

DEFICIÊNCIAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: DO CONHECIMENTO À INVENÇÃO

Marta Carvalho de Almeida*

Maria Cristina Tissi**

Fátima Corrêa Oliver***

ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., OLIVER, F.C. Deficiências e atenção primária em saúde do conhecimento à invenção. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.33-42, jan./abr., 2000.

RESUMO: Estudos que buscam aprofundar o conhecimento sobre o problema das deficiências em contextos específicos vem ganhando importância, impulsionados pela divulgação de certas proposições acerca das relações entre reabilitação e Atenção Primária em Saúde, assim como pela difusão de programas de Reabilitação Baseada na Comunidade. A necessidade de apoiar em estudos epidemiológicos o planejamento de ações de reabilitação, contextualizadas na realidade do território no qual se inserem, norteou a realização de estudo em região adscrita à Unidade Básica de Saúde situada em periferia da cidade de São Paulo. Neste primeiro artigo, são apresentados e discutidos os resultados de inquérito domiciliar realizado que buscou identificar e caracterizar portadores de deficiência física e/ou sensorial em 100% das residências. Os resultados foram essenciais para a avaliação e definição do papel a ser desenvolvido pela unidade de saúde junto ao grupo. A situação em relação a assistência, inserção em escolas e no trabalho, além das condições de acesso relacionadas a barreiras arquitetônicas, revelou que a maior parte do grupo é composto por sujeitos em desvantagem social. Desenvolveu-se, então, prática assistencial que, sediada na Unidade Básica de Saúde e altamente integrada à comunidade, aceitou o desafio de trabalhar com essa problemática. Apresentam-se os resultados da pesquisa e discussão que envolve os fundamentos da prática adotada.

DESCRITORES: Pessoas deficientes, reabilitação. Terapia ocupacional. Cuidados primários de saúde. Serviços básicos de saúde.

INTRODUÇÃO

A magnitude do problema das conseqüências das doenças no Brasil tem sido frequentemente indicada através do uso de esti-

mativas da Organização Mundial de Saúde - OMS, que indicam que aproximadamente 10% da população apresenta algum tipo de deficiência como o apresentado

* Prof. Assist. do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Mestre em Psicologia Social - IPUSP. Doutoranda em Saúde Coletiva – FCM da UNICAMP.

** Terapeuta Ocupacional da Prefeitura do Município de São Paulo, comissionada no Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Mestre em Saúde Coletiva – FCM da UNICAMP.

*** Prof. Doutora do Curso de Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da USP. Doutora em Saúde Pública – FSPUSP.

Endereço para correspondência: Prof. Marta Carvalho de Almeida, Prof. Maria Cristina Tissi, Prof. Fátima Corrêa Oliver: Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Rua Cipotânea, 51. 05360-000 – São Paulo, SP. e-mail: centroto@edu.usp.br

pelo Programa de Ação Mundial para as pessoas com Deficiência em 1982 (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1992)⁹.

É também a OMS que alerta para o fato de que o uso de diferentes métodos para coletar e analisar informações tem sido um obstáculo importante para que se possa aprofundar o conhecimento sobre o problema das deficiências no mundo. A falta de consenso no uso de um sistema de categorias diagnósticas, por exemplo, é um fator bastante relevante. Com a intenção de alterar essa situação a OMS tem promovido ações que buscam gerar algum nível de padronização nos estudos, como é o caso da criação da “Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens” e da divulgação de recomendações acerca da metodologia a ser adotada.

Para minimizar os efeitos da impossibilidade de indicar números precisos sobre a prevalência das incapacidades, a OMS considerou importante apontar a proporção da população que necessitaria de serviços de reabilitação, a fim de que servisse de base às políticas voltadas a essa população. Para a organização, em qualquer momento dado, 1,5% da população é composta por pessoas que poderiam beneficiar-se de serviços de reabilitação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989)¹⁰.

A ampla utilização dessas estimativas por mais de 20 anos no Brasil decorre do fato de que os estudos epidemiológicos de morbidade não permitem determinar a prevalência das incapacidades no país. Segundo a Organização Panamericana de Saúde – OPS, ainda que alguns países da América Latina, como o Brasil, tenham realizado censos populacionais e outros registros incluindo alguns aspectos relacionados às deficiências, gerando dados demográficos, há pouca informação que permita conhecer a realidade dessas pessoas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1993)¹². Consequentemente, a elaboração de políticas e o desenvolvimento de estruturas e serviços destinados a essa parcela da população não tem ocorrido com base no conhecimento de suas necessidades. A importância dos estudos epidemiológicos no campo das consequências das doenças vem sendo apontada em trabalhos como os de PHILIPP et al. (1986)¹³, WOOD (1989)¹⁵, ARVELO (1991)¹ e MURRAY & LOPEZ (1994)⁸, bem como em outros documentos de autoria de organismos como a OMS e a Oficina Panamericana de Saúde.

ARVELO¹, em 1991, criticando o fato da epidemiologia quase não ser aplicada para o conhecimento das consequências das doenças na América Latina, referia ser difícil compreender como os serviços de reabilitação podiam operar sem o conhecimento apurado sobre a população deficiente da região para a qual haviam sido criados. O autor afirmava que esses serviços, nesse caso, estariam deixando sem resposta os reais problemas dessa parcela da população. Estes, então, persistiam e aumentavam. Passados quase dez anos dessa afirmação, pode-se dizer que essa situação não foi significativamente alterada.

A necessária relação entre estudos epidemiológicos e planejamento de ações de saúde, embora sendo amplamente reconhecida há tempos, adentrou mais vigorosamente a área de reabilitação associada a argumentos bastante peculiares somente à partir da segunda metade da década de 70. A afirmação da necessidade de melhor caracterizar extensão e padrões demográficos da parcela da população com deficiência acompanhou a discussão acerca da reformulação dos modelos assistenciais em reabilitação.

Nesse período, a crítica ao modelo tecnoassistencial em vigor fundou-se, principalmente, na impossibilidade de ampliação da cobertura assistencial através das grandes instituições, altamente especializadas e segregadoras. Primordialmente, apontou-se o fator econômico como impedimento principal de sua difusão, visto a complexidade de recursos humanos e materiais envolvidos. Além disso, surgiram outras críticas ao modelo centrado na instituição tomando, desta vez, aspectos administrativos e organizacionais como alvo de análise (CARDENAL, 1990)². Tais formulações críticas foram reforçadas pela estimativa de que a cobertura em reabilitação alcançaria apenas 2% dos portadores de deficiência necessitados, sendo que nos países em desenvolvimento esse número é de 1 a 2 por 10.000 habitantes (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1981)¹¹.

Como se sabe, o período que segue é de grande divulgação das proposições acerca das relações entre reabilitação e atenção primária em saúde. Lembremos que já em 1978, em Alma-Ata, a OMS colocara a reabilitação como um dos componentes dos serviços de atenção primária, ao lado das ações promotoras, preventivas e curativas.

A investigação no contexto da Reabilitação Baseada na Comunidade - RBC

As estimativas aqui apresentadas serviram também de base para que se justificasse a criação de uma estratégia de ampliação da cobertura assistencial às pessoas com deficiência nos países em desenvolvimento: a Reabilitação Baseada na Comunidade-RBC. O modelo assistencial divulgado desde 1976 e sistematizado por grupo liderado por Helander, em 1979, define que a comunidade responsabilize-se pela reabilitação de seus membros, tomando iniciativas e decisões em relação às ações a serem desenvolvidas, partindo da mobilização de seus próprios recursos humanos e materiais. Defende a adoção de medidas relativamente baratas, simples e de fácil implementação nas proximidades da residência do portador de deficiência e, dessa perspectiva, indica que a investigação a respeito de quem são e como vivem essas pessoas, no contexto comunitário, deve ser o primeiro passo para apoiar o planejamento (HELANDER et al., 1980)⁵.

Essa orientação tornou possível que atualmente encontremos resultados de investigações que, realizadas sobre populações relativamente pequenas, além de oferecerem um enfoque distinto do que até então se dava sobre o problema das consequências das doenças, permitem que se visualize alguns nexos entre os dados encontrados e as ações assistenciais desenvolvidas, justamente pelo fato de estarem contextualizadas em projetos de RBC. Nesses estudos, vários dos quais realizados através de inquéritos domiciliares, afirma-se ter sido possível não apenas identificar necessidades do segmento populacional abordado, mas também iniciar um processo para tornar visíveis os problemas dos portadores de deficiência para a comunidade. As experiências ocorridas em Botswana (FINNSTAM et al., 1988)⁴, Paquistão (LUNDGREN-LINDQUIST & NORDHOLM, 1993)⁷, Zimbábue (FINKENFLÜGEL, 1991)³ e Filipinas (LAGERKVIST, 1992)⁶, são alguns exemplos documentados.

Baseados na relevância dessas investigações para o planejamento de ações de reabilitação contextualizadas na realidade sócio-cultural do território no qual estão inseridas, foi desenvolvido estudo na região adscrita à unidade de atenção primária situada na periferia da cidade de São Paulo. Ao objetivo de conhecer o perfil da população portadora de deficiência

residente na área de abrangência da unidade, bem como suas condições objetivas de vida, conjugou-se o interesse por averiguar a presença de recursos e outros elementos que, condicionando a vida social dessas pessoas, pudessem integrar, de alguma forma, o futuro plano de atenção.

A ação que seguiu ao estudo ocorreu sob a forma de projeto docente-assistencial coordenado por docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da FMUSP e Terapeuta Ocupacional da Unidade de Saúde. Embora alguns aspectos da assistência promovida possa levar à sua identificação com o modelo denominado RBC, esse é um fato que pode ser atribuído mais à diversidade de interpretações e esquemas operativos permitidos pela RBC do que à opção dos coordenadores. Aqui, pretende-se discutir uma possível inserção de ações de reabilitação em unidades de atenção primária, partindo-se do pressuposto da responsabilidade do setor público em relação a essa parcela da população. Dessa forma, apresentamos neste primeiro artigo, os resultados do estudo enquanto fatores essenciais para a avaliação e definição do papel a ser desenvolvido pela unidade de saúde junto ao grupo constituído por deficientes. O desenvolvimento das intervenções e práticas assistenciais, propriamente ditos, serão objeto de discussão em próximo artigo.

MATERIAL E MÉTODO

A área estudada

A região adscrita à Unidade Básica de Saúde (UBS Vila Dalva) é composta por quatro pequenos bairros da zona noroeste da cidade de São Paulo: Jardim Adalgisa, Vila Dalva, Jardim Tropical e Jardim Rio Pequeno. A população estimada na região é de 12.800 habitantes.

Em área contígua à da unidade de saúde situa-se a favela conhecida por Vila Dalva. Nela, diferentemente da região restante, não há rede de esgoto, pavimentação e calçamento de ruas. Predominam as vielas, por onde trafegam apenas os pedestres. Os moradores da favela também não contam com coleta regular de lixo e a rede elétrica é precária.

A região tem descrição bastante semelhante à maior parte dos bairros situados na periferia da cidade de São Paulo. Habitada por população com nível de renda baixo, sofre com a falta de políticas públicas que atuem

sobre suas necessidades. Conta apenas com a Unidade Básica de Saúde enquanto dispositivo sanitário, 2 creches, 1 Centro da Juventude e 2 escolas de 1º grau. Não há na região qualquer estrutura pública de apoio ou de difusão de cultura, assim como não há também área de lazer mantida pelo Estado.

Topograficamente a região é bastante acidentada, com aclives e declives acentuados. O transporte coletivo é fornecido através de apenas três linhas.

O inquérito domiciliar

O estudo aconteceu de março à dezembro de 1993. Os portadores de deficiência física e de deficiência sensorial foram definidos como grupo a ser identificado e caracterizado através de inquérito domiciliar aplicado em 100% das residências. Um questionário desenvolvido para captar informações em casos de deficiência auto-referida foi aplicado por 2 alunos do 4º ano de terapia ocupacional e de fisioterapia da Universidade de São Paulo, treinados, ambos dispendo de 10 horas semanais para o trabalho e remunerados através de bolsa-trabalho da Universidade.

Antes que se iniciasse o inquérito informou-se a comunidade sobre a presença dos entrevistadores, bem como sobre os objetivos da pesquisa, através da colaboração de lideranças comunitárias e participantes do Conselho Gestor da Unidade de Saúde.

Foram abordados 2.769 domicílios, sendo que destes responderam 1.979 (71,5%), o que totalizou 8.298 habitantes. Não foi possível realizar o estudo em condomínio fechado presente na região, cujos moradores pertencem à classe média-alta, em razão de dificuldades apresentadas por seus administradores.

Sempre que possível, as entrevistas foram realizadas com a pessoa portadora de deficiência. Apenas nos casos em que a comunicação não era possível, um parente ou cuidador respondeu ao entrevistador.

RESULTADOS

Neste estudo encontramos uma prevalência de 1,4% (113 portadores de deficiências físicas e/ou sensoriais em 8.298 pessoas).

Distribuição por faixa etária e sexo

As informações sobre idade estavam disponíveis para 84 pessoas. Como pode ser visto na Tabela 1, a

distribuição da população estudada por faixa etária mostra que a maior parte dos portadores de deficiência da região são adultos. Na faixa compreendida entre 20 e 59 anos estão 31 pessoas, 36,8% do grupo. Os idosos representam um segmento bastante importante também: os que tem 60 anos ou mais somam 28 pessoas, representando 33,3% da população identificada. Os menores de 10 anos, surpreendentemente, são em número de 10, representando apenas 11,9%. Não foram identificados portadores de deficiência menores de 1 ano, o que pode ser atribuído às dificuldades dos informantes para reconhecer esses casos, agravadas pela carência de programas efetivos de acompanhamento das gestações de risco na região.

Tabela 1- Distribuição de pessoas portadoras de deficiência por faixa etária, área de abrangência da UBS Vila Dalva, 1993*

IDADE (anos) < 1 ano	PORTADORES de N	DEFICIÊNCIA %
1 a 4	2	2,4
5 a 9	8	9,5
10 a 14	8	9,5
15 a 19	7	8,3
20 a 24	5	6,0
25 a 29	2	2,4
30 a 34	5	5,9
35 a 39	4	4,8
40 a 49	5	6,0
50 a 59	10	11,9
60 a 69	10	11,9
70 e mais	18	21,4
TOTAL	84	100

* Excluídos os de idade ignorada

Quanto à distribuição por sexo verificou-se discreta predominância do sexo feminino.

Distribuição por tipos de deficiência

Para descrever os tipos de deficiência apresentados no grupo foram utilizadas categorias de classi-

ficação bastante amplas, a fim de que fosse permitida a percepção dos diferentes campos da atividade humana onde se situam as dificuldades dos sujeitos, prescindindo-se do diagnóstico funcional da incapacidade ou outro. Assim, conforme indica a Tabela 2, pode-se notar a predominância das deficiências físicas, o que provavelmente pode ser traduzido por dificuldades nos planos de atividade que envolvem a motricidade.

Tabela 2- Distribuição de pessoas portadoras de deficiência por tipo, área de abrangência da UBS Vila Dalva, 1993*

TIPO	N	%
Física	56	63,6
Visual	13	14,8
Auditiva	11	12,5
Visual e auditiva	2	2,3
Visual e física	6	6,8
TOTAL	88	100

* Excluídas as respostas ignoradas

Situação de assistência

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram que 56 pessoas (63,7%) dos sujeitos, não estavam recebendo assistência de saúde relacionada a sua deficiência. Mostram também existir um percentual de 14,8% que nunca recebeu essa assistência.

Entre aqueles que recebem ou receberam assistência, é possível identificar que a maioria (54,2%) foi atendido exclusivamente por profissional médico. O grupo submetido à abordagem mais complexa, em termos de diversidade de perspectivas e quantidade de recursos técnicos envolvidos - ou seja, aqueles que receberam assistência de três ou mais diferentes profissionais de saúde - é de apenas 5,6%, como demonstrado na Tabela 4*.

Visualiza-se, portanto, uma realidade preocupante. Considerando-se as conhecidas dificuldades de acesso dessa população aos serviços de saúde em geral e aos de reabilitação em particular, supõe-se que o fato de não receberem assistência não se justifica pela falta de

necessidade. O elevado número de pessoas que nunca tiveram suas necessidades sequer avaliadas, bem como daquelas que recebem ou receberam atenção exclusivamente do profissional médico, são indícios importantes de que há, no grupo, uma parcela significativa de sujeitos que demandam algum tipo de atenção em reabilitação.

Tabela 3 - Distribuição da população portadora de deficiência quanto ao recebimento de assistência em relação à deficiência, área de abrangência da UBS Vila Dalva, 1993*

RECEBIMENTO DE ASSISTÊNCIA	N	%
Recebe atualmente	32	36,4
Não recebe atualmente, mas já recebeu	43	48,9
Nunca recebeu	13	14,8
TOTAL	88	100

* Excluídas as respostas ignoradas

Tabela 4 - Distribuição da população portadora de deficiência quanto às modalidades profissionais envolvidas na assistência recebida, área de abrangência da UBS Vila Dalva, 1993*

MODALIDADES PROFISSIONAIS ENVOLVIDAS NA ASSISTÊNCIA	N	%
Somente médica	39	54,2
1 modalidade não médica	24	33,3
2 modalidades não médicas	5	6,9
3 ou mais modalidades não médicas	4	5,6
TOTAL	72	100

* Excluídas as respostas ignoradas

Participação em atividades sociais estruturadas do cotidiano

No estudo, considerou-se que a participação em algumas atividades consideradas como direitos do homem é essencial à produção do sentido da vida cotidiana. Dessa forma, tomou-se a frequência à escola,

* Os sujeitos foram incluídos nas diferentes categorias que definem o envolvimento de modalidades não-médicas na atenção recebida, independentemente do fato de estas estarem ou não associadas ao trabalho médico.

em relação às crianças, e a realização de atividade laborativa remunerada, para os adultos, enquanto indicadores do nível de participação na sociedade, visto serem situações compartilhadas em que as trocas sociais, afetivas e materiais, têm maiores chances de ocorrer. A investigação desses aspectos, portanto, teve a intenção de registrar a presença de elementos que, estruturando e dando sentido à ordenação material e afetiva das atividades cotidianas, sugerem uma situação de sociabilidade regular.

Tomando-se o grupo composto por sujeitos que têm de 7 a 14 anos de idade, verificou-se que quase a metade dele não frequenta a escola (46,1%) e que, dentre estes, 83,3% nunca recebeu assistência relacionada a sua deficiência. Já entre os que frequentam a escola, encontrou-se que 85,7% recebem ou já receberam assistência diretamente relacionada a sua deficiência. Esses dados indicam uma possível relação entre a inclusão na escola e o fato de terem recebido atenção aos problemas relacionados à deficiência.

Quanto a inserção no trabalho, observou-se que no grupo de 15 a 64 anos 69% não tem atividade remunerada, como mostra a Tabela 5. Ao relacionar esses dados ao fato de receberem ou não atendimento em relação à deficiência encontramos que 69,2% dos que não tem atividade remunerada também não recebem assistência.

Tabela 5 - Deficientes do grupo etário 15 a 64 anos, segundo exercício de atividade remunerada, área de abrangência da UBS Vila Dalva, 1993

ATIVIDADE REMUNERADA	N	%
Realiza atualmente ¹	13	31,0
Não realiza, mas já realizou*	17	40,5
Nunca realizou	12	28,6
TOTAL	42	100

* Antes ou depois da aquisição da deficiência

Acesso e barreiras arquitetônicas

Observando-se previamente as características arquitetônicas das moradias da região, notou-se a importância de investigar as condições primárias de acesso do portador de deficiência em relação aos espaços públicos. Em outras palavras, de verificar sob que condições ocorria a transposição física do portador

de deficiência do meio intra-domiciliar ao extra-domiciliar.

A relevância da investigação desse dado acentuou-se ao se observar os primeiros resultados. Entre o grupo populacional que apresenta deficiência física ou deficiência visual (mais afetados pelas barreiras arquitetônicas) constatou-se que, embora para 70% as ruas onde residam sejam pavimentadas e calçadas, o acesso a elas, em 86,8% dos casos, acontece somente mediante a transposição de escadas ou aclives acentuados. Esse dado associado à, já comentada, topografia acidentada da região, mostra interferência altamente restritiva do ambiente físico. Pode-se concluir que o deslocamento do espaço doméstico ao espaço público requer, para a maior parte dos deficientes físicos e visuais, o enfrentamento de barreiras arquitetônicas importantes, o que implica, possivelmente, na necessidade da ajuda de terceiros e/ou de dispositivos tecnológicos.

DISCUSSÃO

Números e conceitos: suas relações no contexto estudado

Neste estudo realizado na região de abrangência da UBS Vila Dalva, encontramos uma prevalência de 1,4 % (113 portadores de deficiências físicas e/ou sensoriais em 8.298 pessoas). Poderia ser considerada pequena se comparada às estimativas da OMS. Mas é preciso lembrar que, para a OMS, na categoria “deficiência” estão incluídas todas as alterações em órgãos ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas. Neste estudo, porém, deficiências estéticas, intelectuais ou transtornos psíquicos exemplificam condições que, diferentemente do que ocorreu nos estudos que serviram de base às estimativas da OMS, não foram investigadas. A prevalência encontrada, neste caso, refere-se exclusivamente aos deficientes físicos e/ou sensoriais. Também é necessário considerar que os sujeitos detectado em situação de auto-referência são aqueles que, possivelmente, identificam ou percebem suas incapacidades, ou comprometimentos no desempenho de atividades cotidianas. O grupo é composto, portanto, muito mais por pessoas com “incapacidades”, considerando-se o conceito da OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989)¹⁰.

Similaridades foram encontradas em relação aos resultados obtidos em Botswana (LUNDGREN-

LINDQUIST, 1993)⁷. Lá, a taxa de prevalência também foi de 1,4%, verificada em população numericamente semelhante. Observou-se também a predominância das dificuldades motoras (65%), mesmo tendo o estudo incluído os deficientes mentais e portadores de transtornos psíquicos, além dos deficientes sensoriais.

Da incapacidade à desvantagem social: quem atua sobre o problema?

O alto percentual de crianças que não frequentam a escola, bem como de adultos que não realizam atividade remunerada e, ao mesmo tempo, não recebem assistência, gera questões importantes. Uma possível hipótese que logo se impõe é a de que esses sujeitos apresentem incapacidades muito graves a ponto de estarem impossibilitados de realizar essas atividades. Se assim for, o que justifica que não recebam assistência? Não deveriam contar com acompanhamento profissional, seja para controle de suas condições de saúde, prevenção secundária ou terciária de incapacidades, ou mesmo para a intervenção sobre os prováveis agravos decorrentes da deficiência? Se, de outra forma, pensássemos que não demandam assistência, por que não estariam incluídos nas escolas ou trabalhando, de acordo com a expectativa social relativa as suas faixas etárias?

Num contexto de baixo poder aquisitivo, carente de proposições públicas de lazer e cultura e profusão de barreiras arquitetônicas, pode-se dizer que os sujeitos que não experimentam momentos de socialização através da participação em atividades educativas ou laborativas encontram-se em maior ou menor grau em situação de isolamento social. De fato, não é difícil observar que a exclusão social, apresentada em diferentes nuances e graus para uma grande parcela da população brasileira, apresenta-se neste grupo com a face da inacessibilidade às estruturas e equipamentos de reprodução social. O confinamento ao ambiente doméstico e a falta de perspectivas de vida futura dominam a cena.

Entretanto, não é na gravidade ou nos prognósticos funcionais que encontramos as explicações dessa realidade, mas em processos sociais extremamente complexos que condicionam as desigualdades de oportunidades entre os cidadãos. Como responder a isso do ponto de vista assistencial?

Em primeiro lugar é importante caracterizar, que a maior parte do grupo identificado deve ser entendido

como composto por sujeitos em situação de desvantagem social. Considerando a definição da OMS, isto quer dizer que o portador de deficiência, enquanto tal, sofre um prejuízo em relação aos demais cidadãos, como resultado da resposta da sociedade a sua situação. A desvantagem não se confunde com a deficiência ou a incapacidade dela decorrente. Esses dois níveis de consequência das doenças não levam, necessariamente, a uma condição de desvantagem. A desvantagem expressa o limite ou impedimento do desenvolvimento de uma atividade considerada normal para um determinado sujeito, dado seu contexto sócio-cultural. É uma condição social que pode ser evitada, bem como alterada socialmente. Nesse sentido, também não se deve pressupor concordância entre os graus de incapacidades e de desvantagem. Alguns sujeitos do grupo estudado, por exemplo, apresentam quadros leves de deficiência músculo-esquelética, mas as barreiras arquitetônicas e a falta de acesso a um dispositivo de ajuda e a transporte adaptado, os colocam em situação de desvantagem em praticamente todas as áreas descritas pela OMS: na orientação, na independência física, na mobilidade, na capacidade de ocupação, na integração social e na independência econômica (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989)¹⁰.

Diante desse quadro, a questão que se coloca para uma unidade de atenção primária é complexa. Alguns profissionais, mais apegados aos argumentos preventivistas, acreditam que a responsabilidade da unidade em relação a essa parcela da população está circunscrita apenas aos casos em que a prevenção secundária seja possível. No mais, a unidade deveria voltar-se para os grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes e outros em situação de risco, no intuito de que não venham, futuramente, tomar parte do grupo de incapacitados. Não existe consenso sobre a universalização da assistência em Atenção Primária em Saúde. De outra perspectiva, porém, optamos pela reflexão para além das amarras da prevenção.

Reabilitar na Unidade Básica de Saúde: uma proposta

Desse processo tornou-se claro, embora não isento de contradições, o desenho de uma prática assistencial que, sediada na unidade de saúde mas altamente integrada à realidade objetiva e às dinâmicas de interação social do território, aceitou o desafio de trabalhar com o problema das desvantagens sociais.

Assim, tomou-se, num primeiro momento, todo o grupo de deficientes encontrado sob responsabilidade da UBS, procedendo-se a avaliações e projetos terapêuticos individuais. Considerou-se, fundamentalmente, que:

“existe uma nítida clivagem entre incapacidade e desvantagem, quer no plano conceitual, quer no que se refere aos meios de intervenção e os obstáculos metodológicos não são razão suficiente para obrigar a que a intervenção social prestada nas situações de desvantagem seja apenas determinada pelos padrões de incapacidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1989, p.52)¹⁰.

Na perspectiva adotada priorizou-se o atendimento a pessoas em desvantagem, os procedimentos sobre as incapacidades também eram parte das propostas de intervenção para esse grupo. Vir à Unidade de Saúde, por exemplo, não foi concebido como condição para que se recebesse o atendimento, como frequentemente ocorre nos serviços, reforçando condutas de exclusão. Ao contrário, foi entendido como um dos principais objetos de trabalho dos terapeutas, visto que indicava a inexistência de uma dimensão da interação com o mundo social que, não estando dada, deveria ser resgatada ou criada. Em relação às crianças, oferecendo outro exemplo, o trabalho especificamente vinculado às limitações físicas e cognitivas ocorreram essencialmente no contexto da busca por inclusão escolar. Foi para viabilizar, apoiar ou facilitar a participação da criança no mundo escolar que foram avaliadas as necessidades, selecionados os recursos, métodos, técnica e técnicos mais apropriados e efetivando-se a ação. Atuar na construção de situações de trocas sociais para o grupo, buscando a condição de igualdade e respeito às diferenças foi o norte adotado.

Ainda nas situações em que o encaminhamento a abordagens clínicas mais específicas foi necessário, os sujeitos foram mantidos vinculados à UBS, seja por requererem, como outros cidadãos, algumas modalidades de serviços oferecidos por essa unidade, seja pelo fato de ter-se adotado o princípio de que “encaminhar não é resolver” e, nesse sentido, foram apoiados de diversas formas em sua trajetória extra-UBS. A equipe da UBS responsabilizou-se, assim, pela concretização de efetivas trocas sociais que, embora não sendo promovidas diretamente como ação técnica,

expressam, em última instância o objetivo maior de todo o trabalho com esse grupo: a plena participação social dos sujeitos. As estratégias de trabalho utilizadas estiveram clara e explicitamente subordinadas a projetos de reconstrução da contratualidade social de sujeitos em desvantagem.

A viabilidade da realização do trabalho voltado à diminuição ou anulação das desvantagens sociais vividas pelo sujeito com deficiência na Atenção primária não está dada “à priori”. Consideramos, todavia, que há, nos dispositivos sanitários da Atenção Primária, um grande potencial terapêutico. A aproximação sobre a unidade sujeito-contexto* pode ser de tal forma favorecida nesses locais que aceitar a responsabilidade implicada nesse fato é imperativo. Inventar respostas técnicas mais adequadas à realidade dos sujeitos com deficiência no que diz respeito à sua participação na comunidade é tarefa que pode e deve ser cumprida pela Atenção Primária.

É preciso ainda enfatizar que alguns aspectos do trabalho que por ora está sendo brevemente descrito não envolvem, como se poderia pensar, poucos recursos ou saberes menos complexos. Tornar o portador de deficiência um usuário regular de uma Unidade Básica de Saúde, por exemplo, pode ser uma tarefa hercúlea. Quem já se deparou com atitudes contrárias a isso partindo de seus próprios colegas profissionais sabe do que se está falando. O trabalho com as desvantagens sociais exige do profissional a capacidade de realizar análises que tomem em consideração vários aspectos simultaneamente. A capacidade de selecionar e aplicar conhecimentos técnicos bastante variados, bem como a habilidade para trabalhar em “settings” distintos, como o ambiente domiciliar e outros espaços abertos da comunidade, é fundamental. Saber descobrir recursos na comunidade é imprescindível.

Do processo e resultados: a identificação das demandas para a unidade de saúde

É importante comentar que os resultados apresentados aqui derivam de apenas uma parte dos dados coletados. Várias outras informações foram colhidas na ocasião do inquérito, como independência na realização de Atividades de Vida Diária, utilização

* SARACENO (1999)¹⁴ indica a necessidade de intervenção sobre essa unidade, ao discorrer sobre a Reabilitação Psicossocial.

dos espaços da casa, frequência e natureza da assistência quando recebida e atividades de lazer, entre outras. A experiência mostrou que um instrumento de coleta demasiadamente abrangente, como o que foi usado no estudo, implica na captação de um conjunto de informações que, se por um lado apresenta a qualidade de lançar luz sobre um campo muito variado de problemas - proporcionando um panorama bastante amplo do que acontece com o grupo estudado - por outro paralisa, ao trazer a certeza de que a produção de um discurso claro sobre vários desses problemas carece de novos estudos. No caso desta pesquisa, porém, ainda que isso tenha ocorrido em certa medida, esse amplo conjunto de informações teve inestimável importância no que diz respeito a dois aspectos. Um deles foi a delimitação das prioridades da intervenção. Essas informações foram fundamentais para que se

compreendesse o significado de certos resultados numéricos na vida de sujeitos reais. Ao sofrimento deduzido através dos números, associou-se nome, endereço e particularidades que qualificaram a deficiência como condição de existência em um dado contexto.

Outro aspecto foi a agilidade com que se pode produzir respostas adequadas não apenas em relação ao perfil de morbidade do grupo, mas quanto aos problemas específicos dos sujeitos. O conhecimento prévio desses dados, de difícil tabulação ou mesmo sem valor estatístico, foi fator decisivo para a configuração da proposta assistencial que seguiu ao estudo, no sentido de que permitiu a definição das principais linhas de ação, partindo-se da certeza da possibilidade de atuação da unidade em relação a sujeitos e problemas singulares.

ALMEIDA, M.C., TISSI, M.C., OLIVER, F.C. Disability and primary health care: from knowledge to invention of praxis *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.1, p.33-42, jan./abr., 2000.

ABSTRACT: There is an increasing demand for more knowledge on the problem of disabilities in specific contexts. This demand is impelled by some statements made concerning the relationship between rehabilitation and Primary Health Care, as well by the diffusion of Community Based Rehabilitation. A door-to-door survey (100%) was conducted in the periphery of São Paulo city, to direct the planning of rehabilitation for a primary health care service, whose responsibility lies in this area. In this first paper we show and discuss the role of this results. Informations on the characteristics and situation of people suffering from physical and sensory limitations were essential to define the role of the health service. The patterns of the utilization of health or rehabilitation services, the schooling and work situations and the limitations derived by architectural barriers revealed that most of that group suffers from social disadvantage. This made clear that the primary health service task is to develop practices highly integrated into the community. The results of the research and discussion about the praxis adopted are presented in this paper.

KEY WORDS: Disabled persons, rehabilitation. Occupational therapy. Primary health care. Basic health care.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARVELO, J. Epidemiology and Rehabilitation. In: KOTTKE, F.J., AMATE, E.A. Ed. *Clinical advances in physical medicine and rehabilitation*. Washington : OPAS, 1991. p.1-21. *Scientific Publication*, n.533.
2. CARDENAL, F. Rehabilitación en el seno de la comunidad – Resúmenes de documentos que marcan la evolución de las ideas. In: REAL PATRONATO DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN A PERSONAS COM MINUSVALIA. *Alternativas institucionais en rehabilitación*. Documento 23. Madrid, 1990. p.163-73.
3. FINKENFLÜGEL, H.J.M. Identifying people in need of rehabilitation in rural Zimbabwe. *Central African J. Med.*, v.37, p.105-10, 1991.

4. FINNSTAM, J., GRIMBLY, G., NELSON, G., RASHID, S. Evaluation of community-based rehabilitation in Punjab, Pakistan: the use of the WHO manual "Training disabled people in the community". *Inst. Disabil. Studies*, v.10, p.54-8, 1988.
5. HELANDER, E., MENDIS, P., NELSON, G. *Training disabled people in the community*. Geneve: WHO, 1980.
6. LAGERKVIST, B. Community-based rehabilitation – outcome for the disabled in the Philippines and Zimbabwe. *Disabil. Rehab.*, v.14, n.1, p.44-50, 1992.
7. LUNDGREN-LINDQUIST, B., NORDHOLM, L.A. Community-based rehabilitation – a survey of disabled in a village in Botswana. *Disabil. Rehab.*, v.2, n.15, p.83-9, 1993.
8. MURRAY, C.J.L., LOPES, A.D. Quantifying disability: data, methods and results. *WHO Bulletin*, v.72, n.3, p.481-94, 1994.
9. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Programa de Ação mundial para as pessoas com deficiência. 1982. Tradução para o português feita pelo Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência – CEDIPOD – da versão em espanhol publicada pelo Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía, España. (maio 1992). São Paulo : CEDIPOD, 1992.
10. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps). Lisboa : Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989.
11. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. Informe del Comité de Expertos de la OMS en Prevención de Incapacidades y Rehabilitación. Ginebra, 1981. Série de Informes Técnicos 668.
12. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Los Servicios de Rehabilitación. Washington, 1993.
13. PHILLIP, R., DIXON, J., ELCOMBE, G., McLOUGHLIN, J., MEYRICK, C., NESLING, C., RUTHERFORD, M. Prevalence Estimates of Physical Handicap. *Public Health*, v.100, p.42-8, 1986.
14. SARACENO B. Libertando identidades – da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/ Rio de Janeiro : Instituto Franco Basaglia/TeCorá, 1999.
15. WOOD, P.H.N. Measuring the consequences of illness. *World. Health. Statist. Q.*, v.42, p.115-21, 1989.

Recebido para publicação: 20/01/1999

Aceito para publicação: 17/02/2000