

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde

**O QUE AS EQUIPES DO PSF PODEM FAZER PARA A INCLUSÃO DE PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NA COORDENADORIA NORTE/SUPERVISÃO FÓ/BRASILÂNDIA**

ANGÉLICA REGINA SIQUEIRA

São Paulo

2009

ANGÉLICA REGINA SIQUEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Fonoaudiologia
da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob
orientação da Profa. Dra. Maria Cecília Bonini Trenché.

São Paulo

2009

DEDICATÓRIA

A minha mãe por sempre ter feito o máximo que pode.
A minha madrinha Edna, pelo amor e carinho em todas
as fases da minha vida. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus o autor da vida, que do ventre da minha mãe já havia preparado esse momento tão especial. Tu és a minha razão.

À orientadora, Profa. Dra. Maria Cecília Bonini Trenche. Não há palavras que possam expressar minha gratidão por você! Obrigada pela paciência, cuidado e dedicação. Por acreditar em mim, mesmo quando eu mesma já não acreditava. Obrigada por ter me acompanhado desde o início: na supervisão no Projeto “Conviver e Aprender” e na orientação da Iniciação Científica. Cecília, você me inspira!

A todos os professores do curso de Fonoaudiologia da PUC SP. Todos são exemplos de sucesso a serem seguidos.

À Profa. Vera Teixeira (Verinha) por dispensar tamanho empenho para que eu chegasse até aqui. Você é muito especial pra mim!

Às Profa. Dra. Nadir Haguiara e Profa. Dra. Maria Isis Meira Marinho por também terem viabilizado minha chegada até aqui.

À Profa. Dra. Luisa Barzachi Ficker, pelo incentivo e orientação na Iniciação Científica que permitiu muitos aprendizados.

À Profa. Dra. Zuleica Antônia de Camargo. Você emana conhecimento. Muito obrigada pela atenção e preocupação em todos os momentos.

À Profa. Dra. Sandra Madureira e todos os docentes, discentes e funcionários do LIAAC (Laboratório Integrado de Análise Acústica e Cognição) o qual tive a oportunidade de frequentar durante a Iniciação Científica.

À Valdenice (Val) e ao João pelas palavras de incentivo e apoio em todos os momentos.

A todos os meus colegas da graduação, agora companheiros de profissão, que de alguma forma ficarão marcados para sempre. Em especial à: Mariana, Allyne, Luana, Andréia e Neury. Nada poderá apagar o que o tempo escreveu em nós. Obrigada pelas parcerias, é apenas o começo!

Aos companheiros do Movimento Estudantil. Vocês foram uma escola... A luta continua!

À Célia. Obrigada por ser minha “consciência”, minha companheira, irmã, e às vezes até mãe! Tenho certeza que nossa parceria só começou e a amizade e cumplicidade também.

Ao Marcus Vinícius (Vinny) pelos mais de dez anos de amizade, carinho, cuidado e companheirismo. Não tenho dúvida que nesses anos foi você quem mais cuidou de mim. Amo você! Obrigada por acreditar que podíamos chegar aqui... nós conseguimos!

À Vera e ao Davi por terem sido os primeiros a me mostrar que o caminho era difícil, mas possível.

À Cleide, e toda sua família, que muitas vezes me sustentaram e deram força. Sucesso pra você “Josi”! A PUC é nossa!

A toda minha grande família: irmãos, primos, tias e agregados, e ao Manoel por ter participado da minha família também. Eu não seria nada sem vocês. Muito Obrigada!

À Janice e sua família por também terem colaborado para o sucesso dessa jornada.

À Família Rodrigues, em especial a Márcia, por me acolher, sustentar e acreditar acima de tudo.

À Aline e sua mãe Eliene por terem sempre uma palavra e um ombro amigo.

À Primeira Igreja Batista no Jardim Maia, ao Pr. Alexandre Pussente e sua família. Essa conquista é nossa!

Aos companheiros: Wendel, Will, Eli, Tiago, Lúcio, Marta e Raiana. Obrigada pela força.

Aos meus amigos e irmãos: Carlos Eduardo (Dú) e Taveira Júnior (Juninho). Vocês me ensinaram que caminhar sozinha é desnecessário. Obrigada por carregarem o peso comigo! Nunca poderei retribuir o carinho, a força e o cuidado que vocês me dedicam. Amo vocês!

As minhas amigas de magistério: Tati, Tata, e Katie. Vocês me ensinaram o que é ter amigos de verdade mesmo á distância!

A todos aqueles que podem sentir, junto a mim, o perfume das flores, os trinos dos pássaros e a brisa fresca revigorando a pele... É o fim do inverno!

*“Que a Universidade se pinte de povo... se pinte de negro, de índio,
de mulato e de operário, ou o povo arrebentará as suas
portas e a pintará da cor que lhe couber”
(Ernesto Guevara.)*

RESUMO

A partir da realização do estágio obrigatório do curso de Fonoaudiologia na UBS Augusto Galvão da Subcoordenadoria Freguesia do Ó/ Brasília pude observar a importância de um aprofundamento no campo da inclusão para o atendimento de demandas feitas pela equipe do Programa de Saúde da Família ao serviço prestado pelo estágio. Muito desses casos implicam não apenas o encaminhamento para instituições e serviços, mas a construção de redes que possam sustentar processos e conflitos na busca de inclusão social. O que se tem encontrado atualmente, quando se trata da inclusão, é um modelo de atendimento especializado e segregado, denominado, de forma genérica, como Educação Especial ou Clínica Especializada. Apesar de todo esforço de divulgação sobre as políticas de Educação Inclusiva, a implementação de uma nova proposta de inclusão em todos os setores da sociedade ainda é insipiente e assistemática. O objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento dos dispositivos de práticas de inclusão de pessoas deficientes realizadas no território da Sub-coordenadoria Freguesia do Ó/Brasília com vistas a refletir sobre o processo de construção das redes de apoio sócio educativas. De início foi realizado um levantamento com vistas a identificar as instituições que promovem/ participam do movimento de inclusão no território. Ao final da pesquisa foi elaborado um guia de apoio para ações inclusivas, contendo não só as possibilidades de atendimento a essa população no território, mas também aspectos conceituais sobre a inclusão social e seu papel na promoção da saúde de pessoas deficientes.

Palavras chaves: Inclusão, redes, deficientes.

SUMÁRIO

1. Introdução	10
2. Objetivo	12
3. Metodologia.....	13
4. Revisão da Literatura: Resgatando alguns conceitos	14
4.1 Sobre Redes e Intersetorialidade.....	14
4.2 Políticas Públicas para a pessoa com deficiência.....	18
4.3 Educação Inclusiva X Educação especial	31
4.4 Diferença e diversidade	36
4.5 Dados da população Deficiente.....	38
5. Sobre a Freguesia do Ó/ Brasilândia	44
5.1 Supervisão Técnica de Saúde.....	45
6. Considerações Finais.....	51
7. Bibliografia.....	52
Anexo I: "Construindo Caminhos" Um guia de Acessibilidade.....	53
Anexo II: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP.....	95

1. Introdução

Incluir não é simplesmente inserir uma pessoa na sua comunidade e nos ambientes destinados à sua educação, saúde, lazer, trabalho, etc. Incluir implica em acolher a todos os membros de um dado grupo, independentemente de suas peculiaridades, considerando que as pessoas são seres únicos, diferentes uns dos outros e, portanto, sem condições de serem categorizados.

Mesquita ET AL, (2008), afirmam que as estratégias de inclusão ganham reforços na valorização dos elos informais e das relações proporcionadas pelas redes de apoio social que visam incentivar a participação de todos e a redução das pressões excludentes. Assim, os prejuízos nos relacionamentos, bem como no acesso aos espaços sociais, podem ter seus efeitos minimizados por meio das redes de apoio social, reforçando, desse modo, a importância de tais redes no propósito da inclusão social, afinal, atuam como agentes de integração do indivíduo na sociedade, diminuindo os riscos de exclusão.

De acordo com Schlithler (2004), diferentemente do modo como as instituições se organizam, as redes de desenvolvimento comunitário têm estrutura horizontal. Não se fundamentam na gestão centralizada e hierárquica, pautam-se na construção de projetos coletivos, se estruturam pela interconexão entre agentes, serviços, recursos, organizações governamentais e não governamentais movimentos sociais, comunidades locais, regionais, nacionais e mundiais (Carvalho ET AL, 1998). Portanto, redes se constituem em vínculos horizontais de interdependência e complementaridade. Sobre o conceito de comunidade Schlithler (op.cit) ressalta que não é o fato de habitar um mesmo território que leva um grupo social se constituir em uma comunidade, mas a relação de cooperação entre seus atores quando estes se ligam (se unem) por partilharem a construção de um projeto coletivo de transformação social.

Segundo Schlithler (2004) “redes rompem o isolamento das pessoas e das organizações, evitam a duplicação de ações e viabilizam a realização de atividades integradas, porque atuam de maneira sistêmica e sinérgica. Nelas o

desenvolvimento comunitário é o resultado do compromisso e da corresponsabilidade de todos os setores da sociedade”.

Para Carvalho (op. cit) não basta compartilhar objetivos comuns ou aderir procedimentos tecnológicos ou agir de acordo com normas estabelecidas; para se constituir em rede é preciso estar em sintonia com as expectativas e valores culturais de seus agentes e organizações. Por isso, que as redes se mantêm “em processo contínuo de busca de legitimação através de fluxos ativos de mobilização, informação e interação”. A autora ressalta que para garantir a atenção básica às pessoas com deficiência e sua inclusão e proteção social, a gestão deveria mobilizar ações intersetoriais articuladas em rede com objetivos e prioridades comuns.

No campo educacional, a idéia de rede social está associada ao desenvolvimento de uma educação comunitária, compulsória e universal e por isso as instituições de ensino têm encontrado dificuldades na implementação dessa proposta, a começar pelo diagnóstico das dificuldades de aprendizagem, passando pela pouca capacitação profissional para atender pedagógica e psicologicamente essa população. Assim, vários estudiosos têm apontado a necessidade de transformação da escola, cabendo a ela adaptar-se às características de todo aluno, o que segundo Barros (2007), leva, necessariamente, a uma ruptura por parte dos protagonistas com o “status quo” e com as posturas mais resignadas dentro do modelo tradicional de ensino. Levando em consideração essas contribuições, é notável que o momento atual exija mudança de enfoque, passando-se a considerar tanto um novo contexto escolar, como a exigência de novos posicionamentos, a fim de reconstruir as práticas educativas tradicionalmente oferecidas.

Segundo Belisário e Mantoan (2005) a inclusão funciona como o final de um processo de manutenção da saúde; não é remédio para doenças, e sim o resultado de pequenas decisões conjuntas tomadas pelos médicos, terapeutas, familiares e educadores desde o início da vida de uma criança. Na inclusão, crianças portadoras de deficiências têm uma melhora no seu comportamento social e psicológico.

O que se têm encontrado atualmente, quando se trata da inclusão, é um modelo de atendimento especializado e segregado, denominado, de forma genérica,

como Educação Especial ou Clínica Especializada. Apesar de todo esforço de divulgação sobre as políticas de Educação Inclusiva, a implementação de uma nova proposta de inclusão em todos os setores da sociedade ainda é insipiente e assistemática.

A partir da realização de estágio obrigatório do curso de Fonoaudiologia na UBS Augusto Galvão da Subcoordenadoria FÓ-Brasilândia tenho observado a importância de um aprofundamento no campo da inclusão para o atendimento de demandas feitas pela equipe do Programa de Saúde da Família ao serviço prestado pelo estágio. Muito desses casos implicam não apenas o encaminhamento para instituições e serviços, mas a construção de redes que possam sustentar processos e conflitos na busca de inclusão social.

Dessa experiência nasceu o desejo de contribuir com as Equipes do PSF e do NASF da UBS Augusto Galvão e outras que integram o território da FÓ-Brasilândia, trabalhando pela integralidade e equidade na atenção à saúde de pessoas com deficiência.

Com o levantamento veio a idéia de elaborar um guia com informações sobre as várias possibilidades de espaços sociais, de saúde, educação e cultura que podem e devem ser acessíveis às pessoas com deficiência.

2. Objetivo

Objetivo Geral:

O objetivo desta pesquisa foi realizar um levantamento dos dispositivos de práticas de inclusão de pessoas deficientes realizadas no território da Subcoordenadoria Freguesia do Ó/Brasilândia com vistas a refletir sobre o processo de construção das redes de apoio sócio educativas, com ênfase na interface saúde e educação.

Objetivos específicos:

Realizar um levantamento sobre equipamentos de educação, saúde, cultura e lazer desse território com vistas a construir um guia de apoio para ações inclusivas intersetoriais.

Aprofundar estudos sobre os conceitos de promoção da saúde, rede social, intersetorialidade.

Conhecer as práticas de construção de redes de apoio sócio educativas para crianças e jovens deficientes com comprometimentos no campo da comunicação, identificando fragilidades e potencialidades, considerando tanto aspectos relevantes ao universo da macro política como os referentes às intervenções no cotidianos dos serviços de saúde e educação.

3. Metodologia

De início foi realizado um levantamento com vistas a identificar as instituições que promovem/ participam do movimento de inclusão no território.

Do ponto de vista da macro política foram recuperados os resultados de uma pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC – CNPq) realizada em 2008, intitulada “Ações de saúde para inclusão educacionais e sócio-cultural de crianças e adolescentes deficientes ou em situação de vulnerabilidade”, realizada em um outro território.

Ao final da pesquisa foi elaborado um guia de apoio para ações inclusivas contendo não só as possibilidades de atendimento a essa população no território, mas também aspectos conceituais sobre a inclusão social e seu papel na promoção da saúde de pessoas deficientes.

O Guia foi enviado a alguns atores de serviços que atuam direta ou indiretamente com a questão da inclusão para que analisassem e fizessem sugestões. As sugestões feitas pelos pareceristas deste trabalho também serão incorporadas.

4. Revisão da Literatura: Resgatando alguns conceitos

4.1 Sobre Redes e Intersetorialidade

A questão da saúde de crianças e jovens deficientes implica questões educacionais e vice versa, por isso, as equipes de saúde e educação podem se transformar em importantes agentes modificadores das situações de segregação da criança ou adolescente com deficiências, quando trabalham na construção de redes que cuidam dos territórios, das instituições, das famílias e das pessoas com deficiência.

O conceito de rede advém do reconhecimento da complexidade dos problemas sociais, da poli causalidade e inter-relação presente na gênese desses problemas. Pressupõe relações que se dão de modo horizontal, interdependente e complementar para a resolução de situações ou problemas que colocam em risco as perspectivas de desenvolvimento da sociedade¹ e que para seu equacionamento implicam na mobilização de parcerias (educação – saúde - comunidade).

A idéia de hierarquia deve ser substituída pela de poliarquia². Todos devem ser considerados igualmente importantes para os objetivos do sistema.

1 INOJOSA, Rose Marie. "Redes de Compromisso Social" Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas - Revista de Administração Pública, 1999.

2 Conselho nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios/ Conselho nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2006.

O termo rede sugere a idéia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social.

Guará et al (1998) trazem uma classificação das redes, na qual estas podem ser observadas nos diversos níveis das relações sociais:

Tipos de Redes³:

Rede Social espontânea:

- Constituída pelo núcleo familiar, pela vizinhança, pela comunidade e pela Igreja. São consideradas as redes primárias, sustentadas em princípios como cooperação, afetividade e solidariedade.

Redes Sócio - Comunitária:

- Constituída por agentes filantrópicos, organizações comunitárias, associações de bairros, entre outros que objetivam oferecer serviços assistenciais, organizar comunidades e grupos sociais.

Rede Social Movimentalista:

- Constituída por movimentos sociais de luta pela garantia dos direitos sociais (creche, saúde, educação, habitação, terra, etc.). Caracteriza-se por defender a democracia e a participação popular.

Redes Setoriais Públicas:

- São aquelas que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.

3 **Fonte:** GUARÁ, ET AL Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: IEE/PUC - SP; Brasília: SAS/MPAS,1998.

Redes de Serviços Privados:

- Constituída por serviços especializados na área de educação, saúde, habitação, previdência, e outros que se destinam a atender aos que podem pagar por eles.

Bourguignon (2001), em um estudo sobre redes intersetoriais, contribui com a classificação acima acrescentando mais dois tipos de redes:

Redes Regionais:

- Constituídas pela articulação entre serviços em diversas áreas da política pública e entre municípios de uma mesma região.

Redes Intersetoriais:

- São aquelas que articulam o conjunto das organizações governamentais, não governamentais e informais, comunidades, profissionais, serviços, programas sociais, setor privado, bem como as redes setoriais, priorizando o atendimento integral às necessidades dos segmentos vulnerabilizados socialmente.

Bourguignon (2001), ainda coloca que a intersetorialidade deve ser um princípio que orienta as práticas de construção de redes.

Na prática, observa-se que saúde e educação têm suas limitações, mas quando existe um trabalho intersetorial a qualidade do serviço oferecido melhora substancialmente, pois as ações passam a ser articuladas e os atores buscam um objetivo comum. Como exemplo, pode-se citar o movimento nacional de valorização da pessoa com deficiência que tem sido pauta da agenda nacional nos últimos anos. Com a inclusão da questão da deficiência no Pacto pela Saúde as ações têm sido articuladas entre diversos Ministérios e Secretárias, ou seja, tanto em nível Nacional quanto Estadual e Municipal.

Segundo documento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS, 2006) as redes de atenção à saúde apresentam uma característica singular: elas devem ter um centro de comunicação que coordene os fluxos das pessoas e das coisas na rede e que é constituído pela atenção primária à saúde

(principal porta de entrada no SUS). As redes de atenção à saúde são entendidas como a organização horizontal dos serviços, com o centro de comunicação na atenção primária à saúde.

Não é legítima a consideração que a atenção primária à saúde, como atenção básica, é menos complexa que os níveis de média e alta complexidade; os procedimentos da atenção primária à saúde não são menos complexos que os considerados de média e alta complexidade. A visão que caracteriza a atenção primária à saúde como um programa de atenção seletiva, ou que deve favorecer determinadas camadas da sociedade deve ser substituída por uma concepção contemporânea de estruturação de redes horizontais de atenção à saúde.⁴

Dessa forma, as redes de atenção à saúde do SUS deverão conformar-se de modo que cada município seja auto-suficiente na atenção primária à saúde; cada microrregião seja auto-suficiente na atenção secundária à saúde (média complexidade); e cada macrorregião seja auto-suficiente na atenção terciária à saúde (alta complexidade)⁵.

No campo educacional, a idéia de rede social está associada ao desenvolvimento de uma educação comunitária, compulsória e universal e, por isso, as instituições de ensino têm encontrado dificuldades na implementação dessa proposta, a começar pelo diagnóstico das dificuldades de aprendizagem, passando pela pouca capacitação profissional para atender pedagógica e psicologicamente essa população. Assim, vários estudiosos têm apontado a necessidade de transformação da escola, cabendo a ela adaptar-se às características de todo aluno, o que segundo Barros (2007), leva, necessariamente, a uma ruptura por parte dos protagonistas com o “*status quo*” e com as posturas mais resignadas dentro do modelo tradicional de ensino. Levando em consideração essas contribuições, é notável que o momento atual exija mudança de enfoque, passando-se a considerar tanto um novo contexto escolar, como a exigência de novos posicionamentos, a fim de reconstruir as práticas educativas tradicionalmente oferecidas.

4 Conselho nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios/ Conselho nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2006.

5 Pacto pela Saúde, 2006. Portaria GM/MS nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006.

4.2 Políticas Públicas para a pessoa com deficiência

Ao analisar as transformações operadas na sociedade nos últimos anos, no âmbito da saúde e da deficiência, percebe-se que a noção de deficiência marcada por muito tempo como uma visão de limitação, dependência e incapacidade, ganhou nova conotação e novos sentidos no contexto atual.

Mesmo com limitações, podemos dizer que a área da saúde e a compreensão da deficiência tiveram grandes avanços, fruto de um longo processo histórico de lutas.

O século XIX, com o avanço da biologia, foi marcado pela classificação principalmente do que era “norma e anormal”; a sociedade da época era preocupada com normas e com um “controle social”. Os manicômios foram criados para tentar fazer com que os loucos se “normalizassem”. Essas instituições recebiam todo tipo de “excluídos”, desde alcoólicos até os indivíduos com distúrbios psíquicos severos, separando-os da sociedade dita “normal”. Com o passar do tempo foi se percebendo que exilar o sujeito do seio de sua família e da convivência com/em sociedade trazem prejuízos ao sujeito, maiores que os que a deficiência.

Com a Reforma Psiquiátrica o objetivo é desinstitucionalizar; o conceito de saúde por trás da Reforma está relacionado às condições de vida (sociais, afetivas, etc.), ou seja, não há possibilidades de um sujeito ser saudável se não estiver vinculado socialmente.

Algumas estratégias foram criadas para que o sujeito não fique recluso do seu convívio social. Com a aprovação da Lei Federal de Saúde Mental em abril de 2001, o processo de Reforma Psiquiátrica fica regulamentado no Brasil. Desde então os manicômios foram sendo gradualmente substituídos por uma rede de serviços de atenção psicossocial, de base comunitária, e tem se buscado instaurar uma nova significação da loucura na sociedade. Na verdade, não só a Reforma Psiquiátrica, mas todos os movimentos políticos importantes, seja no âmbito internacional ou nacional, trazem consigo o desejo de transformações sociais verdadeiras através da

resignificação de binômios como saúde/doença, inclusão/exclusão, normal/patológico, etc.

Assim como a Psiquiátrica, a Reforma Sanitária traz mudanças estruturais nas políticas de saúde. Nascida juntamente com a redemocratização do Brasil e a VIII Conferência Nacional de Saúde – primeira a ser aberta à população – ela foi um marco desse movimento.

Foi na VIII Conferência de Saúde que as primeiras idéias, de como deveria ser o sistema de saúde do país, foram reafirmadas, nascendo daí, os princípios e diretrizes do que viria se chamar de SUS.

Depois de garantido na Constituição Federal de 88, o SUS, demorou mais dois anos para ter suas leis complementares aprovadas. Com a criação do SUS o Estado passou a ter controle total da saúde. Até então o sistema era organizado pelo modelo médico-assistencial, beneficiava apenas o proletariado (quem tinha carteira assinada e pagava a Previdência Social).

O SUS garantiu princípios como:

- Universalidades da cobertura e do atendimento; todos, sem exceção, devem ser beneficiados por todas as ações de saúde.
- Equidade, ou seja, deve-se levar em consideração as diferenças existentes entre os grupos da população isto é, tratar desigualmente os desiguais.
- Integralidade, as ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para a prevenção e para a cura, a partir da compreensão de que o indivíduo é um todo.

Para que todos os princípios do SUS sejam colocados em prática em todas as ações, são necessárias mudanças profundas e complexas, até mesmo, porque, tal ação questiona muitos interesses ainda presentes na vida política brasileira.

A década de 90 foi marcada pela adoção de estratégias institucionais destinadas a garantir que os programas sociais atingissem os segmentos mais vulneráveis. Implantado pelo Ministério da Saúde (MS) em âmbito nacional a partir de 1995, o Programa Saúde da Família (PSF), se constitui em uma estratégia para a

reorientação e reorganização do modelo de atenção à saúde no Brasil (MS, 1998). Quanto ao desenho⁶ do PSF, tem-se que, em linhas gerais, cada equipe é formada por um médico generalista, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, devendo cobrir cerca de 4.500 habitantes e referenciar-se a uma unidade básica de saúde, que assegura o acesso do paciente na rede do SUS.

O PSF tem se colocado como uma estratégia que é produtora de acolhimento, pois é pelas ESF (Equipes de Saúde da Família) que os pacientes são recebidos, e é também através desta que se cria o vínculo do paciente com o serviço. Essa estratégia possibilita que o usuário tenha maior autonomia para cuidar da sua própria saúde, nesse sentido não só a rede básica, como também todo SUS estão diretamente ligados a busca e desenvolvimento da cidadania.

Com o auxílio das Ciências Sociais e afins, essa busca de cidadania na saúde e pela saúde tem ganhando corpo na medida em que novas políticas de seguridade têm avançando. Considera-se de suma importância a aproximação da saúde com as Ciências Sociais, pois traz a idéia do fortalecimento das políticas sociais, com destaque para a saúde e a assistência social. Duarte (1997) aponta que o olhar da Saúde pelos olhos das Ciências Sociais, coloca a

“(...) necessidade de reconhecimento do caráter social ou cultural ou simbolicamente integrado ou entranhado dos eventos de saúde ou doença”

E que essa relação converge ao se considerar que:

“se originam dos mesmos nódulos básicos, apesar de seus objetos Dinâmicos e campos diferentes, (...) como também se nutrem permanentemente dos mesmos processos estruturais”.

Na Constituição foram introduzidos direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, definindo o campo da assistência social.

6 (Ministério da Saúde), 1996. Norma Operacional Básica do SUS. NOB-1/SUS/96. Brasília: MS.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) foi a principal deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília (DF), em 2003, e se inscreve no esforço de viabilização de um projeto de desenvolvimento nacional, que pleiteia a universalização dos direitos à Seguridade Social e da proteção social pública com a composição da política pública de assistência social em nível nacional. É, uma forma de operacionalização da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que viabiliza o sistema descentralizado e participativo e a sua regulação em todo o território nacional.

Assim como no SUS, o SUAS foi implementado com uma lógica de organização de suas ações através de níveis de complexidade.

A Proteção Social Básica tem como objetivo prevenir situações de risco e o fortalecer os vínculos familiares e comunitários. Esse nível de proteção é destinado para a população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, etc.) e/ ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). O que configura a Proteção Social Básica nos municípios é a existência dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), que são unidades públicas estatais de base territorial, localizadas em áreas de maior vulnerabilidade social.

Já a Proteção Social Especial (PSE) é destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras situações de violação dos direitos. Os serviços de proteção social especial têm estreita interface com o sistema de garantia de direito, exigindo, muitas vezes, uma gestão mais complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, o Ministério Público e com outros órgãos e ações do Executivo. No caso da proteção social especial, há dois níveis de complexidade: média e alta complexidade.

São considerados serviços de média complexidade aqueles que oferecem atendimento às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. A proteção social de média complexidade é organizada nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), que são unidades públicas estatais.

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade são aqueles que garantem proteção integral – moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirado do convívio familiar e/ou comunitário.

Tanto o SUS quanto o SUAS têm enfrentado, desde a sua criação, desafios que se renovam a cada etapa de implantação, alguns desses desafios podem ser considerados como permanentes. Segundo (2002) durante o processo de descentralização do sistema, evidenciou especificidades sociais, políticas e administrativas das regiões brasileiras, confirmando a inviabilidade de se imporem normas gerais a um país tão vasto e diverso como o nosso.

Senna (2002) também coloca que para se superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, o caminho que hoje se coloca é a estruturação de uma rede solidária e regionalizada de ações e serviços que qualifiquem o processo de gestão.

Além das políticas e avanços já citados, abaixo estão relacionados os principais marcos políticos de inclusão da pessoa deficiente:

- **Principais avanços em âmbito internacional:**

1948: Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas (ONU)

1955: Recomendação 99 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), sobre Reabilitação Profissional e Emprego de Pessoas Deficientes;

1959: Declaração dos Direitos da Criança (especificamente o 5o princípio);

1971: Declaração de Direitos do Deficiente Mental (ONU);

1975: Declaração de Direitos das Pessoas Deficientes da ONU;

1976 - Assembléia Mundial de Saúde da OMS aprova o documento de prevenção de deficiência e reabilitação;

1981: Proclamação do Ano Internacional das Pessoas Deficientes em assembléia Geral da ONU. Neste ano a Organização Internacional do trabalho (OIT) lança documento que pleiteia o reconhecimento de iniciativas locais, o apoio e a participação comunitária na atenção ao deficiente ressaltando a descentralização dos serviços e a atenção especial às zonas rurais e às populações mais pobres e poucas assistidas das cidades;

1977: Declaração de Direitos das Pessoas Surdo-Cegas, Conferência Mundial Hellen Keller;

1978: Conferência Internacional sobre a atenção primária - Conferência de Alma Ata-organizada pela OMS e pelo UNICEF inclui a reabilitação como uma das estratégias para alcançar a Saúde para Todos. em 2000, ratificando a reabilitação como uma das medidas de saúde aplicáveis a uma comunidade, ao lado da promoção, prevenção e tratamento;

1979: UNESCO declara apoio à integração de crianças e adolescentes deficientes em escolas da rede regular;

1979: Um 1º documento sobre reabilitação na comunidade é preparado pela OMS, UNECEF, ONU, OIT, UNESCO;

1982: Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com Deficiência, Resolução 37/52 da ONU;

1987: Declaração sobre Equiparação de Oportunidades, Disablet Peoples International;

1993: Idéias Práticas em Apoio ao Dia Internacional das Pessoas com Deficiência, Disability Awareness in Action; ONU;

1994: Declaração de Salamanca e Parâmetros de Ação na Educação para Necessidades Especiais, UNESCO, Conferência Mundial sobre Educação para Necessidades Especiais;

2005: WHA Resolução da Organização Mundial de Saúde, 25/5/2005, sobre a deficiência, incluindo a prevenção, a gestão e a reabilitação;

2006: Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), (reconhece e garante os direitos das pessoas com deficiência, proíbe a discriminação em todos os aspectos da vida, como educação, saúde, acesso à justiça e ao transporte).

- **Principais avanços em âmbito nacional**

1971: Lei no. 5692/71 fixou as diretrizes para o ensino de 1º e 2º grau, no artigo nove aponta o tratamento especializado aos alunos que apresentam deficiências físicas ou mentais (...) de acordo com as normas fixadas pelos conselhos de educação.

1977: Lei nº 6.494 Dispõe sobre os estágios de estudantes de estabelecimentos de ensino superior e de ensino profissionalizante do 2º Grau, supletivo e escolas de educação especial. Modificada pela Lei 8.859/97.

1988: A Constituição Federal, nos artigos 208 e 227, trata do atendimento educacional especializado e das metas a serem cumpridas em relação à integração social do adolescente portador de deficiência, mediante a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos. No artigo 227 - responsabiliza família, sociedade e Estado. à assistência integral às pessoas portadoras de deficiência, a alínea II do § 1º do mesmo artigo, o texto constitucional coloca como dever do Estado “a criação de programas de prevenção e atendimento especializado para os portadores de

deficiência física, sensorial e mental, bem como de integração social do adolescente portador de deficiência.

1987: Governo Federal cria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - CORDE.

1989: Lei nº. 7.853 dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, transferindo para Estados e Municípios a responsabilidade pela adoção e efetiva execução de normas referentes às pessoas com deficiência. Recria a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE.

1990: Lei nº 8.069 Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, que assegura ao adolescente com deficiência o trabalho protegido, garantindo seu treinamento e colocação no mercado de trabalho e também o incentivo à criação de oficinas abrigadas.

1999: Lei nº. 8.069/90 instituiu o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)- resultante da Convenção sobre os Direitos da Criança e das recomendações da Cúpula Mundial da Infância; garante o atendimento médico, educacional e proteção à criança e ao adolescente em geral, e aos indivíduos portadores de necessidades especiais;

1992: Governo Federal lança “Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência” e no ano seguinte (1993) apresenta o Decreto 914, “institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”.

1993: Lei nº 8.642 Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente - PRONAICA e dá outras providências.

1993: Lei nº 8.742 - LOAS Dispõe sobre a Organização da Assistência Social, e dá outras providências. No art. 20 prevê o benefício da prestação continuada, garantindo à pessoa com deficiência, carente e incapacitado para a vida independente e para o trabalho, um salário mínimo mensal. Decreto nº 1.744/95 regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa com deficiência e ao idoso.

1996: Promulgada Lei 9.394, de Diretrizes e Bases da Educação (LDB)

2001 Resolução nº. 2 do Conselho Nacional de Educação / Câmara de Educação Básica (CNE / CEB), institui as Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades e que passou a ser obrigatória em janeiro de 2002.

1999: Lei nº 9.86 Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos, nelas incluídas aquelas formadas por pessoas com deficiência, dependentes químicos, egressos do sistema prisional, condenados apenas alternativas à detenção e adolescentes em idade adequada ao trabalho, que se encontrem em difícil situação econômica.

2001: Lei nº 10.172 Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências.

2002: Lei nº. 10.436 dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais – Libras 2007, criado o Programa Incluir: Acessibilidade na Educação Superior, que foi uma iniciativa da Secretaria de Educação Especial e da Secretaria de Educação Superior, tem como objetivos: promover ações que garantam o acesso pleno de pessoas com deficiência às Instituições Federais de Educação Superior; apoiar propostas desenvolvidas nas IFES para superar situações de discriminação contra os estudantes com deficiência; fomentar a criação e/ou consolidação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de ensino superior; implementar a política de inclusão das pessoas com deficiência na educação superior; e promover a eliminação de barreiras atitudinais, pedagógicas, arquitetônicas e de comunicações.

2004: Lei nº 10.845 Institui o Programa de Complementação ao Atendimento Educacional Especializado às Pessoas Portadoras de Deficiência, e dá outras providências.

2008: Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 154, instituindo os NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), que tem por objetivo ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, dando apoio a estratégia da Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização.

- **Principais avanços em âmbito Estadual e Municipal**

1973: Deliberação do CEE no. 13/73 fixa normas gerais à educação de excepcionais (artigo 9º. da Lei Federal no. 5692/71).

1976: Decreto no. 7510/76 artigos 86 e 92. O estado de São Paulo reorganiza a Secretaria de Estado da Educação e estabelece as atribuições do serviço de educação especial.

1992: Lei nº 11.326 Dispõe sobre o atendimento aos alunos com necessidades especiais. Regulamentada pelo Decreto 33.793/93.

1994: Lei nº 8.894 Dispõe sobre o financiamento de equipamentos corretivos a pessoas com deficiência.

1996: Lei nº 11.987 Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação nos parques do Município de São Paulo de, pelo menos, um brinquedo destinado para crianças com deficiência mental ou deficiência física, e dá outras providências.

1997: Lei nº 9.167 Cria o Programa Estadual de Educação Especial

1998: Lei nº 10.099 Cria o programa de lazer e esporte para as pessoas com deficiência física, sensorial ou mental.

1998: Lei nº 12.556 Institui o Programa de Saúde Auditiva para crianças no Município de São Paulo, e dá outras providências. Regulamentada pelo Decreto 42.214/02.

2000: Resolução - 95, de 21 de novembro de 2000 dispõe sobre o atendimento de alunos com necessidades educacionais especiais nas escolas da rede estadual de ensino e dá providências correlatas.

2003: Decreto nº 48.060, de 1º de setembro de 2003 Autoriza a Secretaria da Educação a, representando o Estado, celebrar convênios com instituições sem fins lucrativos, com atuação em educação especial, para promover o atendimento de educandos com deficiência e dá providências correlatas.

2004: Decreto Nº 45.415 estabeleceu diretrizes para a Política de Atendimento a Crianças, Adolescentes, Jovens e Adultos com Necessidades Educacionais Especiais no Sistema Municipal de Ensino assegurando não só a matrícula dos alunos no Sistema Municipal de Ensino, mas considerando serviços de Educação Especial, aqueles prestados em conjunto, ou não, pelo Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão - CEFAI, pelo Professor de Apoio e Acompanhamento à Inclusão - PAAI, pela Sala de Apoio e Acompanhamento à Inclusão - SAAI, ora criados, e pelas 6 (seis) Escolas Municipais de Educação Especial já existentes. O decreto assinala que as crianças, adolescentes, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais, regularmente matriculados, serão encaminhadas, durante o processo educacional, aos serviços de Educação Especial quando, após avaliação educacional do processo ensino-aprendizagem, ficar constatada tal necessidade.

Portaria nº 5.718 SMSP-define que “os serviços de Educação Especial, inspirados na Política de Atendimento a Crianças, Adolescentes, Jovens e Adultos com Necessidades Educacionais Especiais, instituída pelo Decreto nº 45.415, de 18/10/04, serão oferecidos na Rede Municipal de Ensino de acordo com as normas e critérios estabelecidos nesta Portaria, e através:

- 1– do Centro de Formação e Acompanhamento à Inclusão – CEFAI
- 2– da atuação dos Professores de Apoio e Acompanhamento à Inclusão – PAAI
- 3– das Salas de Apoio e Acompanhamento à Inclusão – SAAI
- 4– das Escolas Municipais de Educação Especial – EMEE
- 5 – das Entidades Conveniadas’

Portaria intersecretarial no. 22 ° SMSP assinada pelas seguintes secretarias: Secretária Municipal de Educação, a Secretária Municipal de Assistência Social, a Secretaria das Subprefeituras e o Secretário Municipal de Saúde. Institui Grupo interministerial voltado às ações de inclusão.

2006: Lei nº 12.295 Dispõe sobre a impressão na linguagem Braille dos livros, apostilas e outros materiais pedagógicos.

2008: Decreto nº 52.841, de 27 de março de 2008 - Organiza a Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

2008: DECRETO Nº 53.036, DE 28 DE MAIO DE 2008 - Dispõe sobre o apoio administrativo e operacional às Secretarias de Relações Institucionais, de Comunicação e dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Observando os marcos políticos acima, podemos ter uma visão histórica sobre a noção de deficiência. Nota-se que transformações foram operadas na sociedade nos últimos anos. Por muito tempo a noção de deficiência foi marcada pela limitação, dependência e incapacidade.

Alguns modelos clínicos nos apontam tal concepção, como o modelo “ortopédico” ⁷ que tem como base conceitual a deficiência enquanto anomalia ou disfunção orgânica, em que a deficiência é localizada no indivíduo como organismo biológico; e o modelo “ecológico ou fisiátrico” ⁸ que tem como base conceitual a deficiência enquanto incapacidade de realizar determinadas ações, a deficiência é localizada na relação do indivíduo com o meio físico. Pautada em tais concepções os atendimentos a pessoa deficiente eram setoriais, por especialidades. Nesse modelo as instituições são formadas por tipos de deficiência e a hierarquia na equipe se dá segundo as especialidades. Testes, baterias de avaliação, anamneses, exercícios e treinamentos eram os instrumentos desse modelo, que buscava como resultado da “reabilitação” corrigir as deficiências e preparar para a integração social.

Principalmente com os movimentos sociais, que produzem de fato mudanças estruturais significativas, e com todo avanço da questão da deficiência nas políticas públicas, a deficiência tem sido encarada como condição social e tem como base conceitual a deficiência enquanto conjunto de desvantagens sociais oriunda da condição especial do indivíduo. Em oposição aos modelos citados acima, os atendimentos buscam um enfoque holístico; a avaliação é globalizada e as ações a serem tomadas são decididas em equipe. Os resultados esperados vão desde uma percepção crítica sobre a condição social das pessoas com deficiência, até o desenvolvimento pessoal e social possível e desejado para aquele momento. Nos

7 Conceito de deficiência da Organização Panamericana de Saúde.

serviços valorizam-se equipes transdisciplinares e hierarquia horizontalizada. Os usuários passam a ser convocados a participar e tem seus conhecimentos prévios valorizados.

Hoje podemos contemplar diferentes equipamentos que foram criados para dar apoio e garantir os direitos da pessoa deficiente. Diversas Secretarias do Município de São Paulo, por exemplo, vêm trabalhando com esse intuito, buscando ampliar cada vez mais a inclusão social dessa população em todos os níveis (educação, saúde, lazer, cultura, etc.), garantindo também a acessibilidade. Alguns materiais já foram desenvolvidos como o “Guia de Serviços da cidade de São Paulo” (Gabrilli, 2008), que traz informações sobre os serviços que a Prefeitura presta às pessoas com deficiência e mobilidade reduzida; já o manual “O que as Empresas podem fazer pela Inclusão das Pessoas com Deficiência” (Instituto ETHOS 2008), traz além das informações sobre os serviços das diversas áreas para atendimento da pessoa com deficiência, contribuições a respeito das garantias legais de acesso ao trabalho e responsabilidade empresarial para garantir também esse acesso.

Quando se trata dos avanços das Políticas educacionais e intersetoriais, a educação inclusiva tem se mostrado em todas as etapas educacionais como uma política que tem avançado no Ministério da Educação e traz, em seu conjunto, uma transformação da educação como um todo.

O direito à educação não significa somente acesso a ela, como também, que essa seja de qualidade e garanta que os alunos aprendam. Em outras palavras garantir o direito de matrícula numa escola regular não significa necessariamente acesso a serviço educacional de qualidade. A perspectiva de escola para todos para produzir inclusão social e escolar efetiva depende da articulação de setores e de políticas (educação, saúde, trabalho, transporte etc), do envolvimento da comunidade, do desenvolvimento de práticas de atenção integral à saúde e educação, centradas nas necessidades e potencialidades dessa população.

Segundo documento⁹ da secretaria de Educação Especial, a educação inclusiva considera a diversidade como uma oportunidade para enriquecer os processos de aprendizagem, contribuindo assim para a melhora da qualidade da educação.

4.3 Educação Inclusiva X Educação especial

A década de 80 foi marcada pelos movimentos sociais de reivindicação e luta pela democratização do ensino, acesso à escola gratuita e inserção das minorias marginalizadas e excluídas do sistema educacional. Segundo Bruno (2008), nessa expansão, de um lado criou-se serviços especializados em escolas públicas e, de outro, aumentou-se a implantação de Instituições e Escolas Especializadas em todos os Estados. O foco das políticas públicas deixa então de ser a formação acadêmica ou licenciatura e passa a enfatizar a capacitação em serviços de professores para atender à demanda de expansão da Educação Especial.

Transfere-se, dessa forma, a responsabilidade pela educação de pessoas com deficiências às instituições especializadas de caráter filantrópico e segregado, que passaram a ocupar e cumprir, naquele momento histórico, o papel do Estado quanto à oferta de educação gratuita às pessoas com deficiência.

Essas instituições especializadas em atividades pedagógicas e/ou reabilitação, desenvolviam atividades sistemáticas com a finalidade de desenvolver o aprendizado e padrões comportamentais e de condutas adequados às normas e valores da sociedade. Com uma intervenção estruturada no saber especializado (fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia) de técnicas voltadas para o diagnóstico e reabilitação/ habilitação focadas como forma de minimizar os efeitos da deficiência. Esse modelo de assistência propõe atuação deslocada dos

9 Ensaio pedagógicos - construindo escolas inclusivas: 1. ed. Brasília: MEC, SEESP, 2005.

aspectos psíquicos, sociais, culturais e econômicos que permeiam o cotidiano da pessoa com deficiência.

A tentativa de Integração Escolar por meio da criação de classes especiais com o objetivo de preparar o aluno para ingressar nas classes normais não encontrou estrutura e esse projeto se extinguiu, deixando em seu rastro um quadro bastante complexo de patologização e práticas de ensino pautadas na medicalização. Na Constituição de 1988, foram aprovados vários dispositivos referentes aos direitos das pessoas com deficiência, tanto na educação como em outras áreas. Destaca-se no campo da Educação o Inciso III, do Artigo 208, que define como dever do Estado:

“o atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino”.

Tem início um processo de intenso questionamento dos resultados da educação especial realizada em instituições especializadas isoladas.

Muitas críticas foram feitas às escolas especiais que ao enfatizar o déficit do aluno, construíam um currículo empobrecido, desvinculado da realidade afetivo-social do aluno e da sua idade cronológica.

A partir da Declaração de Salamanca uma das implicações educacionais orientadas refere-se à inclusão na educação. Segundo o documento:

“o princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças deveriam aprender juntas, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que possam ter. As escolas inclusivas devem reconhecer e responder às diversas necessidades de seus alunos, acomodando tanto estilos como ritmos diferentes de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos através de currículo apropriado, modificações organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parcerias com a comunidade (...) Dentro das escolas inclusivas, as crianças com necessidades educacionais especiais deveriam receber qualquer apoio extra que possam precisar, para que se lhes assegure uma educação efetiva (...)”.

Em continuidade ao amparo legal a inclusão sócio-educacional, a Declaração de Salamanca reafirma o compromisso com a Educação para todos, reconhecendo a urgência da educação para crianças, jovens e adultos com necessidades especiais dentro do sistema regular de ensino, num equilíbrio de amparo psicológico e conteúdo acadêmico.

A Declaração Mundial sobre Educação para Todos: “Satisfação das Necessidades Básicas de Aprendizagem”, 1990, em Jontien, mostra que a universalização do acesso à educação, traria conseqüentemente, a inclusão social de forma natural e progressiva. O Artigo III, parágrafo 5 destaca:

“As necessidades básicas de aprendizagem das pessoas portadoras de deficiências requerem atenção especial. É preciso tomar medidas que garantam a igualdade de acesso à educação aos portadores de todo e qualquer tipo de deficiência, como parte integrante do sistema educativo.”

A partir da Declaração de Salamanca (UNESCO, 1994) sobre as diretrizes da “Educação Para Todos”, as discussões acerca da Escola Inclusiva no Brasil ganharam força.

O modelo brasileiro da política inclusiva sócio-educacional atual foi criado em 2001, com base nas políticas internacionais. Há diversas necessidades apontadas pelo parecer da Resolução 02/2001 CNE como fundamentais para a eficácia da efetivação dos direitos dos portadores de necessidades especiais, asseguradas por lei. Dentre elas se destacam:

- As políticas educacionais deverão levar em conta as diferenças individuais e as diversas situações. Deve ser levada em consideração, por exemplo, a importância da língua de sinais como meio de comunicação para surdos, e ser assegurado a todo o surdo acesso ao ensino da língua de sinais de seu país. Face às necessidades específicas de comunicação de surdos e de surdo-cegos, seria mais conveniente que a educação lhes fosse ministrada

em escolas especiais ou em classes ou unidades especiais nas escolas comuns.

- A escolarização de crianças em escolas especiais – ou classes especiais na escola regular – deveria ser uma exceção, só recomendável naqueles casos, pouco freqüentes, nos quais se demonstre que a educação nas classes comuns não pode satisfazer às necessidades educativas ou sociais da criança, ou quando necessário para o bem-estar da criança, nos casos excepcionais, em que seja necessário escolarizar crianças em escolas especiais, não é necessário que sua educação seja completamente isolada.
- A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais, em classes comuns, exige que a escola regular se organize de forma a oferecer possibilidades objetivas de aprendizagem, a todos os alunos, especialmente àqueles portadores de deficiências.

Em São Paulo a Coordenadoria de Educação das Subprefeituras criou o CEFAI que é coordenado por um Profissional da Diretoria de Orientação Técnico-Pedagógica ou um Supervisor Escolar da respectiva Coordenadoria de Educação. Sua equipe conta com a cooperação das demais Coordenadorias da Subprefeitura e Secretarias Municipais, e de profissionais da Saúde, Ação Social, Esportes, Lazer e Recreação sempre que justificada sua necessidade.

São atribuições do CEFAI:

- I – manter estrutura adequada e disponibilizar recursos materiais às Unidades Educacionais que assegurem o desenvolvimento de ações voltadas ao serviço de apoio e acompanhamento pedagógico itinerante e o suporte do processo inclusivo no âmbito das Unidades Educacionais da Rede Municipal de Ensino;
- II – organizar, coordenar, acompanhar e avaliar as ações formativas nas Unidades Educacionais da Rede Municipal de Ensino;
- III – acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido nas instituições de Educação Especial conveniadas à Secretaria Municipal de Educação;
- IV – promover o levantamento das necessidades da região por meio de mapeamento da população que necessita de apoio especializado, otimizando o

uso dos serviços públicos municipais existentes, visando ampliar e fortalecer a Rede de Proteção Social no âmbito de cada Subprefeitura;

V – implementar as diretrizes relativas às políticas de inclusão, articular as ações intersetoriais e intersecretariais e estabelecer ações integradas em parceria com Universidades, ONG, Conselho Municipal da Pessoa Deficiente – CMPD e outras instituições;

VI – desenvolver estudos, pesquisas e tecnologias em Educação Especial e divulgar produções acadêmicas e projetos relevantes desenvolvidos pelos educadores da Rede Municipal de Ensino;

VII – desenvolver Projetos Educacionais vinculados ao atendimento das necessidades educacionais especiais de crianças, adolescentes, jovens e adultos e suas famílias a partir de estudos relativos à demanda;

VIII – dinamizar as ações do Projeto Político Pedagógico das Unidades Educacionais relativas à Educação Especial, objetivando a construção de uma educação inclusiva;

IX – promover ações de sensibilização e orientação à comunidade, viabilizando a organização coletiva dos pais na conquista de parceiros;

X – discutir e organizar as ações de assessorias e/ou parcerias de forma a garantir os princípios e diretrizes da política educacional da SME;

XI – realizar ações de formação permanente aos profissionais das Unidades Educacionais por meio de oficinas, reuniões, palestras, cursos e outros;

XII – sistematizar, documentar as práticas e contribuir na elaboração de políticas de inclusão;

XIII – elaborar, ao final de cada ano, relatório circunstanciado de suas ações, divulgando-o e mantendo os registros e arquivos atualizados.

A existência de um modelo assistencial que se propõe contribuir para o desmonte dos mecanismos de exclusão social e por outro lado o trabalho do CEFAI (Centro de Formação e Acompanhamento à inclusão) foi criado pela Prefeitura Municipal da cidade de São Paulo, com o objetivo de melhorar as condições sociais das pessoas com deficiência.

4.4 Diferença e diversidade

A questão da exclusão sempre esteve presente nas relações humanas, e quase constantemente relacionada à diferença. Desde a antiguidade, as diferenças, sejam elas individuais ou coletivas, já eram colocadas como um fator determinante do modo de vida do sujeito. Segundo Silva (1987) apud ALCOBA (2008) na Grécia Antiga as crianças nasciam como propriedade do Estado. Os recém-nascidos de Esparta eram examinados por um conselho de anciãos, que condenava ao extermínio todas as crianças que apresentassem deficiência ou não fossem suficientemente robustas, pois não serviriam para a vida militar, único objetivo da existência de um espartano.

Segundo Sposati (1998) a exclusão detém elementos éticos e culturais, por isso a exclusão social se refere também à discriminação e a estigmatização; ela alcança valores culturais e inclui até mesmo o abandono, a perda de vínculos e o esgarçamento das relações de convívio.

Os processos de exclusão remetem tanto a processos macrosociais quanto à agregação de condutas individuais. Segundo Dubet (2001) a exclusão não é somente um fenômeno sistêmico “objetivo”, mas também uma experiência subjetiva.

Goffman (1988), diz que quando se fala em minorias sociais, está-se referindo a um conceito relacionado a segmentos populacionais que, por suas diferenças corporais, inserção histórica, noções de bem-viver, representação social e tratamento desigual pela organização da sociedade sofrem opressão que resulta em exclusão e vulnerabilidade social.

Santos (2003) afirma que:

“As pessoas com deficiência enfrentam duplamente os efeitos dessa vulnerabilidade social. Primeiro por não serem reconhecidas socialmente como sujeitos produtivos e pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho. E segundo, pela dificuldade e mesmo impossibilidade de garantirem sua autonomia econômica, social e simbólica por causa das lesões, o que resulta em exclusão e isolamento ao não fazerem parte da sociedade produtiva por meio dos processos de sociabilidade promovidos pelo mundo do trabalho”.

Com base nas políticas internacionais de inclusão social, o Brasil em 2001, criou o seu modelo de política inclusiva sócio-educacional. No parecer da Resolução 02/2001 CNE está especificado as diversidades necessárias para a realização com eficácia dos direitos assegurados por lei. Considero os seguintes itens mais relevantes:

- “As políticas educacionais deverão levar em conta as diferenças individuais e as diversas situações. Deve ser levada em consideração, por exemplo, a importância da língua de sinais como meio de comunicação para surdos, e ser assegurado a todos os surdos acesso ao ensino da língua de sinais de seu país. Face às necessidades específicas de comunicação de surdos e de surdos-cegos, seria mais conveniente que a educação lhes fosse ministrada em escolas especiais ou em classes ou unidades especiais nas escolas comuns.”;

- “... A escolarização de crianças em escolas especiais – ou classes especiais na escola regular – deveria ser uma exceção, só recomendável naqueles casos, pouco freqüentes, nos quais se demonstre que a educação nas classes comuns não pode satisfazer às necessidades educativas ou sociais da criança, ou quando necessário para o bem-estar da criança...” “... nos casos excepcionais, em que seja necessário escolarizar crianças em escolas especiais, não é necessário que sua educação seja completamente isolada”.

- “A inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais, em classes comuns, exige que a escola regular se organize de forma a oferecer possibilidades objetivas de aprendizagem a todos os alunos, especialmente àqueles portadores de deficiências”.

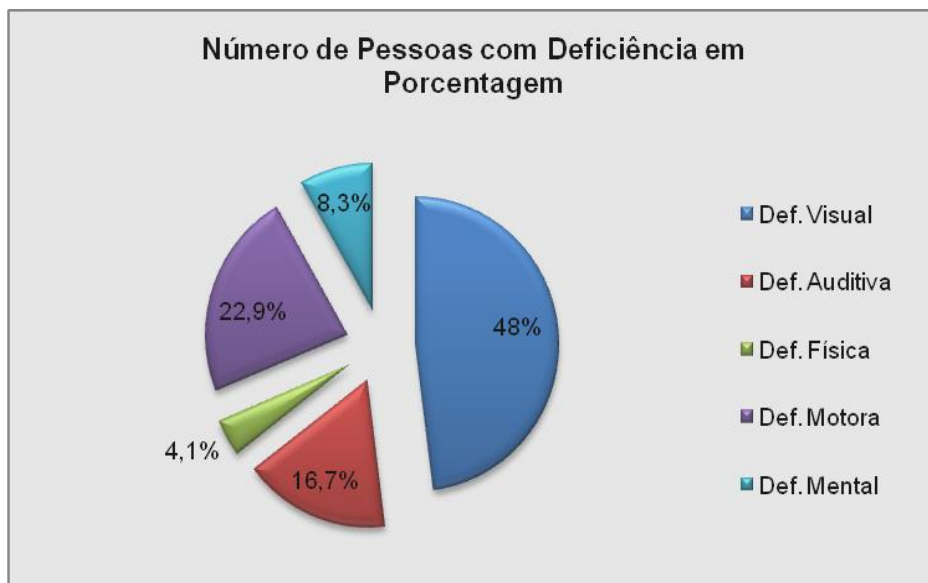
A Resolução de 2001 difere do projeto inclusivo de 1970, onde o que ocorria era uma integração; e em 2001 tem-se a inclusão propriamente dita. A inclusão não pode ser entendida como uma nova metodologia, mas sim num sentido político, mais amplo, como um paradigma educacional, um conjunto de princípios que vem progressivamente sendo defendido em documentos oficiais nacionais e internacionais e experiências pedagógicas, como forma de alcance de relações mais igualitárias nas sociedades e como forma de combate a práticas excludentes.

“Inclusão não é proposta de um estado ao qual se quer chegar. Também não se resume na simples inserção de pessoas deficientes no mundo do qual têm sido geralmente privados. Inclusão é um processo que reitera princípios democráticos de participação social plena. Nesse sentido, a inclusão não se resume a uma ou algumas áreas da vida humana, como, por exemplo, saúde, lazer ou educação. Ela é uma luta, um movimento que tem por essência estar presente em todas as áreas da vida humana, inclusive a educacional. Inclusão refere-se, portanto, a todos os esforços no sentido da garantia da participação máxima de qualquer cidadão em qualquer área da sociedade em que viva, à qual ele tem direito, e sobre a qual ele tem deveres (Santos, M.P, 2003).

4.5 Dados da população Deficiente

No Brasil, os dados do Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), indicaram um percentual de 14,5% da população total, o que equivale a 24,6 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. Desse total, 16,7% são pessoas com deficiência auditiva, 48,0% são pessoas com deficiência visual, 22,9% são pessoas com deficiência motora, 4,1% são pessoas com deficiência física e 8,3% são pessoas com deficiência mental.

Figura 1: Porcentagem da População com Deficiência no Brasil.



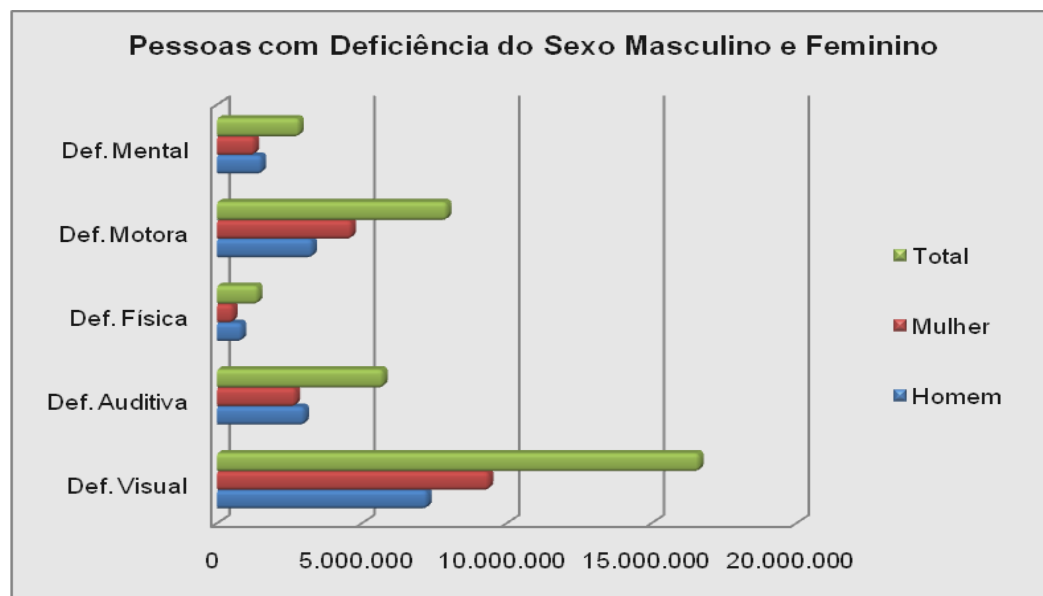
Fonte: Censo/IBGE/2000

Segundo o IBGE o aumento de aproximadamente 2% do número de pessoas com deficiência em relação ao Censo anterior, ocorre em função da melhora dos instrumentos de coleta de informações que seguem as últimas recomendações da OMS.

Separando a população por faixa etária, as pessoas com deficiência com mais de 60 anos representa 29,34% e entre a população de 0 a 24 anos o percentual é de 18,43%. Verifica-se assim que o acúmulo dos anos de vida relaciona-se com a presença de deficiência em geral.

Comparando por gênero, as mulheres são a maioria entre as pessoas com deficiência: 15,28%, contra 13,66% da população masculina.

Figura 2: Pessoas com deficiência do sexo feminino e masculino.



Fonte: Censo/IBGE/2000

Segundo o IBGE essa maior incidência feminina entre as pessoas com deficiência pode estar relacionada ao fato das mulheres também apresentarem uma maior expectativa de vida.

4.6 Dados do Estado e Município de São Paulo.

Tabela 1: Caracterização Demográfica – Município de São Paulo

Território e População	Município	Reg. Gov.	Estado
Área (Em km2)	1.522,99	7.943,82	248.209,43
População	10.998.813	19.917.608	41.633.802
Densidade Demográfica (Habitantes/km2)	7.221,86	2.507,31	167,74
Grau de Urbanização (Em %)	91,50	94,58	93,76

Índice de Envelhecimento (Em %)	47,90	41,01	46,65
População com Menos de 15 Anos (Em %)	24,06	24,53	23,17
População com 60 Anos e Mais (Em %)	11,53	10,06	10,81
Razão de Sexos	91,32	93,35	95,65

Fonte: SEADE/ 2009

Os dados construídos pelo SEADE mostram que a população da cidade de São corresponde a aproximadamente um quarto da população do estado. A cidade apresenta um alto índice de urbanização e de envelhecimento populacional.

Tabela 2: Estatísticas vitais de saúde – Município de São Paulo.

Estatísticas Vitais e Saúde	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Natalidade (Por mil habitantes)	2007	15,77	15,76	14,65
Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	2007	55,75	54,86	51,55
Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	2008	11,99	12,49	12,56
Taxa de Mortalidade na Infância (Por mil nascidos vivos)	2007	14,54	14,99	15,20
Taxa de Mortalidade da População entre 15 e 34 Anos (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2007	128,68	132,17	127,50

Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil habitantes nessa faixa etária)	2007	3.589,83	3.639,46	3.750,80
Mães Adolescentes (com menos de 18 anos) (Em %)	2007	6,23	6,52	7,31
Mães que Tiveram Sete e Mais Consultas de Pré-natal (Em %)	2007	73,25	73,19	75,73
Partos Cesáreos (Em %)	2007	51,36	51,40	55,36
Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) (Em %)	2007	9,41	9,40	9,09
Gestações Pré-termo (Em %)	2007	8,60	8,48	8,25

Fonte: SEADE/ 2009

Tabela 3: Condições de vida. – Município de São Paulo.

Condições de Vida	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Riqueza	2004	60	58	52
	2006	64	61	55
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Longevidade	2004	71	70	70
	2006	74	73	72
Índice Paulista de Responsabilidade Social - IPRS - Dimensão Escolaridade	2004	57	54	54
	2006	69	66	65
Índice Paulista de Responsabilidade	2004	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos		

Social - IPRS	2006	Grupo 1 - Municípios com nível elevado de riqueza e bons níveis nos indicadores sociais		
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal - IDHM	2000	0,841	...	0,814
Renda per Capita (Em salários mínimos)	2000	4,03	3,36	2,92
Domicílios com Renda per Capita até 1/4 do Salário Mínimo (Em %)	2000	5,02	5,8	5,16
Domicílios com Renda per Capita até 1/2 do Salário Mínimo (Em %)	2000	9,48	11,2	11,19

Fonte: SEADE/ 2009

Tabela 4: dados da Educação. – Município de São Paulo.

Educação	Ano	Município	Reg. Gov.	Estado
Taxa de Analfabetismo da População de 15 Anos e Mais (Em %)	2000	4,89	5,57	6,64
Média de Anos de Estudos da População de 15 a 64 Anos	2000	8,37	7,96	7,64
População de 25 Anos e Mais com Menos de 8 Anos de Estudo (Em %)	2000	46,62	50,85	55,55
População de 18 a 24 Anos com Ensino Médio Completo (Em %)	2000	45,83	43,27	41,88

Fonte: SEADE/ 2009

Os dados mostram uma cidade com grandes desigualdades em termos socioterritoriais, com indicadores de desenvolvimento humano distintos em seus 96 distritos. Precisa implementar ações urgentes capazes de incorporar áreas periféricas da cidade aos padrões universais da urbanidade. Para reduzir as desigualdades precisa transformar áreas de exclusão em áreas de cidadania, e para tanto precisa de intervenções estruturais e a articulação de diversas ações setoriais. Seu foco deve se voltar para áreas de maior vulnerabilidade, buscando potencializar ações sociais e humanizar toda a cidade.

5. Sobre a Freguesia do Ó/ Brasilândia

A Freguesia do Ó é um dos bairros mais antigos de São Paulo, o bairro ainda guarda várias características do século passado como árvores centenárias, construções antigas e o Largo da Matriz; localizada em uma das colinas da Freguesia, tem uma igreja famosa Igreja de Nossa Senhora do Ó. Brasilândia é um território que com a Freguesia do Ó teve início com vários loteamentos, sítios e chácaras das primeiras décadas do século passado onde era cultivada a cana-de-açúcar e era fabricada a Caninha do Ó, conhecida aguardente da época. Com o desenvolvimento do país, do estado e da cidade, Brasilândia também sofreu modificações. Na década de 30, alguns sítios e chácaras de cana de açúcar foram se transformando em núcleos residenciais, na zona norte da cidade de São Paulo. O crescimento de sua ocupação veio a formar o bairro denominado Brasilândia. O bairro também recebeu um grande fluxo de migrantes do nordeste do país, que fugiam da seca em seus estados nas décadas de 50 e 60, além de famílias vindas do interior do estado, em busca de oportunidades de trabalho.

Embora não fossem dotados de qualquer infra-estrutura, os terrenos eram adquiridos com grandes facilidades de pagamento, inclusive com a doação de tijolos para estimular a construção das casas. Outro elemento incentivador da ocupação do bairro foi a instalação da empresa Vega-Sopave que, ao instalar sua sede na

Brasilândia, oferecia moradia a seus empregados, o que trouxe um considerável número de famílias para a região.

5.1 Supervisão Técnica de Saúde

Na região Norte da cidade de São Paulo vivem aproximadamente 20% da população do município. Com grande extensão geográfica, possui áreas de maior concentração populacional como os Distritos Administrativos de Anhanguera em Perus e Brasilândia na Freguesia do Ó/Brasilândia.

Segundo estudo realizado pela secretaria Estadual da Saúde em outubro de 2006, sobre as características e expectativas dos trabalhadores em Atenção Básica em Saúde e PSF da Zona Norte de São Paulo, o Distrito que apresenta o mais alto grau de exclusão social na Região Norte é o da Brasilândia, e as taxas mais altas de população em situação de alta vulnerabilidade social ocorrem na Sub-Prefeitura da Freguesia do Ó.

Tabela 5: Percentual da população em alta vulnerabilidade. Subprefeitura da freguesia do Ó.

Sub-prefeitura	População	Distrito	Ranking/ Exclusão	% pop. alta vulnerabilidade
Freguesia do Ó	392247	Brasilândia	1º	40,6
		Freguesia do Ó	4º	

Fonte: Adaptado de: CEALAG/SMAS/SP – 3º Revisão do BPC. Município de São Paulo. 2004

A coordenadoria Regional de Saúde Norte é composta pelas Supervisões Técnicas de Saúde:

- Casa Verde/ Cachoeirinha
- Freguesia do Ó/ Brasilândia
- Pirituba/ Perus
- Santana/ Jaçanã
- Vila Maria/ Vila Guilherme

Tabela 6: Indicadores dos Serviços de Saúde.

Indicador	Norte	São Paulo
Nº de Hospitais Municipais	3	1.530
Nº de Hospitais Públicos SUS (inclui municipais)	8	434000
Nº de Hospitais que atendem SUS (inclui públicos)	13	670.780
Nº de PSM+PA	4	0,88
Nº de Leitos SUS	2656	6.801,1
Nº de UBS	79	52,34
Nº de Unidades Especializadas Municipais	23	0,9
% Cobertura PSF	21	5,9
% Cobertura PACS	3,7	12,06

Fonte: SMS CEINFO e SIAB. 2005.

Tabela 7: Indicadores Sociais.

Indicadores	FREGUESIA DO Ó	Município de São Paulo
Área (km2)	11,0	1.530
População (2000)	144.900	10.434.000
População (2000) c/ 65 anos ou +	11.091	670.780
Crescimento. Pop. (91/2000) (% ano)	-0,6	0,88
Densidade. Pop. (hab/km2)	13, 131,4	6.801,1
% Mulheres na população	76,20	52,34
% Analfabetos c/ 15 anos ou +	1,0	0,9
% Analfabetos funcionais c/ 15 anos ou +	6,9	5,9
% de pobres	8,26	12,06
IDHM 2000 (*)	0,850	0,841
Ranking IDHM (**)	50º	

Fonte: Fundação SEAD

(*) IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Avalia a qualidade de vida, considerando a Longevidade, Educação e Renda da região.

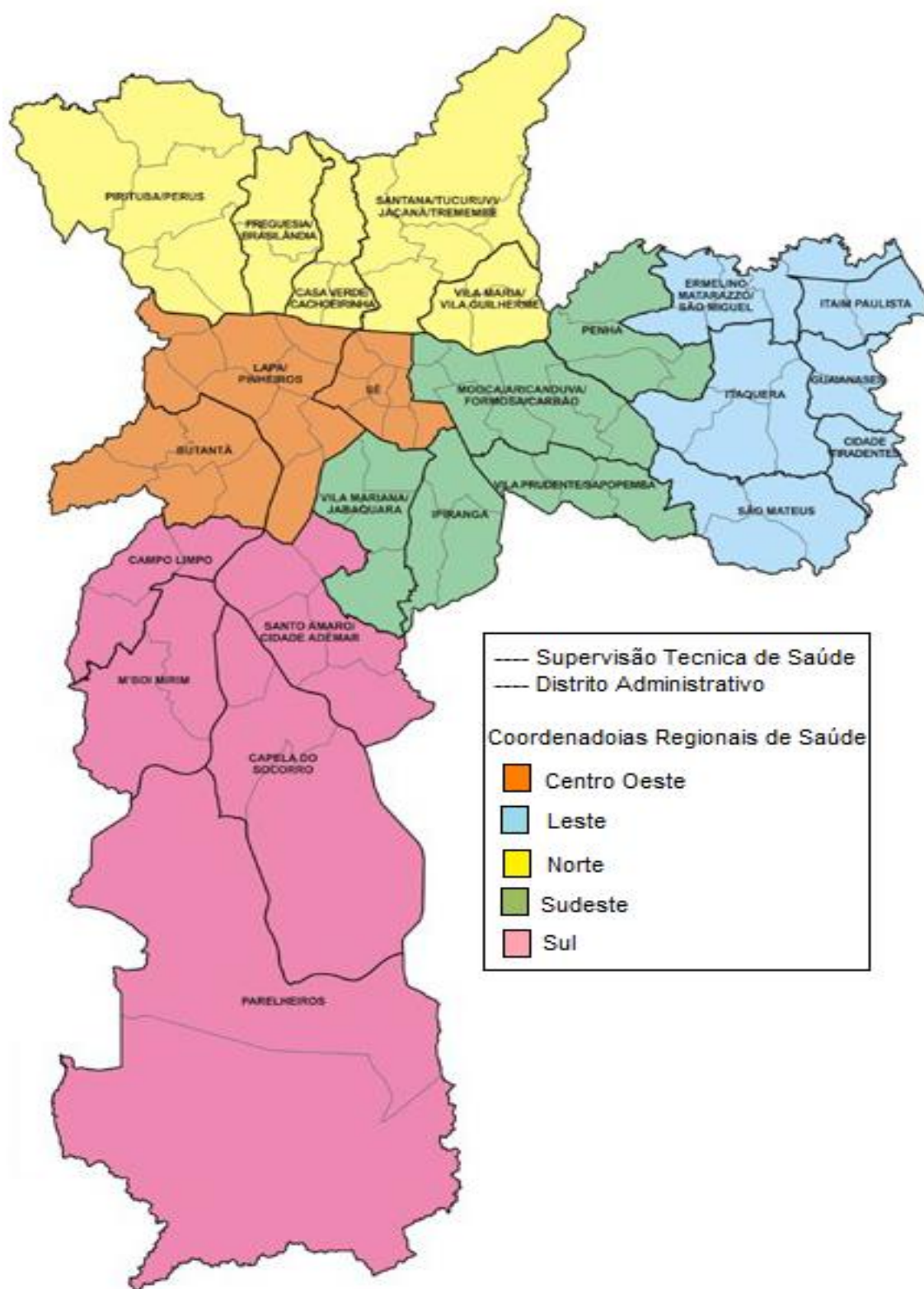
(**) Posição do distrito no ranking dos 96 distritos da cidade.

Tabela 8: Projeção de População Residente em 1º de julho.

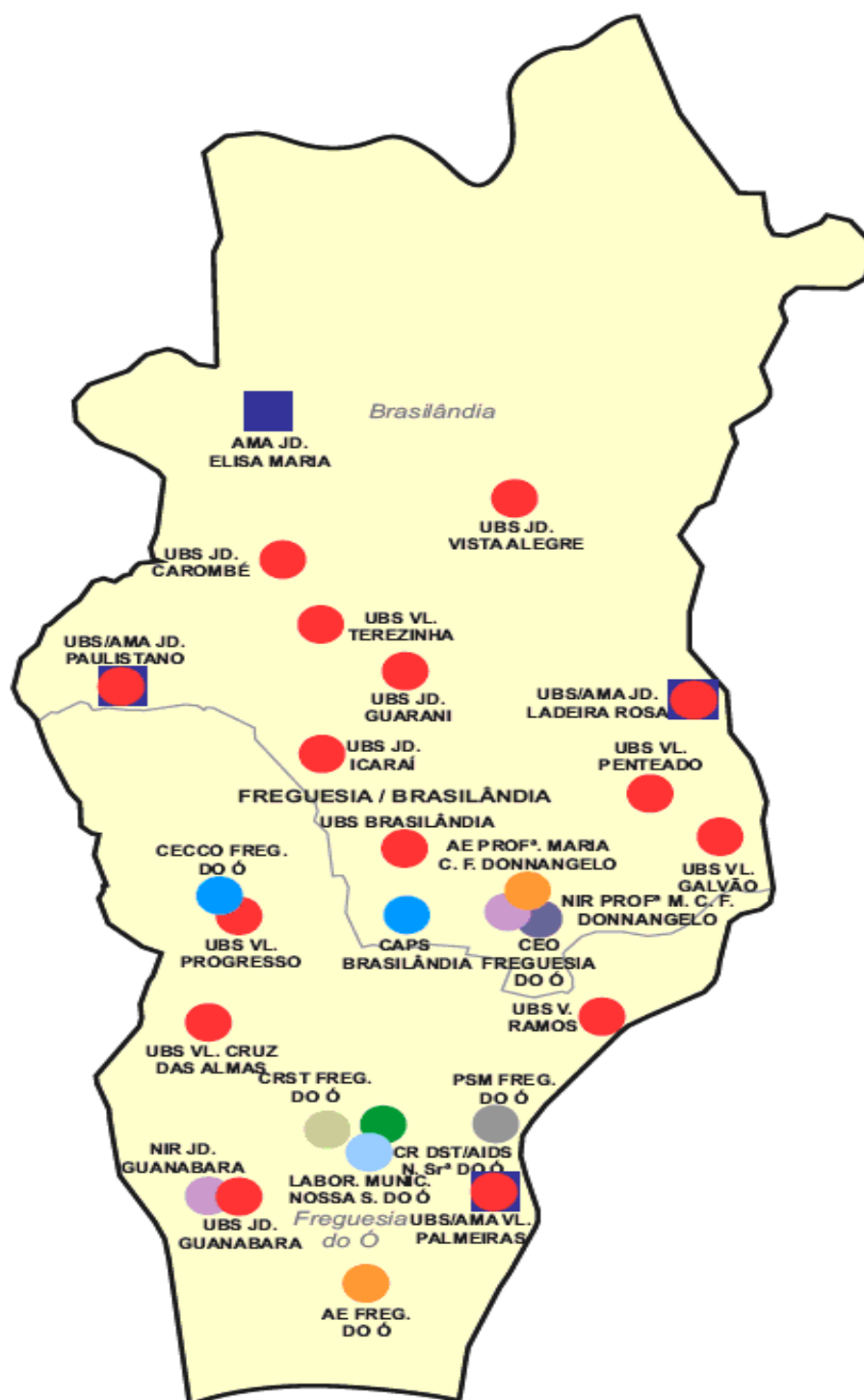
Freguesia do Ó - 2009	
Faixa Etária - Escolar	Total
00 a 03 anos	8.606
04 a 05 anos	4.677
06 anos	2.321
07 a 10 anos	8.751
11 a 14 anos	7.754
15 a 17 anos	5.724
18 a 19 anos	3.954
Total da Seleção	41.787
Total Geral da População	138.831

Fonte: Fundação SEAD

Mapa das Coordenadorias de Saúde do Município de São Paulo.



Mapa dos equipamentos de saúde: Supervisão Técnica de Saúde Freguesia
do Ó/ Brasilândia



6. Considerações Finais

O estudo sobre o território aponta importantes problemas sociais. Conhecer a parte da realidade sanitária do território do cotidiano do Augusto Galvão mostrou de perto o que os índices revelam: famílias em estado de vulnerabilidade social por falta de emprego, baixa qualificação profissional, analfabetismo, problemas de alcoolismo e drogas, crianças fora da escola, acamados em estado de privação e desproteção. Mas por outro lado mostrou equipes de profissionais que lutam pela defesa da saúde e por melhores condições dessa população. Os agentes de saúde acham que o território tem melhorado gradativamente, embora muitos problemas permaneçam sem solução. Quanto aos deficientes, como está proposto pelo SUS, o acesso aos serviços de saúde, a busca ativa dos Agentes Comunitários de Saúde, o trabalho em equipes tem contribuído para uma atenção de melhor qualidade. As discussões sobre estratégias de inclusão social são freqüentemente discutidas. Embora não tenha dados sistematizados há muito que se fazer por essa população. Ao pensarmos em uma maneira de contribuir com essa realidade, veio-nos a idéia de construir um guia com aspectos conceituais e o cadastro com endereços e descrição do serviço prestado para facilitar o trabalho de rede que as equipes procuram sustentar.

Com o levantamento dos dispositivos de práticas de inclusão de pessoas deficientes realizadas no território da Sub-coordenadoria Freguesia do Ó/ Brasilândia acreditamos estar dando um passo adiante para que a comunidade possa tornar mais solidária e humana.

Mas o processo de construção de um guia mostrou-se bem mais complexo que imaginamos e para que ele possa ser efetivamente o que desejamos que seja precisa passar pela crítica e a ela nos submetemos, com o compromisso de após a avaliação dos pareceristas e comunidades realizar todas as reformulações necessárias.

7. Bibliografia

ALCOBA, S. A. C. - “Estranhos no ninho: a inclusão de alunos com deficiência na Unicamp” Tese apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação. Fevereiro – 2008. Disponível em: <http://www.alcoba.com.br/final/index.html>

BARROS, W. M. B. Educação especial e educação inclusiva: desafios para a construção do direito à educação. Rev. bras. Educ. espec. v.13, n.2, p.293-94, 2007.

BOURGUIGNON, J. A. “Concepção de Rede intersetorial”. 2001. <http://www.uepg.br/nupes/interser.htm>

Conselho nacional de Secretários de Saúde. SUS: Avanços e Desafios/ Conselho nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2006.

DUARTE, L.F.D., “A propósito da novidade dos objetos e realidades nas ciências sociais Contemporâneas”. In: *Ciências Sociais e Saúde* (A.M. Canesqui, org.), cap. 3, pp. 69-77, São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 1997.

DUBET, F. “Escola e exclusão”. Cadernos de Pesquisa, n. 119. 2003

ECA (1990). Lei nº8. 069/90. Ementa. Publicada no Diário Oficial da União de 13 de julho de 1990.

GABRILLI, M. “Guia de Serviços para pessoas com deficiência e mobilidade reduzida”. 2008

GOFFMAN, E. “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.” Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1998.

GUARÁ, Isa M. Ferreira da Rosa et. Al. Gestão Municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: IEE/PUC - SP; Brasília: SAS/MPAS, 1998.

José Ferreira Belisário Filho. *Saúde e educação: uma parceria necessária para a inclusão dos portadores de deficiência*. Ensaio pedagógicos - construindo escolas inclusivas: 1.ed. Brasília. MEC, SEESP, 2005.180 p.: il. Pg. 174-176.

MESQUITA, R.B. ET AL. Análise de redes sociais informais: aplicação na realidade da escola inclusiva. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2008. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2008.

MPAS - Secretaria de Assistência Social, Uma nova concepção de proteção social às pessoas portadoras de deficiência. Coord. Maria do Carmo Brant de CARVALHO; Cynthia Losso Prudente. et al. São Paulo: IEE/PUC-SP; Brasília. 1998.

MS (Ministério da Saúde), 1998. Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial. Brasília: Coordenação de Saúde da Comunidade, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde.

“O que as Empresas podem fazer para inclusão das pessoas com deficiência”. Coordenação Marta Gil. São Paulo. Instituto ETHOS.

SANTOS dos MP “O papel do ensino superior na proposta de uma educação inclusiva”. Movimento, n.7, Maio 2003.

SCHILITHLER, CRB. Redes de desenvolvimento comunitário: Iniciativas para a transformação social. IDIS/Global: São Paulo, 2004.

SENNA, M. C. M. “Equidade e políticas de saúde: reflexões sobre o Programa saúde da Família”. Caderno de Saúde Pública. Volume 18. Rio de Janeiro. 2002

SPOSATI, A. O. “Mapa da Exclusão/Inclusão Social da Cidade de São Paulo. Projeto de pesquisa Dinâmica Social, Qualidade Ambiental e Espaços Intra-Urbanos em São Paulo: Uma Análise Socioespacial Pesquisa”. FAPESP; , n. 83, p. 14-20, Jan. 2003. [http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2034&bd\(...\)](http://www.revistapesquisa.fapesp.br/?art=2034&bd(...))