

Determinantes sociais da saúde, iniquidades e inclusão social entre pessoas com deficiência¹

Regina Celia Fiorati²
Valeria Meirelles Carril Elui²

Objetivo: analisar a inclusão sociofamiliar e comunitária e a participação social de pessoas com deficiência, bem como sua inserção em ocupações na vida cotidiana. Método: estudo qualitativo, com coleta de dados por meio de entrevistas abertas sobre história de vida e observação sistemática. A amostra foi composta por dez pessoas com deficiência, adquirida ou congênita, moradoras de região adstrita a um Núcleo de Saúde da Família. O referencial teórico foi a concepção social da deficiência. Os dados foram analisados segundo abordagem interpretativa reconstrutiva, fundamentada no referencial da Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. Resultados: os resultados evidenciaram que a inclusão sociofamiliar e comunitária dos sujeitos do estudo condiciona-se a determinantes sociais da saúde, apresentando índices de iniquidades sociais, expressos pela dificuldade de acesso a serviços de Atenção Primária à Saúde e de reabilitação, trabalho e renda, educação, cultura, transporte e participação social. Conclusão: conclui-se a necessidade da elaboração de programas de atenção centrados na comunidade, voltados ao enfrentamento da pobreza e à inclusão social, em articulação com serviços de Atenção Primária à Saúde.

Descritores: Pessoas com Deficiências; Determinantes Sociais da Saúde; Iniquidade Social; Atenção Primária à Saúde; Reabilitação.

¹ Apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), Brasil, processo nº 2011/21523-6.

² Professor Doutor, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

No Brasil, embora alguns avanços tenham sido registrados quanto à inclusão de pessoas com deficiência no mercado de trabalho e no âmbito sociocultural, ainda observa-se que muitas permanecem sem acesso a serviços básicos de reabilitação e oportunidades, em condições de igualdade, como educação, formação profissional, trabalho, lazer e outras atividades. Algumas, inclusive, desconhecem os dispositivos assistenciais e direitos sociais e encontram-se restritas, confinadas ao espaço doméstico, muitas vezes em estado de isolamento social⁽¹⁻²⁾.

A inclusão social de pessoas com deficiência é pré-requisito fundamental para qualidade de vida e promoção de saúde, entendendo-se, para tanto, a necessidade de envolvimento e participação em atividades que integram o universo existencial humano⁽³⁻⁴⁾.

Neste estudo, adotou-se como referencial teórico a abordagem social da deficiência, ou seja, a deficiência compreendida como uma condição socialmente construída, de modo que cabe à sociedade reorganizar-se, para garantir acesso universal da pessoa com deficiência a todos os espaços, equipamentos, serviços, organizações e recursos publicamente disponibilizados à coletividade. Assim, os serviços que visam à reabilitação destas pessoas devem oferecer alternativas e desenvolver estratégias que viabilizem sua participação integral na sociedade⁽⁵⁻⁶⁾.

O reconhecimento de um modelo biopsicossocial de deficiência ganha relevância e centralidade em 2001, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) apresentou uma revisão da International Classification of Impairment, Disabilities and Handcaps (ICIDH). Trata-se de um questionamento de abordagem puramente biomédica, adotada até então, reconhecendo o caráter social e político da deficiência com base na publicação da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), documento que padroniza e unifica a linguagem para descrição da saúde e de estados a ela relacionados⁽⁷⁻⁸⁾.

Além disso, em 2006, a ONU publicou o marco legislativo, atualmente em vigor, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência da ONU (CDPCD)⁽⁹⁾. A CPDCD inova no arcabouço internacional dos tratados, até então acordados, através do reconhecimento explícito de que o meio ambiente, assim como o econômico e social, constituem fator de agravamento da deficiência e que as barreiras ambientais e psicossociais cerceiam a

plena participação social em igualdade de oportunidades com as demais pessoas⁽⁹⁾.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 prevê cuidado, assistência pública, proteção, integração social e garantia dos direitos humanos integrais às pessoas com deficiência, no âmbito da competência comum das três esferas de Governo (municipal, estadual e federal) e, inclusive, o dever de disponibilizar atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis de atenção: primário, secundário e terciário⁽¹⁰⁾.

Segundo a concepção de deficiência como responsabilidade socialmente compartilhada, a integralidade na atenção à saúde da pessoa com deficiência compreende desde prevenção/promoção até assistência especializada em reabilitação, garantindo assim, cuidado articulado e ampliado, conforme previsto na Política Nacional de Saúde (PNS)⁽¹¹⁻¹²⁾.

Entretanto, no Brasil, ainda há índices acentuados de desigualdades sociais, submetendo alguns segmentos da população a iniquidades e injustiças sociais, neste caso representadas pela inacessibilidade a condições de vida digna, como renda, trabalho, educação, habitação e serviços de saúde. Estudos mostram que pessoas com deficiência apresentam risco maior à vulnerabilidade social, quando encontram dificuldades de acesso ao trabalho, educação e serviços especializados de reabilitação⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Neste contexto, o presente artigo, recorte de pesquisa realizada em Ribeirão Preto, envolvendo pessoas com deficiência moradoras de região adstrita a um Núcleo de Saúde da Família do município, entre 2011 e 2012, contribui para investigação da temática ao analisar a inclusão destas pessoas na família (qual papel desempenhavam) e na rede comunitária, com base em suas participações sociais e ocupações na vida cotidiana.

Método

Trata-se de estudo de abordagem qualitativa, considerando que a natureza do objeto de investigação relaciona-se às dimensões simbólicas e intersubjetivas presentes nas pessoas estudadas, seus valores, significados que atribuem a sua condição de saúde e vida, aspectos culturais e representações sociais. Interpretativo reconstrutivo, pois foi além de uma metodologia meramente descritiva, desenvolvendo-se com base em uma abordagem interpretativa e reconstrutiva dos dados, segundo o referencial da hermenêutica dialética⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Após apresentação formal dos pesquisadores, os participantes e seus familiares foram informados sobre a pesquisa e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinando-o caso concordassem em participar, iniciando-se a coleta de dados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas sobre histórias de vida, gravadas com a autorização dos sujeitos, e com observação sistemática da coordenadora da pesquisa e estudantes do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (TO-FMRP-USP). Os sujeitos foram convidados a narrar suas vidas, obtendo-se assim, a biografia de cada entrevistado; ao mesmo tempo, os estudantes efetuaram anotações relativas a observações realizadas no local da pesquisa. O relacionamento entre participantes e pesquisadores foi baseado em respeito e observância aos preceitos éticos.

Participaram do estudo dez pessoas com deficiência, congênita ou adquirida, maiores de 18 anos, com condições cognitivas para narrar suas histórias de vida. O tipo de deficiência não constituiu critério de seleção, de modo que foram entrevistados sujeitos com deficiências de ordem física, motora, sensorial, mental e/ou múltipla, uma vez que o objetivo foi conhecer o contexto social da condição de deficiência, não importando, para fins deste estudo, as implicações clínicas decorrentes da condição da deficiência.

Foram identificadas 20 pessoas com deficiência no território abarcado pelo estudo, sendo que a população atendida pelo Serviço de Saúde da Família foi estimada em 250 famílias. Dos 20 sujeitos, quatro não quiseram participar, dois não apresentavam condição cognitiva para relato de vida e três não foram encontrados em seus domicílios. Ao final, foram selecionadas dez pessoas que concordaram em participar da pesquisa e atendiam aos critérios de inclusão.

As entrevistas foram realizadas nos domicílios dos sujeitos, moradores da região adstrita a um Núcleo de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto (SP), precedidas de detalhada explicação sobre a pesquisa, objetivos e metodologia. As entrevistas duraram de uma hora a uma hora e 40 minutos, foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram analisados e interpretados, buscando-se a construção do conhecimento com base nos objetivos da pesquisa.

A cada sujeito solicitou-se a narração de sua vida, do nascimento até o momento atual, possibilitando-lhe rever sua trajetória. As narrativas mencionaram acontecimentos relevantes para o conhecimento de sua condição e abordaram suas vivências contextualizadas

com histórias familiares. Durante as entrevistas estavam presentes: o sujeito participante, a pesquisadora, familiares e estudantes do Curso TO-FMRP-USP, orientandos de Iniciação Científica da pesquisadora.

Os conteúdos textuais provenientes das narrativas das histórias de vida dos sujeitos pesquisados foram interpretados à luz do referencial Teoria da Ação Comunicativa de Jürgen Habermas, a qual fundamenta-se no pressuposto de que uma racionalidade comunicativa requer uma situação dialógica entre os participantes de um processo de comunicação, ou seja, há reciprocidade integral entre os participantes, em que todos os proferimentos linguísticos têm igual valor. Toda ação comunicativa visa à formação de um consenso fundado, que define-se como um entendimento mútuo entre os comunicantes sobre algo no mundo da vida. As narrativas, contextualizadas historicamente e culturalmente na análise dos dados, permitiram apreensão compreensiva e interpretativa das informações contidas no diálogo estabelecido⁽¹⁷⁾.

Dessa forma, esse referencial propiciou análise não apenas descritiva, mas interpretativa e reconstrutiva dos resultados obtidos. Por meio da ordenação dos dados, com base em leitura e releitura das narrativas de vida, procedeu-se à articulação entre seus conteúdos e disposições histórico-culturais que condicionaram os discursos proferidos, associando os dados da observação em local da pesquisa e a autopercepção dos sujeitos estudados quanto à expectativa em relação a sua autonomia, ações de saúde dos serviços de saúde e projetos de vida⁽¹⁸⁾.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e aprovado em 27 de dezembro de 2011 (protocolo nº 468/CEP/CSE-FMRP-USP).

Resultados

A inclusão familiar das pessoas com deficiência que participaram do estudo relaciona-se ao grau de inclusão/integração social que a própria família ocupa na sociedade: as famílias com melhores condições socioeconômicas, culturais e com escolaridade acionam mais recursos sociais de cuidado. Nesse sentido, a pessoa cuidada dispõe de suporte social mais fortalecido e ocupa um lugar personalizado na família, ou seja, desempenha papel articulado na dinâmica familiar e apresenta importante grau de autonomia na decisão sobre eventos pessoais e familiares. Acresce-se que

sua participação social é mais efetiva quando tem maior acesso a recursos comunitários, culturais e sociais, necessários ao desenvolvimento humano. Essa realidade foi observada em dois sujeitos estudados, os quais possuem ensino médio completo e superior, respectivamente. No primeiro caso, a pessoa exerce atividade com vendas (roupas e cosméticos) e, no segundo, recebe aposentadoria por invalidez, tendo atuado como técnico de nível superior.

Entretanto, essa condição não é observada em famílias cuja situação social tende à vulnerabilidade, com escassos recursos socioeconômicos, culturais, baixa escolaridade e de suporte social que, por vezes, geram vínculos familiares fragilizados. Em três núcleos familiares encontrou-se a caracterização de vulnerabilidade social associada com: baixa escolaridade, falta de acesso ao trabalho, educação, transporte, habitação e meio ambiente sustentável. Nesses locais foram observadas condições precárias de higienização do espaço doméstico e dos sujeitos da pesquisa, falta de informação dos familiares e sujeitos sobre a deficiência e cuidados necessários, ausência de recursos materiais, tais como tecnologia assistiva, meios de transporte, e dificuldades financeiras para aquisição de materiais de primeira necessidade, entre outros.

Ainda neste estudo, oito entrevistados não mantinham ocupações significativas no cotidiano, bem como, não apresentavam efetiva participação social. Quatro participantes permaneciam restritos ao espaço domiciliar, em decorrência de escasso acesso a

serviços, locais públicos e ausência de oportunidades oferecidas a toda coletividade. Mencionaram dificuldades de transporte, falta de tecnologia assistiva, restrições econômicas para locomoção ou acesso a serviços e equipamentos sociais e culturais. Mesmo os dois sujeitos que relataram maior apoio familiar e condição social para sair de casa, frequentar espaços públicos e sociais e desempenhar alguma ocupação doméstica, referiram grandes obstáculos para acesso aos espaços públicos, devido a barreiras geográficas, psicossociais, culturais e também dificuldades econômicas decorrentes da exclusão do mercado de trabalho.

Verbalizaram também dificuldades de acesso aos serviços de saúde, tanto no nível primário quanto no secundário, lamentando permanecerem sem reabilitação devido a dois principais fatores: o primeiro decorrente de barreiras geográficas e de condições socioeconômicas e culturais dos sujeitos e suas famílias, levando à falta de transporte para os serviços, de informações técnicas e direitos sociais e à ausência de tecnologia assistiva para locomoção; o segundo relaciona-se aos serviços de saúde, como escassez de atenção e cuidado por parte dos serviços de saúde, realizados na comunidade e em domicílio, que promovam acessibilidade universal da pessoa com deficiência. Além disso, há problemas de articulação em rede dos serviços de saúde, dificultando a coordenação e integralidade da atenção.

A seguir apresenta-se a Figura 1, com aspectos sociodemográficos dos sujeitos:

	Deficiência	Gênero	Idade	Constituição familiar	Condição socioeconômica, escolaridade, habitação
Sujeito 1	Paralisia cerebral	Feminino	32	Reside com o pai e a mãe. 1ª filha. Irmão casado	Renda: aposentada por invalidez e trabalho informal Ensino médio Habitação própria da família
Sujeito 2	Sequela de poliomielite.	Masculino	50	Reside com a mãe. Irmão casado reside em outra casa	Renda da família: aposentadoria por invalidez Ensino fundamental I incompleto Habitação alugada
Sujeito 3	Diagnóstico desconhecido. Deficiência adquirida aos 30 anos.	Feminino	37	Reside com mãe, irmã e sobrinha.	Renda familiar: aposentadoria por invalidez Ensino fundamental incompleto Habitação alugada
Sujeito 4	Sequela de AVC	Masculino	73	Reside com ex-esposa, um filho e um neto.	Renda familiar: aposentadoria por invalidez. Ensino fundamental incompleto Habitação própria
Sujeito 5	Sequela de diabetes. Deficiente visual. Sequela de fratura dos MMII.	Feminino	75	Reside com filha e dois netos	Participante não tem aposentadoria Ensino fundamental incompleto Habitação própria da filha
Sujeito 6	Sequela de AVC. Alcoolismo. Sequela de fratura dos MMII.	Masculino	70	Mora com esposa e três filhos. Filha casada reside em outra casa	Renda familiar: proveniente dos filhos, participante não tem aposentadoria. Ensino fundamental incompleto Reside em casa de fundos

(a figura 1 continua na próxima página)

	Deficiência	Gênero	Idade	Constituição familiar	Condição socioeconômica, escolaridade, habitação
Sujeito 7	Sequela de Meningite com 3anos. Déficit cognitivo. Hemiparesia direita HIV positivo	Masculino	24	Reside com a mãe, duas irmãs e uma prima de 13 anos grávida. Pai internado em clínica de reabilitação	Renda familiar: aposentaria por invalidez do pai, por alcoolismo Analfabeto funcional – frequentou escola especial dois anos na infância, não possui aposentaria, nem benefício.
Sujeito 8	Sequela de TCE causado por um tiro na cabeça.	Masculino	36	Reside com a mãe, uma irmã e dois sobrinhos	Renda familiar: aposentadoria por invalidez. Ensino fundamental. Habitação alugada
Sujeito 9	Paralisia cerebral. Déficit cognitivo	Masculino	45	Reside com o pai, mãe falecida. Irmã casada.	Renda familiar: aposentaria do pai e benefício Frequenta escola especial Habitação: fundos, alugada
Sujeito 10	Sequela de AVC	Masculino	68	Reside com esposa, um filho e dois netos	Renda familiar: aposentaria por invalidez, referente ao cargo de técnico de nível superior e salário da esposa. Ensino superior completo. Habitação própria

Figura 1 - Aspectos sociodemográficos dos sujeitos

Discussão

A análise dos dados permitiu a identificação de dois eixos temáticos relacionados aos temas predominantes nas narrativas dos sujeitos: a inclusão das pessoas com deficiência nos contextos familiar e comunitário e os determinantes sociais da saúde e iniquidades; e o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: a coordenação do sistema desde a APS aos serviços especializados de reabilitação.

A seguir serão apresentados e discutidos os dois eixos temáticos:

A inclusão sociofamiliar das pessoas com deficiência e determinantes sociais da saúde

A inclusão sociofamiliar e comunitária da pessoa com deficiência está diretamente relacionada a fatores econômicos, culturais e políticos. Neste estudo foram identificadas iniquidades sociais evidenciadas pela falta de acesso a serviços básicos e imprescindíveis à condição de vida digna, o que remete à discussão sobre os determinantes sociais da saúde.

Com frequência, a situação de vulnerabilidade social associa-se à realidade das pessoas com deficiência, as quais encontram-se entre as mais pobres, com menor nível de escolaridade e padrão de renda no Brasil e no mundo. A produção das deficiências tem relação direta com condições precárias de nutrição, moradia, saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, equipamentos sociais e baixa renda, sendo condições de vida determinantes em áreas de incidência da pobreza, principalmente em países pobres

ou em desenvolvimento, na América Latina, África e parte da Ásia⁽¹⁹⁾.

As desigualdades sociais e a pobreza influenciam e, em determinados casos, inviabilizam o acesso aos equipamentos da rede de suporte social, às informações básicas sobre direitos sociais e aos recursos disponíveis na sociedade. Além disso, as pessoas com deficiência integram um segmento social dentre os mais excluídos do mercado de trabalho, dos mecanismos de geração de renda, da educação e do acesso às oportunidades sociais em chances iguais. Embora mudanças tenham sido implementadas em nações com maior índice de desenvolvimento, ainda é significativo o número de países que apresentam fortes índices de iniquidade social e em saúde, refletindo diretamente sobre as condições de vida e saúde das pessoas com deficiência⁽²⁰⁻²¹⁾.

No Brasil, a gravidade dos quadros de pobreza e miséria constitui permanente preocupação, impondo reflexão sobre consequências sociais, sobretudo na área de atuação com famílias e comunidades, onde as políticas públicas, especialmente de saúde e socioassistenciais, ainda carecem de ação mais expressiva. O Estado deve assegurar os direitos e propiciar condições à efetiva participação das pessoas com deficiência⁽²⁾.

Essa realidade, portanto, verificada por este estudo, merece maior atenção no que diz respeito aos seus determinantes sociais. As tecnologias de saúde voltadas à pessoa com deficiência deveriam contemplar estratégias e ações de interferência nesses determinantes, uma vez que as iniquidades geradas nesse contexto oferecem impacto significativo sobre as condições de saúde dessa população.

Nesse sentido, emerge a necessidade de recuperação dos direitos sociais das pessoas com deficiência, previstos constitucionalmente, e de fiscalização, de forma que setores articulados da sociedade elaborem e implementem políticas públicas voltadas à resolubilidade das condições prevalentes de vulnerabilidade social entre essa população. É, ainda, necessário a elaboração de programas com base na Atenção Primária à Saúde, tendo como objetivo a erradicação das iniquidades sociais detectadas, principalmente no que refere-se à falta de acesso generalizado a serviços e oportunidades que, embora previstos na Lei Constitucional, ainda encontram resistência no âmbito da administração pública, em virtude da concentração de renda e poder em setores privados ligados aos governos e de suas orientações políticas⁽¹²⁾.

A coordenação da atenção voltada às pessoas com deficiência: da Atenção Primária à Saúde aos serviços especializados de reabilitação

Segundo o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência em saúde é organizada em três níveis de atenção (sem considerar o quarto nível para determinado tipo de atenção hospitalar, por merecer discussão mais aprofundada). A atenção básica ou Atenção Primária à Saúde tem função ordenadora do Sistema e é responsável por um conjunto de ações que englobam promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Desenvolve-se, principalmente, nos territórios por meio de práticas comunitárias. O nível secundário da atenção caracteriza-se pela assistência, principalmente em ambulatorios de especialidades, pronto-atendimentos e hospitais-escolas. E o terciário é constituído pela atenção hospitalar de grande porte⁽¹¹⁻¹²⁾.

No entanto, neste estudo, de acordo com a observação de visitas de agentes comunitários de saúde e narrativas dos participantes da pesquisa, os serviços de atenção primária focalizam a manutenção da saúde geral e pouco interferem na condição da deficiência, considerando-a responsabilidade dos serviços especializados de reabilitação, nos níveis secundário e terciário da atenção em saúde no Brasil.

Acresce-se que, os serviços especializados de reabilitação estão localizados em locais distantes das moradias dos sujeitos e não oferecem atenção e cuidado centrados na comunidade e em domicílio, evidenciando falta de articulação na rede dos serviços de saúde no território pesquisado⁽⁴⁾.

Há uma condição de fragilidade e descontinuidade no atendimento às pessoas com deficiência. Segundo

a OMS, apenas 2% delas têm acesso à reabilitação, enquanto que em países em desenvolvimento esse número cai para 1 a 2 em 10⁽²²⁾.

No Brasil predomina-se o terceiro nível da atenção à pessoa com deficiência, o que não se coaduna à Política Nacional da Pessoa com Deficiência, a qual preconiza a atenção a esse segmento social nos três níveis de complexidade, de forma integrada⁽¹⁰⁾.

Outro aspecto importante desta questão relaciona-se ao fato dos serviços de reabilitação guiarem-se exclusivamente pelo referencial biomédico e funcional. Assim, sem uma concepção social da deficiência, os serviços especializados não compreendem sua responsabilidade frente às ações de inclusão social da pessoa com deficiência, resgate de sua autonomia e independência na vida prática e social. Isso não constitui um problema para os países desenvolvidos que, de certa forma, conseguiram contornar a maioria dos determinantes sociais que interferem na deficiência e acessibilidade das pessoas com deficiência, no entanto, não é realidade de países pobres ou em desenvolvimento, que apresentam grandes desigualdades sociais e de acesso a serviços de saúde, presentes em amplos segmentos da população, inclusive entre pessoas com deficiência⁽²³⁾.

Destaca-se, portanto, a necessidade de atenção e cuidado à pessoa com deficiência, centrada na comunidade e em domicílio. Além disso, é preciso criar programas intersetoriais de erradicação da pobreza e de redução da vulnerabilidade social em nível local, de cada território identificado. Esses programas devem organizar-se de maneira articulada e com base na Atenção Primária à Saúde, envolvendo atores locais, equipamentos culturais, escolares e socioassistenciais presentes no território, bem como representantes do governo e setor jurídico⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Conclusão

No Brasil, o processo de democratização da saúde, decorrente da implantação do SUS, inseriu a atenção às pessoas com deficiência no contexto de políticas públicas. Dessa forma, após publicação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, em 2002, foram definidas as diretrizes para que estados e municípios organizassem suas ações para atendimento a essas pessoas. Neste momento, preconizou-se uma concepção ampliada de atenção à saúde da pessoa com deficiência, ao contemplar um cuidado articulado e contínuo nos três níveis de complexidade, abarcando

prevenção/promoção à saúde e reabilitação, visando tanto integralidade das ações quanto do ser.

Entretanto, considerando os determinantes sociais da saúde e a erradicação das iniquidades sociais, há necessidade de atenção aos diversos contextos locais, ainda marcados por dificuldades na acessibilidade aos bens materiais e imateriais e oportunidades sociais. Assim, propõe-se a criação de programas de atenção integral à pessoa com deficiência, que articulados em rede multiprofissional e intersetorialmente, devem coordenar os diversos níveis de cuidado, desde a Atenção Primária à Saúde aos serviços especializados de reabilitação, e demais equipamentos sociais. A experiência brasileira mostra que a Atenção Primária à Saúde é o nível que melhor detecta as necessidades sociais e de saúde da população adstrita e, portanto, pode sinalizar o caminho a ser percorrido pelos serviços especializados de reabilitação.

Como em determinados territórios brasileiros ainda prevalecem índices acentuados de grupos socialmente vulneráveis, entre eles pessoas com deficiência, aponta-se a importante necessidade de implementação de programas intersetoriais de atenção primária aos grupos vulneráveis, envolvendo agentes locais dos territórios identificados, equipamentos dos serviços públicos localizados nesses territórios, além de representantes do governo municipal, para formulação de estratégias com vistas à redução de vulnerabilidade, criação de oportunidades, erradicação da pobreza e índices de iniquidades. Dessa forma, uma vez incluídas nesses programas e estratégias, essas pessoas deveriam dispor de tecnologias que favorecessem suas necessidades prementes de inclusão social e acessibilidade.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da articulação dos profissionais de saúde que integram a rede de serviços da Atenção Primária à Saúde, em interface com outros setores sociais, para coordenação do processo de formulação de políticas e programas voltados à melhoria do acesso das pessoas com deficiência, em situação de vulnerabilidade social, aos serviços de saúde. A elas devem ser garantidas a reabilitação e oportunidades de renda, trabalho, habitação, transporte, meio ambiente saudável, qualidade de vida e equidade social.

Agradecimentos

Aos sujeitos que participaram desta pesquisa.

Referências

1. Bernardes LCG, Maior IMML, Spezia CH, Araújo TCCF. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):31-8.
2. Bus, PM, Pellegrini A Filho. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):77-93.
3. American Occupational Therapy Association. The occupational therapy practice framework: Domain and process. *Am J Occup Ther*. 2008;62(6):625-83.
4. Phillips RL, Olds T, Boshoff K, Lane AE. Measuring activity and participation in children and adolescents with disabilities: A literature review of available instruments. *Austr Occup Ther J*. 2013;60:288-300.
5. Tregaskis C. Social model theory: The story so far: disability and society 2002; 17 (4): 457-470.
6. Bampi LNS, Guilhem D, Alves ED. Social Model: A New Approach of Disability Theme. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(4):816-23.
7. Almansa J, Ayuso-Mateos L, Garin O, Chatterji S, Kostanjsek N, Alonso J, et al. The International Classification of Functioning, disability and health: development of capacity and performance scales. *J Clin Epidemiol*. 2011;64:1400-11.
8. Ladner R. Broadening participation: the impact of the United Nations Convention on the Rights of Person with Disabilities. *Commun ACM*. 2014;57(3):30-1.
9. Gannon B, Nolan B. The impact of disability transitions on social inclusion. *Soc Sci Med*. 2007;64:1425-37.
10. Bernardes LCG, Araújo TCCF. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(9):2435-45.
11. Santos TR, Alves FP, França ISX, Coutinho BG, Silva WR Junior. Políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência. *Rev Ágora*. 2012;15:210-9.
12. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. *Saúde Soc*. 2009;18(2):189-98.
13. Pereira GN, Bastos GN, Del Duca GF, Bós ALG. Indicadores demográficos e socioeconômicos associados à incapacidade funcional em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(11):2035-42.
14. Szwarcwald CL, Mota JC, Damascena GN, Pereira TGS. Health Inequalities in Rio de Janeiro, Brazil: Power Healthy Life Expectancy in Socioeconomically

Disadvantaged Areas. *Am J Public Health*. 2011;101(3):517-23.

15. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.

16. Johnson JK, Barach P. The role of qualitative methods in designing health care organizations. *Environ Beh*. 2008;40(2):191-214.

17. McIntosh D. Language, self and lifeworld in Habermas's Theory of Communicative Action. *Theory Soc*. 1994;23:1-33.

18. Müller JS Neto, Artmann E. Política, gestão e participação em saúde: uma reflexão ancorada na Teoria da Ação Comunicativa de Habermas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(12):3407-16.

19. Groce N, Kett M, Laing R, Trani JR. Disability and poverty: the need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice. *Third World Q*. 2011;32(8): 1493-513.

20. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365(19):1099-104

21. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health*. 2011;10(15):2-3.

22. Boldt C, Grill E, Bartholomeyczik S, Brach M, Rauch A. Combined application of the International Classification of functioning, disability and health and the NANDA-International Taxonomy II. *J Adv Nurs*. 2010;66(8):1885-98.

23. Gulati S, Peterson M, Medves J, Luce-Kapler R. Adolescent Group Empowerment: Group-Centred Occupations to Empower Adolescents with Disabilities in the Urban Slums of North India. *Occup Ther Int*. 2011;18(2):67-84.

24. Hargreave JR, Boccia D, Evans CA, Adato M, Petticrew M, Porter JDH. The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action. *Am J Public Health*. 2011;101(4):654-62.

25. Powell-Jackson T, Basu S, Balabanova D, McKee M, Stuck D. Democracy and growth in divided societies: A health-inequality trap?. *Soc Sci Med*. 2011;73:33-41.

Recebido: 27.6.2014

Aceito: 4.12.2014