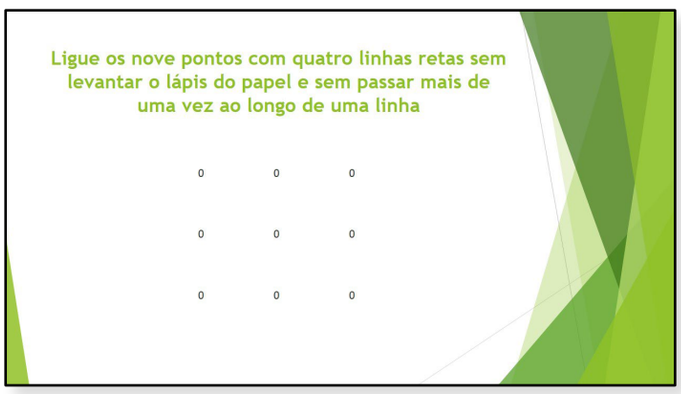
GADOTTI, Moacir. **Por uma política nacional de educação popular de jovens e adultos**. São Paulo: Moderna; Fundação Santillana, 2014. p. 17

GLEISER, Marcelo; Frei Betto; Falcão, Waldemar. **Conversa sobre a fé e a ciência.** Nova Fronteira, 2011

HARARI, Yuval Noah. **Sapiens: uma breve história da humanidade**. Tradução Janaina Marcoantônio. 10ª ed. Porto Alegre, RS, L&PM, 2016.

PINTO, Álvaro Vieira. **Sete Lições Sobre Educação de Adultos.** São Paulo. Autores Associados: Cortez. 1989.

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA



A DMENSÃO HUMANA
Saberes Humanos

- "... o que diferencia mesmo o ser humano dos demais seres ... é o simples fato de sermos os únicos capazes de produzir, armazenar e consumir cultura, seja ela material, seja ela imaterial ... cães não escrevem, gatos não leem, macacos não fazem poesias ..." (J. Pinsky)
- É constitutivo do ser humano aprender, produzir cultura
- As múltiplas inteligências e formas de ser e aprender, na singularidade própria de cada um, em sua INEFABILIDADE
- Culturas ou saberes apenas diferentes, todos carregadas da riqueza da expressão humana e humanizadora, expressando a diversidade humana.

A DIMENSÃO EDUCACIONAL
Os múltiplos contextos da aprendizagem

- LDB - Art. 1º A educação abrange os processos formativos, que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais
- Aprende-se em todos os contextos pessoais e sociais
- As duas pistas (currículos - caminhos):
  - Formal escolar: a pista para crianças, adolescentes ...
  - Não formal e informal: a pista da vida (fora da caixa)
- A PADRONIZAÇÃO ESCOLAR - encurriculamento

OS DESAFIOS DA EDUCAÇÃO

- **A educação dos sonhos: sonhos de quem?**
- Conexão da escola com os sonhos dos educandos
- Os diferentes anseios e circunstâncias
- A perspectiva do outro, pensar com ele
- Contextualização: o significado do conhecimento
- Engenharia pedagógica ligada ao circuito dos afetos

"Não existe aprendizagem unicamente cognitiva. Cognição e emoção estão entrelaçadas (L. Meira – UFPE)

ÉTICA EDUCATIVA
Algumas Reflexões

- Informação: descrição da realidade – o dado
- Conhecimento: explicação da realidade
- Aprendizagem: Conhecimento em ação (competências)
- Educação: conhecimento com significado para a vida
- Ética educativa: *(Francis Imbert)*
  - *Poiésis: uma obra de arte (feita por alguém)*
  - *Práxis: a autoconstrução (autoria)*

É práxis, que implica na ação e reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo" (Paulo Freire)

A EDUCAÇÃO QUE TEMOS
Que educação queremos?

- **Concepções de educação:**
  - **Concepção de pessoa e de sociedade**
  - **Tradicional/liberal - o indivíduo**
  - **Emancipadora: o ser sujeito (em relação c/ o outro)**

"Ensinar a palavra para que possa dizer a sua palavra"

"A leitura de mundo precede a leitura da palavra" (P. Freire)

- As diferentes leituras de mundo
- Os diferentes dizeres da palavra

CIÊNCIA E DIMENSÕES HUMANAS
(de valor e de significado)

- EXPERIÊNCIA: fenômeno objetivo – ingredientes
  - Sensações (calor, frio, peso, dor, cansaço)
  - Emoções: (simpatia, antipatia, amor, raiva)
- SENSIBILIDADE (a questão da PERCEPÇÃO)
  - Fenômeno subjetivo: como penso, vejo, sinto, interpreto
  - Atenção às sensações, emoções e pensamentos
  - Teoria da caverna de Platão: vejo a sombra da realidade
- As diferentes percepções

A Arte da Ilusão

Imagens Duplas

Peter Brookes

Charles Gillbert

A QUESTÃO DOS PARADIGMAS
A mudança necessária

- Visões de mundo (ideias que presidem a ação)
- O imaginário social (pensamento herdado)
- Do imaginário social para a criação.
- Do conhecimento como fim em si mesmo para (a **partir da realidade autêntica de cada educando**):
  - meio para desenvolver competências de vida (mobilizar os saberes com significado para a vida)

"A Educação qualquer que seja ela, é sempre uma teoria do conhecimento posta em prática" (P. Freire)

RECONHECIMENTO DE SABERES;
Considerações metodológicas

- Efetivo processo de inclusão cidadã:
  - Consciência de si, de sua dignidade e de seu papel
  - Projeto de vida
- Para além do paradigma escolar (provas e exames):
  - Inventário de habilidades
  - Percurso de vida pessoal e social
  - Histórias de vida, entrevistas, realizações
  - Limites e possibilidades de cada um

AS QUATRO CEGUEIRAS

- Foco de atenção limitado a um ponto de vista

  Um ponto de vista é apenas a vista de um ponto
- Incapacidade de colocar-se no lugar do outro
  - *Eu sou eu e minhas circunstâncias (Gasset)*
- Visão limitada do tempo: *dimensão de historicidade*
- Preconceitos: *juízos que antecedem o conceito.*

"É mais fácil desintegrar um átomo do que um preconceito" (A. Einstein)

RIGIDEZ MENTAL
Pessoas que:

- Pensam que só há um modo (o seu) de fazer as coisas (inflexibilidade)
- Sua perspectiva é a única certa (egoísmo)
- Os outros estão sempre errados (negativismo)
- Se apegam ao passado (conservadorismo)
- Não estão abertas à mudança, se recusam a se mover, presas na caixa burocrática (imobilismo)

"A mente que se abre a uma nova ideia, nunca retorna a seu tamanho original" (Einstein)

ALGUMAS CITAÇÕES

"Não me deixes culpar de traição a outrem por não pensar como eu" (Gandhi)

"Compreendi que não havia esperança na simples refutação. Só um novo fundamento poder arruinar o antigo" (Mário O. Marques)

"Se a educação não for libertadora, o sonho do oprimido será o de se tornar opressor" (Paulo Freire)

"Não se resolve um problema com a lógica que o criou (Einstein)

19

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Palestrante: Mônica Farina

APRESENTAÇÃO DA PALESTRA

XIV CONGRESSO DA REDE MINEIRA DAS APAES

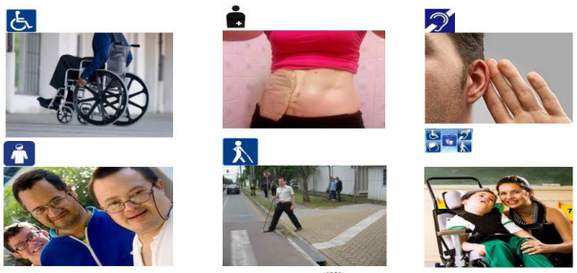
IV FÓRUM MINEIRO DE AUTOGESTÃO AUTODEFESA E FAMÍLIA

Belo Horizonte

Novembro 2019

SUS

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG



SUS

Art. 2º São diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria de Consolidação nº 3/2017):

I - respeito aos direitos humanos, com **garantia de autonomia**, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas;

V - atenção humanizada e **centrada nas necessidades das pessoas**;

VI - diversificação das estratégias de cuidado;

VII - desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a **inclusão social** com vistas à **promoção de autonomia** e ao exercício da cidadania;

X - promoção de estratégias de **educação permanente**;

XI - desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a **construção do projeto terapêutico singular**; e

XII - desenvolvimento de **pesquisa clínica** e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

SUS

Cosems

Juntas Reguladoras

Inclusão

Colegiados/participação social

Transporte sanitário

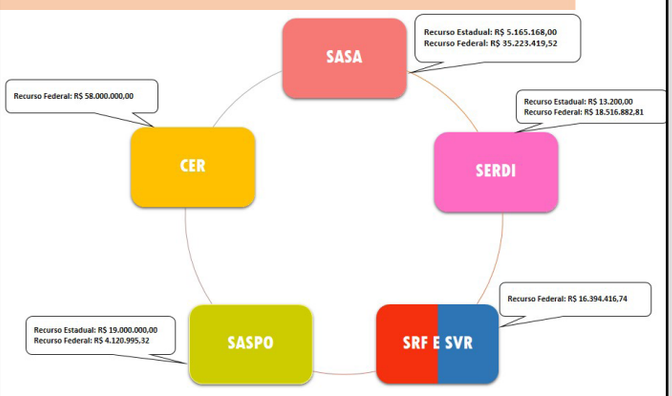
Intersetorialidade

Regionalização

Integralidade

SUS

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência-MG



RCPD- Cenário Nacional

Legenda

[illegible]

PA – 3

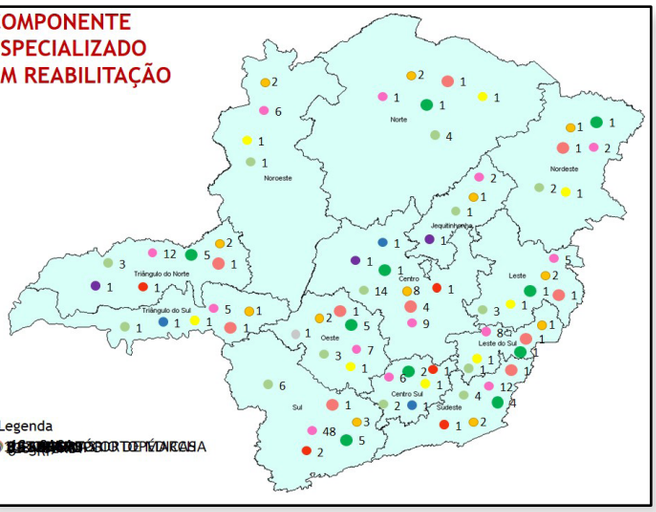
[illegible]

SE – 3

BA - 14

SUS

COMPONENTE ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO



Serviços que também integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS-MG

- Serviços de Fonoaudiologia Descentralizados (FD): 427 municípios
- CEMEAR: 01
- 52 Centros Especializados em Odontologia (CEO) que fizeram adesão à RCPD
- Laboratório de Marcha (01)

Centros Especializados em Reabilitação

- O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em **referência para a rede de atenção à saúde no território.**
- O CER poderá constituir **rede de pesquisa e inovação tecnológica em reabilitação** e ser pólo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente.

Art. 17. Os pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências observarão as seguintes regras de funcionamento:

III - **produzir, em conjunto** com o usuário, seus familiares e acompanhantes, e de forma matricial na rede de atenção, um **Projeto Terapêutico Singular**, baseado em avaliações multidisciplinares das necessidades e capacidades das pessoas com deficiência, incluindo dispositivos e tecnologias assistivas, e com **foco na produção da autonomia** e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida;

V - melhorar a **funcionalidade** e promover a **inclusão social** das pessoas com deficiência em seu ambiente social, através de medidas de prevenção da perda funcional, de redução do ritmo da perda funcional, da melhora ou recuperação da função; da compensação da função perdida; e da manutenção da função atual;

Projeto Terapêutico Individualizado-PTI

A construção do PTI depende da confiança estabelecida entre usuários, familiares e profissionais, com a participação efetiva desses atores em todos os momentos do tratamento. Deve-se considerar para elaboração do PTI, sua formalização, período de execução, reavaliação e sua possível reelaboração, tornando-o mais factível, operacional e resolutivo. (Mângia, 2006)

Serviços de Reabilitação

Ações intersetoriais
Promoção da saúde
Prevenção de agravos
Diagnóstico
Equipe multiprofissional
Reabilitação
Funcionalidade

Usuário

Qualidade de Vida

Políticas para Promoção da qualidade de vida

- A Promoção da Saúde constitui-se em uma estratégia de articulação transversal, na qual um conjunto de intervenções, individuais, coletivas e ambientais, é responsável pela atuação intersetorial sobre os determinantes sociais da saúde, com o objetivo de estabelecer mecanismos para a redução da vulnerabilidade e das desigualdades e que vise ao empoderamento social como forma de fomentar indivíduos/comunidades ativos sobre a produção de sua saúde. (Deliberação CIB-SUS/MG n° 2341/2016)
- Qualidade de vida: percepção dos indivíduos de que suas necessidades estão sendo satisfeitas ou, ainda, que lhes estão sendo negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas. (OMS. Promoción de la salud: glosario. Genebra: OMS, 1998)

Mudança do Modelo de Atenção à Saúde

Pesquisa Nacional de Saúde- PNS 2013

- **Deficiência Intelectual**- Prevalência de 0,8% de deficiência intelectual

✓ 0,5% da população total possuía deficiência intelectual desde o nascimento.
✓ 0,3% a adquiriu devido a doença ou acidente
✓ 30,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde

- **Deficiência Física**- Prevalência de 1,3% de deficiência intelectual

✓ 0,3% da população total possuía deficiência física desde o nascimento.
✓ 1,0% a adquiriu devido a doença ou acidente
✓ 18,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde

Pesquisa Nacional de Saúde- PNS 2013(continuação)

- **Deficiência Auditiva**- Prevalência de 1,1% de deficiência auditiva

✓ 0,2% da população total possuía deficiência auditiva desde o nascimento.
✓ 0,9% a adquiriu devido a doença ou acidente
✓ 8,4% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde

- **Deficiência Visual**- Prevalência de 3,6% de deficiência visual

✓ 0,4% da população total possuía deficiência visual desde o nascimento.
✓ 3,3% a adquiriu devido a doença ou acidente
✓ 4,8% frequentavam algum serviço de reabilitação em saúde

AVANÇOS NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ações na Atenção Primária à Saúde – RCPD-MG

- Juntas Reguladoras
- PIPA
- PETAN
- NASF (Reabilitação)

Guias de atenção à saúde das Pessoas com deficiência no âmbito do SUS

A elaboração e publicação pelo Ministério da Saúde dos Guias de atenção à saúde das Pessoas com deficiência no âmbito do SUS surgiu com a necessidade de orientar e fornecer informações, bem como estratégias para o manejo e o cuidado de forma qualificada e segura na lógica da integralidade e da humanização de acordo com padrões estabelecidos por evidências científicas.

- Guias de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência:
- Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada.
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Síndrome de Down.
- Cuidados de Saúde às Pessoas com Síndrome de Down.
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Paralisia Cerebral.
- Diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA).
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Traumatismo Cranioencefálico.
- Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: Detecção e Intervenção Precoce para a Prevenção de Deficiências Visuais.
- Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Acidente Vascular Cerebral.
- Diretrizes de Estimulação Precoce Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia.
- Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Síndrome pós-Poliomielite e Co-morbidades.

Programas Estaduais de Intervenção Precoce- SUS-MG

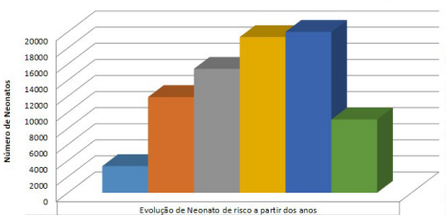
A detecção precoce possibilita que as equipes multiprofissionais intervenham no momento oportuno, elaborando projetos terapêuticos individualizados que desenvolvam as habilidades necessárias para um melhor desenvolvimento global da criança e consequentemente sua inclusão social.

PROGRAMA ESTADUAL DE TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL E SAÚDE AUDITIVA NA INFÂNCIA

Programa de Intervenção Precoce Avançado

Acompanhamento 2014-2019

Evolução de Neonato de Risco acompanhados pelo PIPA



2014	3309
2015	11897
2016	15404
2017	19356
2018	20000
2019	9105

Legenda:

Em 2014 o início do programa se deu em Março, os outros anos foram avaliados de Janeiro a Dezembro. 2019 - valor parcial até junho (faltando autodeclaração)

Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

"Uma Rede em construção"

- Revisão do Plano de Ação da RCPD-MG
- Integração e matriciamento entre os pontos de atenção
- Fortalecimento das ações de intervenção precoce
- Defasagem da Tabela SIA/SUS- Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
- Educação Permanente
- Inovação

OBRIGADA!

DATE/SRAS/SES-MG

Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

Mônica Farina

Relatos de Experiências

A. Cuidados com o paciente estomizado, proporcionando reabilitação, aptidão para o autocuidado e prevenção de complicações.
Kleverson Willian Vaz Coelho e Laila Ribeiro dos Santos
(APAE CER III Além Paraíba-MG)

B. Projeto Circulando
Leonardo Silva de Moraes
(APAE de BH - MG)

C. Papel dos homens Através da Escola de Famílias
Alexandra Regina da Silva
(APAE de Itaúna - MG)

D. Perfil dos Pacientes com Histórico de Acidente Vascular Encefálico Atendidos no CER II de UNAÍ/MG
Luciene Lourenço Mota, Jeiciele da Silva Pereira e Clarice José Pires
(APAE de UNAI - MG)

E. Estudo de caso: intervenção multidisciplinar no Transtorno do Espectro Autista
Daiany da Silva Souza, Dayana Bittencourt Furtado e Íris Oliveira Toledo Ferreira
(APAE de São Lourenço - MG)

F. Grupo de Reabilitação Psicossocial, com Sequelas Cognitivas e Físicas Desencadeadas por AVC
Kleverson Willian Vaz Coelho, Laila Ribeiro dos Santos, Lívia Sayegh Lima Carradore e Cassia Maria Monteiro Salgado
(CER III - APAE de Além Paraíba - MG)

G. Perspectivas da Avaliação e Intervenção Precoce em Bebês no CER II de Três Pontas.
Isabela Garcia Andrade, Patrícia Campos Mendonça e Rafael Pereira Gomes
(CER II - APAE - Três Pontas / UNINCOR)

H. Grupo Qualidade de Vida: Relato de Experiência
Andreza Vieira Lelis da Silva, Alessandra Paula Duarte, Cláudia Lauriana Carvalho Rezende, Djair Morais de Faria e Jacqueline Josiane Gonçalves Ferreira
(APAE de BH - MG)

I. "Construindo Possibilidades": Projeto Inovador da Fisioterapia na APAE de Uberlândia
Fernanda Lima Cró Rossi
(APAE de Uberlândia - MG)

J. Projeto Brincar: Capacitando Familiares para Estimulação Global da Criança
Érika de Freitas Araújo, Andréa de Jesus Lopes
(CER III - APAE de Pará de Minas - MG)

K. Programa de Estimulação Cognitiva Ativamente Top: um Relato de Experiência
Érika de Freitas Araújo, Kênia Augusta Marques da Silva Almeida e Andréa de Jesus Lopes
(CER III - APAE de Pará de Minas - MG)

L. Equopedagogia: uma aprendizagem além da sala de aula
Eliana da Silva, Cleida Eunice Santos Brito, Rita de Cássia dos Santos Silva e Karla Fabiana Silva Resende
(APAE de Uberaba - MG)

M. Percepções e Dificuldades de Pais ou Responsáveis ao Lidar com a Sexualidade da Pessoa com Deficiência Intelectual
Luisa Fernandes dos Reis e Rita Helena Rezek Nassar
(APAE de Pouso Alegre - MG)
Luciana Fatarelli Ferreira e Tassiana Tonioli Craveiro Chagas
(APAE de Três Pontas - MG)

N. Atendimento Multiprofissional da Pessoa com Deficiência Intelectual
Luciana Fatarelli Ferreira e Tassiana Tonioli Craveiro Chagas
(APAE de Três Pontas - MG)

O. Resultados do Modelo de Intervenção Precoce Multidisciplinar em Crianças com Sinais de Risco para o Transtorno do Espectro do Autismo - TEA
Daniela Carolina de Araújo Lima Bezerra, Daniela De Paula Dornelles Guimarães e Patrícia Aparecida Ferreira Pereira
(APAE de Barbacena - MG)

P. Avaliação do Desenvolvimento Motor em Crianças com Deficiência Intelectual
Claudinéia Silva Teixeira
(APAE de Florestal - MG)

Q. Jardim Sensorial: um Coadjuvante nas Intervenções Terapêuticas na APAE de Pouso Alegre/MG
Andreza Martins Lopes Gonçalves, Aline Fernanda Tosta de Carvalho, Caio Augusto Teixeira Piovezanni e Fernanda Alvarenga Vieira
(APAE de Pouso Alegre - MG)

R. Redefinição de Estratégia Terapêutica para Favorecer a Participação de um Indivíduo Autista: Relato De Caso
Thaís Cristina Noronha, Daniela Maria Parreira, Érika de Morais Aguilar, Fernanda Faria Gomes, Renatha de Carvalho e Andréa de Jesus Lopes
(APAE de Pará de Minas - MG)

S. Sob Olhares- Contribuições Para a Prática de Reabilitação em Deficiência Intelectual e Múltipla
Terezinha de Lourdes Pereira, Camila Oliveira Cruz e Ana Paula Espindula
(APAE de Passos - MG)

T. Whodas 2.0: Avaliação da Funcionalidade dos Usuários que Utilizam Aparelho qe Amplificação Sonora Individual, no Centro Especializado em Reabilitação Antônio de Oliveira – CER IV Contagem / APAE-BH
Dayane Palmira Ferreira Leal Reis e Ingrid Lilian de Freitas Gonçalves
(CER IV - APAE de BH - MG)

CUIDADOS COM O PACIENTE ESTOMIZADO, PROPORCIONANDO REABILITAÇÃO, APTIDÃO PARA O AUTOCUIDADO E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES

***Kleverson Willian Vaz Coelho*[1]**

***Laila Ribeiro dos Santos*[2]**

INTRODUÇÃO

O (SASPO) Serviço de Atenção à Saúde da Pessoa Ostomizada foi agregado ao (CER III) Centro Especializado em Reabilitação Física, Intelectual e Visual da APAE de Além Paraíba/MG no ano de 2014, proporcionando dispensação de dispositivos intestinais e adjuvantes gratuitamente, além de oferecer atendimento multiprofissional especializado, apoio emocional, psicossocial, tratamento de complicações inerentes ao estoma, orientação sobre autocuidado e uso correto de dispositivos, gerando uma melhora na qualidade de vida para esses pacientes.

OBJETIVO

- Trabalhar a autonomia para a realização do autocuidado, com vistas ao desenvolvimento da autoestima, melhoria de aspectos emocionais, promovendo a socialização e a interação social..
- Restituir as atividades de convívio social, para que a pessoa atendida consiga independência, recuperação e aceitação das limitações do estoma, mantendo a interação familiar e proporcionando uma melhor qualidade de vida.
- Trabalhar em grupo e/ou individualmente a expressividade dos sentimentos, das emoções e dos desejos dos pacientes, promovendo e estabelecendo uma relação de confiança e de acolhimento do usuário com o serviço e com a equipe.
- Prestar assistência especializada interdisciplinar, objetivando a reabilitação e a prevenção de complicações nos estomas.

METODOLOGIA

Preliminarmente, foram analisados os dados e as planilhas, referentes ao período de janeiro de 2015 a agosto de 2019, de pacientes cadastrados no Programa de Estomizados do CER III/APAE de Além Paraíba. A partir do levantamento e da análise dos problemas detectados, foi planejado um atendimento multidisciplinar para o paciente estomizado, visando a uma maior aceitação do

1. Graduado em Enfermagem pela FEAP/AP (2014); especialista em Terapia Intensiva pela S. Camilo (2017), em Enfermagem do Trabalho e em Gestão pela Candido Mendes.

2. Graduada em Enfermagem pela Universo/JF (2008); especialista em Terapia Intensiva pela São Camilo (2011), em Enfermagem do Trabalho pela FIJ/ RJ (2012), em Saúde Mental pela FAGOC/ AP (2014) e em Estomatoterapia pela IESP/JF (2019).

estoma, melhor qualidade de vida, reintegração social e sexual, aptidão para o autocuidado e prevenção de complicações. A pessoa estomizada é acompanhada por dois enfermeiros do Programa, capacitados para o cuidado de estomas de eliminação, responsáveis por indicar os produtos mais adequado ao usuário, como equipamentos coletores, adjuvantes de proteção e segurança, bem como estabelecer a quantidade mensal a ser disponibilizada. São realizadas, pela equipe multidisciplinar, reuniões trimestrais com os pacientes, para troca de experiências, melhoria da interação no ambiente do CER , na família e nos ambientes sociais, incentivar a aceitação das limitações inerentes ao estoma e fazer o acompanhamento de eventuais problemas que vierem a surgir.

RESULTADOS

Os resultados vêm surgindo gradativamente, em decorrência da capacitação dos pacientes para o autocuidado e da troca de experiência entre eles. Observa-se uma melhoria na incidência de complicações inerentes ao estoma e ao periestoma e uma maior agregação e aceitação social do paciente. Observa-se, ainda, uma melhoria nas relações interpessoais dos usuários com os profissionais e com os familiares.

A continuidade do tratamento é de extrema importância, podendo ser de curto ou longo prazos, visto que os usuários necessitam de uma assistência interdisciplinar especializada contínua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa experiência teve como foco principal as mudanças ocorridas no modo de vida do estomizado após a realização da cirurgia, sendo as principais: dificuldades de aceitação, de adaptação e de independência na realização do autocuidado e visando a uma melhor adaptação à condição de estomizado. Com esse objetivo, o serviço presta o acompanhamento ao usuário por intermédio de uma equipe multiprofissional, proporcionando uma melhor qualidade de vida a quem vivencia uma condição crônica advinda de estomia intestinal ou urinaria, que exigem cuidado contínuo e prolongado, frisando-se a necessidade de atendimento contínuo, face à vulnerabilidade dos pacientes.

REFERÊNCIAS

BARBUTTI, R.C.S; SILVA, M.C.P; ABREU, M.A.L. Ostomia, uma difícil adaptação. Rev. SBPH, Rio de Janeiro, v.11, n.2, dezembro 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde: Ostomizados. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33975&janela=1. Acessado em 20 mai 2012.

SANTOS VLCG. Estomaterapia através dos tempos. In: Santos VLCG; Cesaretti IUR. Assistência em estomaterapia cuidado do ostomizado. São Paulo (SP): Atheneu; 2005

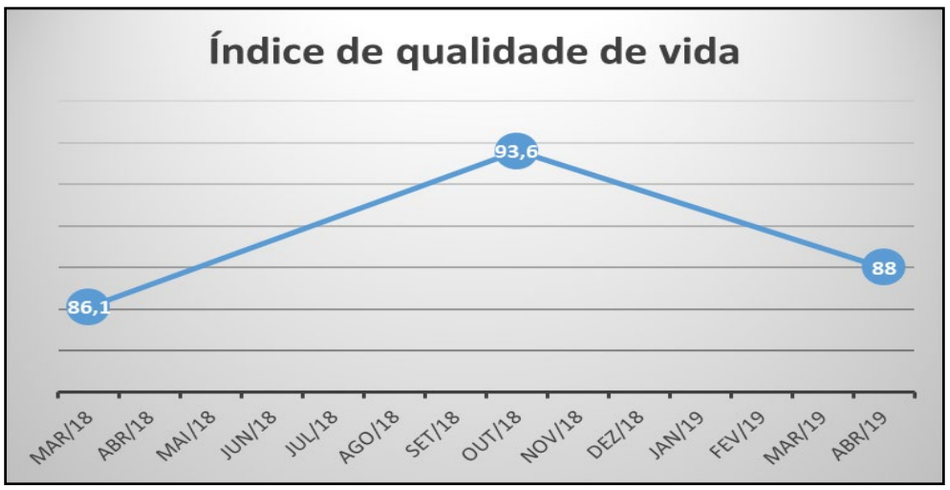
SILVA, A.L; SHIMIZU, H.E. O significado da mudança no modo de vida da pessoa com estomia intestinal definitivo. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.14, n. 4, jul./agosto 2006. Disponível em . Acessado em 16 mai 2012.

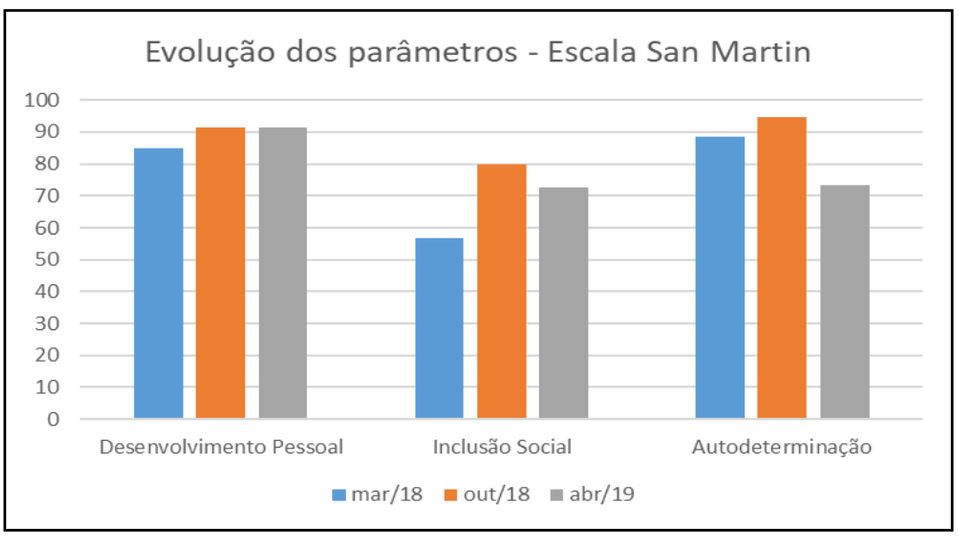
PROJETO CIRCULANDO

Leonardo Silva de Morais [1]

1. INTRODUÇÃO

Ao aplicar a Escala San Martin nos atuais 50 (cinquenta) moradores das Casas Lares da APAE-BH constatou-se uma diminuição considerável do Índice de Qualidade de Vida, em razão da baixa pontuação em três dimensões: *Desenvolvimento Pessoal* (enriquecimento pessoal; aprendizagem; habilidades e capacidades; motivação), *Inclusão Social* (integração; participação e apoios) e *Autodeterminação* (opiniões e preferências pessoais; autonomia e decisões):





Verificou-se que a maior parte dos moradores não tinha um programa de atividades que contribuísse para seu enriquecimento pessoal ou que permitisse a aprendizagem de novas habilidades, estimulando as áreas cognitiva, social, sensorial, emocional e motora ou que contribuísse para sua independência e autonomia.

A partir dessas constatações, foi idealizado um projeto que facilitasse o acesso dos moradores aos espaços de participação social, lazer e política em Belo Horizonte e que promovesse sua valorização, dignidade, reconhecimento e respeito como cidadãos que assumem suas responsabilidades.

A esse projeto deu-se o nome de **Projeto Circulando**.

1. Graduado em Serviço Social

2. OBJETIVO

Promover a melhoria da qualidade de vidados moradores do Serviço de Acolhimento Casa Lar – APAE-BH.

3. METODOLOGIA

- Levantar junto aos moradores da Casa Lar os que possuem o cartão Passe Livre, de modo a lhes proporcionar autonomia para utilizar o transporte público;
- Regularizar as pendências daqueles cartões que impossibilitam os moradores de usar os meios de transporte público;
- Pesquisar eventos culturais, esportivos, de lazer e políticos promovidos na Capital;
- Pesquisar e articular com equipamentos da Rede a inserção dos moradores em atividades disponíveis;
- Apresentar para a equipe técnica os dados das pesquisas realizadas, com o objetivo de nortear as decisões de participação nos eventos, considerando as especificidades de cada morador;
- Apresentar as alternativas aos moradores da Casa Lar e à equipe técnica, para definição do Plano de Ação para a organização e participação nos respectivos eventos.

4. DESENVOLVIMENTO

1ª etapa: Pesquisar locais para visitação, dias e horário de funcionamento, meios de transporte e trajeto, se necessário realizar pesquisa de campo.

2ª etapa: Realizar roda de conversa com os moradores, expondo a eles o local escolhido para a visitação, informando as atividades propostas e contextualizando toda a situação em questão.

3ª etapa: Realizar a visita propriamente dita. Até o presente momento, foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Ida ao teatro, usando o Cartão Passe Livre para ter acesso ao ônibus e metrô;
- Visita ao Museu Brasileiro do Futebol, localizado no Estádio do Mineirão;
- Realização de piquenique no Parque Ecológico Burle Marx, conhecido como parque das águas;
- Visita à Praça do Papa, conhecido ponto turístico da Capital;
- Ida ao Cinema em shopping da Capital;

4ª etapa: Realizar nova roda de conversa, oportunidade em que os moradores vão expor suas opiniões sobre a atividade realizada.

5. RESULTADOS

A colocação em prática do **Projeto Circulando** vem incentivando os moradores das Casas Lares a conhecer os espaços públicos de Belo Horizonte e a fazer valer os seus direitos constitucionais.

O Projeto foi estruturado para que as pessoas com deficiência exerçam sua cidadania e sejam finalmente enxergados pela sociedade.

A evolução dos parâmetros da Escala San Martin, que motivaram a criação do Projeto Circulando, será verificada quantitativamente por uma nova aplicação que deverá ocorrer a partir de outubro de 2019.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final das atividades desenvolvidas até o momento, algumas conclusões específicas podem ser observadas:

- melhoria na inclusão social dos moradores;
- fortalecimento dos vínculos afetivos entre os moradores, e entre eles e os pais e mães sociais;
- melhoria da autoestima;
- maior desenvolvimento da autonomia e independência nas atividades da vida diária.

Visita ao Museu do Futebol – Mineirão

PAPEL DOS HOMENS, ATRAVÉS DA ESCOLA DE FAMÍLIAS

Alexandra Regina da Silva [1]

INTRODUÇÃO

O Instituto Santa Mônica – APAE de Itaúna, na pessoa da Presidente Senhora Geórgia Stefânia Duarte Chaves Mendonça (mandatos 2014-2019), prezando pelo trabalho com as famílias, decidiu usar novas estratégias e trazer os responsáveis do sexo masculino para participar, conhecer, favorecer o autocuidado, incentivando o cuidado para com outro, a escuta, a partilha entre eles e também levá-los a compartilhar com os seus familiares o que de bom o "Projeto Escola de Famílias" vem oferecendo.

OBJETIVO

Mostrar a importância do papel dos homens na família, no cuidado com a Pessoas com Deficiência Intelectual; emponderá-los e trazê-los para mais perto da APAE, na tentativa de esclarecer o papel das famílias associadas.

METODOLOGIA

O trabalho foi realizado com uma turma de dez pais ou responsáveis do sexo masculino, no turno da noite, com carga horária reduzida, em uma unidade da UAITEC, no centro da cidade de Itaúna, para favorecer a acessibilidade. Essa organização foi uma estratégia utilizada para atrair os pais e fazer com que pudessem vivenciar, refletir, ouvir e partilhar, considerando que eles apresentam pouca participação nas atividades do dia a dia da família e dos cuidados com a Pessoa com Deficiência e da Instituição, devido ao trabalho e às dificuldades com horários.

RESULTADOS

Os participantes têm demonstrado um maior amadurecimento e compreensão com relação ao papel do associado à APAE, comprometimento com a Instituição e melhoria na participação em eventos; maior assiduidade e interesse pelos temas tratados na escola.

No ambiente familiar, conforme relato das esposas, houve uma melhora na participação dos mesmos nas atividades da casa e nos cuidados com os filhos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Envolver os pais em um espaço de interação e de aprendizado, refletindo sobre os temas trabalhados na escola, abriu uma nova possibilidade, que pode ser mais explorada e dar lugar a diferentes caminhos de intervenção com as famílias, especialmente tendo em vista que o desenvolvimento dos trabalhos nas APAEs sempre foi mais focado nas mães e, em alguns momentos, nos irmãos. Assim, valorizar a participação do pai, considerando que este também vivencia ansiedades, angústias, sofrimento por expectativas frustradas, dentre outros sentimentos, assim como as mães, nos leva

1. *Pedagoga; especialista em Educação na Perspectiva do Ensino Estruturado para Autistas e aluna da especialização em Psicopedagogia Clinica e Institucional. alexandra.reginadasilva@yahoo.com.br*

a quebrar um padrão cultural, um paradigma da sociedade que, na atualidade, com todas as mudanças nas configurações familiares, ainda situa a figura masculina no papel apenas de provedor do lar, limitando sua atuação e insistindo em não valorizar e dar atenção ao aspecto emocional da mesma.

REFERÊNCIAS

- PINTO, Mayra Fully. *Tenho um filho deficiente, e agora? As dificuldades enfrentadas pelo portador de necessidades especiais e seus familiares para romper barreiras e superar limites.* Universidade Candido Mendes Pós –Graduação "Lato Sensu Projeto a Vez do Mestre. Niterói, RJ. 2006.

PERFIL DOS PACIENTES COM HISTÓRICO DE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO ATENDIDOS NO CER II DE UNAÍ/MG

Luciene Lourenço Mota [1]

Jeiciele da Silva Pereira [2]

Clarice José Pires [3]

Palavras-chave: Perfil. Usuários. AVE. CER.

INTRODUÇÃO

O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é responsável por incapacitar pessoas na realização de suas tarefas diárias. O AVE é classificado em isquêmico e hemorrágico. O isquêmico ocorre por falta de suprimento de sangue ao encéfalo, enquanto que o hemorrágico se caracteriza pelo rompimento de um vaso sanguíneo. Os fatores de risco para AVE são classificados em modificáveis e não modificáveis. Os modificáveis estão relacionados ao estilo de vida, como presença de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, fumo, álcool, sedentarismo, hiperlipidemias, obesidade, etc. Já os fatores não modificáveis incluem idade, gênero, raça, etnia, hereditariedade e histórico familiar (CASTRO et al, 2009). Este estudo buscou destacar os principais elementos que propiciam aos indivíduos serem acometidos por AVE, visando a intervenção preventiva nos grupos de risco, já que a ocorrência da patologia possibilita sequelas que comprometem a capacidade, independência e autonomia da pessoa acometida. As sequelas são o motivo para a busca pelos serviços de reabilitação. Quando o paciente recebe as informações sobre os riscos das doenças, dentre elas o acidente vascular, isto propicia um raciocínio crítico, oportunizando o direcionando às mudanças de hábitos e crenças.

OBJETIVO

O objetivo geral foi identificar as principais características associadas aos vitimados pelo AVE, a fim de divulgar elementos que contribuíssem para a prevenção do agravo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, documental, de abordagem quantitativa tradicional. A pesquisa de campo foi realizada em fevereiro de 2018, através de dados coletados em 39 prontuários de usuários com AVE, fornecidos pelo CER II da cidade de Unaí/MG. A instituição é referência no atendimento a pacientes vítimas de AVE no município de Unaí/MG e entorno. O estudo ocorreu após autorização pelo responsável técnico da Instituição. O levantamento buscou investigar histórico familiar e clínico pregresso, doenças prévias, fatores de riscos relacionados ao desenvolvimento do AVE e fatores sociais.

1. *Enfermeira, Mestre em Psicologia, docente na Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí (FACISA), E-mail: llmota@yahoo.com.br.*

2. *Assistente Social, coordenadora de Projetos na APAE de Unaí, E-mail: clrcpires@gmail.com.*

3. *Enfermeira, egressa da Faculdade de Ciências da Saúde de Unaí (FACISA), E-mail: jeicielelinda@hotmail.com.*

RESULTADOS

Observou-se que, em 64% dos prontuários analisados, o AVE ocorrido era do tipo isquêmico, enquanto 36% apontaram o AVE do tipo hemorrágico no histórico dos pacientes. O AVE isquêmico ocorre principalmente por fatores contribuintes para o desenvolvimento de ateromas vasculares, tais como dieta rica em gorduras saturadas e carboidratos simples, além do consumo excessivo de álcool e em casos mais escassos, por influência genética para o aumento do colesterol sérico. Na Tabela 1 estão descritos os principais fatores de risco para o AVE encontrados nesta pesquisa.

Tabela 1. Frequência relativa dos fatores de risco relacionados ao AVE, encontrados entre usuários do CER II de Unaí/MG, 2018.

Variáveis	%
Repetição de episódios de AVE	18
Tabagismo	50
Etilismo	53,9
Sedentarismo	60,7
Hipertensão Arterial	84,6
Dislipidemias	51
Diabetes mellitus	20,5
Obesidade ou sobrepeso	20,5
Histórico familiar positivo para AVE	74
Idade acima de 50 anos	71,7

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Dentre os resultados obtidos, destaca-se que 18% dos usuários já haviam repetido o AVE. Na história pregressa de metade dos investigados havia o relato do uso prolongado de tabaco e álcool. Já o sedentarismo foi descrito no histórico de 60,7% dos usuários. Dos 39 investigados, 32 apresentavam comorbidades contribuintes para a ocorrência do AVE, tais como diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia. Os principais fatores relacionados ao desencadeamento do AVE nos investigados eram modificáveis, ou seja, aqueles que estão diretamente relacionados ao estilo de vida. Sobre as doenças familiares associadas ao AVE, foram identificados que dentre os usuários do CER II, 74% possuíam algum parente próximo com doenças cardiovasculares na família, principalmente entre mães e irmãos. Dentre as doenças relatadas entre os familiares prevaleceram o AVE e a hipertensão arterial sistêmica.

Gandra e Bastos (2014) apontam que a ocorrência de AVE em pessoas com histórico familiar positivo, está relacionado à hereditariedade/genética, bem como a um ambiente de baixo nível socioeconômico e baixo nível de atividades, ou ambos. Quanto às sequelas contribuintes para o atendimento destes usuários no CER, destaca-se que as principais eram as motoras, representadas em 42% dos usuários. A faixa etária predominante foi de 50 a 70 anos, com prevalência para o sexo feminino. Sobre o tempo de procura pela terapia reabilitadora, encontrou-se que 49% dos

pacientes procuraram atendimento em curto prazo de tempo e 55% em médio e longo prazo. É importante que as vítimas de acidentes vasculares com alteração funcional procurem se reabilitar nos serviços de referência em tempo hábil, ou seja, o mais breve possível após o episódio de AVE.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que os principais elementos que contribuem para a ocorrência do AVE são os fatores de risco modificáveis, associados ao estilo de vida, como a prática do tabagismo, o uso de álcool, uma dieta rica em carboidratos e gorduras saturadas e o sedentarismo. Estes fatores contribuem para a ocorrência de doenças que acentuam os riscos do desenvolvimento do AVE. Porém, fatores não modicáveis, como a idade e a herança familiar também têm uma relação direta com o aparecimento do acidente vascular.

Deve-se, portanto, atentar para a promoção de melhor qualidade vida dos grupos de risco, bem como para maior adesão ao tratamento daqueles que já possuem comorbidades anteriormente citadas. Cabe aos serviços de atenção primária e seus profissionais intervirem junto aos grupos de hipertensos, diabéticos, sedentários, obesos, idosos, além daqueles já vitimados pelo AVE proporcionando maior direcionamento em ações práticas que possam prevenir a ocorrência deste distúrbio.

REFERÊNCIAS

CASTRO J.A.B. et al. Estudo dos principais fatores de risco para acidente vascular encefálico. **Rev Bras Clin Med,** São Paulo, v.7, p. 171-173, 2009.

GANDRA, J. D.; BASTOS, M. A. R. Fatores de risco para ocorrência de acidente vascular encefálico em indivíduos de 0 a 20 anos**. Enferm. Rev.** Belo Horizonte, v. 17, n. 1, jan/abr. 2014.

ESTUDO DE CASO: INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR NO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Daiany da Silva Souza [1]

Dayana Bittencourt Furtado [2]

Íris Oliveira Toledo Ferreira [3]

INTRODUÇÃO:

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do desenvolvimento presente desde o nascimento e se manifesta invariavelmente antes dos trinta e seis meses de idade, suas etiologias são multiplas e diversas e a interferencia nas áreas de ocupação é significativa, devendo-se principalmente a comportamentos relacionados ao déficit na interação social, na linguagem, nas habilidades emocionais, cognitivas, motoras e sensoriais. Por se tratar de um transtorno com diversas manifestações requer muitas vezes atendimento multidisciplinar.

OBJETIVO:

O presente estudo tem por finalidade discutir as contribuições do tratamento multidisciplinar e das terapias multidisciplinares nos casos de Autismo e, por meio de um Estudo de Caso, delinear considerações acerca dos diferentes aspectos envolvidos neste processo de tratamento.

METODOLOGIA:

Estudo tipo relato de caso. A coleta de dados foi realizada por meio de análise de informações em prontuário, sessões individuais, entrevista e aplicação de um questionário com a genitora.

Trata-se de uma criança de sete anos, do sexo masculino, diagnosticada com TEA pela neuropediatra da APAE de São Lourenço aos quatro anos.

A criança encontra-se, atualmente, em tratamento multidisciplinar, com profissionais dos setores de Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Psicologia.

RESULTADOS:

Após as intervenções foi possível observar o progresso positivo em relação ao contato visual; aumento da intenção comunicativa verbal e não verbal; melhora dos comportamentos adequados; e habilidades sociais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

1. Graduada em Psicologia

2.Graduada em Fonoaudiologia

3.Graduada em Terapia Ocupacional.

O trabalho da equipe multidisciplinar foi eficaz para desenvolver no paciente a possibilidade de conquistar maior independência, bem como ter iniciativa e desenvolver a capacidade de socialização. A articulação entre os profissionais foi essencial para a boa evolução terapêutica do paciente. O Autismo não deve ser visto como um rótulo, é necessário descobrir as potencialidades e dificuldades de cada criança, atuando profissionalmente frente a novos desafios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYRES, A. J. Sensory Integration and the child. Los Angeles: Western Psychological Servives, 1979.

CARVALHO, E. S.; ANTUNES, F. Desenvolvendo a sensibilidade sensorial tátil plantar em portadores de autismo infantil atráves do “tapete sensorial” – estudo de três casos. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, 2005, vol. 13, n°1.

DRUMMOND, A. F.; REZENDE, M. B.; (Organizadoras) Intervenções da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, Editora UFMG, 2008.

HAGEDORN, R. Fundamentos para a prática em terapia ocupacional. 3ª edição. São Paulo: Roca, 2003.

MATSUKURA, T. S. A aplicabilidade da terapia ocupacional no tratamento do autismo infantil. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, vol. 6, n° 1.

NEISTADT. M. & CREPEAU. E. Willard & Spackman Terapia.

GRUPO DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL DE PESSOAS COM SEQUELAS COGNITIVAS E FÍSICAS DESENCADEADAS POR AVC.

Kleverson Willian Vaz Coelho [1]

Laila Ribeiro dos Santos [2]

Lívia Sayegh Lima Carradore [3]

Cassia Maria Monteiro Salgado [4]

INTRODUÇÃO

A dependência limita a pessoa na realização do autocuidado, em seu papel familiar, na participação social e laboral e, consequentemente, piora sua qualidade de vida (SCALZO,et al, 2010).Os pacientes com sequelas físicas e/ou mentais necessitam de reabilitação dinâmica, contínua, progressiva e educativa, para atingirem a restauração funcional, a reintegração familiar, comunitária e social, além da manutenção do nível de recuperação e da qualidade de vida. (Scalzo et al 2010). Foi pensado e discutido entre os profissionais de referência sobre um atendimento psicossocial, onde pensamos na pessoa/paciente como o sujeito principal de suas ações e escolhas, onde se sintam aceitos, incluídos, valorizados e respeitados dentro de uma sociedade, mesmo com suas limitações. Iniciando assim, uma inclusão com os membros do próprio grupo, para depois expandir no que diz respeito a sociedade de forma geral. Sendo assim, a inclusão se refere ao estabelecimento de interação com outras pessoas: trocas interativas entre os indivíduos, comunicar-se, participar de encontros, cultivar o companheirismo e solidariedade, desenvolver a cooperação, entre outros. Seguindo esta linha de raciocínio, foi adotada uma abordagem grupal na reabilitação de pessoas com sequelas de acidente vascular cerebral.

OBJETIVO

O grupo tem como objetivo principal desenvolver as habilidades sociais, emocionais, físicas e cognitivas defasadas provenientes da sequela ocasionada pelo acidente vascular cerebral (AVC). Sendo assim, proporcionamos ao paciente compartilhar sentimentos, experiências, opiniões, promovendo o autoconhecimento, desenvolvendo a autonomia, autoestima e autoconfiança, além da conscientização de suas limitações buscando uma melhor qualidade de vida.

METODOLOGIA

1. *Graduado em Enfermagem pela FEAP/AP (2014); especialista em Terapia Intensiva pela S. Camilo (2017), em Enfermagem do Trabalho e em Gestão pela Candido Mendes.*
2. *Graduada em Enfermagem pela Universo/JF (2008); especialista em Terapia Intensiva pela São Camilo (2011), em Enfermagem do Trabalho pela FIJ/ RJ (2012), em Saúde Mental pela FAGOC/ AP (2014) e em Estomatoterapia pela IESP/JF (2019).*
3. *Graduada em Psicologia pela Universidade Estácio de Sá/NF (2011); especialista em Psicopedagogia pela FEAP/AP (2015); cursando a especialização em Neuropsicologia pelo NEISME/JF.*
4. *Graduada em Psicologia pelo Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES (1986); especialista em Gerência de Recursos Humanos pela Faculdade Machado Sobrinho/MG (1989) e em Educação Inclusiva pela Universidade Castelo Branco/RJ (2005).*

Trata-se de uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo, na qual serão feitos levantamentos bibliográfico de artigos científicos e, sites da internet, relacionado a Reabilitação Psicossocial, com Sequelas Cognitivas e Físicas Desencadeadas do AVC. O tratamento consiste em abordar assuntos sobre a doença como suas causas e sintomas, dinâmicas de grupo, vídeos motivacionais, atividades lúdicas para estimular os aspectos defasados como a memória e concentração, aplicação de jogos lúdicos para trabalhar a parte física também como a coordenação motora, alem de fornecer apoio emocional e encorajar as pessoas a desenvolver, dentro de suas limitações, as habilidades adquiridas após a doença.

RESULTADOS

Os grupos de AVC tiveram inicio em outubro de 2015, desde então os pacientes vem apresentando melhora gradativa em relação os objetivos propostos pelo grupo, sendo observado os aspectos como melhora da comunicação e linguagem, promoção da qualidade de vida, melhora da autoestima, ganho significativo de estabilidade emocional dos membros do grupo e seus familiares, evolução dos aspectos cognitivos, físicos, motores e consciência corporal. As atividades realizadas internamente e externamente da instituição são de suma importância para a socialização e reinserção das pessoas com deficiência na sociedade. Os pacientes do grupo apresentam um nível muito significativo de vulnerabilidade, podendo sofrer alteração físicas, psicológicas, sociais, comportamentais e emocionais, sendo assim, proponho a continuidade do acompanhamento por longo prazo, visto que o usuário necessita de uma assistência interdisciplinar especializada contínua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluímos que através da dinâmica estrutural do grupo e de toda a técnica empregada, os pacientes vêm apresentando significativa evolução no processo de desenvolvimento da doença e suas sequelas. Eles mudaram a maneira de compreender, pensar e enfrentar as limitações adquiridas, entendendo suas dificuldades e aceitando o tratamento necessário para sua reabilitação. Assim como, melhorando também a interação social, as relações interpessoais e uma busca para uma melhor qualidade de vida. Cabe ressaltar, que os paciente inclusos no grupo atualmente, irão continuar até alcançar o objetivo final. Sendo assim frisamos a importância da continuidade do grupo para auxiliar, amparar e acolher os futuros pacientes na busca de uma reabilitação física e emocional.

REFERÊNCIAS

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social.** São Paulo, Pioneira, 1965. Problemas de dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix, 1978.

ROLIM, C.R.L.C; MARTINS, M. Qualidade **do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS.**Brasilia- DF, 2011.

SCALZO PL, Souza ES de, Moreira AG de O, Vieira DAP. **Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Encefálico:** Clínica de fisioterapia Puc Minas Betim. RevNeurociênc [Internet]. 2010 [cited 2012 Jul 20];18(2):139-44. Availablefrom: http:// revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1802/443%20original.pdf.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

PERSPECTIVAS DA AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE DE BEBÊS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FÍSICA E INTELECTUAL – CER II DE TRÊS PONTAS – MG.

Isabela Garcia Andrade [1]

Patrícia Campos Mendonça [2]

Rafael Pereira Gomes [3]

1 – INTRODUÇÃO

As intervenções na primeira infância vêm sofrendo modificações no decorrer dos anos, amparadas nas pesquisas que propõem novas práticas para os atendimentos de bebês. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Três Pontas (APAE -TP), em 25 anos de atendimentos na primeira infância, acompanhou essas mudanças, introduzindo as modificações necessárias no atendimento a este público. Em 2014, a instituição iniciou o trabalho de avaliação e de intervenção precoce de bebês com idade de 0 a 24 meses, que sofreram intercorrências no pré, peri e pós-natal (neonatos de risco), através do PIPA - Programa de Intervenção Precoce Avançada.

Para a delimitação do presente estudo, nos propusemos a seguinte questão-problema: quais são as possibilidades advindas de uma intervenção transdisciplinar em bebês de 0 a 24 meses, relacionadas aos aspectos psíquicos e motores?

Apresentamos aqui a construção de um dispositivo clínico de atendimento aos bebês em um novo formato.

2 – OBJETIVO

Qualificar as características da avaliação e de intervenção transdisciplinar de bebês situados na faixa etária de 0 a 24 meses.

3 – METODOLOGIA

Foram adotados os seguintes instrumentos para obter uma resposta à questão problema proposta pelo grupo: anamnese, avaliação motora, Protocolo PREAUT- Programa de Pesquisa e Avaliação em Autismo e o DENVER II-Teste de Triagem do Desenvolvimento.

4 – RESULTADOS

Os resultados obtidos no período de novembro de 2018 a março de 2019, evidenciam que dos 40 (quarenta) bebês avaliados no serviço de fisioterapia, 33 (trinta e três) foram encaminhados para a avaliação multiprofissional. Destes, 20 apresentaram atraso no DENVER II, sete tiveram atraso

1. Psicóloga, Especialista em Teoria Psicanalítica-UNIFENAS Email: isa_psicologia@yahoo.com.br

2. Fisioterapeuta, especialista em Terapia Neurofuncional- Universidade Gama Filho. Email: patytrespontas@bol.com.br

3. Pedagogo, Mestre em Educação- UNIFAL-MG. Email: rafaelgpsi@Hotmail.com.

nas quatro áreas avaliadas no DENVER II (pessoal-social, linguagem, motor grosso e motor fino-adaptativo), um apresentou sinal de risco no Protocolo PREAUT e dois foram identificados com sinais de sofrimento psíquico em outras situações na dinâmica institucional. Assim, em agosto de 2019, o Setor de Fisioterapia e Psicologia, a partir da triagem dos neonatos de risco, criou um dispositivo destinado a detectar precocemente atrasos no desenvolvimento motor e sinais de sofrimento psíquico em bebês, para posteriormente encaminhá-los para avaliação dos demais técnicos da equipe multiprofissional. Foram atendidos sete bebês nesta nova perspectiva, os mesmos e seus cuidadores foram escutados e avaliados pela Psicóloga e pela Fisioterapeuta concomitantemente, e até o momento, nenhum apresentou risco no PREAUT e atraso motor.

5 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

São muitas as possibilidades advindas de uma intervenção transdisciplinar relacionadas aos aspectos psíquicos e motores em bebês de 0 a 24 meses. O espaço construído durante a intervenção precoce consiste em levar os pais a apostar na potencialidade de seus filhos, mesmo que estes tenham questões de ordem neurológica. Através do atendimento realizado em um primeiro momento pela Fisioterapia e pela Psicologia, é possível dar voz a esta família e a seu bebê. Ainda há um longo caminho a percorrer, mas acreditamos que a mudança na dinâmica do atendimento, através da criação de uma equipe transdisciplinar própria para avaliação e a intervenção com bebês, que estude a prática e pense os casos de forma singular, fará grande diferença na qualidade do atendimento e possibilitará a articulação de novos desdobramentos em torno desta clínica tão específica e que demanda uma sólida trajetória de estudos continuados, supervisão e práxis.

6 – REFERÊNCIAS

MINAS GERAIS. Resolução SES nº 3685, de 19 de março de 2013. Institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado – PIPA, 2013.

FRANKENBURG, W. K. et al. DENVER II-Teste de Triagem do Desenvolvimento. [tradução e adaptação Ana Llonch Sabatés et al]- São Paulo: Hogrefe, 2018.

CRESPIN G, PARLATO-OLIVEIRA E. Projeto PREAUT. In: Jerusalinsky A, editor. Dossiê autismo. São Paulo:Instituto Langage; 2015. p. 436-55.

GRUPO QUALIDADE DE VIDA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andreza Vieira Lelis da Silva [1]

Alessandra Paula Duarte [2]

Cláudia Lauriana Carvalho Rezende [3]

Djair Morais de Faria [4]

Jacqueline Josiane Gonçalves Ferreira [5]

Introdução:

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1995 p.1405, apud SEIDL e ZANNON 2004 p.583), a expressão qualidade de vida é definida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações".O Grupo Qualidade de Vida da Clínica Intervir da APAE-Belo Horizonte tem por objetivo proporcionar terapia centralizada na família e no bem-estar biopsicossocial do usuário.

Objetivo:

O presente trabalho tem por objetivo relatar a experiência do grupo Qualidade de Vida, da Apae de Belo Horizonte, no ano de 2019, divulgando seus resultados e compartilhando o conhecimento adquirido.

Metodologia:

A equipe multidisciplinar responsável pelo desenvolvimento do trabalho é composta por Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Os encontros acontecem às quintas-feiras, com duração de uma hora, nos períodos da manhã e da tarde. O público-alvo é constituído por familiares e/ou cuidadores e pelos usuários com idade acima de 12 anos, com alterações neurológicas, que já tenham passado por um período de habilitação/reabilitação, que apresentem disfagia orofaríngea e classificação do GMFCS IV e V.

Os encontros foram registrados por meio de atas em livro próprio e por fotografias. O cronograma dos encontros foi elaborado pela equipe e aprovado pelos participantes do grupo, no segundo encontro do primeiro semestre de 2019. Nos encontros foram abordados os seguintes temas: mobilizaçãoetrans-ferênciaseguranoleito; orientações sobrehigienee estimulação oral; estimulaçãosensorial; participação danutricionista no planejamento da alientação; dinâmicasobrealimentaçãooral; lutoeterminalidade. Para avaliar o impacto das intervenções, foram utilizados os seguintes protocolos: Medida Canadense de Desempenho Ocupacional (COPM) e Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI). As avaliações foram realizadas com os usuários e seus cuidadores em abril e outubro de 2019.

1. *Bacharel em Fonoaudiologia; especialista em Neuropsicologia; especialista em Autismo, deficiênciasmúltiplas e intelectuais.*
2. *Bacharel em Fisioterapia; especialista em Fisioterapia Cardiopulmonar; especialista em Gerontologia*
3. *Bacharel em Terapia Ocupacional; especialista em Neuropsicologia.*
4. *Bacharel em Psicologia; especialista em Gestão Estratégica de Pessoas.*
5. *Bacharel em TerapiaOcupacional; especialista em Atendimento Educacional; especialistaem Saúde Pública*

Participaram das avaliações 09 (nove) familiares, tendo sido excluídos aqueles que não compareceram na data da reavaliação.

Resultados:

Participam do grupo 8 (oito) usuários e seus familiares/cuidadores, sendo 4 (quatro) usuários por turno. Durante o segundo semestre de 2019, um usuário foi admitido e dois usuários foram excluídos, um por motivo de óbito e outro por troca de intervenção terapêutica. Até outubro deste ano, ocorreram 13 encontros. As reavaliações ocorreram em abril e outubro de 2019, utilizando os protocolos COPM e QASCI, versão reduzida.

Segundo análise dos resultados do protocolo de avaliação COPM aplicado em dois momentos, observamos aumento nos índices de satisfação dos cuidadores/responsáveis e também quanto à percepção de desempenho dos usuários. Porém, o índice de sobrecarga do cuidador, avaliado pelo protocolo QASCI, manteve-se elevado, mesmo após as adaptações e orientações ofertadas pelo grupo.

Considerações Finais:

O Grupo Qualidade de Vida direciona suas intervenções para o apoio e o protagonismo das famílias e dos usuários, podendo ser um importante facilitador na troca de experiências e na criação de uma Rede de Apoio. No entanto, foram identificadas algumas barreiras a serem superadas como: infrequência dos usuários; dificuldade de acesso a locais públicos adaptados às necessidades das pessoas com mobilidade reduzida, para a realização de atividades externas; condições de saúde dos usuários; dificuldade de apoio de outros familiares e o desconhecimento das políticas públicas voltadas para o público-alvo do grupo, por parte dos familiares e dos profissionais. Outro desafio é o rompimento do vínculo terapêutico com a instituição, uma vez que o grupo atua como única Rede de Apoio para os participantes.

Referências:

MONTEIRO, Edilene Araújo; MAZIN, Suleimy Cristina; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. Rev. Bras. Enferm. Brasília , v. 68, n. 3, p. 421-428, Junho de2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000300421&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 de Outubro de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 20, n. 2, p. 580-588, Abril de 2004 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000200027&lng=en&nrm=iso>. acesso em 16 de Outubro de 2019. http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000200027.

"CONSTRUINDO POSSIBILIDADES": PROJETO INOVADOR DA FISIOTERAPIA NA APAE UBERLÂNDIA

Fernanda Lima Cró Rossi [1]

1 - Introdução

"Construindo Possibilidades" é um projeto inovador da fisioterapia na APAE de Uberlândia, realizado pela fisioterapeuta Fernanda Lima Cró Rossi, através da aplicação das Barras de Access (Access The Bars), em usuários com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), incluindo o Autismo Clássico.

Os usuários com o diagnóstico de Síndrome de Down e que apresentam padrão de comportamento restrito e/ou repetitivo, dificuldade na comunicação verbal e não verbal, além do comprometimento na interação social, classificados dentro do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), também podem ser trabalhados com a terapia das Barras de Access, juntamente com o Tratamento Neuroevolutivo Bobath. Segundo estudos, estima-se que de 18 a 39% de indivíduos com Síndrome de Down estão classificados dentro do Espectro do Autismo.

As Barras de Access são constituídas por trinta e dois pontos energéticos mapeados em torno da cabeça, que armazenam toda a corrente eletromagnética das sinapses neurais e que, através de toques suaves, recuperam os padrões comportamentais e controlam as reações anormais de cada usuário. Cada ponto possui registros que impedem os funcionamentos normais de comportamentos, ações, reações, emoções, pensamentos, comunicação e interação com o mundo exterior. Quando a fisioterapeuta ativa as barras, há a liberação desses registros (componentes elétricos), armazenados e programados de formas limitadas, a fim de propiciar e facilitar o funcionamento adequado da consciência nas diversas situações.

2 - Objetivo

Construir possibilidades para uma maior participação ativa dos usuários com comportamento restrito e/ou repetitivo, com dificuldade de comunicação verbal e não verbal e de interação com a profissional no atendimento de fisioterapia, no contexto familiar e no meio social.

3 - Metodologia

A metodologia consiste na aplicação das Barras de Access nos seguintes usuários:

1. dois casos de Autismo (de dezoito e vinte e um anos de idade), em sessões realizadas uma vez por semana, para facilitar a aceitação à correção postural, diminuir as estereotipias apresentadas, a agitação, a agressividade e melhorar a interação com a fisioterapeuta.
2. quatro usuários com Síndrome de Down associado ao TEA (de dois a quatro anos de idade), juntamente com o Tratamento Neuroevolutivo Bobath, duas vezes por semana, a fim de adquirir a marcha independente, diminuir a agitação e/ou a

1. Fisioterapeuta, pós-graduada em Educação Especial-UFU e em Neuropedagogia e Psicanálise-Faculdade Tecnológica de Palmas; E-mail: fernandalcr.fisio@yahoo.com.br

agressividade, melhorar o comportamento restrito e/ou repetitivo, a comunicação verbal e não verbal e a interação com a profissional.

No atendimento individual, de trinta minutos, a fisioterapeuta utiliza as Barras durante a intervenção fisioterápica. Nos casos de Autismo, o tratamento fisioterápico é realizado após vários atendimentos somente com as Barras de Access.

Figura 1 – Atendimentos de casos de Autismo e Síndrome de Down com TEA, durante terapia em Barras de Access

4. Resultados

O projeto iniciou-se em março de 2019 e, até agosto do mesmo ano, em apenas seis meses, os resultados obtidos foram bastante satisfatórios. Os usuários permanecem amorosos e tranquilos, colaborando ativamente com a fisioterapeuta e interagindo melhor com a família e sociedade, de acordo com os depoimentos das mães.

Os representantes das figuras 1 e 2, no caso de Autismo e Síndrome de Down com TEA, tiveram um maior número de atendimentos e a família está bastante satisfeita com os resultados obtidos por intermédio da terapia das Barras de Access.

Os outros casos registraram um maior número de faltas ao atendimento, embora justificadas. Mesmo assim, os usuários estão mais participativos e as famílias se mostram satisfeitas perante a interação do (a) usuário(a) com a fisioterapeuta e em outros ambientes, tanto familiar como social.

Dentre os resultados, podemos destacar a diminuição da agitação e/ou agressividade, assim como de choros, gritos e resistências motoras; melhoria na comunicação verbal e não verbal; maior participação e aceitação dos usuários na intervenção fisioterápica e na aplicação das Barras de Access e melhor interação com a fisioterapeuta, no contexto familiar e no meio social.

Os usuários sorriem, participam ou dormem durante o atendimento, de acordo com a necessidade de cada um.

Figura 2 – Respostas apresentadas nos casos de Autismo e Síndrome de Down com TEA, durante terapia em Barras de Access.

5. Conclusão

Esse projeto das Barras de Access desenvolvido na APAE de Uberlândia constrói novas possibilidades de sucesso no tratamento fisioterápico e na interação do usuário com a profissional, a família e o meio social.

Dessa forma, o projeto "Construindo Possibilidades" é altamente inovador e encontra respaldo em pesquisas internacionais relacionadas à Neurociência e em casos neurológicos, incluindo o Transtorno do Espectro do Autismo e o Autismo Clássico, associado ou não a outra deficiência.

6- Referências

DOUGLAS, GARY M. Review of Access Bars by neuroscientist Dr Jeffrey L. Fanin at the secret knock conference in San Diego, USA. Access Consciousness, April, 17, 2015.

DOUGLAS, G. M; HEER, D. Access Consciousness, LLC. Stafford, Texas, 2018.

MAXWELL, A; DOUGLAS, G. M; HEER, D. Would you teach a fish to climb a tree? A difference take on kids with ADD, ADHD, OCD and Autism. Stafford, Texas, KWL, 2018.

PROJETO BRINCAR: CAPACITANDO FAMILIARES PARA ESTIMULAÇÃO GLOBAL DA CRIANÇA

Érika de Freitas Araújo [1]

Andréa de Jesus Lopes [2]

INTRODUÇÃO

O brincar é considerada uma ferramenta que a criança utiliza para descoberta do mundo (ZEN, 2009). E é por meio desta descoberta que o brincar auxilia no desenvolvimento de habilidades da criança (FERLAND, 2006). O Terapeuta Ocupacional é o profissional que atua nas áreas de desempenho ocupacional, sendo o brincar de extrema importância, já que ele é a principal ocupação da criança (ZEN, 2009; FONSÊCA, 2015).

Segundo Souza *et al.* (2017), quando se trata de crianças com deficiência os profissionais que fazem o acompanhamento devem estar atentos à criação de programas e/ou estratégias para auxiliar os pais a serem ativos na ampliação do repertório de brincar de seus filhos, melhorando assim sua autonomia e participação social (SOUZA, 2017). As atividades do Projeto Brincar foram direcionadas para capacitar e orientar o familiar para a estimulação global da criança por meio do brincar, considerando-o como uma ferramenta essencial no processo de desenvolvimento infantil.

OBJETIVO

As atividades do Projeto Brincar, desenvolvido no CER III da APAE de Pará de Minas, foram direcionadas para capacitar e orientar os familiares para a estimulação global da criança por meio do brincar, considerando-o como uma ferramenta essencial no processo de desenvolvimento infantil.

METODOLOGIA

O público-alvo foi o binômio família/criança, sendo familiares/responsáveis que necessitavam de capacitação para a estimulação global do desenvolvimento de crianças de 2 a 4 anos, com diagnósticos variados, que apresentavam atraso em áreas do desenvolvimento.

Foram planejadas e desenvolvidas atividades em grupo, com frequência semanal e duração de 45 minutos, durante três meses. Foram organizados grupos por temas abordando as diversas possibilidades de brincar e de estimular o desenvolvimento da criança. Os grupos foram compostos por no máximo quatro binômios família/criança e foram conduzidos por uma terapeuta ocupacional.

Os encontros seguiram a seguinte estrutura: proposta do tema do dia; estimulação do brincar

1. *Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (2011); especialista em Reabilitação do Membro Superior pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (2014); mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (2018), na linha de pesquisa: Estudos em Reabilitação Neurológica do Adulto*

2. *Graduada em Fisioterapia (UFMG - 1993); especialista em Fisioterapia em Ortopedia e Esportes (UFMG - 1999) e em Fisioterapia Neurológica (UFMG - 2005); MBA em Marketing e Venda (Newton Paiva - 2013); mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG - 2009). Especialização em Neurociências e Comportamento (PUCRS em andamento)*

livre, dentro do tema proposto; orientações para promover maior exploração dos brinquedos e brincadeiras; partilha, troca de experiências e orientações finais. O primeiro e último encontro foram destinados às avaliações inicial e final, com o uso de questionários semiestruturados respondidos pelos familiares, incluindo a frequência com que eles brincam com a criança e o que apreenderam com a sua participação no projeto.

RESULTADOS

Foram organizados dois grupos, que funcionaram de abril a junho/2019. Participaram desses grupos sete mães e oito crianças (uma mãe com gêmeos), com média de idade de 2 anos e 7 meses, com atraso no desenvolvimento ou suspeita de deficiência intelectual ou Transtorno do Espectro do Autismo.

Na avaliação inicial, 25% das mães relataram brincar com os filhos "diariamente (7 dias/semana)" e na final, esse grupo teve uma elevação para 37,5% das participantes, representando um aumento de 12,5%. Inicialmente, 50% das mães reataram que brincavam com filhos "raramente (1-2 dias/semana)", tendo esse grupo reduzido para 25%. "Outras formas de brincar e interagir com a criança" foi o item mais citado na questão sobre o que aprenderam no grupo, seguido de "Reservar mais tempo para brincar". Os demais itens "Diversas possibilidades de brincar com o mesmo brinquedo", "Entender melhor a criança por meio das brincadeiras", "Usar recursos de baixo custo para brincar", "Desviar o foco de atenção da criança de seu objeto de interesse restrito" apareceram em igual proporção nas avaliações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Brincar impactou positivamente a frequência de brincar e contribuiu para que as mães aprendessem outras formas de brincar e de interagir com as crianças, assim como a importância de reservar mais tempo para brincar no dia-a-dia.

REFERÊNCIAS

FERLAND, Francine. **O modelo lúdico:** o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional. 3 ed. São Paulo: Roca, 2006.

FONSECA, M.E.D.; SILVA, A.C.D. Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v.23, n.3, p.589-597, mai. 2015.

SOUZA, D.S.; FIGUEIREDO, D.A.; SILVA, A.C.D. O brincar de crianças com deficiência física sob a perspectiva dos pais. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v.25, n.2, p.267-274, set. 2017.

ZEN, C.C.; OMAIRI, C. O Modelo Lúdico: uma nova visão do brincar para a Terapia Ocupacional. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar.** São Carlos, v.17, n.1, p.43-51, jan. 2009.

PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO COGNITIVA ATIVAMENTE TOP: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Érika de Freitas Araújo [1]

Kênia Augusta Marques da Silva Almeida [2]

Andréa de Jesus Lopes [3]

INTRODUÇÃO

A aprendizagem ocorre ao longo de toda a vida. Contudo, a infância é considerada o período mais sensível para a aprendizagem motora, sensorial, cognitiva, social e afetiva (NELSON et al., 2007). Considerando a natureza lúdica da criança, o uso de jogos, de brincadeiras e de atividades estruturadas possibilitam melhorar e consolidar as habilidades cognitivas de forma mais relevante na infância (GANZ et al., 2015).

A estimulação cognitiva (KATZ, 2014), no processo de estimulação precoce e de intervenção terapêutica, é fundamental na (re)habilitação de crianças com desempenho abaixo do esperado nas habilidades cognitivas. Ganhos nas funções cognitivas favorecem e impactam também a participação desta criança na escola e nas atividades de vida diária.

OBJETIVO

Relatar os resultados obtidos no Programa de Estimulação Cognitiva ATIVAmente TOP, cuja proposta objetiva favorecer e potencializar as habilidades cognitivas de crianças atendidas no CER III da APAE de Pará de Minas, com a finalidade de melhorar seu desempenho ocupacional nas atividades das de vida diária e na escola.

METODOLOGIA

O público-alvo é constituído por crianças de 4 a 6 anos e 11 meses, com diagnósticos variados, que apresentem desempenho abaixo do esperado nas habilidades cognitivas.

Foram planejadas e desenvolvidas atividades em grupo, com frequência semanal e duração de 45 minutos. Cada grupo atendeu no máximo quatro crianças. As atividades estruturadas e lúdicas foram conduzidas por uma terapeuta ocupacional e uma psicopedagoga.

Os encontros seguiram a seguinte estrutura: registro do primeiro nome na lista de presença; relato de fatos acontecidos nos dias anteriores; engajamento em jogos e brincadeiras estruturados; brincar livre e orientação aos pais/responsáveis. Foram aplicados dois tipos de questionários

1. *Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (2011); especialista em Reabilitação do Membro Superior pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (2014); mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais (2018), na linha de pesquisa: Estudos em Reabilitação Neurológica do Adulto*

2. *Pedagoga – UNIANA; Psicopedagoga (Educação Especial/Inclusiva) – PUC MG*

3. *Graduada em Fisioterapia (UFMG - 1993); especialista em Fisioterapia em Ortopedia e Esportes (UFMG - 1999) e em Fisioterapia Neurológica (UFMG - 2005); MBA em Marketing e Venda (Newton Paiva - 2013); mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG - 2009). Especialização em Neurociências e Comportamento (PUCRS em andamento)*

semiestruturados: um para levantamento de demandas, aplicado aos pais/responsáveis e outro para avaliação de habilidades cognitivas básicas das crianças.

As habilidades cognitivas e sociais desenvolvidas no Programa ATIVAmente TOP foram focadas no desenvolvimento das seguintes áreas: atenção, concentração e memória; percepção visual, auditiva e espaço-temporal; raciocínio matemático, associação de ideias e rapidez de reação; atividades sequenciadas (iniciar, manter e finalizar uma atividade); interação com o outro, troca de turno e seguimento de regras.

RESULTADOS

Em 2019, participaram do Programa 18 crianças, divididas em cinco grupos, atendidas entre março e julho. Ganhos significativos foram observados pelas profissionais responsáveis, nas comparações antes e após a participação no grupo. O Programa contribuiu para a aquisição, o desenvolvimento e a manutenção das habilidades cognitivas das crianças atendidas. Observaram-se melhoras em aspectos como o aprendizado de conceitos básicos; a atenção e a concentração; o reconhecimento e a escrita do próprio nome; o reconhecimento e a nomeação de cores, números, formas geométricas e figuras; a formulação do discurso e o relato de fatos acontecidos. Benefícios relacionados à convivência em grupo também foram observados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência foi positiva uma vez que os objetivos do Programa foram alcançados, evidenciando benefícios para a reabilitação intelectual dos usuários.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

GANZ, J. S. *et al.* Programa de estimulação cognitiva “Ativamente” para o Ensino Infantil. **Rev. Psicopedagogia**. São Paulo, v.32, n.97, p.14-25, mar. 2015.

KATZ, N. **Neurociência, reabilitação cognitiva e modelos de intervenção em terapia ocupacional.** 3 ed. São Paulo, Santos, 2014.

NELSON, C. A. *et al.* Cognitive Recovery in Socially Deprived Young Children: The Bucharest Early Intervention Project. **Science**. Boston, v.318, p.1937-40, abr. 2007.

EQUOPEDAGOGIA: UMA APRENDIZAGEM ALÉM DA SALA DE AULA

Eliana da Silva [1]

Cleida Eunice Santos Brito [2]

Rita de Cássia dos Santos Silva [3]

Karla Fabiana Silva Resende [4]

INTRODUÇÃO:

A Equoterapia é um método terapêutico e educacional, que utiliza o cavalo no contexto de uma abordagem multidisciplinar, no Programa Educação e Reeducação (ANDE BRASIL, 2018). Constitui-se em uma educação formal e não formal, como atividade educativa fora do sistema escolar convencional, mas que tem em sua essência o compromisso com o processo de desenvolvimento e de aprendizagem do sujeito. A equopedagogia favorece a interação afetiva com o cavalo, desperta nos alunos a curiosidade, o respeito, a individualidade, a socialização e possibilita o desenvolvimento nas áreas do conhecimento lógico matemático, físico, social, da linguagem, da educação psicomotora e da integração sensorial.

OBJETIVO:

Criar uma proposta educativa que envolva as questões de aprendizagem, de construção do conhecimento, de desenvolvimento de estímulos cognitivos, sociais e emocionais. Desta forma, proporcionar uma aprendizagem além da sala de aula e oferecer um apoio às professoras regentes, a fim de complementar a prática pedagógica docente.

METODOLOGIA:

O projeto é realizado na APAE de Uberaba, com crianças que apresentam deficiência intelectual e múltipla, matriculadas na educação infantil, com idade de 2 a 5 anos e no 1ª ano do ensino fundamental, com idade de 6 e 7 anos. As atividades são realizadas uma vez por semana com cada turma de aproximadamente 10 alunos, com duração de uma hora, nos diversos ambientes da APAE.

De acordo com Piaget, é agindo sobre o real, manipulando os objetos, que a criança tem a oportunidade de exercitar a sua cognição, sendo que quanto mais se ampliam as possibilidades

1. *Graduada em Pedagogia, pós-graduada em Alfabetização (UNIVERSIDADE CASTELO BRANCO), Neuropedagogia e Psicanálise/Educação Especial Inclusiva (FACULDADE TECNOLÓGICA DE PALMAS- INSTITUTO SABER), elianadasilva.silva@gmail.com*

2. *Graduada em Pedagogia, pós graduada em Neuropedagogia e Psicanálise/Educação Especial Inclusiva (FACULDADE TECNOLÓGICA DE PALMAS- INSTITUTO SABER) e Psicopedagogia (UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES), cleidabrito@hotmail.com*

3. *Graduada em Pedagogia, rita70caetanosilva@gmail.com*

4. *Graduada em Pedagogia, pós graduada em Educação Infantil, Especial e Transtornos Globais (UCAM-PROMINAS), karlasresende@hotmail.com*

motoras, mais apta estará a explorar desafios e resolver problemas, o que irá certamente favorecer o desenvolvimento da cognição.

Na equopedagogia, o trabalho pedagógico envolve uma série de atividades que complementam a prática docente e favorecem a interação afetiva, a partir da relação com o cavalo. O aluno encontra subsídios para sua reeducação, reabilitação e experimenta um novo tipo de educação, voltada ao desenvolvimento das habilidades cognitivas, sociais, emocionais e motoras, por intermédio de atividades que estimulam a aprendizagem e sanam dificuldades encontradas, não se restringindo apenas à montaria.

Segundo Vygotsky, a criança quando interage com o meio ela incorpora as significações socioculturais (nomes das coisas, significado dos gestos, a forma de externar os seus desejos), internalizando a cultura e se tornando um ser social, uma vez que o indivíduo aprende a agir a partir desta interação.

Para que ocorra uma aprendizagem satisfatória, é de fundamental importância que o aluno tenha uma interação com o ambiente, respeitando a individualidade e a potencialidade de cada um, utilizando o cavalo como instrumento estimulador.

RESULTADOS:

Os resultados estão sendo avaliados por meio da análise qualitativa dos dados, como registro e relatos das regentes de turma. Até o presente momento foi observada uma melhora na atenção e na concentração, como, também, uma evolução no desenvolvimento das áreas do conhecimento, da afetividade e da interação social dos indivíduos avaliados. O grupo está mais participativo, demonstra iniciativa e motivação na realização das atividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Através de observações realizadas no processo educacional na Educação Infantil e 1º ano do Ensino Fundamental da Escola Luciana APAE, percebemos a necessidade de criarmos um novo trabalho, que vise a facilitar e a enriquecer a aprendizagem, que vai além de uma sala de aula, ou seja, um suporte a partir de um ambiente que inspire liberdade, sem paredes, pois, a mudança do espaço inspira confiança e traz ao aluno a sensação de uma atividade de lazer, que estimula o processo de desenvolvimento, contribuindo de forma significativa para o processo de desenvolvimento e de aprendizagem.

REFERÊNCIAS:

ANDE-BRASIL.Associação Nacional de Equoterapia (2018). Apostila do Curso Básico de Equoterapia. Brasília.

PIAGET, J. Seis estudos em Psicologia. Rio de Janeiro: Forense, 1990

VYGOTSKY, L. S. Psicologia pedagógica. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

PERCEPÇÕES E DIFICULDADES DE PAIS OU RESPONSÁVEIS AO LIDAR COM A SEXUALIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Luisa Fernandes dos Reis [1]

Rita Helena Rezek Nassar [2]

1. INTRODUÇÃO

Segundo a American Association on Intellectual and Developmental Disabilities - AAIDD (2006), a deficiência intelectual se origina antes dos 18 anos, com a evidência de dificuldades durante o período de desenvolvimento da criança ou do adolescente, caracterizada por limitações significativas tanto nofuncionamento intelectual quanto nocomportamento adaptativo.

De acordo com Blanco (2014), a deficiência, mesmo com os avanços sociais, políticos e econômicos obtidos, ainda é uma questão intricada. No entanto, essa complexidade pode se tornar ainda maior quando o assunto envolve um tema tabu, como a sexualidade. Segundo Almeida (n\d) o preconceito e a discriminação contribuem para o conceito de que a pessoa com deficiência não tem o direito de exercer sua sexualidade, em razão de sua incapacidade. A vida sexual das pessoas com deficiência é uma realidade que implica muitos elementos e que está relacionada a questões de grande importância para a existência humana, como o prazer, a intimidade, a autonomia, a autoestima, a autopercepção, o autoconhecimento e a realização pessoal (Blanco, 2014).

A partir de uma perspectiva histórico-cultural, percebe-se que a família tende a firmar, para as pessoas com deficiência, a ideia de que são incapazes e inseguros e, desta forma, vão sendo "educados" para serem indefesos, dependentes e até considerados por alguns como assexuados e desinteressantes. Sendo assim, esses reforços da família dificultam o desenvolvimento da pessoa com deficiência e o estabelecimento consigo próprio e com o outro de uma relação que lhe possibilite expressar-se como um ser sexuado (Bruns, 2000).

2. OBJETIVO

Analisar com pais ou responsáveis as percepções e as dificuldades em relação às manifestações sexuais de seus filhos com deficiência intelectual e avaliar como os profissionais de Psicologia podem atuar neste contexto.

3. METODOLOGIA

A pesquisa utilizou uma metodologia qualitativa e quantitativa, que permitiu investigar com maior profundidade o tema em questão.

A população abordada na presente pesquisa foi composta por 10 pais ou responsáveis por pessoas com diagnóstico de deficiência intelectual, com idade entre 15 e 30 anos (*M*=21,10; *DP*=5,93), sendo

1. Graduanda em Psicologia pela Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), E-mail: luisafernandes1997@hotmail.com

2. Mestre em Psicologia pela Universidade São Marcos, professora titular da Universidade do Vale do Sapucaí (UNIVAS), E-mail: rhrezek@hotmail.com. APAE de Pouso Alegre

70% (n=7) mulheres e 30% (n=3) homens, que frequentam duas APAEs (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) distintas, de cidades do Sul de Minas Gerias. As participações, por meio de entrevistas com pais ou responsáveis foram de caráter voluntário, realizadas nas salas reservadas das APAEs, em datas previamente agendadas com a coordenação das instituições.

Para a coleta de dados foi elaborado e aplicado um roteiro de entrevista semiestruturado, com nove questões abertas, visando a analisar as percepções e as dificuldades desses pais ou responsáveis em relação às manifestações sexuais de seus filhos e que serviram como questões norteadoras para a discussão, como por exemplo, o que é sexualidade para você?; você acha que seu filho tem sexualidade? Por quê?

As entrevistas foram individuais e reservadas, tendo duração média de 30 minutos e os dados coletados foram transcritos de acordo com as respostas dos participantes.

4. RESULTADOS

Em relação ao que é sexualidade, 70% (n=7) das mães a relacionaram somente ao ato de fazer sexo, ou como algo que vai aflorar a qualquer momento e cada um deve saber como lidar com tal situação, como pode ser verificado nos relatos a seguir:

> *"Faz parte do processo do ser humano. É algo que pode trazer alegria e tristeza, dependendo da forma em que se lida" (participante 3);*

> *"É o sexo entre duas pessoas" (participante 5).*

Desta forma, pode-se afirmar que as mesmas possuem dificuldade em compreender os diversos significados da sexualidade, pois segundo Bock (2008); Borges e Castro (2007), dentre outros aspectos, a sexualidade é algo mais amplo do que apenas uma necessidade biológica, refere-se à totalidade humana e não apenas à genitália e seu funcionamento e pode ser manifestada de diversas formas.

Ao investigar sobre a possibilidade das mães ou responsáveis permitirem ou já terem permitido que seus filhos com deficiência intelectual se relacionassem sexualmente com alguém, percebeu-se que 50% relataram que preferiam que isso não acontecesse e que ainda não permitiram devido à ausência de interesse dos filhos até o momento por tais experiências, como pode ser visto no relato a seguir:

> *(sic) "Hoje ainda não, por ela ainda sê criança. Mas mais pa frente, caso ela tenha interesse e a pessoa tamém, eu deixaria sim. Mais primero eu ia tê uma boa conversa com a pessoa, pra vê se era aquilo mesmo que quer, e expricá tudo certinho" (participante 2).*

Desta forma, segundo Littig, Cárgia, Reis & Ferrão (2012), isso é considerado incomum para pessoas com a mesma faixa etária e com condição intelectual preservada, porém há a possibilidade de as mães estarem negando esse desejo dos filhos.

Diante da negação da maioria das mães acerca da permissão a seus filhos de se relacionarem sexualmente com outras pessoas, foi possível encontrar uma participante (10%) que declarou que já permitiu:

> *"Sim, já permiti, porque ele tem direitos, e vontades, porque a deficiência não o faz diferente"*

(participante 9)

e foi a mesma que relatou ter buscado ajuda do profissional de Psicologia quando percebeu as manifestações sexuais em seu filho.

As outras 90% das mães ou responsáveis relataram nunca terem conversado sobre a sexualidade de seus filhos com deficiência intelectual com algum membro da família ou outro profissional e 60% enfatizaram o quanto seria importante ter alguém para orientá-las, como ilustra o relato:

> *"Nunca falei sobre isso, é a primera veiz (sic). Acho que seria muito importante tê alguém pra conversá, até pra falá o que devemos ou não fazê em relação a essa questão" (participante 7).*

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do estudo realizado, foi possível compreender que as mães ou responsáveis entrevistadas têm dificuldade em conversar sobre o tema sexualidade. Isso torna ainda mais difícil quando é necessário tratar de tal assunto com o filho com deficiência intelectual, seja por medo, falta de informação ou até mesmo por acreditar que não seja necessário, tendo em vista que algumas acreditam que estes são assexuados. Quando se manifestam sobre a sexualidade, algumas mães ou responsáveis enxergam o ato como anormal, fora do comum ou agressivo.

Na realização das entrevistas houve somente a participação de mulheres, sendo mães ou responsáveis por pessoas com deficiência intelectual.

O que foi mais evidenciado neste estudo é a desinformação das mães ou responsáveis em relação ao assunto, provocando assim a negação da sexualidade de seus filhos. Caberia aos profissionais de Psicologia e demais profissionais habilitados envolvidos com essa população, implementar um trabalho de informação, conscientização e orientação a respeito da sexualidade da pessoa com deficiência intelectual, ajudando os pais ou responsáveis a entender e, assim, lidar com essa realidade de forma saudável, substituindo a negação pela orientação. Isto irá proporcionar um melhor relacionamento entre os pais ou responsáveis e seus filhos, bem como poderá evitar problemas no desenvolvimento destas pessoas.

Com o presente estudo foi possível concluir que o assunto sexualidade constitui um vasto campo de investigação, fazendo-se necessário um investimento dos profissionais no trabalho com pais ou responsáveis de pessoas com deficiência intelectual, ajudando-os a entender o conceito de sexualidade e seu funcionamento, para que assim possam criar estratégias que facilitem a forma de lidar com a sexualidade de seus filhos. Acredita-se que, se for possível realizar um trabalho preventivo com os pais ou responsáveis, antes das manifestações da sexualidade de seus filhos com deficiência intelectual, o resultado será ainda mais positivo.

6. REFERÊNCIAS

Almeida, P. A. P. F. P. C. (n.d.). A sexualidade na deficiência mental. *Caderno Educação Especial.*

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2006). *Retardo mental: definição, classificação e sistemas de apoio* (10ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Blanco, A. C. S. (2014). Sexualidade de adolescentes com deficiência por lesão medular. Pouso

Alegre: Univás\Facimpa.

Bock, A. M. B. (2008). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia.* São Paulo: Saraiva.

Borges, A. & Castro, M. G. (2007). *Família, gênero e gerações: desafios para as políticas sociais*. São Paulo: Paulinas.

Bruns, M. A. T. (2000). Deficiência visual e educação sexual: a trajetória dos preconceitos – ontem e hoje. *Benjamin Constant, volume* (17).

DESENVOLVENDO HABILIDADES BÁSICAS E COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA/AUMENTATIVA NO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA – TEA

Luciana Fatarelli Ferreira [1]

Tassiana Tonioli Craveiro Chagas [2]

1. INTRODUÇÃO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA), popularmente conhecido como Autismo, é um transtorno grave, caracterizado por prejuízos significativos na comunicação e na interação social, com presença de interesses restritos e comportamentos repetitivos, apresentando alterações e atrasos em várias áreas do desenvolvimento.

As habilidades básicas são essenciais no desenvolvimento da criança normal e daquelas com atrasos no desenvolvimento, sendo que algumas dessas habilidades são adquiridas no decorrer da vida e outras necessitam ser ensinadas.

A comunicação em pessoas no espectro autista mostra-se prejudicada em todos os graus de comprometimento, devido à dificuldade em interagir com o outro, em compreender e em reagir ao meio em que elas se encontram. Para essas pessoas, é indicada a comunicação alternativa/aumentativa, que busca facilitar sua interação com o meio, tornando-as capazes de resolver os desafios da comunicação no cotidiano.

Comunicação aumentativa e/ou alternativa (CAA) refere-se a todas as formas de comunicação que possam complementar, suplementar e/ou substituir a fala. Tem por finalidade cobrir as necessidades de recepção, de compreensão e de expressão da linguagem e, assim, aumentar a intenção comunicativa dos indivíduos não-falantes. Existem vários métodos de comunicação em CAA, que oferecem um conjunto de ferramentas e estratégias, a serem selecionadas de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

No tratamento para ganhos nas habilidades básicas e na comunicação, a literatura científica tem indicado as Intervenções Comportamentais Intensivas, que compreendem as estratégias mais efetivas para o tratamento do autismo. Um dos aspectos fundamentais para a realização desse tipo de intervenção é o ensino sistemático e simultâneo de habilidades em várias áreas do desenvolvimento. Para a área do ensino/aprendizagem, o Centro de Estudos e Intervenções para o Desenvolvimento Humano – CEI elaborou o Currículo de Habilidades Básicas. Este currículo é divido em 5 (cinco) áreas: 1- habilidades de atenção; 2- habilidades de imitação; 3 – habilidades de linguagem receptiva; 4 – habilidades de linguagem expressiva; e 5 – habilidades pré–acadêmicas.

1. Fonoaudióloga; pós-graduanda em Transtorno do Espectro do Autista lato sensu – UCAM -RIO; lucianafatarelli@yahoo.com.br.

2. Terapeuta Ocupacional; pós-graduanda em Análise do Comportamento Aplicada à Educação, lato sensu – IEAC; pós- graduanda em autismo: a pratica do ensino estruturado aplicada ao atendimento clinico/ambulatorial de pessoas com TEA, lato sensu – FAEL; ttassiana@gmail.com;

A comunicação por troca de figuras é utilizada visando alcançar a autonomia no pedido espontâneo, a ampliação do vocabulário, a construção de frases, a resposta a pedidos e a responder e comentar espontaneamente.

Na APAE de Três Pontas – MG, as crianças com diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista – TEA participam do Programa de Atendimento Multiprofissional, no qual são desenvolvidos os treinos para aquisição das habilidades básicas e comunicação, fundamentadas nas metodologias citadas acima. Cada criança é avaliada e, em seguida, é montado um currículo individual para treino de competências e habilidades.

2. OBJETIVO

O objetivo deste trabalho foi o de aplicar o Protocolo de Habilidades Básicas elaborado pelo Centro de Estudos e Intervenção para o Desenvolvimento Humano – CEI, sendo que as habilidades trabalhadas foram: as habilidades de atenção e de imitação, as habilidades de linguagem receptiva e expressiva e de desenvolver a Comunicação Alternativa/Aumentativa, estimulando a iniciativa na interação e diminuindo formas simbólicas não convencionais.

3. METODOLOGIA

O protocolo de intervenção foi adaptado para a realidade dos atendimentos da instituição. Estes acontecem semanalmente, com duração de uma hora. As profissionais foram capacitadas, treinadas e certificadas para o desenvolvimento das técnicas citadas.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos com a aplicação da metodologia proposta foram efetivos e de extrema relevância para o desenvolvimento das habilidades de atenção e de imitação, das habilidades de comunicação, sendo que algumas crianças se situaram em fases iniciais e outros em fases mais avançadas. Em ambos os casos, foi observado o aumento das ocorrências de intenção em trocas comunicativas, o crescimento das possibilidades de interação social no ambiente escolar e o início da comunicação oral estimulados pelo uso da CAA e do Protocolo de Habilidades Básicas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de uma criança com Autismo pode ser bastante interessante e desafiador. Existem casos em que a capacidade de realizar atividades difíceis são bem evidentes (ex.: montar quebra cabeça complexo em segundos ou decorar todos os diálogos de um desenho animado), mas há casos em que essas crianças podem apresentar dificuldades em fazer coisas triviais (ex..: olhar para uma pessoa que a chama pelo nome, responder a cumprimentos ou atender a instruções simples como “dê tchau” ou “jogue um beijo”). O Protocolo de Habilidades Básicas e de Comunicação Alternativa/Aumentativa – CAA, elaborados por ocasião dos atendimentos, é composto por comportamentos simples e comuns, necessários à interação social, à comunicação e à linguagem, que são áreas tipicamente afetadas nos indivíduos com TEA. Assim, ensinar/treinar essas habilidades é fundamental para o desenvolvimento global dessas crianças, pois de nada adianta saber montar um quebra cabe-

ça complexo e não brincar com outras crianças ou decorar falas de um desenho animado, mas não manter diálogos com outras pessoas.

6. REFERÊNCIAS

American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). Competencies for speech-language pathologists providing services in augmentative communication. ASHA, v.31, p. 07- 10, 1989.

BOONE, D. R.; PLANTE, E. Comunicação Humana e Seus Distúrbios. [tradução de Sandra Costa]. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

GOMES, C.G.S.; SILVEIRA, A.D. Ensino de habilidades básicas para pessoas com autismo: manual para intervenção comportamental intensiva. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2016.

ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Tassiana Tonioli Craveiro Chagas [1]

Luciana Fatarelli Ferreira [2]

1. INTRODUÇÃO

A Deficiência Intelectual (DI) caracteriza-se pela presença de déficits cognitivos associados ao funcionamento adaptativo, em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança, ocorrendo antes dos 18 anos de idade.

O trabalho em equipe multiprofissional baseia-se na junção de diversas áreas profissionais, sendo descrito como um conjunto ou grupo de pessoas que se dedicam a realizar uma tarefa ou um determinado trabalho visando a um objetivo comum. Um bom profissional jamais deve ficar restrito à sua área de atuação, mas estudar sobre tudo aquilo que poderá beneficiar o paciente, valorizando cada membro da equipe e possibilitando que todos contribuam para uma mesma ação, seja no campo escolar, profissional ou até mesmo em atividades cotidianas.

Em uma equipe, a troca de conhecimento é fator determinante nas relações humanas, pois motiva o grupo a buscar de forma coesa os objetivos traçados. Trabalhar em equipe significa compartilhar uma direção comum. Além disso, as atividades desenvolvidas em conjunto encorajam o grupo, o que potencializa o desempenho na hora de realizar as atividades planejadas, transmitindo autoconfiança, habilidade e união, características primordiais para o sucesso da ação.

O cuidado com crianças com deficiência intelectual requer uma intervenção multidisciplinar por inúmeras razões O tratamento é longo e sua evolução depende de diversos fatores interdependentes, relativos ao comprometimento cognitivo e da sensibilidade à abordagem terapêutica. Este tipo de tratamento/abordagem se consubstancia através de terapias de comunicação pela linguagem, atividades educativas e que promovam a autonomia e a independência dessas crianças. Esse processo é mais efetivo quando se desenvolve através de grupos, em que estejam envolvidos tanto as crianças como suas famílias e os profissionais de saúde. O processo de cuidar em saúde envolve interação entre pacientes, familiares e profissionais de saúde, que se ligam afetivamente, o que possibilita a formação de vínculos.

Os benefícios da terapia de grupo relacionam-se à melhora da criança na convivência social, tanto intrafamiliar quanto em ambiente externo. Também se destaca o avanço no desenvolvimento psicomotor, comportamental e cognitivo dessa criança, especialmente em relação às atividades da vida diária.

O grupo de terapia do Centro Especializado em Reabilitação Físico Intelectual – CER II da APAE de Três Pontas, oferece oportunidades de interação social das crianças entre si e com os profissionais, por meio de atividades e brincadeiras desenvolvidas em conjunto.

1. Terapeuta Ocupacional; pós-graduanda em Análise do Comportamento Aplicada à Educação, lato sensu – IEAC; pós-graduanda em Autismo: a prática do ensino estruturado aplicada ao atendimento clinico ambulatorial de pessoas com TEA, lato sensu – FAEL; ttassiana@gmail.com.

2. Fonoaudióloga; pós-graduanda em Transtornos do Espectro do Autista, lato sensu–UCAM-RIO; lucianafatarelli@yahoo.com.br.

2. OBJETIVO

O presente estudo tem como finalidade apresentar o trabalho em grupo desenvolvido no CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO FISICO INTELECTUAL– CER II da APAE de Três Pontas–MG, por uma equipe multiprofissional constituída por Fonoaudióloga, Pedagoga e Terapeuta Ocupacional, tendo como objetivo minimizar as dificuldades acadêmicas, os atrasos na fala e linguagem e na execução de atividades de vida diária.

3. METODOLOGIA

Para a formação dos grupos, diversos fatores foram levados em consideração: formação dos terapeutas, quantidade de pessoas atendidas, idade e diagnóstico das crianças. Após este levantamento de dados, os grupos foram formados de acordo com as necessidades em comum dos indivíduos, sendo elaborado um Plano de Ação a ser utilizado simultaneamente por todos profissionais envolvidos. Os atendimentos são realizados no Centro Especializado em Reabilitação Físico Intelectual – CER II de Três Pontas, semanalmente, com duração de uma hora por seção.

4. RESULTADOS

Os resultados obtidos com esta nova metodologia de atendimento foram positivos. As crianças apresentaram evoluções positivas nos aspectos trabalhados, tais como: interesse, interação social, iniciativa, autonomia, funcionalidade, independência, controle da ansiedade e aceitação e execução de ordens e regras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dessa abordagem, foi possível concluir que a participação das crianças na terapia de grupo significa a possibilidade de obtenção de benefícios em sua convivência social, bem como de desenvolvimento psicomotor, comportamental, cognitivo e escolar. Sabe-se que o desenvolvimento de uma criança é influenciado pela interação entre seu ambiente e suas capacidades potenciais e que também depende da quantidade e da qualidade de estímulos sensoriais, sociais e afetivos recebidos.

A terapia de grupo para crianças com deficiência intelectual, que vivenciam situações similares, possibilita a troca de experiências.

Este trabalho nos levou à conclusão que a terapia de grupo constitui uma importante estratégia na atenção à saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual.

6. REFERÊNCIAS

BOSA, C.A. Autismo: intervenções psicoeducacionais. *Rev. brasileira de psiquiatria*. 2006; p. 28(Supl. I):47-53. 13.

KAËS, R. *O Grupo e o Sujeito do Grupo*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997

RESULTADOS DO MODELO DE INTERVENÇÃO PRECOCE MULTIDISCIPLINAR REALIZADO NA APAE DE BARBACENA PARA CRIANÇAS COM SINAIS DE RISCO PARA O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Autores: Daniela Carolina de Araújo Lima Bezerra [1]

Daniela De Paula Dornelles Guimarães [2]

Patrícia Aparecida Ferreira Pereira [3]

1. INTRODUÇÃO

No contexto do tema do Congresso Habilitação e Reabilitação da Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla na Perspectiva da Saúde apresentamos o presente trabalho, realizado na APAE de Barbacena desde 2017, utilizando uma intervenção baseada em evidência. Estudos indicam que a intervenção precoce é importante para o alcance de melhores resultados no tratamento do Transtorno do Espectro do Autismo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a estimulação precoce aproveita o período sensitivo determinado pelas janelas de oportunidades no cérebro da criança. Portanto, de forma precoce e intensiva, é possível estabelecer as redes neurais que servirão de base para a arquitetura cerebral da criança, moldando a tendência genética através da epigenética, resultando em indivíduos mais capacitados, com seu potencial máximo aproveitado e com melhor qualidade de vida.

"A Childhood Autism Rating Scale (CARS), desenvolvida por Schopler, Reichler e Renner (SCHOPLER et al 1988) é um dos instrumentos mais utilizados na avaliação de crianças autistas e vem sendo traduzida, validada e utilizada nos mais importantes centros de diagnóstico e de manejo do autismo infantil (KURITA et al, 1989; NORDIN et al, 1998; PRY & AUSSILLOUX, 2000;AUSSILLOUX et al, 2001; TACHIMORIet al, 2003). Trata-se de uma escala de 15 itens, que auxilia na identificação de crianças com autismo e as distingue de crianças com prejuízos do desenvolvimento mas sem autismo. Sua importância consiste em diferenciar o autismo leve-

1. Terapeuta Ocupacional na APAE de Barbacena; graduada em Terapia Ocupacional pela FCMMG – Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; pós-graduanda em Transtorno do Espectro Autista: inclusão escolar e social pela UNINTER

2. Fonoaudióloga na APAE de Barbacena; graduada em Fonoaudiologia pela UNIPAC - Universidade Presidente Antônio Carlos de Barbacena; especialista em Educação na perspectiva de Ensino Estruturado para Autista, pela UNINTER.

3. Psicóloga na APAE de Barbacena; graduada em Psicologia pela UFSJ – Universidade Federal de São João del Rei; MBA em Gestão de Pessoas pela UFSJ; especialista em Educação na Perspectiva de Ensino Estruturado para Autistas, pela UNINTER e em Terapia Cognitivo- Comportamental, pelo Neisme Juiz de Fora, vinculado à Universidade Cristo Redentor do Rio de Janeiro.

moderado do grave. É breve e apropriada para uso em qualquer criança acima de dois anos de idade. Sua construção foi desenvolvida ao longo de 15 anos e incluiu mais de 1.500 crianças autistas, levando em conta os critérios diagnósticos de Kanner (1943), Creak (1961), Rutter (1978), Ritvo e Freeman (1978) e do DSM-III (1980) e contém itens que estão relacionados a uma característica particular, capacidade ou comportamento (SCHOPLER et al, 1988; MAGYAR & PANDOLFI, 2007). A escala avalia o comportamento em 14 domínios que geralmente estão afetados no autismo, mais uma categoria geral de impressão de autismo (SCHOPLER et al 1988; RELLINI et al, 2004; MAGYAR & PANDOLFI, 2007)". Considerando essas informações, a CARS foi o protocolo escolhido para a realização deste trabalho.

Atualmente, são atendidas 52 crianças, na faixa etária de 0 a 6 anos, com uma abordagem lúdica e o desenvolvimento de habilidades básicas, respeitando os marcos do desenvolvimento infantil e com base em modelos comportamentais e neurodesenvolvimentais (Denver, Teacch R, Integração Sensorial de Ayres, PECS, ABA, DIR Floortime, Sunrise). Os atendimentos acontecem duas vezes por semana, baseados em intervenção orientada e supervisionada pela equipe clínica especializada (Fonoaudióloga, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga), em pequenos grupos de até quatro crianças, com a intervenção direta de uma pedagoga e uma monitora. São realizadas reuniões semanais da equipe responsável, para análise de casos e orientações interdisciplinares.

2. OBJETIVO

Avaliar o resultado da intervenção multidisciplinar e precoce da criança com sinais de risco para o Transtorno do Espectro do Autismo na APAE de Barbacena, norteando a intervenção conforme as necessidades especificas de cada criança.

3. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo comparativo entre as avaliações iniciais de 14 crianças de 2 e 3 anos, com mínimo de 6 meses de intervenção e os resultados das reavaliações, conforme tabela da Figura 1. Na avaliação inicial da criança, a equipe multidisciplinar utilizou diferentes protocolos, entre eles a CARS (Childhood Autism Rating Scale), que avalia os 15 itens listados a seguir: relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, uso do corpo, uso de objetos, adaptação a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta ao paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e coerência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores de cada domínio variam de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autistas graves) e, conforme o total da pontuação, a criança é classificada da seguinte forma: 15 a 30 sem TGD-Transtorno Geral de Desenvolvimento, 30 a 36 quadro leve a moderado e 36 a 60 quadro grave.

Figura 1: Tabela de dados da pesquisa

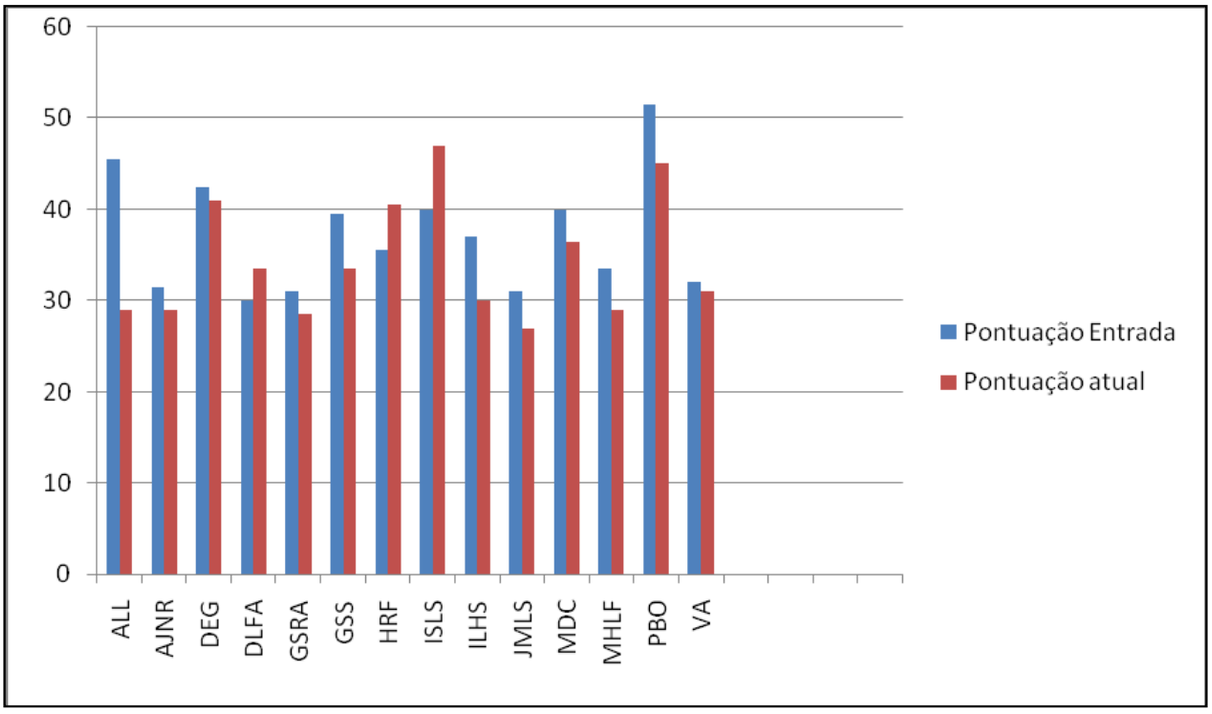
Nome	Idade /jul 2019	Idade de início da intervenção	Tempo de intervenção julho 2019	Protocolo	Pontuação de Entrada	Pontuação Atual
ALL	3 anos e 10 meses	2 anos	1 ano e 10 meses	CARS	45,5	29
AJNR	3 anos e 2 meses	2 anos e 3 meses	11 meses	CARS	31,5	29
DEG	3 anos e 5 meses	2 anos e 10 meses	8 meses	CARS	42,5	41
DLFA	3 anos e 7 meses	3 anos	7 meses	CARS	30	33,5
GSRA	3 anos e 3 meses	2 anos e 3 meses	1 ano	CARS	31	28,5
GSS	3 anos e 3 meses	2 anos e 7 meses	8 meses	CARS	39,5	33,5
HRF	3 anos e 6 meses	2 anos e 10 meses	8 meses	CARS	35,5	40,5
ISLS	3 anos e 6 meses	2 anos e 10 meses	8 meses	CARS	40	47
ILHS	3 anos e 4 meses	2 anos e 8 meses	8 meses	CARS	37	30
JMLS	3 anos e 3 meses	2 anos e 3 meses	1 ano	CARS	31	27
MDC	3 anos e 6 meses	3 anos	6 meses	CARS	40	36,5
MHLF	3 anos e 10 meses	3 anos	10 meses	CARS	33,5	29
PBO	3 anos e 9 meses	2 anos e 3 meses	1 ano e 6 meses	CARS	51,5	45
VA	3 anos e 11 meses	2 ano e 1 mês	1 ano e 10 meses	CARS	32	31

Fonte: Os autores

4. RESULTADOS

Pode-se constatar que, das 14 crianças que participaram da pesquisa, 11 apresentaram redução na pontuação da CARS, mostrando a eficiência da intervenção com a diminuição das características do Transtorno. Alguns fatos importantes a serem considerados são os vieses que ocorrem no contexto familiar, que influenciam os resultados do protocolo, como a dificuldade de percepção das alterações no desenvolvimento da criança, as alterações no ambiente e na dinâmica familiar, que foram fatores comuns entre as três crianças que não melhoraram seus resultados da CARS no período da pesquisa.

Figura 2: Comparativo de pontuação da CARS de cada criança



Fonte: Os autores

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho foi importante para registrar o resultado da intervenção precoce em crianças com sinal de risco para o Transtorno do Espectro do Autismo atendidas na APAE de Barbacena. E isso só foi possível porque a equipe utiliza uma ferramenta avaliativa que possibilita a mensuração dos comportamentos alterados, que envolvem reciprocidade social, comunicação e comportamentos restritos e repetitivos. Essa possibilidade enfatiza a necessidade do uso de protocolos específicos, padronizados e validados para a clientela de nossas instituições. Conforme Fiamenghi e Messa, 2007 *apud* Andrade e Teodoro, 2012, é importante considerar a intervenção centrada nos pais, tornando-os aptos a funcionar como parceiros ativos importantes no tratamento do Autismo, uma vez que esse tipo de intervenção deve ser intensiva, abrangente e duradoura. Além disso, sabe-se que, apesar da forte influência dos aspetos genéticos, o ambiente constitui um fator decisivo na determinação das características comportamentais da criança.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE Aline Abreu, TEODORO Maycoln Leôni Martins. Família e Autismo: uma revisão da literatura. Contextos Clínicos, 5(2)133-142, julho-dezembro 2012.

PEREIRA, Alessandra M. Autismo infantil: tradução e validação da CARS (childhood autism rating scale) para uso no Brasil / Alessandra Marques Pereira; orient. Mario Bernardes Wagner; co-orient. Rudimar dos Santos Riesgo. – 2007.

SCHOPLER E, REINCHLER RJ, DEVELLIS RF, DALY K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J Autism Dev Disord. 1980; 10:91-103.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA - Diagnóstico precoce para o Transtorno do Espectro do Autismo - 2019 -https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/diagnostico-precoce-para-o-transtorno-do-espectro-do-autismo-e-tema-de-novo-documento-do-dc-de-desenvolvimento-e-comportamento - Acesso em 14 de outubro de 2019.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MOTOR EM CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Claudinéia Silva Teixeira [1]

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano acontece durante toda a vida, sendo influenciado por fatores cognitivos, motores, afetivos e psicossociais, com diferentes progressões (NETO, 2002). A velocidade de progressão varia entre indivíduos, sendo que na infância e na adolescência são observadas mudanças mais pronunciadas. Portanto, o comportamento motor muda do inicio ao fim da vida (GONÇALVES, 1995).

Uma pessoa com deficiência intelectual pode apresentar comprometimentos e atrasos no desenvolvimento motor.(OLIVEIRA et al., 2002). Um programa de educação específico estruturado, desenvolvido e aplicado de maneira adequada, pode promover a manutenção, melhorando a aptidão motora. (BIANCONI e MUNSTER, 2011).

OBJETIVO

Avaliar o desenvolvimento motor de crianças com deficiência intelectual atendidas na APAE de Florestal - MG.

METODOLOGIA

Foram avaliadas 6 (seis) crianças com deficiência intelectual, com idade entre 4 e 11 anos, de ambos os sexos, utilizando a Escala de Desenvolvimento Motor (NETO, 2002). A bateria de testes foi aplicada individualmente, em uma única sessão com duração de 50 minutos, aproximadamente.

Para a análise dos dados, utilizou-se a Planilha de Desenvolvimento Motor (NETO, 2002), que permitiu a classificação nos níveis: Muito Superior (≥130), Superior (120 a 129), Normal Alto (110 A 119), Normal Médio (90 a 119), Normal Baixo (80 a 89), Inferior (70 a 79) e Muito Inferior (≤69).

RESULTADOS

Na Tabela 1, analisando os padrões motores de acordo com a classificação da Planilha de Desenvolvimento Motor, observa-se que a maioria das crianças avaliadas encontra-se dentro dos parâmetros de normalidade.

1. Graduada em Educação Física pela Universidade Federal de Viçosa, UFV -CAF; especialista em Educação Infantil e Fundamental, pela Faculdade Alfamérica, em Esporte e Atividade Física para Pessoas com Deficiência, pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

Tabela 1 - Apresenta o perfil motor geral das crianças avaliadas.

Variável criança	1	2	3	4	5	6
Idade Motora Geral (IMG)	103	89	98	91.3	48	78
Idade Cronológica (IC)	84	84	78	102	48	132
Coeficiente motor Motricidade Fina (QM1)	128 Superior	100 Normal Médio	169.2 Muito Superior	129.4 Superior	100 Normal Médio	100 Normal Médio
Motricidade Global (QM2)	142 Muito Superior	100 Normal Médio	107.6 Normal Médio	90.1 Normal Médio	100 Normal Médio	54.5 Muito Inferior
Equilíbrio (QM3)	135 Superior	100 Normal Médio	169.2 Muito Superior	23.5 Muito Inferior	105 Normal Médio	72.7 Inferior
Esquema corporal (QM4)	142 Muito Superior	100 Normal Médio	107.6 Normal Médio	70.5 Inferior	75 Inferior	54.5 Muito Inferior
Organização Espacial (QM5)	100 Normal Médio	121 Superior	92.3 Normal Médio	94.1 Normal Médio	75 Inferior	54.4 Muito Inferior
Organização Temporal (QM6)	114 Normal Alto	114 Normal Alto	107.6 Normal Alto	129.4 Superior	100 Normal Médio	18,1 Muito Inferior
Quociente Motor Geral (QMC)	121	94	125.6	95	100	78
Escala de desenvolvimento	Superior	Normal baixa	Superior	Normal médio	Normal médio	Inferior

Nota: As idades estão expressas em meses.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as crianças avaliadas foram acompanhadas sistematicamente pela equipe multidisciplinar da APAE de Florestal. Os resultados alcançados indicam que este acompanhamento refletiu de forma positiva, considerando a conexão existente entre os aspectos cognitivos e motores. Validam também a importância do trabalho multidisciplinar estruturado e aplicado adequadamente, principalmente na infância, como ferramenta importante no processo de desenvolvimento da pessoa com deficiência intelectual.

REFERÊNCIAS

BIANCONI, Elizabeth de Cássia; MUNSTER, Mey de Abreu Van. Avaliação de aspectos psicomotores em jovens e adultos com deficiência intelectual antes e após um programa de educação física. **VII encontro da associação brasileira de pesquisadores em educação especial.** Londrina, pg. 2847-2857. 2011.

GONÇALVES, Giselda de Angela; GONÇALVES, Costa Andréa Kruger; JUNIOR, Alaércio Perotti. Desenvolvimento motor na teoria dos sistemas dinâmicos. **Revista Motriz,** São Paulo, v.1, n.1, pg. 08-14. 1995.

NETO, Francisco Rosa. **Manual de avaliação motora**. 1.ed. Porto Alegre: Editora Artmed**,** 2002.

OLIVEIRA, Liliane de; ZANCAN, Rubiane Falkenberg; KRUG, Marilia de Rosso; STRAPASSON, Aline Miranda; HARNISCH, Gabriela Simone; KISHIMOTO, Simone Thiemi. Protocolos de avaliação da coordenação motora para pessoas com deficiência intelectual. **Conexões: Educação Física, Esporte e Saúde.** Campinas- SP, v.15, n.3, p.272-292. 2017.

JARDIM SENSORIAL: UM COADJUVANTE NAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS NA APAE DE POUSO ALEGRE/MG

Andreza Martins Lopes Gonçalves [1]

Aline Fernanda Tosta de Carvalho [2]

Caio Augusto Teixeira Piovezanni [3]

Fernanda Alvarenga Vieira [4]

Palavras-chave: Jardim sensorial. Reabilitação. Intervenção terapêutica.

INTRODUÇÃO

A ferramenta denominada Jardim sensorial, diferente do tradicional, tem um propósito bem definido: aguçar os 5 sentidos (tato, paladar, olfato, visão e audição), por meio das texturas, dos cheiros, dos sabores, das imagens e dos sons. É utilizado como um recurso terapêutico, que possibilita uma maneira mais envolvente de intervenção, pois exerce domínio atrativo para os sentidos humanos.

Esse tipo de ferramenta possibilita maior interatividade, por se apresentar em lugar aberto, colorido, descontraído e divertido, estimulando as pessoas a explorarem e interagirem mais com os objetos do que em ambientes tradicionais fechados. Isso se deve à ideia preconcebida de que espaços fechados são formais e mediadores, enquanto ao ar livre as pessoas se sentem mais confortáveis e à vontade, favorecendo a socialização e a troca de informações.

Segundo a Horticultural Therapy Association of Victoria Inc. (2010), o Jardim Sensorial pode proporcionar uma variedade de experiências e benefícios para as pessoas que apresentam diferentes deficiências, como por exemplo: visual, auditiva, surdo/cegueira, deficiência física, intelectual e/ou múltipla.

Além disso o Jardim Sensorial não apresenta apenas benefícios terapêuticos, mas também de natureza social e pedagógica. Contribui para o bem-estar físico e emocional, visto que, em geral, são locais agradáveis, que permitem relaxar, refletir, meditar, contemplar e conversar.

OBJETIVO

Geral: Analisar a importância da ferramenta Jardim Sensorial no processo terapêutico.

1. Fonoaudióloga – UMC, andrezafono@yahoo.com.br

2. Psicóloga – UNIVAS fernandacarvalhopsi@gmail.com

3. Terapeuta Ocupacional – UNESP caioatp42@gmail.com

4. Psicóloga – UNIVAS fernanda.93.alvarenga@gmail.com

Específicos:

- Divulgar a proposta e as informações adquiridas com a experiência da implantação deste recurso;
- Comparar o uso e não uso do Jardim Sensorial em terapia;
- Levantar as possibilidades apresentadas para confirmar o Jardim Sensorial como uma ferramenta terapêutica.

METODOLOGIA

Participaram deste estudo 5 alunos, regularmente matriculados na Escola da Amizade da APAE Pouso Alegre, com idades entre 1 e 6 anos e diagnósticos variados, tais como: Deficiência intelectual, Síndrome De Down, Transtorno dos Espectro Autista e Deficiência Visual.

Foram realizados 10 atendimentos multiprofissionais (Fonoaudiologia, Psicologia e Terapia Ocupacional), sendo 5 em consultório e 5 no Jardim Sensorial da instituição.

O método empregado neste trabalho foi a observação não-estruturada individual, também conhecida como observação simples. Consiste no registro de informações pelos observadores de forma livre, de fenômenos não quantificáveis.

RESULTADOS

Percebeu-se que as crianças tiveram um fortalecimento de vínculo com seus pares e com os terapeutas, apresentando mais contatos e trocas com os indivíduos e o meio. Houve maior receptividade aos estímulos táteis e visuais do Jardim em comparação com o ambiente de consultório clínico.

Notou-se também uma melhora quanto à motivação para realizar as atividades e a iniciativa para explorar o ambiente, visto que as crianças manusearam mais objetos e os elementos do Jardim, o que também corroborou para um maior tempo de concentração. Percebeu-se que as crianças tiveram um fortalecimento de vínculo com seus pares e com os terapeutas, apresentando mais contatos e trocas com os indivíduos e o meio. Houve maior receptividade aos estímulos táteis e visuais do Jardim em comparação com o ambiente de consultório clínico.

Notou-se também melhora na motivação para realização das atividades e maior iniciativa na exploração do ambiente, visto que as crianças manusearam mais objetos e elementos no Jardim Sensorial. Essa melhora na interação contribuiu para melhorar o tempo de concentração nas atividades.

O ambiente trouxe retorno positivo, contato com a natureza e estimulação mais efetiva do paciente.

Os profissionais atingiram os objetivos e as metas estabelecidas.

Figura 1 – Jardim sensorial da instituição

Fonte: Arquivo interno da APAE Pouso Alegre (2019)

Figura 2 – Jardim sensorial "caminhada sensorial"

Fonte: Arquivo interno da APAE Pouso Alegre (2019)

Figura 3 – Jardim sensorial atividade de socialização

Fonte: Arquivo interno da APAE Pouso Alegre (2019)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Partir do estudo, foi possível perceber uma diferença significativa no atendimento com o uso do Jardim Sensorial, tendo sido observadas melhoras na busca dos estímulos ambientais e na interação social. O trabalho levantou essas e outras evidências positivas. Apesar disso, é importante ressaltar a necessidade de um estudo longitudinal e com população maior, para respaldo científico e constatação efetiva comprobatória de seus benefícios.

REFERÊNCIAS

ELY, V. H. M. B. *et al.* Jardim universal – espaço livre público para todos. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: Elsevier: Campus, 2007.

HAZEN, T. Therapeutic Garden Characteristics. A quarterly publication of the american horticultural therapy association. v. 41, n. 2. 2010.

MOMO, A. R . B. *et al.* O processamento sensorial como ferramenta para educadores: facilitando o processo de aprendizagem. São Paulo: Artevidade / Memnon, 2007

SILVÉRIO, P. H. B Jardim sensorial da UFJF, um espaço de terapia e conscientização. 2017.

E-mail da saúde de APAE de Pouso Alegre saude.pousoalegre@apaemg.org.br.

REDEFINIÇÃO DE ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA PARA FAVORECER A PARTICIPAÇÃO DE UM INDIVÍDUO AUTISTA: RELATO DE CASO

Thaís Cristina Noronha [1]

Daniela Maria Parreira [2]

Érika de Morais Aguilar [3]

Fernanda Faria Gomes [4]

Renatha de Carvalho [5]

Andréa de Jesus Lopes [6]

Introdução:

O Transtorno do Espectro do Autismo é um distúrbio do desenvolvimento que se caracteriza por alterações presentes desde idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano como as áreas de comunicação, de interação social, de aprendizado e de capacidade de adaptação (Mello, 2007). Esse Transtorno apresenta, dentre suas características essenciais, prejuízo persistente na interação social, assim como padrões restritivos e repetitivos de atividades (DSM 5, 2014). Essas características influenciam na participação social desse indivíduo. Traçar estratégias terapêuticas que otimizem sua participação é essencialmente importante.

Objetivo:

Apontar os ganhos percebidos na funcionalidade de um indivíduo autista com deficiência visual e seletividade alimentar associadas, a partir de uma nova estratégia terapêutica.

Metodologia:

Foi realizado um relato de caso, com análise qualitativa de discurso, a partir de depoimento não guiado. A estratégia terapêutica adotada visava a empoderar o indivíduo ao seu processo de habilitação/reabilitação. O indivíduo foi inserido em atendimento semanal individual de Terapia Ocupacional,

1. Graduada em Fisioterapia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2006); especialista em Fisioterapia Traumato-ortopédica Desportiva (Universidade Presidente Antônio Carlos - 2008) e em Docência do Ensino Superior (Faculdades Integradas de Jacarepaguá - 2008).

2. Graduada em Nutrição (Universidade Tricordiana de Três Corações (Unincor) (2007); especialista em Nutrição Clínica –Metabolismo Prática e Terapia Nutricional / Universidade Gama Filho (2013).

3. Graduada em Terapia Ocupacional

4. Graduada em Pedagogia; especialista em Psicologia da Educação com ênfase em Psicologia Preventiva e em Educação Especial ênfase em Deficiência Visual.

5. Graduada em Fisioterapia (FAMINAS- 2010); especialista em Fisioterapia Neurológica: Adulto e Infantil (Faculdade de Ciências Médicas - 2012)

6. Graduada em Fisioterapia (UFMG - 1993); especialista em Fisioterapia em Ortopedia e Esportes (UFMG - 1999) e em Fisioterapia Neurológica (UFMG - 2005); MBA em Marketing e Venda (Newton Paiva - 2013); mestre em Ciências da Reabilitação (UFMG - 2009). Especialização em Neurociências e Comportamento (PUCRS em andamento)

em ambiente aquático (três sessões em um mês), assim como em grupo multiprofissional com a temática cozinhar (quatro sessões em um mês), através do qual o indivíduo deixava de ser passivo (receber intervenção) e se tornava ativo na experimentação, na tomada de decisão e na execução de atividades (envolvimento para preparação de receitas e posterior degustação das mesmas).

Resultados:

Os resultados foram descritos considerando os domínios da funcionalidade, conforme a CIF. Os ganhos percebidos não tiveram impacto sobre as deficiências das **Estruturas do Corpo**. Já para as **Funções do Corpo** houve melhora percebida em aquisição de noções de espaço, de detecção de quente/frio e de texturas. Para a **Atividade/Participação** houve avanços na preparação do alimento e na organização da cozinha, na alimentação – as diferentes texturas de alimentos presentes em diversos contextos deixaram de ser barreiras para sua participação, na participação na comunidade. Um maior envolvimento da família nas demandas do indivíduo foi notório com a redefinição da proposta terapêutica.

Considerações finais:

Uma mudança na estratégia terapêutica, permitindo envolvimento ativo do indivíduo, dando-lhe oportunidade de experimentação e resolução de problemas, pode ser um facilitador para o engajamento do mesmo e da família, favorecendo a transferência das atividades experimentadas para seu contexto de vida real, domiciliar e comunitário.

Referências bibliográficas:

American Psychiatric Association. Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

MELLO, A.M.S.R. Autismo – Guia Prático; AMA; 7ª edição. Brasília, 2007.

APAE de Pará de Minas:reabilitação.parademinas@apaemg.org.br

SOB OLHARES- CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE REABILITAÇÃO EM DEFICIENCIA INTELECTUAL E MULTIPLA

Terezinha de Lourdes Pereira [1]

Camila Oliveira Cruz [2]

Ana Paula Espindula [3]

Introdução

O reconhecimento da crise do modelo de assistência predominante no Brasil vem suscitando emergencialmente propostas que objetivem sua transformação, suas práticas e, em contraponto com essas, do processo de trabalho em saúde. Cada profissional lida separadamente com seus entraves e, por sua vez, na modalidade interdisciplinar esbarram nas dificuldades dos colegas. Por outro lado, ao lançarem mão de um tempo para discussão dos casos podem encontrar uma resolução positiva sob o olhar do outro.

Objetivos

O presente estudo teve como objetivo conhecer, sob a ótica de profissionais que atuam no atendimento clinico, as práticas que visam a reabilitação cognitiva de usuários com deficiência intelectual ou múltipla, bem como os entraves e aspirações.

Metodologia

Estudo qualitativo descritivo, com seres humanos. Foram ouvidos 10 (dez) profissionais (Psicologia, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Fisioterapia) que atuam na área de reabilitação física e neuropsicológica da APAE de Passos. Os dados foram compilados descritivamente, com base das respostas dos participantes.

Resultados

Verifica-se que, na prática de atendimento ao usuário com deficiência intelectual e múltipla, os profissionais lançam diariamente mão de recursos lúdicos, exames, instrumentos de investigação, com base em 30 a 50 minutos de atendimento, preferencialmente individual. Como entraves apontam espaço físico, remuneração e falta de tempo para capacitação regular. Consideram que o envolvimento da família na dinâmica terapêutica do usuário tem sido um fator exitoso no desenvolvimento do usuário. Além desses fatores, a demanda é numerosa e nem sempre é possível

1. Graduada em Pedagoga, pela Faculdade de Filosofia de Passos; especialista em Supervisão Pedagógica e Orientação Educacional, pelo Centro Claretiano de Batatais e em Psicopedagogia Institucional/Clínica, pela Faculdade São Luiz.

2. Bacharel e licenciada em Psicologia (Unifenas); bacharel em Comunicação Social (Unifran), especialista em Docência do Ensino Superior (Unis MG).

3. Graduada em Fisioterapia pela Universidade de Uberaba; mestre e doutora em Ciências da Saúde, com área de concentração em Patologia Humana pela UFTM. Pós Doutorado em Ciências da Saúde.

atender ao usuário individualmente, ainda que seja o mais indicado.

Considerações finais

É preciso oferecer espaço físico e de tempo para que os profissionais possam dialogar acerca de suas dificuldades, levantar ideias para superação das mesmas e aprimorar-se. Facilitar o contato com toda a Rede de Assistência parece ser o ponto de partida necessário para que isso aconteça. Quem vivencia no dia a dia o desejo de promover a reabilitação, calcando resultados satisfatórios tanto em relação ao usuário quanto ao subjetivo do profissional, tem conteúdo para transformar cada vez mais a assistência, tornando-a mais humanizada e eficaz.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual. Reabilitação. Equipe multidisciplinar.

APAE de Passos: apaepassos@hotmail.com

WHODAS 2.0: AVALIAÇÃO DA FUNCIONALIDADE DOS USUÁRIOS QUE UTILIZAM APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL, NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO ANTÔNIO DE OLIVEIRA – CER IV CONTAGEM / APAE - BH

Dayane Palmira Ferreira Leal Reis [1]

Ingrid Lilian de Freitas Gonçalves [2]

Palavras-chave: CIF. Funcionalidade. WHODAS 2.0

Introdução

Os efeitos da deficiência auditiva acarretam prejuízos na estrutura do corpo, na função, acarretam limitações de atividades, bem como restrição na participação em eventos, devido ao comprometimento das habilidades auditivas como, por exemplo, compreender uma conversa em ambientes silenciosos e/ou ruidosos. O Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) é um tipo de dispositivo eletrônico que permite minimizar os efeitos causados por essa condição de saúde.

Através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) torna-se possível verificar os benefícios da amplificação, após a adaptação do AASI, relacionados ao corpo, à pessoa e à sociedade, porém a CIF não analisa a deficiência na prática diária. Dessa forma, com base nos conceitos da CIF, em 2010, a OMS desenvolveu o World Health Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0 - Programa de Avaliação de Incapacidade da Saúde Mundial), que possibilita analisar o nível de funcionalidade em seis domínios da vida (cognição, mobilidade, autocuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação) e, consequentemente, as limitações de atividade e restrições de participação, independentemente da condição de saúde do indivíduo.

Objetivo

Verificar o nível de funcionalidade dos usuários com deficiência auditiva acompanhados no Centro Especializado em Reabilitação Antônio de Oliveira (CER IV-APAE de BH), antes e após a adaptação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI).

Metodologia

Aplicou-se o instrumento Whodas 2.0, versão 36 itens autoadministrada, em usuários deficientes auditivos, antes de receber o AASI e após quatro meses de adaptação. A amostra é composta por 51 usuários, sendo 58,83% do sexo feminino e 41,17% do sexo masculino. A faixa etária predominante da população estudada foi de 60 a 80 anos, correspondendo a 62,74% da amostra,

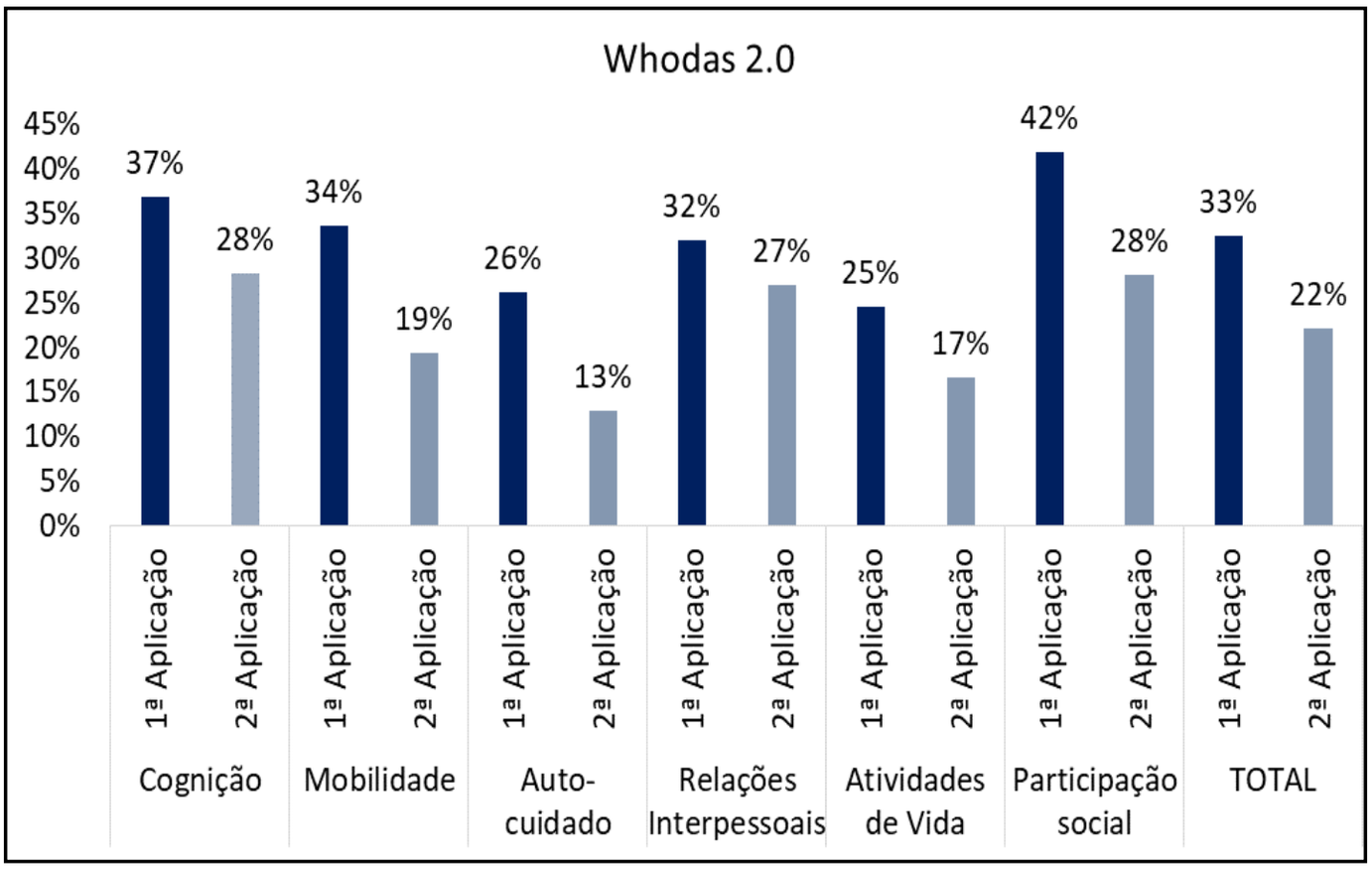
1. Bacharel em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário Metodista Izabela Hendrix; especialista em Audiologia, pela FEAD.

2. Bacharel em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC Minas

seguida da faixa etária de 31 a 59 anos (17,65%), 81 a 100 anos (17,65%) e 19 a 30 anos (1,96%). Os usuários foram divididos em grupos de 07 pessoas e foram previamente orientados sobre o questionário pela psicóloga do serviço, conforme descrito no Manual. As respostas para as 36 questões foram registradas em uma planilha Excel e analisadas estatisticamente em cada um dos domínios.

Resultados

Após a análise dos resultados, constatou-se que antes de os usuários se adaptarem ao AASI (1ª aplicação), os principais domínios da vida com prejuízos na funcionalidade foram: cognição, mobilidade, relações interpessoais e participação social, observando-se que quanto menor o nível de dificuldade, maior é o nível de funcionalidade. Portanto, após a adaptação do AASI (2ª aplicação) houve melhora da funcionalidade nos seis domínios da vida, sendo que a participação social se destaca, devido à redução significativa no nível de dificuldade.



Fonte: CER IV Contagem / APAE-BH

Considerações finais

Verificou-se que através do questionário Whodas 2.0 é possível mensurar o benefício funcional, assim como a qualidade de vida que o AASI proporciona para os usuários. Além disso, o questionário viabiliza o estabelecimento de critérios de prioridade para o direcionamento do processo de reabilitação, sempre tendo em vista uma abordagem biopsicossocial do sujeito.

Referências

MORETTIN, Marina; BEVILACQUA, Maria Cecília; CARDOSO, Maria Regina A. A aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na Audiologia.**Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, p. 395-402, 2008. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/dic/article/view/6844. Acesso em: 1 out. 2019.

OMS.**Avaliação de Saúde e Deficiência:** Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Triângulo Mineiro, 2015. 153 p. ISBN 978 85 62599 51 4. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=BAC00D355313CE6968BD6FE0D1FA189A?sequence=19. Acesso em: 1 out. 2019.

FERRER, Michele Lacerda*et al.* WHODAS 2.0-BO: dados normativos para avaliação de incapacidade em idosos.**Revista de Saúde Pública, [s. l.**], p. 1-11, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v53/pt_1518-8787-rsp-53-19.pdf. Acesso em: 1 out. 2019.

Contato: APAE de Belo Horizonte/ CER IV: g.auditivaevisual@apaebh.org.br

IV Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família.

CARTA DE BELO HORIZONTE, 2019

Nós, integrantes do IV Fórum Mineiro de Autogestão, Autodefesa e Família, ocorrido em novembro de 2019, no município de Belo Horizonte - MG, que somamos 400 pessoas com deficiência intelectual e familiares, representantes das 450 APAES do Estado de Minas Gerais, eleitos nos 36 Fóruns Regionais, que aconteceram em 2018, elaboramos esse documento **"CARTA DE BELO HORIZONTE – 2019",** tendo consciência que, para atingir a plena cidadania das pessoas com deficiência intelectual e múltipla, alguns aspectos devem ser desmistificados. Dessa forma, propomos 18 (dezoito) reivindicações, que irão contribuir para maiores avanços nessa luta, promovendo o que buscamos: "o respeito e cumprimento dos direitos das pessoas com deficiência".

1 – Que as pessoas com deficiência sejam respeitadas como pessoas capazes de realizarem suas escolhas, de aprender, de partilhar, de experimentar, inclusive de fraquejar, de falhar, de chorar, tudo no seu ritmo próprio e à sua maneira.

2 - Que as pessoas com deficiência tenham o direito de viver de acordo com o seu ciclo de vida (infância, adolescência, idade escolar, vida afetiva e sexual, trabalho, envelhecimento e outros), sem serem infantilizadas.

3 - Que as pessoas com deficiência sejam orientadas e apoiadas nos seus projetos de vida, inclusive na constituição de suas próprias famílias;

4 - Que as pessoas com deficiência não sejam isoladas e discriminadas dentro de sua própria família e círculos sociais;

5 - Que as pessoas com deficiência sejam ouvidas, independentemente de sua forma de comunicação;

6 - Que as pessoas com deficiência possam participar efetivamente na vida politica da sua comunidade, votando e sendo votados a cargos eletivos e funções publicas;

7 - Que os órgãos empregadores de pessoas com deficiência realizem as adequações necessárias, de forma a apoiar a pessoa na sua inclusão e permanência no trabalho;

8 - Que as pessoas com deficiência sem condições de sustento tenham garantido em lei o BPC, independentemente da renda *per capita*;

9 - Que as pessoas com deficiência intelectual e múltipla tenham o direito de gerenciar sua própria renda seja ela BPC ou salário e que sejam também orientadas quanto ao planejamento dos seus gastos, por meio da educação financeira pessoal;

10 - Que a aposentadoria especial para pessoas com deficiência seja mantida, respeitando critérios flexíveis e mais próximos da realidade e da expectativa de vida dessas pessoas;

11 - Que as pessoas com deficiência sejam ouvidas para a formulação de políticas públicas: "Nada sobre nós sem nós";

12 - Que sejam implantadas políticas públicas para atendimentos no domicílio das pessoas com deficiência intelectual que necessitam de cuidados extensivos e generalizados;

13 - Que os recursos de habilitação e reabilitação na área de saúde, educação e assistência social para as pessoas com deficiência intelectual e múltipla e suas famílias sejam financiados pelo poder público;

14 - Que o poder público realize as adequações físicas necessárias nos espaços públicos, de acordo com desenho universal, possibilitando o acesso em igualdade de condições;

15 - Que os serviços públicos tenham acessibilidade na comunicação, nas atitudes e no bom atendimento à pessoa com deficiência;

16 - Que sejam estruturados critérios adaptados à deficiência intelectual, para habilitação de condutores de veículos;

17 – Que as pessoas com deficiência tenham prioridade no acesso à moradia, inclusive facilitando a inserção em programas habitacionais e no financiamento de casa própria.

18 - Que sejam realizadas campanhas informativas continuadas sobre a deficiência intelectual e as barreiras atitudinais.

Considerações Finais:

Este documento de recomendações e propostas deve nortear as ações do Movimento Apaeano Mineiro, nas 450 unidades hoje existentes em todo o Estado, (gestores, profissionais, colaboradores, familiares etc.), afastando de vez os estigmas e os preconceitos que esse público carrega e que os impede de assumir suas próprias vidas.

Queremos uma sociedade baseada na igualdade, na justiça, na equiparação e na interdependência, que assegure uma melhor qualidade de vida para todos, sem discriminação de nenhum tipo, que reconheça e aceite a diversidade como fundamento para a convivência social. Uma sociedade onde o primeiro direito seja o reconhecimento da condição de pessoa a todos os seus integrantes, inclusive as pessoas com deficiência, garantindo a estes a dignidade, respeitando os direitos humanos, a autodeterminação, a contribuição à vida comunitária e o pleno acesso aos bens sociais a todos os cidadãos.

É papel dos gestores e profissionais oportunizar espaços para o exercício da cidadania das pessoas com deficiência intelectual e múltipla e seus familiares.

Belo Horizonte, 02 de novembro de 2019

Avaliação dos Congressistas

109 avaliações recebidas

Conferência com melhor avaliação (ótimo/bom)

Conferência 1 – A Mágica da Vida

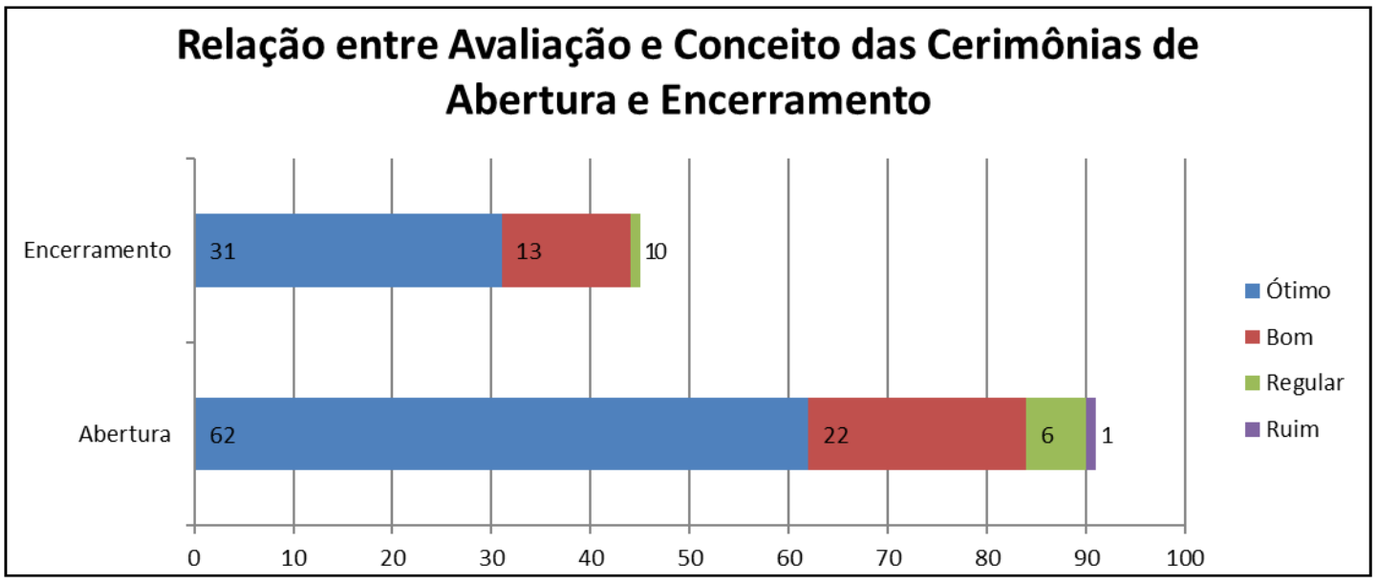
Colóquio com melhor avaliação (ótimo/bom)

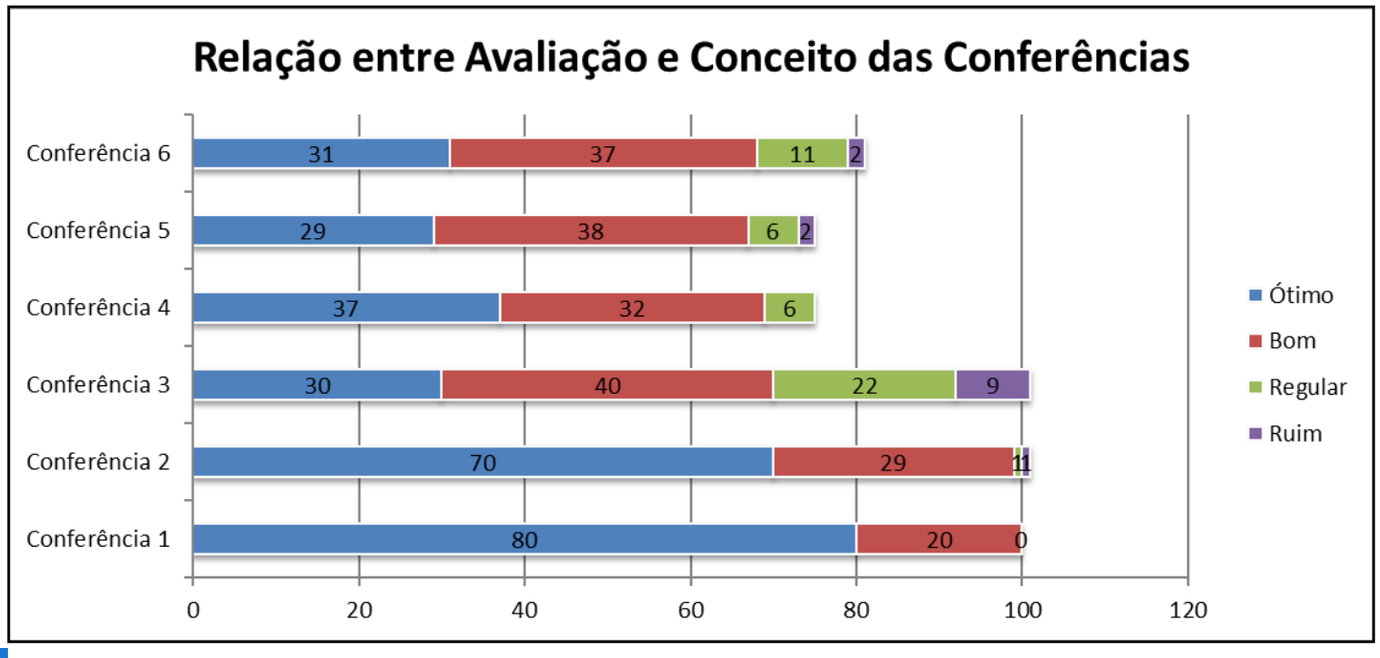
Colóquio 2 - Processos para a promoção da Qualidade de Vida

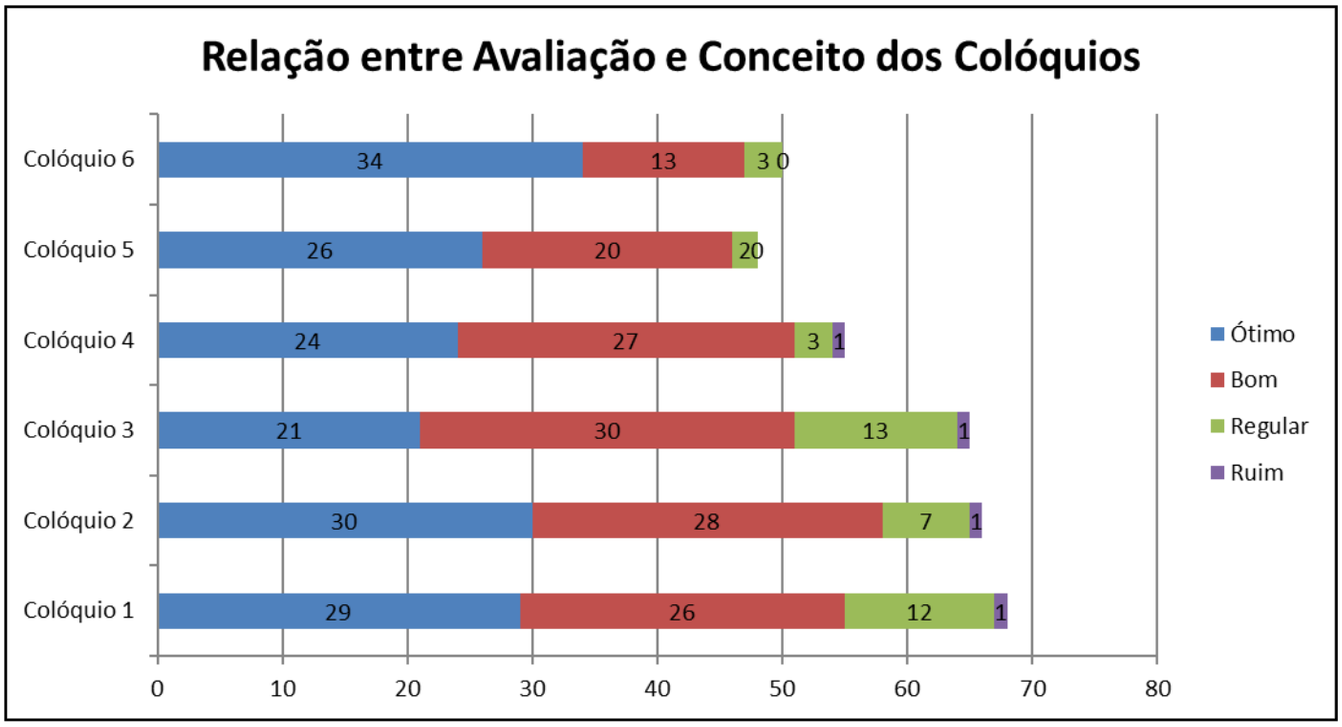
Workshop com melhor avaliação (ótimo/bom)

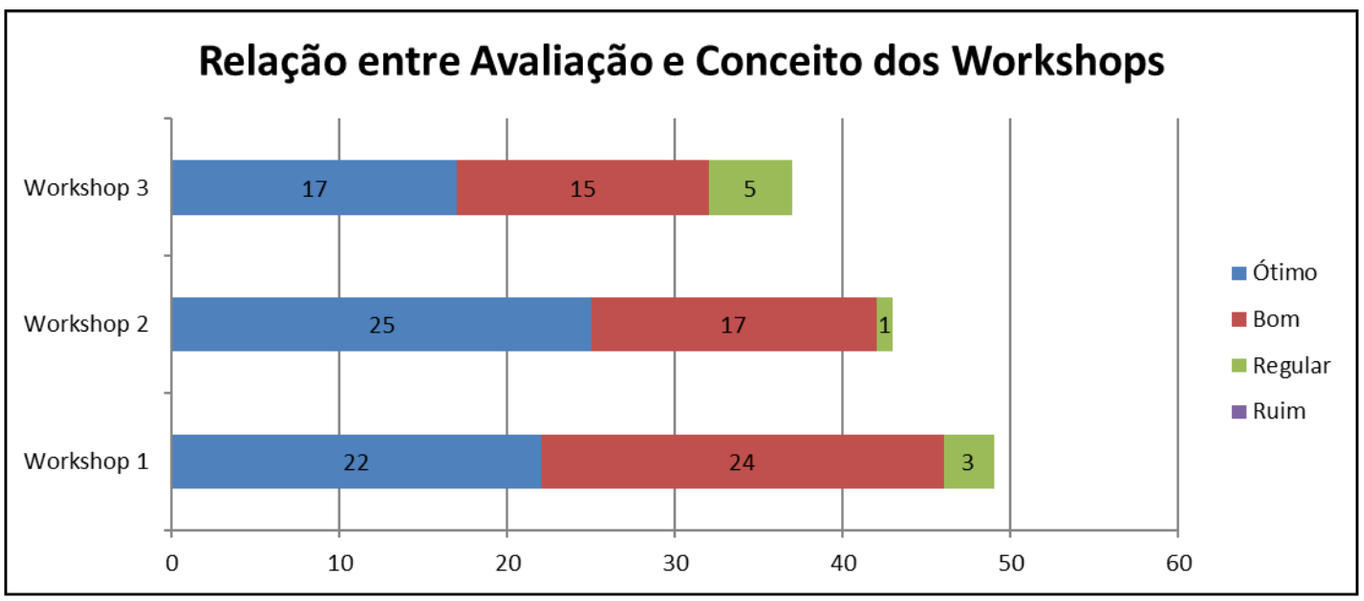
Workshop 1 - Apresentação: Trabalhos Selecionados

Gráficos






Relação entre Avaliação e Conceito dos Colóquios
Colóquio 6
Colóquio 5
Colóquio 4
Colóquio 3
Colóquio 2
Colóquio 1
34
13
3 0
26
20
20
24
27
3
1
21
30
13
1
30
28
7
1
29
26
12
1
0
10
20
30
40
50
60
70
80
Ótimo
Bom
Regular
Ruim


Relação entre Avaliação e Conceito dos Workshops
Workshop 3
Workshop 2
Workshop 1
17
15
5
25
17
1
22
24
3
0
10
20
30
40
50
60
Ótimo
Bom
Regular
Ruim

FEAPAES - MG
Federação das Apaes do Estado

Instituto de Ensino e Pesquisa
Darci Barbosa