

USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA: QUESTÕES PARA A ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

USERS WITH SPECIAL NEEDS: QUESTIONS FOR THE PRIMARY HEALTH CARE

USUARIOS CON NECESIDADES ESPECIALES: CUESTIONES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Marta Julia Marques Lopes¹
Joannie dos Santos Fachinelli Soares²
Gláucia Bohusch³

Objetivou-se analisar o perfil dos usuários Portadores de Necessidades Especiais (PNE) domiciliados na área de adscrição de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Utilizou-se como método o estudo de caso, com base em pesquisa em prontuários e entrevistas individuais. Foram identificados 31 usuários portadores de deficiência, dos quais 7 foram entrevistados. Entre esses, a maioria eram mulheres idosas, tinham níveis baixos de escolaridade e renda e possuíam comorbidades. Todos apresentavam dificuldades de locomoção e dependência de terceiros para a realização de atividades da vida diária e os cuidadores eram predominantemente familiares. Das entrevistadas, duas conseguiram acessar a UBS para consultas locais e os demais recebiam atendimento de saúde apenas em casos de emergência. Concluiu-se que a falta de estrutura adequada às limitações dos usuários PNE dificulta, e muitas vezes impossibilita seu acesso aos serviços de saúde, ferindo assim o princípio constitucional de justiça social nesses serviços.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso aos serviços de saúde. Qualidade. Acesso e avaliação da assistência à saúde. Pessoas com deficiência. Atenção primária de saúde.

This study is aimed towards analyzing the profile of the users with disabilities domiciled in the area of adscription of a Basic Health Unit (BHU). The method used was a case study based on researches on patient records and individual interviews. We identified 31 users with disabilities, of which 7 were interviewed. Among these, the majority was of elderly women, with low levels of education and income and presented comorbidities. They all had walking difficulties and dependence on others to perform daily activities and the caregivers were predominantly family members. Only two respondents were able to access the Basic Health Unit for local consultations and the others received health care only in emergency cases. One can conclude that the lack of adequate structures for the limitations of the users with disabilities, hinders, and many times makes accessibility to health services impossible, going against the constitutional principle of social justice in these services.

KEY WORDS: Health services accessibility. Health care quality, access and evaluation. Disabled persons. Primary healthcare.

Este estudio tuvo como objetivo analizar el perfil de los usuarios portadores de discapacidad con domicilio en la zona de adscripción de una Unidad Básica de Salud (UBS). El método utilizado fue un estudio de caso, a partir de un registro de archivos y entrevistas individuales. Fueron identificados 31 usuarios portadores de discapacidad de

¹ Doutora em Sociologia. Professora Titular da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRS). marta@enf.ufrgs.br

² Mestra em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela UFRS. jofachi@hotmail.com

³ Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição. glauciabohusch@gmail.com

los cuales 7 fueron entrevistados. Entre estos, la mayoría eran mujeres de edad avanzada, tenían bajos niveles de educación e ingresos y comorbilidades. Todos presentaban dificultades de locomoción y dependencia de terceros para realizar las actividades de la vida diaria y los cuidadores eran predominantemente familiares. Únicamente dos de los encuestados podían acceder a una UBS para consultas locales y los otros recibían atención de salud solamente en casos de emergencia. Se concluyó que falta la falta de estructura adecuada a las limitaciones de los usuarios portadores de discapacidad, dificulta, y muchas veces imposibilita su acceso a los servicios de salud, buriendo, en esta manera, el principio constitucional de justicia social en estos servicios.

PALABRAS-CLAVE: Accesibilidad a los servicios de salud. Calidad, acceso y evaluación de la atención de salud. Personas con discapacidad. Atención primaria de salud..

INTRODUÇÃO

Este artigo enfoca a Rede Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) na perspectiva da universalidade e integralidade da atenção a usuários portadores de deficiência. Trata-se de um estudo de caso em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da região da Lomba do Pinheiro, zona Leste do município de Porto Alegre (RS).

Dentre as motivações para desenvolver este estudo está a constatação, por meio de informações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), confirmada pelos prontuários de famílias da UBS em questão, de que não existem informações sobre essa população de usuários, nenhum cadastro sobre as necessidades especiais apresentadas e, conseqüentemente, nenhuma ação específica de cuidado e inclusão a eles dirigida.

O Censo Demográfico realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revela que existem 45,6 milhões de brasileiros portadores de algum tipo de deficiência, correspondendo a 23,9% da população. Em relação à proporção de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas segundo os grupos de idade, constatou-se que entre as crianças de 0 a 14 anos de idade a prevalência foi de 7,5%; na população de 15 a 64 anos de idade, 24,9%; e na população de 65 anos ou mais de idade, 67,7%. O percentual da população feminina com pelo menos uma das deficiências investigadas foi de 26,5% e o da população masculina foi de 21,2%. Isso se deve ao fato de que o número de mulheres com mais de 65 anos é superior ao de homens nesta faixa etária (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Nas últimas décadas, a área da saúde aumentou significativamente a produção de estudos sobre a deficiência, com alguma mudança no enfoque dos estudos que antes eram direcionados apenas para a cura das deficiências. Nesse mesmo período, surgiram movimentos sociais articulados por pessoas portadoras de deficiência que buscavam mudanças na visão discriminatória sobre a deficiência, dando início a um processo de integração social que contou com o estímulo da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, a deficiência ganhou visibilidade social no Brasil e as pessoas portadoras de deficiência conquistaram mudanças na legislação e ampliaram seu espaço no mercado de trabalho e na mídia. No entanto, apesar das notáveis conquistas, ainda persistem barreiras sociais e preconceitos a serem superados (PEREIRA, 2006).

Aponta-se que as legislações voltadas para os direitos da pessoa com deficiência, apesar de bem elaboradas e abrangentes, ainda precisam ser mais bem implementadas e fiscalizadas, para que se possam construir ações facilitadoras da acessibilidade, possibilitando a inclusão social dessas pessoas. Particularmente no que se refere ao âmbito da saúde pública, observa-se que a assistência a essa população ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações, inserindo-se marginalmente no sistema de saúde (GIRONDI; SANTOS, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde, Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990), no artigo 7º, garante constitucionalmente o direito à universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a igualdade da assistência à saúde,

sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. Assim, com base nesse marco constitucional, o acesso universal aos serviços de saúde passa a ser uma garantia constitucional conquistada pela população brasileira.

Nessa direção, a universalidade da assistência no SUS significa que toda e qualquer pessoa, sem nenhum tipo de discriminação ou exclusão, tem direito a cuidados de saúde, acessíveis na rede de serviços públicos do SUS, proporcionando oportunidades de inclusão e melhoria geral na qualidade de vida. Por sua vez, a acessibilidade tem como objetivo permitir ganhos de autonomia e de mobilidade a uma gama maior de pessoas, incluindo, assim, aquelas que tiveram uma redução em sua mobilidade ou apresentam dificuldades de comunicação, para que todos usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade (BRASIL, 2010).

Assim, considerando essas dimensões da satisfação das necessidades humanas, trata-se de proporcionar uma ampliação de liberdades no sentido exposto por Amartya Sen (2000), de que proporcionar liberdades para fazer coisas favorece a oportunidade das pessoas no que diz respeito à expansão das capacidades, convertendo recursos em bem-estar. Para esse autor (prêmio Nobel de Economia em 1998), ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas para cuidar de si mesmas.

Essa ideia de ampliação de liberdades possibilita argumentar-se que a ampliação das capacidades de autocuidado configura-se em efetiva responsabilidade dos serviços de saúde, que devem estimulá-las. Garantir que a oferta de cuidados (acesso) se dê sem discriminações de qualquer ordem, de forma acessível e, portanto, considerando as singularidades das necessidades de quem demanda, torna-se um imperativo. Não se trata, portanto, de “trabalho extra” ou de onerar o sistema de cuidados, mas de proporcionar a cada pessoa o que tem direito no pleno exercício da cidadania. A “diferença”, nesse caso, constitui-se em necessidade de aperfeiçoamento do sistema, para transformar “incapacidades” em potencial de cuidado. Para os serviços de saúde, produzir inclusão consiste em aumentar

as capacidades de fazer frente às limitações impostas pela condição física e/ou psicológica e garantir saúde e dignidade às pessoas.

Na Constituição Federal de 1988 foram assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências nos mais diferentes campos e aspectos (BRASIL, 1988). Desde então foram criadas várias políticas que preconizam um conjunto de ações destinadas a esse grupo populacional. Na evolução desse processo, o Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001, que promulgou a “Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência”, realizada em 1999, define deficiência como: “[...] uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2001, p. 1).

No entanto, apesar da evolução das políticas para as pessoas com deficiência, o acesso aos serviços de saúde ainda é muito precário para a expressividade de brasileiros com algum tipo de deficiência. Em relação à acessibilidade, ainda há muito por fazer para que as pessoas com deficiência recebam assistência equitativa, igualitária e universal, conforme preconizado pelo SUS. No que se refere à relação profissional-pessoas com deficiência, ainda existem pontos críticos a serem trabalhados, como é caso da comunicação efetiva e da consciência social sobre a diversidade humana (FRANÇA; PAGLIUCA, 2008).

A Atenção Básica configura-se em uma reorganização do modelo assistencial. Nesse sentido tem o potencial de incorporar novas demandas que acolham necessidades não enquadráveis nos limites da clínica médica e biologicista. Assim, os serviços são desafiados a pensar saúde na dimensão de direito humano e produzirem ações que contemplem as limitações expressas nas deficiências em suas dimensões individuais e coletivas. Essa reorganização passa a constituir uma multiplicidade de serviços de atenção, abrindo a perspectiva na direção de que cuidar vai além de assistir, e que a assistência, na sua dimensão técnica, é apenas um dos elementos a serem

garantidos e tornados acessíveis, considerando a integralidade. Assim, as mudanças que ampliam a saúde como direito de cidadania e dever do estado pautam-se na garantia do acesso universal e igualitário a ações integrais de saúde planejadas no intuito de ampliarem sua capacidade de dar respostas a todos sem exceções (BRASIL, 2006).

Essa mudança diretiva gera ações estratégicas que passam a orientar a atenção em saúde por meio de equipes multiprofissionais (Saúde da Família), com foco na promoção e prevenção em saúde que instituam vínculo com as famílias e se submetam ao controle social. O perfil diferenciado das equipes visa, sobretudo, produzir ações de proximidade que considerem, para as suas práticas, o perfil socio-sanitário dos grupos assistidos/cuidados (BRASIL, 2006). Nesse sentido, pode-se questionar em que momento e quais as especificidades dessas ações aproximam-se ou dão conta das singularidades advindas de condições limitantes em se tratando de usuários portadores de deficiência? Em que medida a oferta e a estrutura de atendimento é pensada considerando as capacidades de exercício da cidadania consequentes às iniquidades sociais, além das limitações físicas e psicológicas?

Em se tratando da atual rede de unidades de saúde, sabe-se que, em um número significativo, foram instaladas em construções improvisadas, em prédios doados pelas comunidades, alugados e/ou adaptados pelo poder público. Essa estrutura não garante, muitas vezes, nem mesmo o acesso geográfico, por estar situada em áreas de terreno acidentado, sem calçamento e suporte de arreamento com esgotamento sanitário adequado, por exemplo. Essas condições não garantem que um cadeirante locomova-se sem auxílio ou necessite de outro tipo de transporte ao qual não tem acesso. Isso, por vezes, é determinante no impedimento de chegar até a unidade de saúde, impondo inúmeros obstáculos. A situação de loteamentos irregulares e áreas verdes nas periferias urbanas exemplificam e amplificam essas barreiras. Os problemas estruturais daí advindos são também impeditivos ao trabalho dos próprios agentes comunitários para acessarem os domicílios, além de constituírem-se em risco e

vulnerabilidades múltiplas de sofrerem agravos acidentais.

Nesse sentido, observa-se que as estruturas físicas dos serviços de Atenção Básica, por exemplo, raramente são adequados ao trânsito de cadeirantes (corredores, portas, entre outros elementos) e não dispõem de instalações compatíveis no que se refere a sanitários, além de consultórios adaptados a essas necessidades.

Essas observações e as primeiras questões levantadas instigaram a docente e um grupo de alunas da graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Arlia da Rosa, Cristiane Laitano, Lara Crescente e Vanessa Bonin – a buscar informações para o desenvolvimento desta pesquisa, que tem por objetivo analisar o perfil dos usuários portadores de deficiência domiciliados na área de adscrição de uma UBS, discutindo alguns elementos do meio físico e os recursos da região para acolhê-los.

MÉTODO

Com esse objetivo, o estudo serviu-se de algumas quantificações epidemiológico-descritivas. O Estudo de Caso foi definido como estratégico, por se tratar de uma UBS e da sua comunidade de adscrição. Justifica-se potencialmente para o estudo, considerando sua área de abrangência caracterizada por uma extensa região do município em situação de vulnerabilidade social, o que torna pertinente a discussão do acesso e da acessibilidade de usuários portadores de deficiência na perspectiva do meio físico e das estruturas de apoio.

A coleta de dados ocorreu na área de adscrição de uma UBS na região leste de Porto Alegre (RS), no ano de 2008. Primeiramente, mediante pesquisa em prontuário, foi levantado o número de usuários registrados na UBS que apresentavam alguma deficiência, totalizando 31 pessoas; destas 17 homens e 14 mulheres.

Com o auxílio dos Agentes Comunitários de Saúde da UBS, foram localizados em suas residências 7 dentre esses usuários, com os quais foram realizadas entrevistas. No momento das

entrevistas foi utilizado adicionalmente, por iniciativa da UBS, um questionário chamado “Passaporte da Casa Segura”, visando sensibilizar os usuários sobre as condições do ambiente doméstico que podem causar acidentes. Esse questionário consiste em um *check list* das condições da residência, utilizado com o objetivo de sensibilizar os usuários sobre a importância da segurança no ambiente domiciliar (BARROS, 2000). Nesse sentido, ao utilizarmos esse instrumento, produzíamos uma interação com potencial educativo, visando identificar elementos de vulnerabilidade presentes no ambiente que tanto seriam promotores de mudanças no que se refere às dificuldades dos idosos como de usuários portadores de deficiência.

A UBS autorizou o acesso aos prontuários e os usuários entrevistados aceitaram a participação após nota explicativa do estudo entregue no domicílio.

RESULTADOS

A UBS possui uma equipe de Saúde da Família e 854 famílias cadastradas, divididas em 4 microáreas, totalizando 2.909 usuários. Localiza-se em uma área de precariedade socioeconômica, onde se encontram domicílios em condições de pobreza.

Os usuários portadores de deficiência foram categorizados com base na necessidade apresentada, em informações sociodemográficas, condições de habitação, além de informações sobre saúde e utilização dos serviços. Não se apresenta detalhamento dos tipos de deficiência, pois foi considerado o foco na condição de “diferente” e a identificação dessas diferenças no tocante aos direitos de cidadania; neste caso em particular, verificou-se como essas geram demandas ao setor saúde.

Nos 31 usuários (17 homens e 14 mulheres) identificados pelos agentes comunitários de saúde da unidade como portadores de deficiência, foram referidos como elementos constitutivos de necessidades especiais: sequelas de AVC (mobilidades e neurológicas); sequelas de acidentes de trânsito e outros; obesidade mórbida;

paraplegias; deficiências auditivas; deficiências verbais; oligofrenia; paralisia cerebral; uso de próteses; deformidades ósseas; síndrome de *Down* e dislalia. Essa caracterização seguiu as referências dos próprios agentes comunitários, já que os arquivos não dispunham de diagnósticos médicos ou de profissionais da saúde identificando as necessidades especiais.

Os entrevistados, em sua maioria mulheres (6 dos 7 entrevistados), apresentavam predominantemente necessidades especiais devido a sua condição etária (geracionais), sendo a maioria idosas e com comorbidades. Dessas, 6 eram idosas, com idades entre 65 e 87 anos, 5 de raça/cor autodeclarada branca e 2 negras. O único entrevistado do sexo masculino tinha 24 anos e raça/cor branca. Entre as usuárias, 3 eram aposentadas e os demais recebiam benefício social (auxílio doença). A renda média entre eles apontava um salário mínimo. O fato de serem as mulheres as mais entrevistadas corresponde ao fato de serem encontradas no domicílio com mais frequência do que os homens, o que corresponde às culturas de gênero próprias desse grupo e também pela sua condição etária. Quanto à escolaridade, observou-se que são raras as informações sobre esse item em registros da unidade de saúde. Pode-se observar que a totalidade dos entrevistados detinha apenas parcialmente o ensino fundamental ou eram analfabetos.

Todos possuíam dificuldade de locomoção, apresentando dependência de terceiros para a realização de atividades da vida diária. Todos utilizavam algum tipo de equipamento individual para locomoção, como bengala, muletas, andador e cadeira de rodas. Dos 7 entrevistados, apenas 2 saíam de casa para receber atendimento de saúde, quando necessário, e os demais viviam restritos às suas moradias por falta de condições de locomoção e, conseqüentemente, de acesso aos serviços, recebendo atendimento profissional apenas em casos de emergência. Além disso, 4 dentre as idosas também apresentavam dificuldades visuais. Outras comorbidades estavam presentes entre os usuários, como Diabetes, Hipertensão Arterial Sistêmica, Depressão, Alzheimer, Glaucoma e histórico de Acidente

Vascular Encefálico. Dentre as idosas, 3 utilizavam mais de 4 medicamentos regularmente.

Quando questionados sobre qual serviço de saúde utilizavam regularmente, 5 mencionaram a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Entre esses, uma usuária também frequentava um hospital regularmente para realizar hemodiálise, e duas disseram não utilizar nenhum serviço de saúde. Todos os usuários referiram contar com pelo menos um cuidador, sendo este papel desenvolvido predominantemente por familiares, em particular, pelas filhas.

Dos 7 entrevistados, apenas 2 saíam de casa para receber atendimento de saúde quando necessário; os demais viviam restritos às suas moradias por falta de condições de locomoção e, conseqüentemente, de acesso aos serviços, recebendo atendimento profissional apenas em casos de urgência.

Em relação à caracterização das condições de moradia dos usuários da UBS portadores de deficiências, a maioria das casas tem como material de construção predominante a alvenaria, mas observaram-se várias casas mistas, de tijolo e madeira ou outros materiais, com água e esgoto encanado e rede elétrica.

Apenas uma usuária dispunha de ambiente domiciliar adaptado às suas deficiências. Os demais domicílios pesquisados não estão adaptados para atender às necessidades dessas pessoas.

Na maioria dos domicílios já ocorreram acidentes com os usuários portadores de deficiência. As casas, em sua maioria, não possuem banheiro/box com piso antiderrapante, os corredores e aberturas são estreitos e, muitas vezes, dificultam a passagem de cadeirantes; estes, em diversas situações, são transportados ao colo. As moradias apresentam desníveis, degraus e outros obstáculos, como móveis no caminho entre quarto e banheiro, e tapetes e capachos sem antiderrapante. Constataram-se residências com escadas internas e/ou externas sem corrimão e com maçanetas/fechaduras inadequadas ao manejo dos portadores de deficiência. Frequentemente, a iluminação é insuficiente e os interruptores de luz e o telefone estão localizados distantes da cama ou do local de permanência do usuário.

Os pátios apresentam entulhos e plantas, e os animais de estimação (muitos), ou mesmo de guarda, permanecem soltos. As cercas e grades não são seguras, apresentando rupturas e buracos, o botijão de gás, na totalidade das residências, localiza-se dentro do domicílio.

DISCUSSÃO

A Constituição Federal, em seu artigo 23, capítulo II, diz que é de competência da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia do atendimento às pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 1988). No entanto, a Organização Pan-Americana de Saúde (2006) publicou que somente 2% dos 85 milhões de pessoas portadoras de deficiência recebem assistência adequada na América Latina.

Conforme a Norma Brasileira 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), promover a acessibilidade no ambiente construído consiste em proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando as barreiras arquitetônicas nos ambientes de circulação e equipamentos urbanos (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2004).

Como já referido, não foi possível identificar os portadores de deficiência em cadastros da unidade de saúde. Ao demandarmos informações junto aos profissionais sobre a existência de dados referentes a esses usuários, a resposta apontava para os registros "informais" dos ACS. Ou seja, não existia um dado de registro formal no qual essa deficiência estivesse preenchida pelos profissionais da assistência, mas sim cadernos de anotações de visitas domiciliares. De fato, são os agentes que detêm informações em seus boletins de visita domiciliar e identificam individualmente, em suas microáreas, onde se localiza o domicílio e qual a necessidade apresentada pelo usuário. Essa constatação implica em analisar-se qual a prioridade ou especificidade estabelecida para o cuidado, considerando essa condição/situação. Torna-se evidente que essa condição não é indutora de práticas de cuidado "diferentes",

adequadas e de inclusão no sistema de atendimento “singular” da unidade. Por singularidade entendemos a consideração da necessidade especial e sua centralidade na atenção a cada indivíduo portador de deficiência, em sua condição física e psicológica, bem como em seu contexto de vida material.

Considerando o aspecto material, a realidade encontrada no local do estudo mostra uma área acidentada, com muitas ladeiras, ruas sem asfaltamento ou calçamento, sem calçadas ou acostamentos para o trânsito de pedestres, esgoto a céu aberto e descarte inadequado de lixo em via pública. Essas barreiras físicas dificultam, e até mesmo impedem, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas portadoras de deficiência. Além disso, dificultam ainda mais o acesso desses usuários ao serviço de saúde, uma vez que a maioria dos entrevistados usa bengala, cadeira de rodas ou andador para auxiliar na locomoção.

Desse modo, na linha reflexiva do desenvolvimento das capacidades de Sen (2000), em que se admite que as estruturas necessitam promover essas capacidades de superação das limitações para permitirem o pleno uso dos recursos pessoais, no caso da saúde e da atenção básica em particular, pode-se refletir sobre como desenvolver as capacidades para o autocuidado dos portadores de deficiência particularizando cada situação? Essa particularização deveria considerar tanto a oferta de serviços como as condições de vida material. Além disso, poder-se-ia questionar: Como as precariedades socioambientais poderiam ser pensadas nessas situações?

Pesquisa que objetivou mapear as barreiras arquitetônicas de acesso aos serviços básicos de saúde apontou para a insegurança à qual os portadores de limitações físicas estão expostos no caminho para as unidades básicas de saúde. As condições de acesso aos prédios inviabilizam o livre trânsito de pessoas em cadeira de rodas, de usuários de muletas e com mobilidade reduzida. Desse modo, torna-se muito difícil o ingresso desses indivíduos nas UBSs (VASCONCELOS; PAGLIUCA, 2006).

Também um estudo que buscou descrever as barreiras arquitetônicas das UBSs no país observou que cerca de 60% das unidades avaliadas foram classificadas como impróprias para o acesso de idosos e portadores de deficiências. Entre as inadequações para o acesso estavam a presença de degraus, a falta de corrimãos, rampas e banheiros adaptados para os cadeirantes (SIQUEIRA et al., 2009). Essa situação corresponde à realidade encontrada no município estudado.

Nesse sentido, ressalta-se a importância das Visitas Domiciliares e a presença dos ACSs como elos que os ligam à unidade de saúde. O desenvolvimento do “olho clínico”, capaz de ser sentinela para os serviços, torna-se atributo de capacitação para esses membros da equipe em particular. Na situação analisada, dos sete usuários portadores de deficiência, apenas um recebe visita regular. Considera-se que o atendimento domiciliar tem papel importante no aumento da eficiência e na adequação situacional do atendimento à saúde da população. Na visita, a situação de vida e saúde mostra-se em sua materialidade, possibilitando a visualização dos elementos que tornam o usuário refém das suas dificuldades. Assim, entre os benefícios dessa, está a própria identificação da necessidade em suas complexas dimensões e o aumento do vínculo da equipe de saúde com o usuário, o que facilita a atenção à saúde, o conhecimento dos problemas dos indivíduos e da comunidade, a promoção da educação em saúde, e ainda auxilia a população a identificar a melhor forma de resolver seus problemas (MARTINS; LACERDA, 2008). E mais, potencialmente, o cuidado assume um caráter singular, já que se institui com “conhecimento de causa” e reconhece a complexidade do viver do outro, além do direito de cidadania como elemento do cuidado.

Considera-se que é um dever de cidadania dos profissionais de saúde conhecer as leis que amparam as pessoas com deficiências e estimulá-las na luta pelos seus direitos de inclusão social nos âmbitos educacional, mercado de trabalho, assim como de acesso a bens e serviços. Portanto, entende-se que a enfermagem também

precisa estar inserida nesse processo, buscando contribuir para que as pessoas com deficiências tenham garantidas as condições necessárias à sua participação como sujeitos sociais. Esse desejado engajamento na adesão à causa da pessoa com deficiência fortalece o desenvolvimento do papel social da enfermagem enquanto categoria profissional da área da saúde (ARAGÃO et al., 2010).

Embora pessoas portadoras de deficiência física estejam sempre presentes na comunidade, isto não garante sensibilização e reflexão dos profissionais da saúde sobre as dificuldades encontradas por elas no dia a dia. Aponta-se a necessidade de mais esclarecimentos e conscientização quanto à inclusão de todas as pessoas, independentemente da sua condição física (PAGLIUCA; ARAGÃO; ALMEIDA, 2007).

Pagliuca e Maia (2012) afirmam que a inclusão da pessoa com deficiência exige adaptação e apoio das instituições e espaços públicos e privados para as diferentes necessidades individuais dessas pessoas. As autoras consideram também que o desenvolvimento insuficiente de competências profissionais pode ser o principal limite à prestação do cuidado inclusivo.

Destaca-se também a necessidade de reflexão sobre o papel do Gestor Público na implementação das políticas contra a discriminação das Pessoas Portadoras de Deficiência, visto que não basta garantir somente a oferta do serviço de saúde aos deficientes, mas também deve existir a preocupação de proporcionar e facilitar o acesso das pessoas aos serviços de saúde quando deles necessitam (MISHIMA et al., 2010). A gestão pública precisa proporcionar a adequada distribuição geográfica desses serviços, bem como disponibilidade e qualidade de recursos humanos e tecnológicos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A falta de estrutura adequada às limitações dos usuários portadores de deficiência, dificulta, e muitas vezes impossibilita, seu acesso aos serviços de saúde, ferindo assim o princípio constitucional de justiça social nesses serviços.

Considerando o expressivo crescimento desse segmento populacional no país é de fundamental importância criar políticas de acesso a esses usuários, tendo em conta as peculiaridades de cada região e o perfil socioeconômico dessas pessoas. Essas políticas devem contemplar ações que permitam que esses usuários sejam atendidos por um profissional da saúde, no seu domicílio ou em um serviço de saúde, tendo como alternativa de acesso um meio transporte adaptado oferecido pelo Estado. Além de garantir o acesso à saúde, o Estado deve promover o acesso ao lazer e à cultura. Com a mudança das características da população é necessário também a formação continuada dos profissionais de saúde, para que saibam manejar as novas situações do cotidiano, além do fomento de pesquisas na resolução dos problemas referentes a esse grupo social.

Vale ressaltar que a maioria dos itens da vida prática identificados neste estudo pode ser modificada por meio de pequenas ações no domicílio, possibilitando ao usuário ter mais autonomia dentro de sua casa, como também evitar acidentes. No entanto, a sensibilização das equipes de saúde, a responsabilização e o comprometimento como um cuidado inclusivo depende de aceitar o desafio de capacitar olhares que reconheçam a dimensão ampliada da atuação em saúde e assumam elementos outros, para além do técnico, como componentes da atenção integral.

REFERÊNCIAS

- ARAGÃO, Antonia Eliana A. et al. Perfil das pessoas com deficiência de uma paróquia da Diocese de Sobral-Ceará: um estudo quantitativo. *Online braz. J. nurs.*, Niterói (RJ), v. 9, n.1, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2834/647>>. Acesso em: 10 abr. 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 9050: Acessibilidade: Acessibilidade de pessoas portadoras de deficiência e edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano*. Rio de Janeiro, 2004.
- BARROS, Cybele F. *Casa segura: uma arquitetura para a maturidade*. Rio de Janeiro: PoD, 2000.

- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- _____. *Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001*. Promulga a Convenção Interamericana para a eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência. Brasília, DF, 2001.
- _____. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4).
- _____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde – SUS*. 1. rev. ampl. Brasília, DF, 2010.
- FRANÇA, Inacia S.X.; PAGLIUCA, Lorita Marlena F. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 129-137, abr./jun. 2008.
- GIRONDI, Juliana B.R.; SANTOS, Sílvia Maria A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. *Rev. gaúcha enferm.*, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 378-384, jun. 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo Demográfico 2010*. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro, 2010.
- MARTINS, Soriane K.; LACERDA, Maria R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun. 2008.
- MISHIMA, Silvana M. et al. A assistência na Saúde da Família sob a Perspectiva dos Usuários. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 436-443, jun. 2010.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Disabilities: what everyone should know*. The newsletter of the Pan American Health Organization. 2006. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/ptoday17_aug06.htm>. Acesso em: 12 ago. 2013.
- PAGLIUCA, Lorita M.F.; ARAGÃO, Antônia Eliana A.; ALMEIDA, Paulo César. Acessibilidade e deficiência física: identificação de barreiras arquitetônicas em áreas internas de hospitais de Sobral, Ceará. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 581-588, dez. 2007.
- PAGLIUCA, Lorita M.F.; MAIA, Evanira R. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 65, n. 5, p. 849-55, set./out. 2012.
- PEREIRA, Raimundo José. *Anatomia da diferença: uma investigação teórico-descritiva da deficiência à luz do cotidiano*. Rio de Janeiro, 2006. 174 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2006.
- SEN, Amartya. *Desenvolvimento como liberdade*. Tradução Laura Teixeira Motta. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SIQUEIRA, Fernando Carlos V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2009.
- TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 20, Supl. 2, p. 190-198, 2004.
- VASCONCELOS, Luciana R.; PAGLIUCA, Lorita Marlena F. Mapeamento da acessibilidade do portador de limitação física a serviços básicos de saúde. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 494-500, dez. 2006.

Submetido: 27/8/2013

Aceito: 24/4/2014