

Associação entre papéis ocupacionais, independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo em sujeitos com deficiência física¹

Daniel Marinho Cezar da Cruz²

Maria Luisa Guillaumon Emmel³

Objetivo: teve-se por propósito verificar se existe associação entre os papéis ocupacionais, a independência em Atividades da Vida Diária, o poder aquisitivo e a tecnologia assistiva em sujeitos com deficiências físicas. Método: participaram 91 sujeitos com deficiência física. Os instrumentos utilizados foram: Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, Critério de Classificação Econômica Brasil, Índice de Barthel e um Formulário de caracterização dos sujeitos. Resultados: identificou-se associação de maior número de papéis nos sujeitos com maior independência e menor número de tecnologias utilizadas. As classes de maior poder aquisitivo mostraram associação com menor status funcional de dependência. Conclusão: embora a tecnologia não estivesse associada diretamente à independência, essa última mostrou associação com maior número de papéis ocupacionais, o que requer um olhar para as questões de independência, ao se considerar a participação em papéis ocupacionais. Esses dados fornecem subsídios para ações interdisciplinares que incentivem a participação em papéis por pessoas com deficiência física.

Descritores: Terapia Ocupacional; Equipamentos de autoajuda; Atividades Cotidianas; Políticas Públicas; Pessoas com Deficiência; Papel (figurativo).

¹ Artigo extraído da Tese de Doutorado "Papéis ocupacionais e pessoas com deficiências físicas: independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo", apresentada à Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

³ PhD, Professor Associado, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Daniel Marinho Cezar da Cruz
Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Terapia Ocupacional
Rodovia Washington Luiz, Km 235
Bairro: Monjolinho
CEP: 13565-905, São Carlos, SP, Brasil
E-mail: cruzdmc@gmail.com

Introdução

No censo populacional de 2000, cerca de 14,5% dos brasileiros foram considerados como tendo pelo menos uma deficiência⁽¹⁾. Esse levantamento também indicou a relação entre deficiência, pobreza e desigualdade social, destacando que 46% das pessoas com deficiência apresentavam maior grau de incapacidade, e 29% das pessoas com deficiência, com graus leves e moderados de incapacidade, vivenciavam situação de pobreza⁽¹⁾.

Somente o Estado de São Paulo abrange 4,2 milhões de pessoas com deficiência, do total de 25 milhões existentes no país⁽²⁾. No município de São Carlos, SP, estima-se a existência de 22.400 pessoas com algum tipo de deficiência⁽³⁾. Os indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, para o ano 2009, identificaram que as taxas de prevalência de incapacidade funcional nos idosos mais pobres (com até 1 salário-mínimo *per capita*) são maiores do que as dos idosos com rendimento mais elevado (com mais de 5 salários-mínimos *per capita*), logo, os dados permitem concluir que a renda está associada à incapacidade funcional de forma inversa, ou seja, quanto maior a renda menor a incapacidade funcional⁽⁴⁾.

De forma preocupante, a associação da pobreza com dificuldades funcionais para a realização de Atividades da Vida Diária (AVD) da população tende a ser crescente pelo aumento da população idosa no país. De acordo com o Censo de 2010, pode ser observado o crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010⁽⁵⁾. A deficiência é discutida como causa e também efeito da pobreza⁽⁶⁾. Mundialmente, cerca de 82% das pessoas com deficiência vivem abaixo da linha da pobreza, predominantemente as crianças e jovens, sendo que a má nutrição, agravada por problemas como educação, pouco acesso a informações e a oportunidades de trabalho representam papéis ocupacionais importantes⁽⁶⁾.

No ano 2011, o recente Relatório Mundial sobre Deficiência, intitulado *World Report on Disability*, da Organização Mundial de Saúde, em conjunto com o Banco Mundial, revelou que cerca de 15% da população mundial, ou seja, mais de um bilhão de pessoas tem algum tipo de deficiência e que 20% dessas enfrentam grandes dificuldades em sua vida cotidiana, sendo as necessidades especiais das pessoas uma preocupação mundial face à tendência de crescimento para as próximas décadas⁽⁷⁾. Já no Brasil, em novembro de 2011, o IBGE publicou os resultados preliminares do Censo Demográfico de 2010 relacionados à deficiência. Considerando-se a população identificada em 2010 em sua totalidade, com 190.755.799

(100,0%), verificou-se que 45.623.910 (23,9%) têm ao menos uma das deficiências investigadas e 145.084.578 (76,1%), nenhuma dessas deficiências⁽³⁾.

Em 25 de agosto de 2009, o então Presidente da República do Brasil, Luís Inácio Lula da Silva, a partir do Decreto 6949, Art.3º, aprovou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007, garantindo a execução e o cumprimento integral em relação ao seu conteúdo⁽⁸⁾. Fica evidente, nessa convenção, o reconhecimento mundial e também pelo Brasil da importância do investimento em tecnologia assistiva como parte do processo de garantia aos direitos dessas pessoas. No Decreto, a tecnologia é destacada de modo a garantir o compromisso em efetivar a participação das pessoas com deficiências na sociedade⁽⁸⁾. Essa participação pode ocorrer a partir de papéis ocupacionais, os quais são considerados como um conjunto de comportamentos esperados pela sociedade, modelados pela cultura e que podem fornecer orientação na escolha de ocupações⁽⁹⁾.

O Governo Federal definiu o termo tecnologia assistiva como sinônimo de ajudas técnicas, conceituando-o como área de conhecimento, com característica interdisciplinar e que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços para promover a funcionalidade, nas atividades e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, tendo por propósito a autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social⁽¹⁰⁾. Mundialmente, tem-se considerado que a tecnologia assistiva, quando apropriada ao usuário e ao ambiente por ele utilizado, tem sido mostrada como poderoso instrumento para aumentar a independência e estimular a participação social⁽⁷⁾.

Os resultados de uma pesquisa pioneira no país, sobre os papéis ocupacionais de cuidadores de vítimas de Trauma Cranioencefálico identificou consequências adversas relativas aos papéis sociais dos cuidadores familiares, com repercussões na alteração ou mesmo interrupção de papéis desempenhados pelos cuidadores⁽¹¹⁾. No sentido pragmático, a avaliação dos papéis ocupacionais também tem sido apontada em pesquisa recente como uma estratégia para planejar intervenções e fornecer subsídios na construção de espaços mais saudáveis, criando possibilidades para resgatar papéis perdidos⁽¹²⁾.

A partir dessas considerações, a presente pesquisa traz relevante contribuição para o estudo dos papéis ocupacionais já existentes, ao investigar se existe associação entre esses com a independência em Atividades da Vida Diária, com o poder aquisitivo e com a tecnologia assistiva, em sujeitos com deficiências físicas. Teve-se por hipótese que essas variáveis apresentavam associação.

A despeito dessa hipótese não ter sido pesquisada na literatura, acredita-se que a sua consideração faz-se importante para a população brasileira ao se associar não somente à questão da deficiência e da independência, mas, também, a fatores pessoais (condições socioeconômicas) e produtos e tecnologias.

A pobreza resultante da privação dos papéis ocupacionais, dentre eles os relacionados à educação e ao trabalho, pode resultar em diminuição da capacidade para aquisição de bens e serviços, por exemplo, acesso aos serviços de saúde, lazer e aquisição de tecnologias diversas.

A presente pesquisa traz a discussão da deficiência física, das políticas públicas e de papéis ocupacionais, imprescindíveis para o debate sobre a inclusão em seu mais amplo sentido, contribuindo para a discussão das questões de saúde no país. O olhar sobre o papel ocupacional enquanto representação social dos indivíduos é também uma forma de se reconhecer a importância da participação da pessoa com deficiência em suas ocupações escolares, de trabalho, lazer, dentre outras, elementos que vão além da reabilitação, visando a independência.

Método

Trata-se de pesquisa transversal, de associação e abordagem quantitativa. A amostragem escolhida foi a de conveniência, que se refere à utilização de um grupo com características específicas para seleção⁽¹³⁾. Os critérios de inclusão amostral foram: sujeitos com deficiência física vivendo na cidade de São Carlos, cadastrados em Unidades Saúde da Família (USF), com faixa etária acima de 18 anos e que pudessem responder verbalmente os instrumentos de coleta. Os critérios de exclusão foram capacidade cognitiva insuficiente para responder os instrumentos de coleta selecionados e/ou afasias de compreensão e/ou expressão ou outros distúrbios relacionados à fala, uma vez que os mesmos, na forma como foram aplicados, exigiam respostas verbais. Mediante tais critérios, participaram da pesquisa noventa e um (n=91) sujeitos com deficiências físicas.

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados estão listados a seguir.

1) Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (*Role Checklist*). Trata-se de um instrumento de origem norte-americana, semiestruturado e com roteiro padronizado⁽¹⁴⁾. O instrumento foi validado no Brasil, no ano 2005⁽¹⁵⁾. Esse tipo de instrumento dá voz ao cliente, caracterizando aspectos da vida e de desejos⁽¹⁶⁾. A Parte I do instrumento avalia, através de um tempo contínuo, os principais papéis ocupacionais no tempo passado, presente e futuro⁽¹⁴⁾.

No instrumento são apresentados dez possíveis papéis ocupacionais: estudante, trabalhador, voluntário, cuidador, serviço doméstico, amigo, membro de família, religioso, passatempo/amador e participante em organizações. Na Parte II, identifica-se o grau de importância que o indivíduo atribui a cada papel relatado na Parte I⁽¹⁴⁾.

2) Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB): foi considerada a variável renda familiar *per capita*, como indicador de condição socioeconômica. Essa se justifica na medida em que a ausência ou insuficiência de suportes (como educação, oferta adequada de atendimento de saúde, moradia e transporte) desempenha papel primordial para a aquisição de bens e serviços necessários à reprodução social⁽¹⁷⁾. O CCEB é construído por análise de regressão da renda familiar em função da posse de bens e escolaridade⁽¹⁸⁾. Os patamares da renda média familiar estão assim distribuídos, segundo as classes: A1 - R\$11.480,00; A2 - R\$8.295,00; B1 - R\$4.754,00; B2 - R\$2.656,00; C1 - R\$1.459,00; C2 - R\$962,00; D - R\$680,00 e E - R\$415,00. As pontuações para cada classe são: A1 - 42 a 46 pontos, A2 - 35 a 41 pontos, B1 - 29 a 34 pontos, B2 - 23 a 28 pontos, C1 - 18 a 22 pontos, C2 - 14 a 17 pontos, D - 8 a 13 pontos e E - 0 a 7 pontos.

3) Formulário: com o propósito de caracterizar os sujeitos, quanto às questões sociodemográficas, em relação à reabilitação e à quantidade de tecnologia assistiva, a opção pela elaboração de um instrumento para descrever esses aspectos foi a mais adequada. O formulário é um instrumento muito utilizado em pesquisa com o propósito da coleta de informações⁽¹⁹⁾.

4) Índice de Barthel – IB. O IB é um instrumento amplamente usado no mundo, a fim de avaliar a independência funcional e mobilidade⁽²⁰⁾. Esse instrumento determina o grau de independência para 10 categorias: higiene pessoal, banho, alimentação, toalete, subir escadas, vestuário, controle esfíncteriano (bexiga), controle esfíncteriano (intestino), deambulação ou cadeira de rodas e transferência cadeira/cama. A validação no Brasil do IB foi feita com população de idosos⁽²⁰⁾. Os escores, em sua totalidade, permitem a seguinte classificação: o indivíduo que obtém 100 pontos é totalmente independente; de 99 a 76 pontos, há dependência leve; de 75 a 51 pontos, tem-se dependência moderada; de 50 a 26 pontos, dependência severa e pontuação de 25 ou menos pontos é classificada como dependência total⁽²¹⁾.

A coleta foi feita no domicílio dos sujeitos com os instrumentos impressos. Com relação à Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, por se tratar de um instrumento de autorrelato e em face às possíveis dificuldades de alfabetização e/ou compreensão da população alvo, adotou-se, como procedimento, o mesmo

critério de pesquisa desenvolvida anteriormente⁽²²⁾, que consistiu em realizar a leitura das questões para os participantes, facilitando a compreensão do conteúdo do instrumento.

O Formulário constou de uma lista com 16 itens de tecnologia assistiva. Cada item correspondeu a um ponto, sendo o mínimo de 0 se o sujeito não possuísse nenhum recurso e o máximo de 16 pontos, se o sujeito possuísse todos os produtos listados.

Para o instrumento CCEB, os sujeitos foram classificados de acordo com os patamares de renda média, nas classificações A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E, conforme os critérios definidos para o ano 2009 e mantidos em 2011⁽¹⁸⁾.

Para a análise dos dados, fornecidos pela Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais, adotaram-se os procedimentos em que o número de papéis foi pontuado de 0 a 10 pontos (referente à Parte I) da incumbência percebida⁽²³⁾.

Para os dados do IB, foram utilizadas, como critérios, as pontuações da escala que variam de 0-100 (com intervalos de 5 pontos). A fim de considerar apenas variáveis categóricas, utilizou-se a classificação apresentada por cada categoria do IB e a classificação obtida pelo CCEB.

Os salários-mínimos -coletados a partir do Formulário- foram categorizados de acordo com a quantidade (exemplo: 1, 2, 3, 4 ou mais salários-mínimos); o número de papéis ocupacionais foi categorizado apenas para os papéis possuídos pelos sujeitos no presente (exemplo: de 0 a 2, de 3 a 4, 5 ou mais); o número de tecnologias foi registrado de acordo com a quantidade apresentada pelos sujeitos (exemplo: 0, 1, 2, 3 ou mais); para categorizar a idade, dividiu-se a amostra em três grupos (até 50, entre 51 e 70 e acima de 70 anos) e o tempo de lesão foi categorizado pela frequência em três grupos (exemplo: até 4 anos, entre 4 e 10 e acima de 10 anos).

Em muitos estudos, onde se deseja avaliar a associação entre variáveis categóricas, a Análise de Correspondências Múltiplas é uma alternativa bastante utilizada. Isso se justifica por tal análise permitir observar conjuntamente toda a informação contida em uma tabela de contingência, representando graficamente a estrutura de correlações, resultados esses que não seriam possíveis caso fossem feitas análises de variáveis duas a duas. A observação gráfica para esse tipo de análise deve ser feita da seguinte maneira: cada ponto é relativo a uma categoria de determinada questão, categorias próximas no gráfico são mais correlacionadas do que as categorias mais distantes. Na prática, se duas categorias, de questões diferentes, estão próximas, a maioria de indivíduos que

escolheu uma delas também optou pela outra. Cabe esclarecer que a existência de categorias com baixa frequência é prejudicial à análise. Sendo assim, muitas vezes, opta-se por unir categorias, para observação mais consistente do comportamento dos dados. As análises foram realizadas com auxílio dos *softwares Statistical Analysis System (SAS), Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* e Programa Microsoft Excel.

A pesquisa foi submetida e aprovada conforme Parecer nº392/2011, CAAE 0079.0.135.000-11, do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos-UFSCar. Todos os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Os noventa e um sujeitos (n=91) estavam distribuídos em 46 sujeitos do sexo masculino e 45 do sexo feminino. A média de idade foi de 62,2 anos, com mediana de 65 e desvio-padrão de 18,4. O tempo de deficiência foi de 10,3 anos, com desvio-padrão de 13,32. Os diagnósticos dos sujeitos abrangeram: acidente vascular encefálico, lesão periférica de membro superior, paralisia infantil, doenças neuromusculares, trauma cranioencefálico, paralisia cerebral, lesão medular, amputação de membro superior, doença de Parkinson, lesão de plexo braquial, mielomeningocele, coreia de Huntington, síndrome de Stikler e doença degenerativa não especificada.

Do total de 100% (n=199) recursos assistivos, identificados na amostra estudada, os mais reportados foram os auxílios para mobilidade, com 46% (n=92) e os auxílios para a vida diária e vida prática, com 29% (n=58), seguidos de órteses e próteses com 10% (n=20), acessibilidade ambiental com 9% (n=18) e adequação postural 6% (n=11). Em relação à independência, a proporção de maior predomínio quanto à classificação no IB revelou que os sujeitos apresentavam a classificação de dependência leve, conforme a Tabela 1.

Tabela 1 - Classificação da independência/dependência na amostra estudada (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Classificação pelo Índice de Barthel	Frequência	Porcentagem
Dependência leve	55	60,4
Dependência moderada	14	15,4
Dependência severa	10	11,0
Dependência total	5	5,5
Totalmente independente	7	7,7

Em relação ao poder aquisitivo, mensurado a partir do CCEB, observou-se que a maior parte da amostra se concentrou nas categorias B2 e C1, de acordo com a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra (n=91) em classes econômicas de poder aquisitivo. São Carlos, SP, Brasil, 2011

Poder aquisitivo – classes econômicas	Frequência	Porcentagem
B2	33	36,3
C1	20	22,0
B1	13	14,3
C2	12	13,2
D	11	12,1
A2	2	2,2

Com relação ao número de papéis ocupacionais, identificou-se predominância de 3 a 4 papéis, conforme mostrado na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência da quantidade de papéis ocupacionais no presente, para a amostra (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Número de papéis ocupacionais para o tempo presente	Frequência	Porcentagem
3 a 4	42	46,2
0 a 2	30	33,0
5 ou mais	19	20,9

Para a quantidade de tecnologia assistiva, os indivíduos se encontraram bem distribuídos, sendo que a maior porcentagem foi para mais de 3 itens, com 35,2% (n=32), seguido de 29,7% (n=27) com apenas 1 recurso, 22% (n=20) com dois recursos e 13% (n=12) com nenhum recurso.

O resultado da Análise de Correspondência para a independência, a quantidade de salários-mínimos, o número de papéis ocupacionais, o poder aquisitivo, a idade e o tempo de lesão da amostra encontra-se na Figura 1.

Através da Figura 1, representa-se a tendência encontrada, com a formação de 3 grupos de associação. Observa-se que a amostra se distribuiu em relação à dependência dos sujeitos, sendo que tal tendência seguiu uma ordem de dependência total (Grupo 1) para dependência moderada (Grupo 2) à independência total (Grupo 3), quando se observa a classificação total do IB. Para a Lista de Identificação de Papéis Ocupacionais (LIPO), identificou-se que os sujeitos mais independentes (Grupo 3) foram os que apresentaram maior número de papéis ocupacionais (5 ou +) e apenas 1 tecnologia, demonstrando, portanto, a associação entre os sujeitos que tinham maior número de papéis com maior independência em Atividades da Vida Diária.

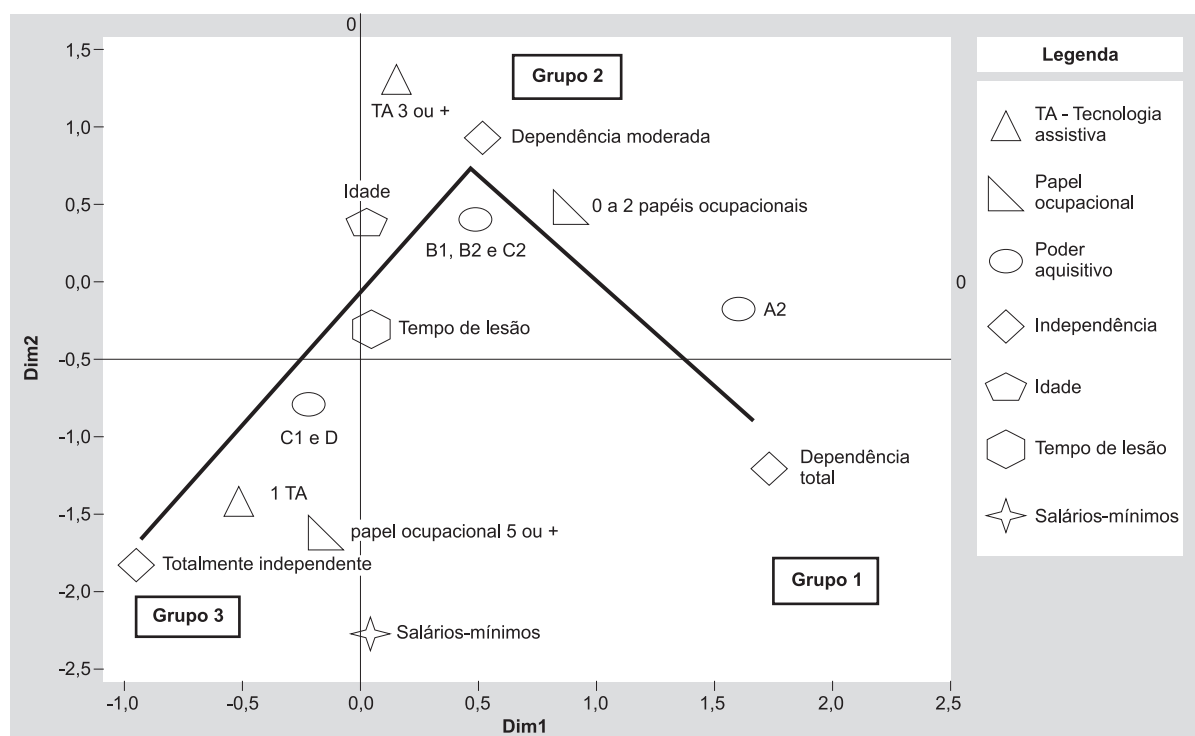


Figura 1 - Representação da Análise de Correspondência (n=91). São Carlos, SP, Brasil, 2011

Para a tecnologia assistiva, identificou-se que quanto maior a independência menor o número de tecnologia utilizada. Os sujeitos com dependência

moderada apresentaram 3 ou mais tecnologias e 0 a 2 papéis ocupacionais (Grupo 2). Já os sujeitos com dependência total não mostraram associação à tecnologia

e ao desempenho de papéis (Grupo 1). Analisando a classificação do CCEB para mensurar o poder aquisitivo, notou-se que as classes D e C1 estiveram mais associadas à menor dependência (Grupo 3), já as classes B1, B2 e C2 a uma dependência moderada (Grupo 2) e a classe A2, embora com baixa frequência e pouca explicação, associada à dependência total (Grupo 1). Tanto a idade dos sujeitos quanto o tempo de lesão e o número de salários-mínimos não se apresentaram associados a nenhuma das demais categorias, apresentando-se no centro do gráfico, conforme se pode observar.

Discussão

Com relação à tecnologia assistiva, identificou-se predomínio em relação aos auxílios de mobilidade, especialmente as bengalas. Isso pode ser explicado, em parte, pelo fato de a amostra ter abarcado com maior prevalência a faixa etária de idosos, reservando-se os diagnósticos e os comprometimentos resultantes em alterações no aparelho locomotor. Esses resultados são similares aos encontrados em uma pesquisa que identificou 76 equipamentos em uso por idosos comunitários e, desses, 59,2% (n=45) eram recursos auxiliares para mobilidade, principalmente as bengalas, com 44,73% (n=34)⁽²⁴⁾.

O fato de os sujeitos da presente pesquisa, de modo geral, não apresentarem dependências severas, não exclui a possibilidade de eles utilizarem tecnologias que, em muitos casos, poderiam estar ajudando a promover aumento da independência, ou na ausência delas, maior dependência. Conseqüentemente, ao se pensar que as tecnologias podem auxiliar no desempenho ocupacional, considerou-se importante investigar a possível relação com esses recursos. Porém, os resultados foram opostos aos esperados, ou seja, para as tecnologias quanto maior a independência menor foi o número de tecnologias utilizadas, pois as classes com menor número de tecnologia estiveram associadas às classes independentes, e o maior número de tecnologias às classes com alguma dependência.

Tinha-se por hipótese que os sujeitos com maior número de tecnologias poderiam ter melhor independência pelo uso desses recursos. Várias deduções podem ser feitas para explicar esses resultados, dentre elas, destacam-se algumas: a) o não uso dos equipamentos, b) os equipamentos podem não estar contribuindo para as questões de independência investigadas, c) a tecnologia pode também auxiliar em algumas, mas não em todas as atividades desempenhadas por esses sujeitos e d) culturalmente, a relação de dependência dos sujeitos aos

familiares e das próprias características do envelhecimento poderiam estar influenciando a funcionalidade e a tecnologia.

Com base nesses dados, uma reflexão que se pode fazer é a do papel relativo da tecnologia na vida da pessoa com deficiência. A tecnologia, quando prescrita, acompanhada e adequada ao contexto e necessidade da pessoa pode ser um recurso importante e que contribui para a funcionalidade, entretanto, essa funcionalidade não substitui a tecnologia, mas auxilia no desempenho de determinadas funções.

Nesse sentido, em relação à Estratégia Saúde da Família, destaca-se a importância da articulação entre as Unidades de Saúde da Família e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, a fim de que esses possam dar seguimento e encaminhamento adequados das pessoas com deficiências para a atenção especializada e, assim, favorecer melhor organização e funcionamento dos serviços de saúde e das equipes multiprofissionais, no tocante à aquisição de tecnologias e de que modo essas poderiam auxiliar no desempenho de papéis ocupacionais, para essas pessoas.

Por outro lado, ao se considerar a classificação do CCEB, a fim de mensurar o poder aquisitivo, notou-se a tendência de que as classes com menor poder aquisitivo estiveram mais associadas à menor dependência, e o oposto para as classes econômicas mais altas. O *status* funcional resulta de diversas situações especiais, provocadas por distúrbios de origem multifatorial, associados às alterações do próprio processo de envelhecimento normal, ou a patologias crônicas e incapacitantes, ao desuso e condições socioeconômicas muitas vezes desfavoráveis⁽²⁴⁾. Porém, a questão do *status* funcional, relacionada ao poder aquisitivo, na presente pesquisa, mostrou relação não esperada e diferente da reportada na literatura, ou seja, os sujeitos com menor poder aquisitivo eram os mais independentes.

Tais dados foram diferentes de um estudo do IBGE, a partir dos indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil para o ano 2009, onde se identificou que as taxas de prevalência de incapacidade funcional em uma amostra de idosos pobres (com até 1 salário-mínimo *per capita*) eram maiores do que aqueles com renda mais elevada⁽⁴⁾.

Esse dado, entretanto, deve ser relativizado, uma vez que a frequência de sujeitos com poder aquisitivo nas classes mais altas (exemplo: A2) foi baixa, sendo importante pesquisas com amostras mais amplas e que investiguem esses achados, a fim de comparações desses resultados. Não se descarta a hipótese de que tais resultados tenham sido diferentes em função do critério socioeconômico da presente pesquisa ter sido o

poder aquisitivo e não a renda *per capita*. As pesquisas quantitativas acerca do status socioeconômico de pessoas com deficiências, em países em desenvolvimento, sugerem que essas pessoas estão em desvantagem em relação à educação e ao trabalho, porém, os indícios não são conclusivos para o status de pobreza, avaliado a partir do poder aquisitivo, renda ou despesas de consumo⁽⁷⁾.

Possíveis explicações podem ser atribuídas na discussão dos resultados da presente pesquisa. A experiência clínica tem mostrado que, de fato, os sujeitos com maior poder aquisitivo apresentam baixa independência, mesmo quando a sua capacidade poderia refletir maior independência. Esse aspecto tem sido discutido muitas vezes a partir de fatores que envolvem a passividade e superproteção desses sujeitos, a comodidade em ter um cuidador que realize as atividades por eles, assim como fácil acesso às tecnologias e à crença de que a reabilitação corretiva/restauradora trará a independência de forma automática. Esses achados também permitem discutir a questão da capacidade, ou seja, aquilo que os sujeitos realmente conseguiriam fazer porque são capazes, e a questão do desempenho; aquilo que eles fazem em sua realidade dentro de contextos particulares.

Talvez, por razões inversas às discutidas acima, na prática clínica, com sujeitos de menor poder aquisitivo, tem se observado busca desses para se adaptarem às suas condições reais com independência, uma vez que os recursos são escassos e esses sujeitos, frente às necessidades ambientais, adaptam-se ao que há de disponível em sua realidade. Não foram encontradas pesquisas que enfocassem a associação entre independência e papéis ocupacionais de sujeitos com deficiência física, entretanto, existem estudos que correlacionaram os papéis com maior satisfação na vida em uma amostra de idosos⁽²³⁾.

Em pesquisa pioneira, no Brasil, sobre papéis ocupacionais foi destacada a escassez de estudos com pessoas com deficiência física⁽¹¹⁾, o que torna pertinente a continuidade e a contribuição de investigações nessa direção para a população brasileira, cujas desigualdades sociais são persistentes. É importante se pensar no resgate de papéis ou mesmo no ganho de novos, identificando quais as capacidades de desempenho, as habilidades ou os facilitadores do ambiente que esses sujeitos necessitariam para desempenhar os papéis almejados e de que forma isso poderia reverter em ações de diferentes profissionais na promoção de tais papéis.

Em suma, pode-se discutir que a não associação entre todas as variáveis consideradas para essa pesquisa, a saber: independência, poder aquisitivo, papéis

ocupacionais e tecnologias, reflete, de certa forma, a não linearidade entre essas, dada a complexidade que as envolve. Nessa direção, o pensar na participação em papéis ocupacionais e na tecnologia, mediando tal participação, exige a reflexão sobre a interação entre as influências ambientais, o homem e suas ocupações.

Conclusão

Acredita-se que essa pesquisa atendeu os objetivos a que se propôs, entretanto, apresenta algumas limitações. Em função do delineamento da investigação abranger uma amostra de conveniência, é pertinente ressaltar que os resultados encontrados não podem ser generalizados para a população com deficiência física da cidade de São Carlos, mas restringem-se à amostra estudada.

Os resultados aqui apresentados demonstraram a existência de associações entre algumas, mas não em todas as variáveis consideradas para investigação. Cabe destacar que, embora a tecnologia não estivesse associada diretamente à independência, essa última mostrou associação com maior número de papéis ocupacionais, o que requer um olhar para as questões de independência, ao se considerar a participação em papéis ocupacionais e de que forma essa independência transita entre os papéis no cotidiano desses sujeitos. Seriam pertinentes novas pesquisas que investigassem os efeitos de intervenções na modificação de papéis ocupacionais de pessoas com deficiências físicas e, também, se é possível ampliar papéis ocupacionais mesmo em sujeitos com baixa independência em Atividades da Vida Diária. Dada a complexidade da tipologia dos diferentes papéis ocupacionais, cabe a elaboração de estratégias multiprofissionais que contemplem a pessoa com deficiência em suas necessidades, desejos e habilidades, a fim de favorecer a sua real inclusão social.

Referências

1. Neri M, Pinto A, Soares W, Costilla H. Retratos da Deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV/IBRE, CPS; 2003. 200 p.
2. Battistella LR. O prefeito cidadão. In: Fundação prefeito Faria Lima-Cepam; Secretaria dos direitos da pessoa com deficiência. Política municipal dos direitos da pessoa com deficiência. São Paulo; 2009. p. 5-5.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo demográfico 2010. [acesso 15 jun 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/sinopse.pdf>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil

2009. [acesso 12 jun 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shm
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico: Resultados preliminares da amostra 2010. [acesso 20 nov 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminaresamostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm
6. Instituto de Tecnologia Social (ITS). Conhecimento: pontes para a vida 2007. [acesso 1 jan 2011]. Disponível em: <http://www.itsbrasil.org.br/publicacoes>
7. World Health Organization (WHO). World Report on Disability 2011. [acesso em 12 jun 2011]. Disponível em: www.who.int
8. Decreto 6949, de 25 de agosto de 2009 (BR). Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. [acesso 1 out 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm
9. American Occupational Therapy Association - AOTA. Occupational therapy practice framework: domain and process (2nd). Am J Occup Ther. 2008;625-83.
10. Ata VII de constituição do Comitê de Ajudas Técnicas (CAT). [acesso 26 nov 2009]. Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/comiteat.asp>
11. Serna ECH, Sousa RMC. Mudanças nos papéis sociais: uma consequência do trauma crânio-encefálico para o cuidador familiar. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2006;14(2):183-9.
12. Quiles-Cestari LM, Ribeiro RPP. Os papéis ocupacionais de mulheres com anorexia nervosa. Rev. Latino-Am. Enfermagem. [periódico na Internet]. mar-abr 2012 [acesso 1 nov 2012]; 20(2):[08 telas]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692012000200004>
13. Cozby PC. Métodos de pesquisa em ciências do comportamento. São Paulo: Atlas; 2003. 456 p.
14. Oakley F, Kielhofner G, Barris R, Reichler RK. The role checklist: development and empirical assessment of reliability. Occup Ther J Res. 1986;6(3):157-70.
15. Cordeiro JJR, Camelier A, Oakley F, Jardim MJR. Cross-cultural reproducibility of the Brazilian portuguese version of the role checklist for persons with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Occup Ther. 2007;61(1):33-40.
16. Kielhofner G, Forsyth K, Suman M, Kramer J, Thomas-Nakamura H.; Yamada T, et al. A. Self-reports: eliciting client's perspectives. In: Kielhofner G. Model of Human Occupation: theory and application. 4th.ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2008. p. 237-261.
17. Parahyba MI, Stevens K, Henley W, Lang IA, Melzer D. Reductions in disability prevalence among the highest income groups of older Brazilians. Am J Public Health. 2009;99(1):81-6.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). [acesso 18 mar 2011]. Disponível em: <http://www.abep.org/>
19. Barros AJP, Leheld NAS. Projeto de pesquisa: propostas metodológicas. 13.ed. Petrópolis: Vozes; 2002. 127 p.
20. Minosso JSM, Amendola F, Alvarenga MRM, Oliveira MAC. Validação, no Brasil, do Índice de Barthel em idosos atendidos em ambulatórios. Acta Paul Enferm. 2010;23(2):218-23.
21. Araújo F, Ribeiro JLP, Oliveira A, Pinto C. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Rev Port Saúde Pública. 2007;25(2):59-66.
22. Hallet JD, Zasler PM, Maurer P, Cash S. Role change after traumatic brain injury in adults. Am J Occup Ther. 1994;48(3):241-6.
23. Elliot MS, Barris R. Occupational role performance and life satisfaction in elderly persons. Occup Ther J Res. 1987;7(4):215-24.
24. Mello MAF. A necessidade de equipamentos de auto-ajuda e adaptações ambientais de pessoas idosas dependentes vivendo na comunidade em São Paulo, Brasil [tese de doutorado]. São Paulo (SP). Programa de Reabilitação da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo; 1999. 91 p.

Recebido: 31.8.2012

Aceito: 3.12.2012

Como citar este artigo:

Cruz DMC, Emmel MLG. Associação entre papéis ocupacionais, independência, tecnologia assistiva e poder aquisitivo em sujeitos com deficiência física. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mar.-abr. 2013 [acesso em: _____];21(2):[08 telas]. Disponível em: _____

URL

 dia | ano
 mês abreviado com ponto