

Atenção integral à saúde: apontamentos das pessoas com deficiência a partir dos acompanhamentos vivenciados no contexto da estratégia de saúde da família

Comprehensive health care: notes of people with disabilities from the accompaniments experienced in the context of the family health strategy

DOI:10.34119/bjhrv5n4-214

Recebimento dos originais: 14/04/2022

Aceitação para publicação: 30/06/2022

Larissa da Silva Suarez Salas

Terapeuta ocupacional Pós-Graduada Lato-Sensu pelo Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto - SP, CEP: 14049-900

E-mail: larissa.salas@alumni.usp.br

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Professora Doutora pelo Departamento de Ciências da Saúde do Curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP)

Endereço: Av. Bandeirantes, 3900, Ribeirão Preto - SP, CEP: 14049-900

E-mail: reginadc@fmrp.usp.br

RESUMO

Este estudo apresenta percepções das pessoas com deficiência inseridas em contexto de Estratégia de Saúde da Família, sobre os ideais de saúde e cidadania. A pesquisa pauta-se nos direitos e especificidades das pessoas com deficiência, na perspectiva da Atenção Integral à Saúde; e no papel da Estratégia de Saúde da Família. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório, no qual foram realizadas entrevistas em profundidade, com 4 pessoas com deficiência, usuárias de uma Unidade de Saúde da Família (USF) - Distrito Oeste de Ribeirão Preto. A escolha dos entrevistados deu-se por sorteio aleatório. As categorias temáticas foram: assistência à saúde; e identidade e cidadania. Como resultado, aspectos de vivência de integralidade no cuidado, acompanhamento longitudinal, profissional de referência, educação em saúde, grupos, rede de apoio, resolutividade, autonomia e reconhecimento foram identificados pelos sujeitos, para com eles e/ou suas famílias. Questões de maior acessibilidade física e facilidade em agendamentos foram significativamente apresentadas. Intersetorialmente, maior adaptação e inclusão social foram desejos narrados. Espera-se contribuir propagando boas práticas em saúde, com ênfase na ESF, assim como previstos na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; e com reflexões sobre os pontos de tensionamentos para o cumprimento do princípio da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: pessoas com deficiência, assistência integral à saúde, estratégia saúde da família (ESF).

ABSTRACT

This study presents the perceptions of people with disabilities inserted in the context of the Family Health Strategy, about the ideals of health and citizenship. The research is based on the rights and specificities of people with disabilities, from the perspective of Comprehensive Health Care; and on the role of the Family Health Strategy. This is an exploratory qualitative study, in which in-depth interviews were carried out with 4 people with disabilities, users of a Family Health Unit (USF) - Western District of Ribeirão Preto. The interviewees were chosen by random draw. The thematic categories were: health care; and identity and citizenship. As a result, aspects of the experience of integrality in care, longitudinal monitoring, professional reference, health education, groups, support network, resoluteness, autonomy and recognition were identified by the subjects, towards them and/or their families. Issues of greater physical accessibility and ease of scheduling were significantly presented. Intersectorially, greater adaptation and social inclusion were narrated desires. We hope to contribute by spreading good health practices, with emphasis on the ESF, as foreseen in the National Policy for the Health of People with Disabilities; and with reflections on the points of tension for the fulfillment of the principle of integrality of care.

Keywords: people with disabilities, comprehensive health care, family health strategy (FHS).

1 INTRODUÇÃO

Por definição, as pessoas com deficiência são sujeitos que possuem problemas nas funções e/ou estruturas do corpo, entretanto, a forma que é expressa a deficiência, funcionalidade e capacidade se relaciona diretamente com o meio ao qual estão inseridas (CIF, 2003). Nessa lógica, considera-se que a melhor forma de se definir pessoa com deficiência ou não é utilizar-se de critérios abrangentes, incluindo o próprio senso de auto identificação. Tal medida iniciou-se com a realização do censo demográfico de 2000.

Tendo em vista tal pluralidade, quais são os pontos de divergência e convergência desse público? Desta forma, seguiu-se o seguinte raciocínio: pensar em sujeitos, significa pensar em subjetividade. A subjetivação é constante, pois implica numa troca mútua e constante de vivências e experiências únicas de um indivíduo, que influenciam na construção de si, implicando na construção de sua identidade (ROLNIK, 2003).

Por essa razão, se faz necessário resgatar a premissa que as pessoas com deficiência não são todas iguais, nem devem ser - considerando-as como pessoas com direito à subjetividade. Assimilar isso é considerar a pluralidade desse público, mas, por outro lado, destaca-se a importância de estreitar um ponto em comum entre eles: a necessidade de afirmar o compromisso de direito à identidade, direito esse historicamente cerceado à essa população (BRASIL, 2008). A cidadania trabalhada aqui, por sua vez, implica em garantir as trocas e vivências, que influenciam na construção da identidade (SARACENO, 1999).

Voltando-se ao campo da saúde, tais considerações estão presentes na segunda versão da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010). Esta política segue os ideários das políticas nacionais de redemocratização, visando garantir a cidadania, como também orienta as ações de atenção à saúde a essa população específica (BRASIL, 2008). Nela, estabelece-se diretrizes interinstitucionais para se cumprir ações voltadas à: “promoção da qualidade de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços” (BRASIL, p. 07, 2010). A perspectiva de atenção integral à saúde é lançada, visando um cuidado integral.

O documento ainda sinaliza o papel crucial da Atenção Primária à Saúde (APS) para a execução dessa política, e pontua o papel primordial das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF) para o cumprimento desses objetivos. Portanto, é este o principal serviço que tem o papel de considerar os aspectos da Atenção Integral à Saúde e organizar as linhas de cuidados dos seus usuários (BRASÍLIA, 2009).

No Brasil, a atenção integral à saúde é assegurada através do conceito da integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Ele pode ser compreendido de duas formas. Primeiro, consiste em ações contínuas de cuidado, independente do nível de prevenção e do serviço ao qual o usuário do sistema está localizado. Este princípio previne a fragmentação da assistência e visa a consideração de aspectos biológicos, físicos, sociais, subjetivos e espirituais para a oferta de um cuidado integral ao sujeito. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

Segundo, dentro da prática clínica, o princípio de integralidade compõe de forma orgânica as práticas dos profissionais da saúde através da Clínica Ampliada, com o modelo de atenção biopsicossocial (BRASÍLIA, 2009).

Vislumbrar os sujeitos em sua integralidade significa compreendê-los em seu contexto sócio-histórico-cultural e econômico, admitindo-o como um ser biopsicossocial, buscando, por meio do acolhimento e da escuta qualificada (condutas preconizadas pelo SUS), identificar as reais necessidades do indivíduo de forma a propiciar a ele a possibilidade de exercício de seus direitos e, com isso, a qualidade de vida de forma continuada (MALFITANO, p. 107, 2011)

A nova compreensão de integralidade do cuidado culmina nas necessidades comuns dessas pessoas. Como resultado, ela leva a refletir sobre as necessidades de cuidado das pessoas com deficiência, como afirmou Othero (2012).

Por fim, o presente estudo será realizado com pessoas com deficiência circunscritas em um determinado território e acompanhadas por uma equipe de Unidade de Saúde da Família

(USF)¹ para, dessa forma, acessar e compreender as vivências das pessoas sob contexto deste serviço de saúde. Buscou-se explicar as vivências das pessoas com deficiência sob a perspectiva de Atenção Integral à Saúde; compreender os apontamentos que elas realizam em relação às suas vivências e apresentar discussões que integrem tais apontamentos e seus direitos.

Além disso, na tentativa de romper com a lógica biologicista, trabalhar com os apontamentos do outro implica em, primordialmente, ouvir o que é contado e valorizar esse ponto de vista. Portanto, adotou-se a estratégia de produção de narrativas de pessoas com deficiência.

2 MÉTODO

Este estudo se insere no campo da abordagem qualitativa exploratória, segundo a perspectiva da metodologia qualitativa nas Ciências Humanas e da Saúde. Ademais, a pesquisa seguiu a vertente de explorar e levantar informações, para somente depois levantar hipóteses e percepções. Portanto, a estruturação do estudo consiste em pressupostos iniciais revistos de cunho reflexivo (MINAYO, 2002 e TURATO, 2005).

Essa pesquisa foi desenvolvida no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional de Atenção Integral à Saúde, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Sua aprovação se deu pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP do Centro de Saúde Escola Prof. Dr. Joel Domingos Machado da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CAAE: 48317321.4.0000.5440).

2.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Utilizou-se a técnica da entrevista em profundidade como forma de produção de dados, fundamentando-se em suas balizas norteadoras: favorecimento do vínculo entrevistador-intervistado, ambiência da entrevista, informações e percepções relevantes segundo o entrevistado e registros qualitativos da entrevista (POIRIER, 1999; SILVA, 2006). Na realização das entrevistas, valeu-se do uso de um roteiro norteador, com perguntas acerca de qualidade e desejos em relação a linha de cuidado na área da saúde, identidade, redes sociais e cidadania. O roteiro teve função de guia, tendo ao mesmo tempo possibilidade de ajustamentos conforme as necessidades de se cumprir diálogo com o tema. (OTHERO e AYRES, 2012). A quantidade estabelecida inicialmente era de cinco entrevistados.

¹ Designou-se como Unidade de Saúde da Família (USF) unidades básicas de saúde constituídas por uma única equipe de Saúde da Família.

Considerou-se como critério de inclusão a realização das entrevistas com pessoas com deficiência circunscritas no território de uma determinada Unidade de Saúde da Família, situado no Distrito Oeste de Ribeirão Preto, e sujeitos maiores de 18 anos, levando-se em conta que a pesquisa busca o entendimento do próprio sujeito sobre suas vivências acumuladas e seu processo de vida. Os critérios de exclusão foram pessoas com comprometimento grave na cognição, na fala ou na audição. Na presença dessas deficiências, houve avaliação individual, por parte das pesquisadoras, da viabilidade na participação da entrevista, considerando-se que o principal modo de interação seria a entrevista em profundidade. A pesquisa foi realizada entre o período de março de 2021 até janeiro de 2022.

Os sujeitos foram definidos por sorteio e posterior convite para participação, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. A base para realização do sorteio, consistiu em uma relação de todas as pessoas com deficiência cadastradas no E-sus e no serviço. Tal relação foi fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, contendo nomes, agentes comunitários de saúde de referência, telefone e classificação da deficiência.

Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após se elucidar de todas as etapas e objetivos da pesquisa. As entrevistas tiveram gravação em áudio, para posterior transcrição. As transcrições foram realizadas especificando a tonalização dos enunciados, sendo anotadas as reações e intervenções do entrevistado (POIRIER, 1999).

Utilizou-se o recurso e uso do diário de campo (BAENA e BORREGO, 1998), com anotações acerca do modo em que se deu o contato entre entrevistador-entrevistado, impressões, dados do contexto geral e anotações acerca dos aspectos em como se deu a entrevista. Com isso, buscou-se produzir a qualidade e fidelidade da entrevista (BAENA e BORREGO, 1998; OTHERO e AYRES, 2012).

A análise das entrevistas foi realizada buscando-se as palavras-chave, os temas emergentes e as tendências gerais, realizando-se diversas leituras e discussões entre as pesquisadoras sobre as transcrições. Em conjunto, procurou-se dialogar com a literatura de referência bem como com os temas de interesse previamente elencados e descritos na entrevista em profundidade (OTHERO e AYRES, 2012).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir, os resultados serão apresentados, primeiramente, com a caracterização do local da pesquisa e a população adstrita. Em seguida, será apresentado o perfil geral dos entrevistados sob a ótica deste estudo e, por fim, a análise dos conteúdos, discutindo-se as

categorias temáticas que emergiram do estudo: saúde; identidade e cidadania. Os resultados se dão através do diálogo entre o referencial teórico e material coletados.

3.1 PARTICIPANTES E LOCAL DA PESQUISA

O local onde se insere a USF, envolvida nessa pesquisa, consiste em uma área urbana, onde há um número significativo de moradias próprias de alvenaria, com acesso a saneamento básico, famílias pequenas, ruas pavimentadas e energia elétrica (SIAB, 2022). Portanto, depreende-se que as condições básicas de vida estão minimamente asseguradas.

A lista, para sorteio dos participantes a serem convidados, foi caracterizada pelo total de 170 pessoas, sendo que 76 eram homens, 91 eram mulheres e três pessoas tinham nomes não-binários, ou seja, sem pertencerem exclusivamente ao gênero feminino ou masculino. Os gêneros foram atribuídos através da interpretação dos nomes, visto que na lista fornecida não havia essa categorização.

Ao todo, foram sorteadas 35 pessoas, com as quais foi realizado contato inicial e convite inicial. Das 35 pessoas, oito foram excluídas devido a critérios de exclusão da pesquisa. Onze pessoas recusaram a participação, dessas, seis não se identificaram como uma pessoa com deficiência e em três contatos os familiares alegaram inviabilidade de participação devido a questões de envelhecimento do indivíduo. Não se conseguiu contato com 11 pessoas. Cinco aceitaram participar da pesquisa, entretanto, um participante teve indisponibilidade posterior para a participação.

Como resultado final, foram selecionados quatro entrevistados. As realizações das entrevistas efetuaram-se nas residências dos entrevistados, seguindo a preferência dos mesmos. As entrevistas em profundidade se deram em somente uma tomada, sendo a duração entre 45 a 60 minutos.

Observou-se que todos os entrevistados eram homens. Em acréscimo, os convidados que recusaram devido a fragilidade da velhice, eram mulheres. Tais dados reforçam a conclusão de outros estudos, como afirma Reis (2012), de que mulheres apresentam expectativa de vida mais longa, portanto, são mais propensas a desenvolverem limitações funcionais ao longo dos ciclos de vida.

Neste estudo, inicialmente, as pessoas foram questionadas se pertenciam à classificação de pessoas com deficiência. Chama a atenção aqueles que não se consideravam pertencentes, visto que o convite foi realizado consultando a relação na qual as pessoas com deficiência auto referiram tal condição. Pondera-se que um dos pontos que pode diferenciar as respostas é o esclarecimento da finalidade deste dado. Nesse sentido, reflete-se: trata da diferença entre

utilitarismo e identificação? Pode haver uma carência de subsídios para as pessoas se auto identificarem? Reforça-se a importância da diretriz de melhoria dos mecanismos de informação, presente na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010).

Para os entrevistados foram dados os seguintes codinomes: Sr. Jequitibá, Sr. Carvalho, Sr. Caviúna e Sr. Pinheiro. Abaixo, há um breve resumo sobre a caracterização dos participantes.

Sr. Jequitibá. - Depreendeu-se da entrevista que Sr. Jequitibá é um senhor idoso muito idoso (acima de 80 anos), aposentado, que mora e convive com sua esposa, sendo sua companheira em diversas atividades do seu dia-a-dia, incluindo o momento da entrevista. Sua entrevista foi marcada por aspectos inerentes ao envelhecimento. Possui deficiência visual e auditiva, ambas parciais.

Sr. Carvalho. - Sr. Carvalho é um homem adulto, casado, mora com a esposa, mãe e dois filhos pequenos. Possui uma vida ativa, tem deficiência física devido amputação de membro inferior. Refere ter tripla experiência na vivência de ser uma pessoa com deficiência, por ter filho também com deficiência física e mãe idosa com mobilidade reduzida.

Sr. Caviúna. - É um homem solteiro, idoso, que mora sozinho. Utiliza a USF como sua principal fonte de cuidado em saúde e socialização, também realizando acompanhamento em saúde em outros serviços. Possui deficiência auditiva causada por hepatite B, que por sua vez, liga ao fato do abuso de álcool no passado.

Sr. Pinheiro. É um homem solteiro, adulto, autônomo e sozinho. Durante a entrevista, demandou escuta e acolhimento em relação a questões da vida - relata perdas de pessoas importantes em sua vida recentemente. Possui deficiência auditiva, segundo o E-sus. O entrevistado também referiu deficiência hormonal, relatando gerar grande impacto em sua vida, em seqüela de deficiência física que foi corrigida na infância. Utiliza uma unidade de Saúde Escola como principal rede de cuidado.

Aqui, pontua-se que 3 dos 4 participantes são idosos. Reforça-se mais uma vez as conclusões de demais estudos, que afirmam “a tendência de aquisição de deficiências ao longo dos ciclos de vida e está relacionado ao aumento significativo de doenças crônico-degenerativas e casos de invalidez, nas últimas décadas, particularmente atingindo pessoas acima de 50 anos” (ROCHA, 2006).

3.2 ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Dos quatro entrevistados, três referiram ótimas experiências com o serviço da Unidade de Saúde da Família. Sr. Carvalho refere não utilizar o serviço, dispondo-se do uso de convênio

para acompanhamento em saúde, mas valendo-se do SUS na assistência secundária e terciária. Nesse sentido, pode-se realizar a reflexão sobre a rede privada não ofertar o atendimento especializado de forma que atenda a totalidade de suas demandas, fazendo com que o usuário recorra ativamente ao SUS.

Pela rede privada, Sr. Carvalho realiza uso de atendimentos médicos específicos: cardiologista e ortopedista, sendo um cuidado de demanda aberta, fragmentado e médico-centrado. Em sua experiência de vida, ter demanda aberta para esses especialistas é importante. Além disso, pode-se refletir sobre o entrevistado não se vê precisando do atendimento primário e demonstra desconhecer a forma de funcionamento. Ademais, observa-se que o mesmo não reconhece o SUS como fonte significativa de seu cuidado, o que traz à tona a importância do serviço que gerencia o cuidado em saúde, para o usuário. Os demais entrevistados não possuem convênio.

Observou-se como pontos fortes e positivos, trazidos pelos entrevistados, a compreensão e uso da USF como serviço de referência, executor de cuidados básicos em saúde, com resolutividade, gestor e avaliador da necessidade de demais serviços na linha de cuidado; presença de profissionais de vínculo, ao qual confiam sua saúde e presença de longitudinalidade do cuidado. Ademais, percebe-se que os familiares dos entrevistados foram e são atendidos pela USF, através de atendimentos, consultas, grupos, visitas domiciliares, etc; Cumprindo-se o foco de cuidado focado na família, não apenas no indivíduo.

Esse cumprimento, “estes sentidos, significados, valores e concepções banham a relação entre as pessoas no mundo” (OTHERO, p. 225, 2012). Logo, com sentidos positivos em relação ao serviço primordial de cuidados com suas respectivas vidas, pode-se afirmar que a maior probabilidade dessas pessoas terem maior repertório de vida, visto que saúde é uma necessidade básica de ser cidadão.

“A gente vai lá consultar, né. Marca a consulta, consulta. A cada seis meses vão ter médico, depende, né? Às vezes eles manda fazer exame de sangue, exame de tudo. - Mede a pressão (fala da esposa) - É, mede a pressão também. Essas coisas aí, nesse postinho aí da Unidade, dali” (Sr. Jequitibá).

Questionado sobre as possibilidades ofertadas pela USF, Sr. Jequitibá refere também ser atendido por enfermeiras. Sr. Caviúna refere participar de dois grupos, dos quais referencia como fonte de educação em saúde, cuidado e local de socialização. Além disso, foi atendido por anos pelas fonoaudiólogas da equipe multidisciplinar, advinda de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, presente na unidade. Tal equipe, assemelha-se ao funcionamento do NASF e desenvolve atenção também voltada ao público de pessoas com

deficiência, com objetivos de reabilitação, seguimento do modelo clínico-social, promoção da participação, protagonismo, apoio e inclusão (BRASIL, 2010).

No caso do Sr. Pinheiro, seu acompanhamento em saúde é realizado em outro serviço, visto que não há farmácia na USF. Afirma que gostaria de um acompanhamento com maior assistência; ou com maior integralidade, pois cita estar realizando apenas a retirada dos remédios de rotina, e gostaria de mais. Traz, durante grande parte da entrevista, o processo recente de falecimento da mãe, percebendo-se a necessidade de trabalhar esse luto.

Lê-se que demanda necessidades para além de sua deficiência. Encontra-se em um momento de fragilidade de luto, em que suas maiores necessidades são acolhimento e escuta. Compreende-se que o apoio ao momento da perda ainda é dificultoso de ser reconhecido pelos usuários, e ainda não orgânico para equipe. Também é difícil ser reconhecido pela própria população geral. Seria a necessidade de apoio ao luto uma necessidade primordial de saúde? Seria uma demanda expressa para procura de unidades básicas em saúde? Sugere-se que sim, daí a importância de demanda espontânea para acolhimento e orientações básicas. Entretanto, há a necessidade de investimento em recursos humanos, educação permanente e gerenciamento de trabalho para tal prática.

Além disso, o mesmo entrevistado queixa-se por ser desacreditado no momento da marcação de consulta, por suas especificidades de horário devido ao seu trabalho. Ademais, não está informado, assim como os outros, como será o segmento de seu cuidado, como e quando buscar atendimentos, grupos, estando desorientado quanto ao funcionamento do SUS. Portanto, em contraponto com os demais entrevistados, põem em cheque a oferta, no sentido de acesso aos atendimentos, dificuldade constantemente apontada por Reis e Aoki (2012). Apreende-se aqui uma necessidade de maior responsabilidade para com o paciente e pensar em alternativas diante das necessidades culturais da população trabalhadora.

“Pois é, me mandaram pra lá por causa desse hormonal e ai e tals. E eu faço reposição a cada 21 dias, eu tomo injeção de hormônio. Mas, assim, por aqui era muito melhor, aqui na unidade. Eu vinha aqui e sempre estava mais presente. Lá no Centro de Saúde Escola é mais... pelo contrário, ainda quebrei o pau com o rapaz ...não querendo me engendar e o cara me questiona. Eu trabalho...” (Sr. Pinheiro).

No caso do Sr. Jequitibá, ele atribui a instalação da sua deficiência visual a um erro médico. Em específico, na demora do diagnóstico preciso e intervenção precoce, já nos serviços hospitalares. O diagnóstico final foi descolamento de retina. Ainda que isso tenha ocorrido, ele contrasta com as outras diversas experiências positivas, e atribui como um erro pontual. Exemplifica que no outro olho, houve intervenção rápida e preservação da visão.

Apesar de apontar tal falha, também citou a importância do diagnóstico precoce e a importância de um cuidado integral, para além da deficiência. Refere que a mesma médica que identificou a catarata identificou os sinais do início de sua doença de Parkinson. O diagnóstico foi confirmado e realiza tratamento desde então. Nota-se a importância de a médica realizar um diagnóstico abrangente em saúde.

Seguindo o eixo dos demais níveis de atenção, todos possuem vivências que foram relatadas. O Sr. Caviúna e o Sr. Carvalho tiveram acesso a serviços de reabilitação, ligados às deficiências que possuem. Já o Sr. Jequitibá e o Sr. Pinheiro não citam sobre experiência em reabilitação. Sr. Caviúna e o Sr. Jequitibá referem acompanhamento com médicos de demais especialidades, que não a medicina de família e comunidade, em outros serviços, de caráter preventivo. Tal diversidade e vivência se dá através da lógica que a integralidade só pode ser obtida com acionamento de diferentes redes e níveis de complexidade de serviço (REIS e AOKI, 2012).

“E que nem tem outra médica, sem ser da Unidade, que eu passo por ela também, de hepatite, que eu fazendo exame para ver o que aconteceu... o que... [...] para você ver o que é um acompanhamento! Eu fazendo um exame para ver o que aconteceu no ouvido. Então descobriram no exame de sangue, descobriram essa hepatite [...] Essa médica acompanha eu há 10 anos” (Sr. Caviúna).

Sr. Caviúna pontua que a dispensação de seu aparelho auditivo demorou 3 anos. Nesse período, refere comunicação altamente prejudicada, tendo auxílio do irmão como intermediador. Devido a isso, nota-se aqui um descompasso na continuidade de cuidado, na existência de fila de espera. No entanto, apesar da demora, notou-se o uso de uma comunicação adequada durante a realização da entrevista, evidenciando a garantia mínima do direito a dispositivo que lhe proporcione comunicar-se.

Este entrevistado enfatizou que a maior problemática que vivenciou foi o uso abusivo de álcool, assimilando a instalação da deficiência auditiva como um desdobramento, devido a hepatite. Cita grande apoio e cuidado por parte da equipe do USF, em parceria com outros serviços da rede, e fora da rede, como a Associação Alcoólicos Anônimos.

Reforça diversas vezes o apoio que teve da equipe da USF para lidar com a problemática. Nesse sentido, nota-se a subjetividade das relações entre profissionais e usuários, realizando um circuito de vínculo e trocas, essenciais para ações de cuidado (BONFADA, 2012 e OTHERO, 2012). Esse movimento remete a ação de sanar as necessidades globais de saúde do usuário, realizando uma “leitura ampliada da realidade de vida dos indivíduos, garantindo que as intervenções se deem em consonância com as singularidades de cada um deles”

(BONFADA, p. 556, 2012). É a realização da clínica ampliada, efetivando o princípio de integralidade do SUS.

Voltando-se ao acesso, o Sr. Carvalho chama a atenção para a acessibilidade arquitetônica dos serviços de saúde.

É que nem, o mais próximo ali, tem o posto em cima né, [...] eu precisei levar o meu menino, e ele fica na cadeirinha né, quando a gente sai, e a rampa de acesso era bem íngreme. Bem, então quer dizer, eu já tenho a minha dificuldade e tal, e aí empurrando a cadeira de rodas do meu filho então foi um desafio legal” (Sr. Carvalho).

Observou-se que uma característica forte em relação aos atendimentos de urgência e emergência é a dificuldade de acesso, no sentido de tempo. Mas no sentido de ser atendido, todos tiveram sucesso.

Sr. Carvalho favoreceu a reflexão de um ponto sensível da atenção integral à saúde: a adaptação de barreiras arquitetônicas e psicossociais do contexto de vida é igualmente importante que o acompanhamento médico-clínico. Tal ação, apesar de ser prevista na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, não possui uma baliza de funcionamento. Tem-se que um dos desafios atuais do SUS é a aplicação do princípio de integralidade, no sentido de sanar todas as necessidades de vida dos usuários (OPAS, 2018). Compreende-se que o profissional que pode auxiliar para a superação desse desafio é o terapeuta ocupacional (AOKI e OLIVER, 2013), entretanto, faltam recursos norteadores para tal prática.

“Eu penso mais dessa questão futura, em relação aos médicos, de momento assim, eu não tenho nada... Seria algo particular. Assim, de melhorias veiculares, melhorias de mobilidade aqui em casa” (Sr. Carvalho).

Para finalizar a categoria temática assistência à saúde, revela-se a concepção de saúde dos entrevistados. Essa medida visa favorecer espaços para a concepção das pessoas com deficiência, fomentando espaços sociais de existência e deslocamento do saber estritamente médico-centrado (FIORATI et al, 2018). Todos apresentaram definições abrangentes de saúde, em oposição ao modelo biomédico.

“Bom, saúde seria o bem-estar, né. Você tem uma necessidade de atendimento, e conseguir ser atendido. Você, é... poder fazer alguma atividade, ou em conjunto com a Unidade, que nem a minha mãe faz atividade ali, que ela se sente muito bem. Então, esse bem-estar é com certeza é resultado de uma boa saúde. Tanto da saúde física, quanto da saúde mental” (Sr. Carvalho).

“Então, saúde... saúde é pessoa, que tem... tem um monte de tipo de saúde. Tem a saúde alimentar, essa saúde aí eu aprendi muito na Unidade também. [...] muita coisa que aprendi lá, eu sigo muito do que aprendi. E tem outros tipos de saúde também,

a... a saúde mental. Que nem essas caminhadas que eu faço me ajuda muito. Saúde Mental [...] eu fico muito sozinho. Então quando eu vou... com as meninas lá (refere-se a um grupo da USF), precisa ver como que eu me sinto bem..., me sinto bem. Corporal, que é a fisio que a gente faz. E me sinto bem espiritual” (Sr. Caviúna).

3.3 IDENTIDADE E CIDADANIA

Para todos os entrevistados foi questionado sobre sua autodescrição e a percepção que terceiros podem ter deles. As definições colhidas foram de caráter abrangente.

“Ai, eu gostaria que me descrevesse uma pessoa normal. Uma pessoa legal, que não tem problema assim, com nada assim, né. Graças a Deus, né. Assim que eu penso. É isso” (Sr. Jequitibá).

Reflete-se aqui sobre o desejo de normalidade e o direito a tal. É nato do ser humano um desejo de pertencimento e identificação de iguais. Para isso, busca-se uma adequação à faixa de normalidade, ao *comum*. Trata-se do direito à identidade coletiva, assegurado na Política de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010). Compreende-se também que o desejo de normalidade é um mecanismo de enfrentamento da adversidade, através da recusa ao estigma da deficiência (ROCHA, 2019).

De forma aprofundada, o Sr. Carvalho abordou seu cotidiano, papéis ocupacionais, espiritualidade, lazer, família e interação da deficiência com sua identidade; relatando todos como pequenos espectros que juntos formam sua personalidade. Adaptar-se, como estudou Othero (2012), também é compreendida como mais uma forma de enfrentamento.

Em relação a história do Sr. Caviúna, chama a atenção que não cita a deficiência auditiva como um aspecto que forma sua identidade, mas traz uma grande problemática em torno do álcool. Nessa categoria, aborda-se como sua história de vida perpassa pelo uso abusivo de álcool, mas como o acolhimento e pertencimento ao serviço de saúde, e conseqüentemente a utilização das potências do território, puderam favorecer a formação de uma identidade para além do uso abusivo do álcool. Concerne em ações tendo como enfoque o sujeito, visando a autonomia e apropriação de si através de ações territoriais emancipatórias (NICÁCIO e OLIVER, 1999). Sr. Caviúna trouxe falas que endossaram a perspectiva de que sentir-se cuidado pela equipe nos grupos, pelo profissional de vínculo e nas ações territoriais de saúde, colaboram com o fato de ter criado uma identidade de ser alguém que é aceito e acolhido.

Apesar disso, devido ao afastamento da sociedade em razão do risco de retomada do uso problemático de álcool, nota-se que Sr. Caviúna diminuiu consideravelmente sua participação social. Mesmo com sua afirmativa de uma boa rede de suporte e apoio em saúde, constata-se que houve uma lacuna na reabilitação psicossocial.

Somado a isso, há a dificuldade de entendimento, mesmo com o uso do aparelho de amplificação sonora individual (AASI). Ele exemplifica que, antes da perda auditiva, frequentava a missa todos os domingos. Entretanto, atualmente, não tem frequentado por não conseguir discernir as falas do padre, e em consequência, não compreender a missa. Refere sentir muita falta de realizar a atividade. O mesmo é aplicado para o uso do aparelho celular e na comunicação com as pessoas em contexto com vários sons concomitantes. Conclui-se que sua perda auditiva e a falta de adaptações dos locais, influência em muitos aspectos de sua vida.

Apesar das dificuldades observadas do Sr. Caviúna, somente Sr. Pinheiro apresentou uma história com sentimento de frustração por seus limites em consequência da deficiência, tendo desenvolvido infertilidade.

Direcionando-se aos direitos sociais, o Sr. Carvalho traz, em diversos momentos da entrevista, a importância deles serem aplicados na vida cotidiana, referindo a educação civil ser um ponto-chave para esse processo.

“No começo, pra você ver, a gente vai aprendendo, né. Eu queria usar a vaga (refere a vaga preferencial de estacionamento), né. Não, eu tenho direito de usar a vaga. Só que eu vi que esse direito, quase você tem que conquistar no braço, né” (Sr. Carvalho).

Ele traz a importância da lei que assegura a acessibilidade em espaços civis (BRASIL, 2000), mas como ainda há um descompasso entre a aplicação da lei na sociedade. Segundo sua percepção, obras atuais têm sido construídas conforme os novos parâmetros de acessibilidade, porém, há muitas construções antigas que não seguem esse padrão. Em consequência, um impacto arquitetônico é gerado. Na prática, sob sua ótica, observa maior acessibilidade em *shoppings centers* do que em serviços de saúde, centro da cidade, lojas tradicionais, etc. Entende-se que pelo fato do Sr. Carvalho ser uma pessoa mais ativa, talvez suas vivências de desafios sejam maiores. Compreende-se também que só é desafiador aquilo que é escolhido enfrentar. Por isso, Sr. Carvalho traz diversas situações que vivenciou. Entende-se que suas condutas rumam em direção ao direito à qualidade de vida.

“Você vê uma dificuldade de calçamento, você vê uma dificuldade de acesso, alguma loja, algum estabelecimento. Por mais que hoje tenha algumas leis né, de acessibilidade, mas ainda encontra bastante dificuldade” (Sr. Carvalho).

PROMOÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA – é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão

sociocultural. As cidades, as escolas, os ambientes públicos, coletivos e de lazer, os serviços de saúde, os meios de transporte, as formas de comunicação e informação devem ser pensadas de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos em iguais condições de direitos (BRASIL, p. 8, 2010).

Apresentou alguns relatos de situações cotidianas em que teve que realizar enfrentamentos para ter seus direitos sociais assegurados, como acessibilidade em estabelecimentos comerciais e de saúde; direito à garantia de atendimento preferencial e estigma por ser uma pessoa com deficiência. Trouxe que percebe a dificuldade da população em compreender a diferença do direito dos idosos e das pessoas com deficiência, e de validar pessoas com deficiência que não são aparentes.

“Eu sempre ando de bermuda. Por quê se eu for utilizar de uma dessas... vaga do estacionamento, mercado principalmente, é... Sei lá, de repente uma lotérica [...] Mas algo que eu precise utilizar dessas vagas, o visual conta muito” (Sr. Carvalho).

Ainda assim, refere ter aprendido a desenvolver leveza, para lidar com demandas que, sob seu ponto de vista, serão resolvidas somente com um longo percurso através da educação. Um fator que chama a atenção, é que apesar de apresentar essas vivências, refere que lida muito bem, e prefere isso que o olhar de piedade das pessoas. Compreende-se que a chacota seja atualmente mais fácil de lidar do que a piedade. Como se fosse a lei do mais forte, “também sou digno de alguém fazer chacota comigo”. Sobre isso, novamente, aparece uma recusa em relação ao estigma da deficiência (ROCHA, 2019). Conclui-se que traça uma busca de reconhecimento e garantia de seus direitos, necessidades também fundamentais para um cuidado integral da pessoa com deficiência (OTHERO, 2012).

O Sr. Jequitibá relata grande satisfação com seu cotidiano, descrevendo-se como uma pessoa caseira. Trouxe elementos de rede familiar presente e direitos sociais assegurados, como moradia, alimentação, locomoção e saúde, assim como os demais entrevistados. Constata-se a existência do primordial: “Ainda que maneiras diferentes de viver levem a diferentes necessidades de saúde, “ter boas condições de vida” é um primeiro conjunto de necessidades.” (OTHERO, p. 221 2012).

O Sr. Jequitibá refere mobilidade pela cidade, com uso de direitos dos idosos, como o passe do ônibus e morar em local de grande acesso aos pontos de parada. Refere não estar habitando tanto a cidade no momento atual por decorrência da pandemia. Os demais entrevistados não referiram fazer uso de transporte público. O sair, descolar-se, passear, realizar trocas entre pessoas, é tido como um reconhecimento social (AOKI, OLIVER, 2013).

Saraceno (2001) traz a importância do exercício do poder contratual nos âmbitos do habitar, do mercado e do trabalho, sendo também fundamentais para o reconhecimento de um ser social, com cidadania. Aliados ao conceito de território (ALMEIDA, OLIVER, 2001), nota-se que esse conjunto é presente no cotidiano do Sr. Jequitibá, que traz a importância de todos os dias ir até a padaria sozinho, que sua moradia tem um forte valor afetivo; e que tem conhecimento e trocas com bairro e comunidade onde vive.

Apesar do forte vínculo com o território e serviço de saúde atual, no passado, buscou acompanhamento de saúde nas regiões dos diferentes locais em que morou, ocasionando o foco na importância de uma política única de diretrizes para acompanhamento em saúde (BRASIL, 2017). Mostra-se com acesso à informação e interessado no plano nacional vacinal da COVID-19, por exemplo. Quesito esse previsto na Política da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010).

Incluir socialmente as pessoas com deficiência significa respeitar as necessidades próprias da sua condição e possibilitar acesso aos serviços públicos, aos bens culturais e artísticos e aos produtos decorrentes do avanço social, político, econômico, científico e tecnológico da sociedade contemporânea (BRASIL, p. 18, 2010).

Questionado sobre direitos das pessoas com deficiência, refere que, por ter adquirido deficiências já sendo idoso, seus direitos sociais assegurados foram buscados por ele mesmo devido a sua idade. Coloca que se sua deficiência tivesse se instalado quando mais jovem, não poderia trabalhar. Sr. Carvalho traz falas análogas em relação à aceitação da deficiência e desejo de retomada das atividades do cotidiano. A autonomia, independência e apoio mostram-se mais uma vez como questões centrais que propiciam senso de dignidade e liberdade (OTHERO, 2012).

“Então, é que nem eu falei, eu tinha tanta vontade de voltar a andar; então, fazer as minhas coisas de novo, ser independente. Nossa, detesto depender dos outros. Então, eu não me incomodo se aquilo (em relação a prótese transfemural) tá aparecendo, ou não” (Sr. Carvalho).

Por fim, para todos foi questionado o entendimento de cidadania. Dada a importância dos próprios sujeitos em relação ao senso de cidadania, algumas falas estão registradas a seguir:

“Cidadania eu tenho assim, que seria os seus, você ter os seus direitos individuais, os seus direitos coletivos, respeitados. Então, eu acho que assim [...] A prática mesmo da cidadania, que seria o respeito, seria o auxílio, seria a educação de uma forma geral, ela é educação no trânsito, a educação das pessoas nos estabelecimentos, o auxílio, isso ainda precisa melhorar muito. Que é diferente do rótulo de cidadania que a gente vê muito; [...] Papel aceita tudo. Na vida não. Na... é diferente. [...] Então, eu acho que cidadania seria essa união, esse, esse conjunto de estar todos unidos pela mesma causa. Mas de fato, estar lutando pela mesma causa [...] Muita gente que não tem convênio, muita gente que às vezes não consegue, que é um atendimento, assim.

Então, aí também entra, né? Como cidadania. Como que você vai ser cidadão, se você não está incluso em todas as... Como é que fala? Entre as obrigações e tem seus direitos” (Sr. Carvalho).

“O que é a cidadania? Ah, eu acho que é a pessoa... ah, estar, não sei se vou dizer certo. Mas, é a pessoa estar envolvida com as outras pessoas. Que nem você está falando de frequentar um grupo... que nem aquele grupo que temos no grupo. Não sei se é isso, mas acho que é uma cidadania. Frequentar uma missa é uma cidadania. Os grupos que a gente tinha lá... é uma cidadania também” (Sr. Caviúna).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como um dos seus achados participantes que possuem acesso à saúde, alimentação, moradia e transporte. Além disso, têm rede de suporte familiar presente e boas vivências na USF. Dado isso, pode-se concluir que trata-se de um conjunto de pessoas que possuem bem-estar social mínimo garantido (AOKI, OLIVER, 2013). Boas condições de vida podem repercutir nas necessidades de saúde (REIS, AOKI, 2012).

As práticas em saúde vivenciadas pelos entrevistados são concluídas como boas práticas, com garantia de acesso básico, cuidados resolutivos, dispensação de medicamentos, acesso a dispositivos e tecnologias assistivas, integralidade no cuidado, acompanhamento longitudinal, presença de profissional de referência, acesso à educação em saúde, grupos, rede de apoio, resolutividade, autonomia e reconhecimento. Há cumprimento das recomendações para uma APS forte no SUS: “Ampliar e consolidar a Estratégia Saúde da Família com ênfase nos atributos essenciais da APS.” (OPAS, p. 106, 2018). Portanto, neste trabalho, destaca-se a importância da ESF, como estratégia da APS, para um cuidado de saúde integral, articulações com outros serviços e práticas intersetoriais; e sua utilização como recurso para um cuidado integral à pessoa com deficiência (BRASIL, 2010; ROCHA, 2019).

Os apontamentos aqui apresentados, para melhora de funcionamento dos serviços, são entendidos como pontos de um grande tecido que já está formado e garantido, mas que possui arremates delicados de aprimoramento. Tais arremates podem ser entendidos como lacunas, muitas vezes advindas de um olhar e/ou uma linha de cuidado, tecnicista e biomédica, com carência de uma reabilitação social, como afirma Rocha (2019). A autora ainda afirma que esta lógica é reflexo da formação e entendimento dos profissionais de saúde e serviços, sobre o cuidado. Como modo de superação deste modelo, Rocha (2019) nos convida a ouvir cada vez mais as necessidades de vida das pessoas com deficiência.

Por fim, observou-se que todos os entrevistados, com ênfase os idosos, referiram com profundidade as suas trajetórias até o momento presente, caracterizando assim a apreensão de uma história de vida. Tal acontecimento foi possível graças à realização da entrevista em profundidade, estreitando laços reais, e dados o mais condizente possível com a vida das pessoas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.; OLIVER, F. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiência: fundamentos para a terapia ocupacional. In: DE CARLO, M.M.R.P; BATALOTTI, C.C. (Org.) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus Editora, 2001, Cap. 4, p. 81-99.

AOKI, M. OLIVER, F.C. Pessoas com deficiência moradoras de bairro periférico da cidade de São Paulo: estudo de suas necessidades. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos*, v. 21, n. 2, p. 391-398, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.040>>. Acesso em 19 de janeiro de 2022.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Informação e documentação - Referências - elaboração**. Rio de Janeiro: 2002.

BAENA, V.C; BORREGO, I.G. **La transcripción em história oral: para un modelo “vivo” del paso de lo oral a lo escrito**. *História, Antropologia y Fuentes Orales*. v.2, n.18, p. 41-62.1998.

BONFADA, D.; CAVALVANTE, J.R.L.P.; ARAÚJO, D.P.; GUIMARÃES, J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. **Ciências & Saúde Coletiva**. Vol. 17, nº 2, p. 555-560, fev. 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 de jan. de 2022.

BRASIL. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 19 dez. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm> Acesso em: 21 de jan. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº2.436 de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em 2 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.488 de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso em 13 de set. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 4.249 de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html> Acesso em 20 de jul. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Série e – Legislação em Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. p. 72. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>
Acesso em 23 de ago. de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, p. 24 : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2010.

CIF: **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde** / [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cássia Maria Buchalla]. – 1. ed., 1. reimpre. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2008.

ESTRATÉGIA de Saúde da Família (ESF): Sobre o programa. In: Ministério da Saúde: banco de dados. **Brasil: banco de dados**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>> Acesso em 23 de setembro de 2020.

FIORATTI, R.; CARRETTA, R. **Anticipated Barriers to Implementation of Community-Based Rehabilitation in Ribeirão Preto, Brazil**. Disability, CBR and Inclusive Development (DCID): Formely Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal. vol. 29, nº.1, 2018. Disponível em: <<http://dcidj.org/article/view/701>>. Acesso em 13 de set. de 2020.

GLOSSÁRIO da PNH. In: Ministério da saúde: banco de dados. **Brasil: banco de dados**. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/humanizadas/glossario-pnh>> Acesso em 23 de setembro de 2020.

MALFITANO, A.P.S.; FERREIRA, A.P. **Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.22., n.2, p. 102-109, maio/ago. 2011.

MINAYO, M.C. **Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças**. Revista Brasileira de Educação Médica, v. 33 (Supl.1): p. 83-91, 2009.

MINAYO, M.C.S. **A construção do projeto de pesquisa**. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 21.ed. Petrópolis: Editora Vozes, Cap.2. 2002.

OLIVER, F. C.; NICÁCIO, F. **Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde**. Revista de terapia ocupacional da universidade de São Paulo. v. 10, n. 2/3, p. 60-68, 1999.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030?** Brasília : OPAS; 2018.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. **Healthcare needs of people with disabilities: subjects perspectives through their life histories**. Revista Interface - Comunic., Saúde, Educ., Online. v.16, n.40, p.219-33, jan./mar. 2012.

POIRIER, J. et al. **Histórias de vida: teoria e prática**. 2. ed. Editora Celta, 1999.

REIS, F, GOMES, M, AOKI, M. **Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas**, Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos. v. 20, n. 3, p.

341-350, 2012. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/678/392>> Acesso em 19 de janeiro de 2022.

REIS, F, PIMENTEL, A. **Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde**, Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.024>> Acesso em 10 de janeiro de 2022.

ROCHA, E. F. **Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão**. São Paulo: ROCA, 2006.

ROCHA, E. F. **Corpo com deficiência em busca de reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física**. - 1ª ed. - São Paulo: Hucitec, 2019.

ROLNIK, S.; **À sombra da cidadania: alteridade, homem da ética e reinvenção da democracia**. São Paulo: Editora PUC/SP, 2003 (versão reelaborada de conferência proferida na mesa redonda “Cidadania e alteridade”, no IV Encontro Regional de Psicologia Social da ABRAPSO, no dia 30/05/92, na PUC-SP).

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível**. [La fine dell'intrattenimento: manuale di riabilitazione psichiatrica]. Cap. 1. Trad. Lúcia H. Zanetta, M. do Carmo Zanetta, Willians Valentini. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1999.

SILVA, C.A.; et al. **História oral e pesquisas qualitativas em enfermagem**. Brazilian Journal of Nursing. Online. v. 5, n. 3. 2006.

CONSULTA AO SIAB: **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>> Acessado em: 25 de jan. 2022.

TURATO, E.R. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Revista de Saúde Pública. Online, v. 39, n. 3, p. 507-514. 2005.