

# Desenvolvimento comunitário e reabilitação na comunidade

PAULO FERRINHO (\*)  
ALDINA GONÇALVES (\*)

## 1. INTRODUÇÃO

Este artigo apresenta uma metodologia de Reabilitação na Comunidade (RC) («Community Based Rehabilitation») com base numa metodologia de Desenvolvimento Comunitário Integrado (DCI).

## 2. REABILITAÇÃO

Considera-se que existem fundamentalmente três ideologias de reabilitação da população deficiente. A ideologia biomédica que é multidisciplinar, com base institucional, e que está dependente de técnicos altamente especializados e à qual recorrem indivíduos com deficiência orgânica (ideologia passiva) a fim de corrigirem ou compensarem essa deficiência. A ideologia de RC é interdisciplinar, está preocupada com grupos de indivíduos na sua comunidade e com a sua própria integração na vida comunitária, processo que é feito através da educação, organização e

reintegração desses grupos na vida social de uma forma socialmente útil e individualmente relevante (ideologia activa). A terceira ideologia, a que chamaremos de «jet set», é uma ideologia mediática, internacionalista e que está preocupada essencialmente com motivos que ficam muito aquém do bem estar dos indivíduos ou das comunidades. Como exemplo desta ideologia temos, as deslocações de números limitados de deficientes, de países como Angola, para a Europa onde lhes é feita reabilitação sem relevância adequada para o contexto social do seu país onde, necessariamente, terão de se integrar.

Este artigo debruçar-se-á essencialmente sobre uma metodologia de RC. A RC é aqui definida como cuidados de saúde primários (CSP), relevantes e compreensivos destinados à população com deficiências (Wolffers & Finkenflugen, 1993).

## 3. DESENVOLVIMENTO

Tendo em conta as diferenças e similaridades dos objectivos e políticas do desenvolvimento é possível distinguir cinco ideologias desse desenvolvimento: as que são orientadas para o crescimento, para o emprego, para a anti-pobreza, pa-

---

(\*) Departamento de Saúde Pública Tropical, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

ra as necessidades básicas e ainda uma ideologia integrada (Ferrinho, 1993).

Neste artigo descrever-se-á a metodologia do DCI como defendida por H. Ferrinho (Ferrinho 1980) e analisa-se como esta metodologia pode ser aplicada à RC.

### 3.1. Metodologia para um DCI

Em sentido lato, a metodologia de acção para um DCI é baseada na institucionalização de procedimentos sistemáticos para desenvolver e dar apoio à capacidade da comunidade, no sentido de melhorar o seu próprio funcionamento social. Os aspectos básicos desta metodologia são uma educação continuada e uma organização da própria comunidade. O sucesso desta metodologia será facilitado pela existência, ou evolução funcional, de instituições de mobilização e de instituições de apoio na comunidade.

#### 3.1.1. Instituições mobilizadoras

Instituições mobilizadoras são associações voluntárias de actuação a nível local e que contribuem para a organização da população e para a sua educação continuada. A principal característica das sociedades pluralistas, que o DCI procura promover, é a proliferação das associações voluntárias. Assim, é através das associações voluntárias, que os residentes de uma comunidade podem ser envolvidos no processo de uma mudança social rápida sem perderem o sentido de uma identidade social. Estas associações voluntárias têm provado ser extremamente úteis, não só às mulheres, como aos jovens, aos idosos e aos deficientes – categorias populacionais que têm tido poucas oportunidades não só, de se expressarem elas próprias como membros da comunidade mas também, para assumirem a responsabilidade pelas suas próprias vidas.

A *organização* da população, dentro da própria comunidade, é fundamental para o DCI pois que ela contribui para dar força às pessoas e evitar a alienação social dos indivíduos. O associativismo que daí resulta é considerado como um dos dois principais meios, para assegurar a participação activa dessa comunidade na resolução dos seus próprios problemas. Esta situação aplica-se tanto em programas de RC como no

desenvolvimento de outras capacidades a nível local.

Este associativismo implica o envolvimento de líderes situacionais da comunidade, no sentido de ser possível interpretar a situação local, de uma forma criativa, de promover a participação dos indivíduos, no planeamento e implementação de planos de acção. Neste contexto, o processo do planeamento é um passo básico da organização das pessoas e diz respeito a problemas para os quais as soluções requerem um esforço de organização da comunidade. O planeamento embora fundamental está sujeito a algumas limitações importantes, nomeadamente:

- as políticas nacionais e regionais, como parte de um todo, que afectam e por vezes controlam a vida das comunidades;
- a falta de recursos a nível local.

Estas limitações devem ser sempre consideradas tanto no processo planeamento como no plano de acção, tendo como objectivo a sua alteração ou minimização.

O DCI, como questão de principio, aposta numa organização social cada vez mais complexa. No sentido de se atingir e manter tal organização existe necessidade de uma educação continuada da população que integra essa comunidade.

Num mundo em constante mudança, a *educação continuada* permitirá a essa população uma maior compreensão das suas necessidades de mudança, e ainda de se organizar com o poder necessário para uma participação livre e responsável na própria sociedade em que está inserida. Para que a educação continuada atinja esses objectivos é importante que ela se faça dentro das próprias associações, sem menosprezar a importância de apoios externos, nomeadamente de profissionais de reabilitação, considerando sempre neste processo o respeito pela cultura e vivências da população, pela compreensão dos seus problemas, dos seus sonhos e das suas limitações próprias.

#### 3.1.2. Instituições de apoio

A organização e educação continuada da população (as quais dão às pessoas respectivamente, o poder e a força que elas necessitam para uma participação activa na vida comunitária-

ria), terão que ser essencialmente internas à própria comunidade.

No contexto comunitário as instituições de apoio fornecem à comunidade os recursos que a população é incapaz de mobilizar a nível local. Essas instituições funcionam como agências externas que se estendem à própria comunidade, sendo simultaneamente parte da comunidade e externas a ela. Como exemplo de instituições que poderiam funcionar como instituições de apoio comunitário temos os Centros de Saúde Primários (Ferrinho, 1993, 1994; Ferrinho, et al., 1991a, 1993) e as Universidades (Ferrinho, 1997).

Por outro lado, as instituições de apoio funcionam ainda como fornecedoras de recursos técnicos e materiais no sentido de enriquecerem o sistema e permitirem à população decidir acerca da adopção de novas abordagens de situações-problema e ainda adoptar e implementar posturas inovadoras para resolver os problemas da própria comunidade.

Nas instituições de apoio a equipa é, geralmente, formada por técnicos especialistas, que podem ser médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, etc., sendo apoiados por animadores e por extensionistas.

### **Metodologias para as Instituições de Reabilitação como Instituições de Apoio à RC**

No sentido de contribuir para a RC, e no contexto de uma estratégia de DCI, as Instituições de Reabilitação devem apoiar a organização da população de deficientes a fim de que, por eles próprios, atinjam uma melhoria permanente da sua qualidade de vida (Cornielje, 1992, 1993; Cornileje, et al., 1993). Para isso estas instituições necessitam de:

- Redefinir a orientação de intervenção dos serviços de reabilitação tendo em consideração não só as ciências médicas (medicina, enfermagem, fisioterapia, etc.) mas também as ciências sociais e as ciências da gestão;
- Tornar explícita uma base filosófica dos serviços de reabilitação, comum com os CSP e com o DCI, baseados na solidariedade humana, na equidade social, no respeito pelo ser humano e num activismo continuado;
- Reconhecer que a reabilitação não pode ser

alcançada somente com os esforços dos profissionais de reabilitação;

- Reconhecer que a missão dos serviços de reabilitação, no contexto de recursos escassos, deveria incluir o apoio à população organizada a fim de que, pelos seus próprios esforços, atinjam uma melhoria permanente da sua qualidade de vida;
- Desenvolver um trabalho com associações voluntárias que partilhem uma mesma filosofia de vida e de acção;
- Desenvolver actividades com outras instituições de apoio tais como escolas, serviços ligados à agricultura, saúde, água e saneamento, habitação e outros;
- Estar integrada a um nível institucional que facilite os pontos referidos; em muitos países esta integração faz-se ao nível dos CSP – ou a um nível programático ou com uma integração funcional e administrativa nos centros de saúde (Cornielje, 1992, 1993; Cornileje, et al., 1993; Ferrinho, 1996; Nabuzoka, 1993; van der Hulst, 1993).

Assim, a metodologia de acção das Instituições de Reabilitação deverá:

- Ter como base cada realidade concreta (*evidence based*) (epidemiologia/ informática);
- Estar baseado na competência técnica dos profissionais da reabilitação (educação contínua);
- Assegurar o trabalho em equipa;
- Promover uma interacção activa com a população, incluindo os líderes situacionais (comunicação educativa) e outras instituições de desenvolvimento (coordenação intersectorial) de forma a promover a diferenciação de associações voluntárias e a apoiar a educação continuada dos seus membros.

### **Epidemiologia e informática**

A necessidade de informação para o desenvolvimento da gestão dos serviços é largamente reconhecida (Combs, 1995; Ferrinho, et al., 1991b, 1996; Miles, 1993). Um sistema de informação é um processo contínuo essencial para a gestão eficiente do DCI e da RC e deve ser suficientemente flexível para mudar à medida que os gestores ganham experiência e mudam as prioridades dos serviços (Phakathi, et al., 1993).

Para complementar a informação obtida atra-

vés de sistemas de informação é necessário desejável, muitas vezes, conduzir estudos epidemiológicos, que se podem tornar utensílios de educação e de mudança social se devidamente enquadrados em estratégias de acção-investigação e investigação-participada (Cornielje, et al., 1993; Ferrinho, 1992; Jaffer, 1993). Acção investigação é particularmente útil para suportar a dinâmica da mudança institucional. Investigação participada, um aspecto particular da acção investigação, tenta envolver a comunidade contribuindo para o seu reforço.

O reforço, através da informação, do associativismo na comunidade deve ser o objectivo último da prática da epidemiologia ao nível dos DCI e RC. Isto requer o desenvolvimento de canais de comunicação com indivíduos e grupos e, um sistema de informação, que garanta que o sistema é não só participativo mas também baseado na comunidade.

### **Trabalho de equipa**

Qualquer trabalho de desenvolvimento, incluindo RC, requer um trabalho de equipa. Na RC devem ser consideradas equipas técnicas e equipas mistas, de profissionais de reabilitação e membros da comunidade (Ferrinho 1996).

As equipas técnicas deverão ser multi-disciplinares, com um coordenador técnico, devendo adoptar um processo participativo de decisão-acção. Elas poderão envolver não só profissionais de reabilitação ou serem intersectoriais. O coordenador deverá ser, essencialmente, um perito em dinâmica de grupos.

É ao nível destas equipas mistas, constituídas por membros das associações voluntárias, e outros elementos da comunidade e de técnicos, que a população assume a liderança e neste contexto, um processo mutuo de educação acontece e o planeamento de acção comunitária desenvolve-se.

### **Educação contínua**

O apoio efectivo da comunicação acção depende da capacidade e da competência dos profissionais de reabilitação em serem capazes de comunicar com as organizações da população e de com eles desenvolver um plano de acção que seja partilhado.

A competência técnica dos agentes de apoio (profissionais de reabilitação) é um elemento es-

sencial para se manter a confiança da comunidade nos seus próprios profissionais de reabilitação e para o sucesso de qualquer acção no terreno.

Actualmente, com o desenvolvimento rápido da tecnologia e as mudanças sociais, os profissionais de reabilitação são continuamente confrontados não só, com novos desenvolvimentos técnicos como também com novas situações na comunidade que servem (i.e. o problema da SIDA). No sentido de serem capazes de funcionar com estas situações, em permanente mudança, os profissionais de reabilitação devem ser apoiados por um processo de educação/formação contínua. Esta educação/formação deverá assegurar a renovação de competências técnicas e garantir a aquisição de novas competências de funcionamento ao nível da interface com a comunidade (Cornielje, 1994, Cornielje, & Ferrinho, 1995).

Além disso, para assegurar um desempenho eficiente, esta educação/formação deve estar associada a outras actividades, tais como «construção de equipas» ou outros exercícos que são extremamente relevantes para aumentar a produtividade dos trabalhadores do DCI e RC.

### **Comunicação educativa**

Existe uma interacção permanente dos profissionais de reabilitação com a comunidade. Esta interacção deve constituir uma experiência de aprendizagem dos hábitos, costumes e culturas locais e das situações problema que se deparam no quotidiano, etc.. Neste processo, dever-se-á ajudar a população a obter conhecimentos do quê, como, e porquê de fazer aquilo que deve ser feito, no sentido de atingir a melhor mudança na sua qualidade de vida. O potencial desta comunicação educativa (Ferrinho, 1993) será maximizada se o processo se desenvolver em equipas constituídas por membros locais da comunidade e por profissionais de reabilitação que estejam integrados em instituições de apoio com credibilidade a nível local.

Neste processo de comunicação educativa devemos ter em conta que a comunicação é uma função especializada por si própria e que os profissionais de reabilitação não são, necessariamente, os melhores agentes para comunicar directamente com a população. Devemos ainda considerar que a comunicação é mais efectiva

quando levada a cabo por elementos da própria comunidade, treinados especificamente em educação-comunicação – o equivalente dos «health development professionals» de Elliot e Cole-King (1981) e dos extensionistas no campo do desenvolvimento rural (Ferrinho, 1992) – devendo estes elementos ser os facilitadores da interacção das equipas de técnicos com as associações locais.

### Coordenação intersectorial

A RC é uma aposta na saúde. Sendo a saúde um conceito ecológico ela está dependente não só, da qualidade e eficiência dos serviços de saúde e de reabilitação, mas também da qualidade da habitação, da disponibilidade e qualidade da água, da actividade económica da população, do nível de educação, das oportunidades recreativas e de participação na vida da comunidade, etc.. Assim, para que uma comunidade seja saudável tem que existir um desenvolvimento global, desenvolvimento esse que se processa em várias fases e em várias frentes (Ferrinho, 1993, 1994; Ferrinho et al., 1991a, 1993). Neste processo é essencial que os profissionais de reabilitação interajam, formal e informalmente, com os trabalhadores de outros sectores relevantes dentro da própria comunidade.

Esta interacção pode acontecer de várias formas nomeadamente, com comissões de coordenação local, ou a um nível de equipas mistas integradas por membros das associações voluntárias na comunidade.

## 4. CONCLUSÕES

A RC tem uma filosofia comum com o DCI e com os CSP. Neste artigo defende-se a adoção pelos profissionais de reabilitação de uma metodologia de acção similar à do DCI, de forma a contribuirem para que se atinja uma melhoria continuada da qualidade de vida da população, tendo em vista uma acção coordenada e organizada da população suportada, entre outros, pelos profissionais de reabilitação integrados nos CSP dessa comunidade.

Os componentes essenciais desta metodologia são aqueles que favorecem o desenvolvimento de competências de apoio à educação e organização da comunidade, de acordo com os seus hábi-

tos e culturas e planos de acção, seguindo processos que aumentem a força e o poder das associações voluntárias integradas no processo de RC.

## BIBLIOGRAFIA

- Combs, M. R. (1995). *Information systems for business management*. London: Pitman Publishing.
- Cornielje, H (1992). *The prevalence of impairment, disability and handicap and the pattern of motor disability in the Geluksran Health Ward*. A thesis submitted in fulfilment of the requirements for a MSC (Medicine), Faculty of Medicine, University of Witwatersrand, Johannesburg.
- Cornielje, H (1993). A local disability movement as part of a Community Based Rehabilitation programme. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 17-21). Amsterdam: VU University Press.
- Cornielje, H (1994). The need to develop critical thinking skills in a core training programme for primary health care workers. *Adult Education and Development*, 42, 33-41.
- Cornielje, H, Ferrinho, P, Coetzee, D, Reinach, S. G. (1993). Development of a community based rehabilitation programme. Parts I and II. *Journal of Comprehensive Health*, 4, 26-32, 56-57.
- Cornielje, H, & Ferrinho, P (1995). Community development skills: essential component in the training of community rehabilitation facilitators at the Institute of Urban Primary Health Care in South Africa. *Journal of Comprehensive Health*, 6 (1), 28-32.
- Elliot, C., & King, C. (1981). Health and development: a policy for intersectoral action. *World Health Forum*, 2, 567-575.
- Ferrinho, H (1980). *Towards a Theory of Community Development. It's relationship with extension, cooperatives, social work, community health and other supportive services*. Cape Town: Juta and Company Limited.
- Ferrinho, H (1992). *Requisitos básicos para a gestão e administração do desenvolvimento rural*. Lisboa.
- Ferrinho, H (1993). *Comunicação educativa e desenvolvimento rural*. Porto: Edições Afrontamento, Collecção Nova Agricultura.
- Ferrinho, H (1997). Universidade, extensão, sociedade. Extensão e investigação na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane e o desenvolvimento de Moçambique. *Revista Médica de Moçambique*, in press.
- Ferrinho, P (1993). Development and health. *Journal of Comprehensive Health*, 4 (2), 35-38.
- Ferrinho, P. (1994). Primary health care centres as institutions supporting community development. *Convergence*, 27 (1), 86-96.

- Ferrinho, P (1996). *Primary health care in Alexandra, South Africa: A contribution to the methodology of primary health care*. A thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (PhD) in the Department of Community Health in the Faculty of Medicine at the Medical University of Southern Africa, South Africa.
- Ferrinho, P, Robb, D, & Wilson, T. D. (1991a). Community development and primary health care. *South African Medical Journal*, 90, 368-369.
- Ferrinho, P., Buch, E., Robb, D., & Phakathi, G. (1991b). Developing a health information system for a primary health care centre in Alexandra. *South African Medical Journal*, 80, 400-403.
- Ferrinho, P., Robb, D., Cornielfje, H., Rex, G. (1993). Primary health care in support of community development. *World Health Forum*, 14, 158-162.
- Jaffer, R. (1993). Monitoring and evaluation of community based rehabilitation – need for a participatory approach. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 51-64). Amsterdam: VU University Press.
- Miles, M (1993). Service development by information, not ideology. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 107-124). Amsterdam: VU University Press.
- Nabuzoka, D (1993). How to define, involve and assess the care unit? Experiences and research from a CBR programme in Zambia. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 73-87). Amsterdam: VU University Press.
- Phakathi, G., Ferrinho, P., Robb, D., Coetzee, D., Buch, E., Wilson, T., & Ngakane, P. (1993). Problems identified and lessons learnt during the development of a health information system for a primary health care centre in Alexandra Township. *Journal of Comprehensive Health*, 4, 16-20.
- van der Hulst, G. (1993). Negotiating the role of the rehabilitation worker in rural communities: outreach work in Zimbabwe. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 41-49). Amsterdam: VU University Press.
- Wolffer, I, & Finkenflugel, H (1993). PHC and CBR: concepts for empowerment. In H. Finkenflugel (Ed.), *The handicapped community* (pp. 5-16). Amsterdam: VU University Press.

## RESUMO

Este artigo apresenta uma metodologia de Reabilitação na Comunidade (RC) («Community Based Rehabilitation») integrado com os cuidados de saúde primários (CSP) dessa comunidade e com base numa metodologia de Desenvolvimento Comunitário Integrado (DCI).

De acordo com esta metodologia os profissionais de reabilitação e os serviços a que estão associados deverão funcionar como apoio a instituições mobilizadoras dos membros da comunidade (associações voluntárias), de forma a assegurar a participação activa dessa comunidade na resolução dos seus próprios problemas.

*Palavras-chave:* associativismo, cuidados de saúde primários, desenvolvimento comunitário, reabilitação na comunidade.

## ABSTRACT

This article presents a community based rehabilitation methodology within the Primary Health Care. With a participatory and comprehensive approach in the community itself. According with this methodology the rehabilitation workers and other support organizations must work together in order to support and solve the problems within the community.

*Key words:* Primary Health Care, Community based rehabilitation, Community development, Partnership.