

# Atenção à saúde de pessoas com deficiência em cenário rural sob perspectiva dos agentes comunitários

*Health care for people with disabilities in a rural setting under the perspective of community agents*

*Atención a la salud de personas con discapacidad en escenario rural bajo perspectiva de los agentes comunitarios*

**Daiane Zeni<sup>I</sup>**

ORCID: 0000-0002-1299-2110

**Marta Cocco da Costa<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-9204-3213

**Ethel Bastos da Silva<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6880-7463

**Fernanda Honnef<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-1866-1611

**Jaqueline Arboit<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0002-6610-5900

**Isabel Cristina dos Santos Colomé<sup>II</sup>**

ORCID: 0000-0001-7680-3289

<sup>I</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Palmeira das Missões,  
Rio Grande do Sul, Brasil.

<sup>II</sup>Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria,  
Rio Grande do Sul, Brasil.

## Como citar este artigo:

Zeni D, Costa MC, Silva EB, Honnef F, Arboit J, Colomé ICS.  
Health care for people with disabilities in a rural setting  
under the perspective of community agents.  
Rev Bras Enferm. 2020;73(6):e20190204.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0204>

## Autor Correspondente:

Marta Cocco da Costa  
E-mail: [marta.c.c@ufsm.br](mailto:marta.c.c@ufsm.br)



EDITOR CHEFE: Antonio José De Almeida Filho  
EDITOR ASSOCIADO: Andrea Bernardes

**Submissão:** 06-06-2019    **Aprovação:** 13-03-2020

## RESUMO

**Objetivo:** Compreender como ocorre a atenção à saúde de pessoas com deficiência residentes em cenários rurais na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde. **Métodos:** Estudo de abordagem qualitativa do qual participaram 13 Agentes Comunitários de Saúde. A coleta de dados ocorreu mediante entrevistas semiestruturadas. Os dados foram sistematizados e analisados pela análise de conteúdo de Minayo. **Resultados:** Existem fragilidades e barreiras que deixam as pessoas com deficiência residentes em cenário rural invisibilizadas e distantes de uma atenção integral e equitativa à saúde. As fragilidades relacionam-se com o despreparo dos ACSs e as ineficientes qualificações para atender essa população. Já as barreiras para a busca por uma atenção integral são especialmente físicas, econômicas, geográficas e infraestruturais. **Considerações Finais:** É premente dar visibilidade às pessoas com deficiência no contexto rural considerando as singularidades desse espaço, para potencializar um cuidado sensível e acolhedor junto aos serviços de saúde.

**Descritores:** Pessoas com Deficiência; População Rural; Agentes Comunitários de Saúde; Enfermagem; Atenção à Saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To understand how health care for people with disabilities in rural settings occurs according to the perspective of Community Health Agents. **Methods:** Qualitative approach study in which 13 Community Health Agents participated. Data collection took place through semi-structured interviews. The data were systematized and analyzed by Minayo's content analysis. **Results:** Some weaknesses and barriers make people with disabilities living in rural settings, invisible and distant from comprehensive and equitable health care. The weaknesses are related to unprepared CHAs and the inefficient qualifications to serve this population. The barriers to seeking comprehensive care are particularly physical, economic, geographical, and infrastructural. **Final Considerations:** It is imperative to give visibility to people with disabilities in the rural context, considering the singularities of this place, in order to enhance sensitive and welcoming care provided by health services.

**Descriptors:** Disabled Persons; Rural Population; Community Health Workers; Nursing; Health Care.

## RESUMEN

**Objetivo:** Comprender como ocurre la atención a la salud de personas con discapacidad residentes en escenarios rurales en la perspectiva de Agentes Comunitarios de Salud. **Métodos:** Estudio de abordaje cualitativo del cual participaron 13 Agentes Comunitarios de Salud. La recogida de datos ocurrió mediante entrevistas semiestruturadas. Los datos han sido sistematizados y analizados por el análisis de contenido de Minayo. **Resultados:** Hay fragilidades y barreras que dejan las personas con discapacidad residentes en escenario rural invisibilizadas y distantes de una atención integral y equitativa a la salud. Las fragilidades se relacionan con la falta de preparación de los ACSs y las ineficientes calificaciones para atender esa población. Ya las barreras para la búsqueda por una atención integral son especialmente físicas, económicas, geográficas e infraestructurales. **Conclusión:** Es apremiante dar visibilidad a las personas con discapacidad en contexto rural considerando las singularidades de ese espacio, para potencializar un cuidado sensible y acogedor junto a los servicios de salud.

**Descritores:** Personas con Discapacidad; Población Rural; Agentes Comunitarios de Salud; Enfermería; Atención a la Salud.

## INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde, estima-se que 15% da população mundial viva com alguma deficiência<sup>(1)</sup>. No Brasil, de acordo com o Censo 2010, aproximadamente 6,7% da população possui algum tipo de deficiência sensorial, física ou intelectual severa<sup>(2)</sup>. A concepção de pessoa com deficiência adotada pela Política de Saúde da Pessoa com Deficiência foi atualizada para ser concebida sob caráter dinâmico e biopsicossocial, a partir da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo no Brasil, em 2009<sup>(3)</sup>. Nesse sentido, pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, as quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas<sup>(4)</sup>.

As pessoas com deficiência possuem diversas demandas de saúde. Todavia as barreiras — fatores que dificultam o acesso e acessibilidade aos serviços, sejam físicas, emocionais ou estruturais — podem levar a resultados negativos na saúde e ampliar as disparidades entre as pessoas com deficiência e a população em geral<sup>(5)</sup>.

Assim, os governos têm elaborado políticas, leis e decretos com recomendações e orientações para os serviços de atenção à saúde, a fim de superar as barreiras supracitadas. Dentre estes, em nível nacional, tem-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), direcionada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>(6)</sup>.

Outra ação governamental instituída foi a publicação da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, que criou a Rede de atenção às pessoas com deficiência. Esta tem o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o atendimento no âmbito do SUS, promover a vinculação das pessoas com deficiências, garantir articulação e integrar os pontos de atenção, considerando as demandas regionais e os arranjos territoriais. Desse modo, pretende-se que a atenção à saúde esteja focada na realidade do território sustentada em projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a pessoas com deficiência<sup>(7)</sup>.

Para reforçar o compromisso do estado em assegurar o direito à saúde das pessoas com deficiência, a Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, busca garantir o acesso universal e igualitário em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS<sup>(8)</sup>. E em nível internacional, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reiteram a importância do acesso à saúde com qualidade e equidade nos serviços de atenção à saúde<sup>(9-10)</sup>.

As políticas nacionais e internacionais, quando incorporadas de fato nos serviços, podem viabilizar as oportunidades de acesso, à rede de atenção, para as pessoas com deficiência que vivem em cenários rurais. Nessa perspectiva, o rural é definido com base em critérios político-administrativos que consideram urbana toda sede de município caracterizada por construções, arruamentos, intensa ocupação humana e áreas afetadas por transformações decorrentes do desenvolvimento urbano. Assim, o rural é qualificado com base no patamar populacional, predominância das atividades agrícolas e delimitação político-administrativa<sup>(11)</sup>.

Quando se visualiza a complexidade da saúde das pessoas com deficiência em cenários rurais, além das barreiras oriundas das características geográficas desse cenário, tais pessoas enfrentam um conjunto extenso de barreiras informativas e financeiras para acessar a atenção à saúde<sup>(12)</sup>. As populações rurais não possuem cobertura de programas específicos e dependem dos serviços concentrados em cenários urbanos. Ademais, a saúde das pessoas com deficiência que residem ali é influenciada pelas particularidades do contexto em que estão inseridas, no entanto, muitas vezes, o cuidado direcionado a elas desconsidera tais aspectos e centra-se no modelo biomédico. Ou seja, os profissionais de saúde na Atenção Primária à Saúde (APS) desconsideram as singularidades socioculturais dos usuários e utilizam esse modelo baseado nas características biológicas, influenciando diretamente a resolutividade do serviço<sup>(13)</sup>.

A partir dos aspectos apresentados, constata-se a existência de vulnerabilidades em saúde em pessoas com deficiência residentes em cenários rurais. Isso ocorre, na dimensão programática, pela ausência de políticas públicas direcionadas às especificidades dessas pessoas; na dimensão individual, pela ausência de informações dessas pessoas e sua incapacidade de operá-las em seu cotidiano; e na dimensão social, pela incapacidade de obterem informações e influírem social e politicamente para alcançar livre expressão, segurança e proteção<sup>(14)</sup>. Corroborando essa afirmação, revisão que buscou identificar os fatores que afetam o acesso aos serviços de APS nas áreas rurais evidenciou os recursos humanos e de infraestrutura, distâncias geográficas e dificuldades com transporte como fatores desfavoráveis ao acesso dos serviços por pessoas com deficiência em cenário rural<sup>(9)</sup>.

Visando superar essas barreiras e interligar os cenários rurais aos serviços de saúde, tem-se o trabalho de Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois, no âmbito da APS, conhecer a realidade em que as pessoas com deficiência estão inseridas é parte do processo de trabalho do ACS, o qual simultaneamente integra a equipe de saúde e a comunidade local. Desse modo, possui uma vinculação com esta última, por compartilhar das mesmas dificuldades da população que acompanha<sup>(15)</sup>.

Na rotina do ACS, a principal atividade é a visita domiciliar, que compreende tanto o acompanhamento das condições de saúde das famílias da área territorial de adscrição da equipe quanto a busca ativa de situações singulares. Nas visitas, os ACSs realizam o cadastramento dos membros das famílias e lhes dão orientações sobre a utilização dos serviços de saúde disponíveis<sup>(16-17)</sup>. Ainda, eles têm a possibilidade de identificar pessoas da família com alguma deficiência, embora tenham limitações para especificar o tipo e as características desta<sup>(18)</sup>.

Apesar de a equidade na atenção às pessoas com deficiência estar sendo discutida internacionalmente, ainda existem lacunas para que seja colocada em prática. Isso porque as concepções biopsicossociais presentes nas agendas políticas nacionais e internacionais e atribuídas à pessoa com deficiência encontram barreiras para transcender as práticas de atenção à saúde, que ainda são fragmentadas e baseadas em aspectos biológicos. Nesse sentido, compreender como é realizada a atenção às pessoas com deficiência no cenário rural na perspectiva de ACS possibilitará reconhecer limites e desafios a serem superados para a atenção integral dessa população nesse cenário singular.

## OBJETIVO

Compreender como ocorre a atenção às pessoas com deficiência residentes em cenários rurais na perspectiva de Agentes Comunitários de Saúde.

## MÉTODOS

### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sendo seguidas as recomendações expressas na Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que versa sobre pesquisas com seres humanos. Em seguida, os participantes foram esclarecidos individualmente quanto aos objetivos, método, riscos e benefícios da pesquisa, por meio da leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este foi assinado em duas vias por todos os participantes, ficando uma via com eles e outra com a pesquisadora responsável. O anonimato dos participantes foi garantido mediante o emprego da abreviatura ACS seguida de número cardinal correspondente à ordem de realização das entrevistas.

### Referencial teórico-metodológico e tipo de estudo

Estudo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, a qual se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, percepções e opiniões, resultantes da visão que os humanos têm de si mesmos, de suas formas de viver e de construir seus artefatos, além de seus sentimentos e pensamentos<sup>(19)</sup>. O estudo foi norteado pelos critérios consolidados para relato de pesquisa qualitativa (COREQ).

### Procedimentos metodológicos

#### Cenário do estudo

Desenvolveu-se o estudo em quatro municípios localizados no noroeste do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, que possuíam população rural maior que a urbana e cobertura de Agentes Comunitários de Saúde.

#### Fonte de dados

Os participantes foram 13 Agentes Comunitários de Saúde que compõem as equipes de Estratégias de Saúde da Família rurais dos municípios-cenário do estudo. Os critérios de inclusão foram: integrar equipes de ESF que atendiam as comunidades rurais dos municípios; e estar atuando no serviço há mais de seis meses. O critério de exclusão foi estar em licença de qualquer natureza ou férias.

No que se refere às características dos participantes, 77% eram do sexo feminino e 23% do sexo masculino e possuíam média de idade de 36,9 anos. Quanto à escolaridade, 69,2% tinham ensino médio completo; 23,1%, ensino superior completo; 7,7%, ensino fundamental completo. O tempo médio da formação foi de 5,3 anos e de atuação como ACS, de 6,6 anos.

## Coleta e organização dos dados

Para a coleta dos dados, primeiramente foram contatados os responsáveis pelos serviços, como secretário de saúde e/ou enfermeiro(a) responsável pela ESF em cada um dos municípios-cenário do estudo. Esse contato teve como objetivo apresentar o projeto, organizar a produção de dados e conhecer as ESFs para posteriormente realizar a coleta de dados.

Coletaram-se os dados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas de modo individual, que foram norteadas por um roteiro contendo questões fechadas acerca das características sociodemográficas e de formação dos participantes e questões abertas que versavam sobre como ocorre a atenção às pessoas com deficiência residentes em cenários rurais.

As entrevistas foram agendadas previamente com cada um dos participantes e realizadas na unidade de EF em que estava vinculado, em uma sala reservada para a coleta de dados a fim de garantir a privacidade. Foram audiogravadas a fim de garantir material autêntico para análise. A coleta de dados ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro do ano de 2018, e a organização dos dados se encerrou quando foi compreendida a lógica interna do objeto de estudo<sup>(20)</sup>.

### Análise dos dados

O material empírico oriundo das entrevistas foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo. Assim, foram seguidas três etapas: Pré-análise; Exploração do material; e Tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na Pré-análise, foi realizada a leitura fluente das entrevistas para conhecer as ideias iniciais do material empírico e apropriar-se do seu conteúdo<sup>(19)</sup>.

Na Exploração do material, mediante leitura exaustiva, foram buscadas e agrupadas as ideias semelhantes nele contidas, identificando os núcleos de sentido do texto. Na sequência, os núcleos de sentido foram relidos e agrupados, a partir do que emergiu a categoria "Atenção à saúde nos cenários rurais de pessoas com deficiência sob perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde", com dois núcleos de sentido: Concepções profissionais biológicas, limitadas e (des)qualificadas; e Barreiras de acesso a atenção à saúde.

Na terceira etapa, "Tratamento dos resultados, inferência e interpretação", foram propostas a inferências e interpretações sobre os resultados, retomando o objetivo da investigação<sup>(19)</sup>.

## RESULTADOS

Atenção à saúde nos cenários rurais de pessoas com deficiência sob perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde

### Concepções profissionais biológicas, limitadas e (des) qualificadas

A atenção prestada às pessoas com deficiência em cenário rural é influenciada pelas concepções dos ACSs. Quando estes concebem as pessoas com deficiência a partir de uma visão restrita, as deficiências física e mental acabam invisibilizando os demais tipos de deficiência.

*Depende se é deficiência mental ou deficiência física [...] as pessoas acham que deficiência é só física, mas tem a deficiência mental também. (ACS 5)*

*Tem uma menina com 18 anos, [...] que tem uma deficiência mental. (ACS 2)*

*Na minha área [...] Tem uma menina que já nasceu [deficiente] [...] ela usa cadeira de rodas, não se expressa, não fala nada. (ACS 1)*

*[...] na minha área tem duas crianças autistas. (ACS 4)*

Outro aspecto é a concepção de que não existem diferenças entre pessoas com deficiência e pessoas sem deficiência. Tal aspecto torna as pessoas com deficiência invisíveis e as deixam distantes da atenção à sua saúde, pautada no cuidado ampliado e nas suas necessidades.

*[...] [o deficiente] é uma pessoa normal, para mim não têm diferença. (ACS 9)*

Além dessas concepções, também se identificou o conhecimento incipiente das políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência, pois os ACSs citaram majoritariamente uma política em suas falas, desconhecendo a existência das demais.

*Políticas não sei o que é [...] não vou saber te responder da política. (ACS 3)*

*[...] não tenho muito conhecimento. Eu sei que tem nas escolas [...] implantaram as professoras para cuidar das crianças que tem problema [se referindo à deficiência] [...] isso é uma política. (ACS 4)*

Os ACSs também relataram ter pouco conhecimento sobre o cuidado na rede de atenção às pessoas com deficiência em cenários rurais e relacionaram isso à falta de capacitação. Assim, evidenciaram a necessidade de mudanças na atenção a esse grupo populacional.

*Uma vez veio um pessoal falar sobre pessoas com deficiência, que têm um lugar que tu consegue cadeira de rodas [...] mas só falaram aquilo [...]. (ACS 12)*

*Uma vez a gente teve uma palestra que falou um pouquinho com a Coordenadoria [...] trouxeram uma listagem pra gente de todos os tipos de próteses que as pessoas têm direito. Mas eu vejo muita dificuldade. (ACS 6)*

Outro aspecto mencionado pelos participantes do estudo foi a falta de suporte dos serviços da rede de atenção a pessoas com deficiência nos municípios em que estes atuam. Eles atendem aos deficientes com ações limitadas a comunicação de situações a outros profissionais da rede de saúde, na tentativa de solucionar casos, mas não obtêm sucesso.

*[...] Deveria existir mais apoio para essas pessoas, só que na medida do possível a gente faz o que pode [...] eu como ESF, agente de saúde, a gente faz o que pode [...] a carência do nosso município nesse sentido de saúde é muito grande. (ACS 5)*

*Essa [referindo-se a uma situação] de cego tentei falar um por um individual, falei com a psicóloga, falei com outras pessoas também, pois elas que têm mais conhecimento que a gente [...] Até agora nada. (ACS 12)*

### **Barreiras de acesso a atenção à saúde**

Os ACSs deste estudo apontam como barreira de acesso à rede de atenção em serviços especializados a atitude de familiares de pessoas com deficiência, os quais, por receio e desconhecimento do funcionamento das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), não levam seus filhos. Ademais, revelam a dificuldade de locomoção, que pode ser pela própria deficiência e ausência de recursos auxiliares como cadeiras de roda ou muletas.

*Aqui tem a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais [APAE] [...] da minha área vem acho que uns três só [...] geralmente as mães têm medo de mandar as crianças, medo de não cuidarem bem [...] não dá para entender, é falta de informação. (ACS 4)*

*[...] tem pessoas que precisam de uma bengala e a gente precisa da prescrição do médico, mas essas pessoas não têm como vir [no serviço] por ser do meio rural. (ACS 6)*

As barreiras impostas pelas condições econômicas das pessoas e de suas famílias, bem como as dificuldades de transporte, também prejudicam o acesso a serviços de saúde, APAE e serviços especializados, haja vista a distância geográfica. Tal condição reforça o isolamento das pessoas com deficiência em cenários rurais.

*Até a dificuldade de se locomover, de ir à consulta, de vir buscar remédios [...] a dificuldade é grande porque a maioria são pessoas pobres que não têm condições de se locomover e vir. (ACS 7)*

### **DISCUSSÃO**

A análise dos dados deste estudo possibilitou conhecer, sob a ótica dos ACSs, como ocorre a atenção às pessoas com deficiência em cenários rurais, sendo possível identificar lacunas entre essa atenção e as recomendações das políticas públicas; além de situações que caracterizam a vulnerabilidade social e programática, as quais são evidenciadas pelas dificuldades de atenção à saúde qualificada.

A atenção à saúde das pessoas sofre influências dos aspectos culturais e sociais de cada cenário, que estão presentes nos relatos sobre as concepções dos ACSs a respeito das pessoas com deficiência. Dessa forma, quando os profissionais concebem as pessoas com deficiência a partir de aspectos físicos e mentais, estes revelam concepções pautadas no modelo curativista e biomédico, embora a integralidade no cuidado às pessoas com deficiências compreenda uma das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência<sup>(6)</sup>.

Corroborando tais achados, resultados de estudo apontam que a atenção às pessoas com deficiência centrada nas dimensões biológicas, desconsiderando, muitas vezes, os demais elementos intrínsecos do vivido dessas pessoas, configura-se como uma limitação<sup>(9)</sup>. Ao levar em conta apenas aspectos biológicos, ocorre a fragmentação do cuidado e desconsideração da integralidade

do ser humano<sup>(21)</sup>. Os resultados do estudo em tela sugerem que a invisibilidade resultante das concepções centradas no aspecto biológico decorre das poucas vivências de cuidado a pessoas com deficiência e da falta de conhecimento dos ACSs de quais são esses usuários e como precisam ser atendidos.

Ademais, a invisibilidade das particularidades é evidenciada quando os ACSs não concebem diferenças entre as pessoas com deficiência e sem deficiência. Ao desconsiderarem as particularidades inerentes às pessoas com deficiência, o acesso aos cuidados a essa população específica é limitado, e corre-se o risco de que suas necessidades não sejam atendidas em sua totalidade<sup>(21)</sup>.

Tais aspectos deixam os indivíduos com deficiência em situação de vulnerabilidade, pois estes não têm garantido o princípio da equidade, que busca reduzir as diferenças socioeconômicas no acesso a serviços de saúde concernentes à APS<sup>(22)</sup>. Essa vulnerabilidade se agrava pelo fato de residirem no cenário rural; e também pelos determinantes sociais nesse cenário não serem considerados<sup>(23)</sup>.

A visão ampliada dos profissionais pode auxiliar a atender ao princípio da equidade. Para tal, faz-se necessário que os profissionais da APS sejam sensibilizados quanto à importância de serem reconhecidas as múltiplas vulnerabilidades das pessoas com deficiência, propiciando um acesso diferenciado conforme as suas necessidades específicas<sup>(21)</sup>. Nessa direção, o trabalho compartilhado por diferentes profissionais da APS tem sido identificado como estratégia para um cuidado de saúde mais qualificado, ampliado e efetivo<sup>(24)</sup>.

Além dessas concepções, também se identificou o conhecimento incipiente acerca das políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência. Esse aspecto repercute nas ações de promoção e prevenção da saúde, bem como no acesso aos direitos existentes para esses indivíduos. Essa fragilidade pode se dar pela ausência ou inadequações de capacitações aos profissionais e pela falta de discussão principalmente sobre a promoção da saúde da pessoa com deficiência<sup>(18)</sup>.

A falta de capacitação e preparo dos ACSs para atuar junto às pessoas com deficiência também foi evidenciada neste estudo. Sob esse aspecto, estudo realizado com objetivo de avaliar a aprendizagem de ACS por meio de capacitações sobre os conhecimentos e habilidades para conceituar, identificar e cadastrar as pessoas com deficiência obteve resultados satisfatórios<sup>(18)</sup>. Isso reforça a premência de educação permanente a esses profissionais a fim de que tenham subsídios para identificar e atender pessoas com deficiência em cenários rurais, contemplando suas necessidades.

Os ACSs também revelam a falta de apoio de outros profissionais, dentro de sua área de abrangência, para prestar serviço a pessoas com deficiência. Tal fato indica que os agentes sentem a necessidade de atuar de modo intersetorial para atender as necessidades dessa população. Considerando o modelo social de deficiência, o qual visa romper a visão biomédica de deficiência, que restringe sua compreensão às lesões e impedimentos do corpo, as políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência não podem centrar-se unicamente nos aspectos corporais/biológicos desses indivíduos<sup>(25)</sup>.

Nessa perspectiva, faz-se necessário que se efetive a organização e funcionamento da rede de atenção à saúde na perspectiva do modelo social de deficiência. Em outras palavras, é preciso

que os esforços profissionais possibilitem a esses indivíduos não apenas a superação de limitações físicas, mas também o aumento da qualidade de vida, perspectivas de lazer, educação e trabalho, para que lhes seja garantido o direito de viver com dignidade.

Estudo mostra que profissionais da saúde que atuam em contexto rural percebem a pessoa com deficiência a partir de três pilares: o corpo patológico, incapacidade funcional e limitada participação social. O centro da atenção pauta-se no modelo biomédico com tendência ao social, e as ações de saúde são direcionadas à alteração corporal<sup>(13)</sup>. Tal condição foi evidenciada na presente investigação, quando os participantes mencionam a necessidade do uso aparelhos para as funções e atividades de vida diária e a necessidade de frequentar, por exemplo, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), instituição em que são ofertados, dentre outros, serviços de educação, psicologia e fisioterapia e nos quais pessoas com deficiência podem desenvolver-se em seus aspectos sociais.

Este mesmo estudo revela que os profissionais de saúde têm dificuldades de trabalhar com pessoas com deficiência. Eles reconhecem a necessidade e a importância do trabalho intersectorial, identificam o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como um suporte para suas ações e constataam que há também barreiras para que esse serviço seja prestado em contexto rural. A ausência de transporte para levar a equipe do NASF aos serviços de saúde no cenário rural é um obstáculo ao desenvolvimento de ações intersetoriais<sup>(13)</sup>.

No âmbito do SUS, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência constitui-se da Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência, e estes ofertam serviços regulados por protocolos e fluxos interligados. Na Atenção Especializada, os Centros Especializados de Reabilitação (CER) atendem distintas modalidades de deficiência com equipes interdisciplinares. A CER articula os diversos pontos da rede de atenção do SUS<sup>(26)</sup>.

Nessa perspectiva, a organização da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência passa pela identificação da deficiência pelo setor saúde e encaminhamento para os CERs, com base em um sistema de referência e contrarreferência. No entanto, os fluxos não estão organizados, e as pessoas com deficiência percorrem diversos serviços para obter a assistência, o que revela, muitas vezes, a desarticulação da rede, que se transforma em uma barreira organizacional<sup>(27)</sup>. No estudo em questão, alguns profissionais sugerem a necessidade de fortalecimento da Rede de Cuidados da pessoa com deficiência, especialmente voltada às comunidades rurais como forma de ampliar o acesso e acessibilidade aos serviços.

O conceito de acesso e acessibilidade auxilia na compreensão das barreiras enfrentadas pelas famílias de pessoas com deficiência. Para Starfield<sup>(28)</sup>, acessibilidade é a forma como o indivíduo chega nos serviços, e o acesso é como a pessoa vivencia a atenção nos serviços. A acessibilidade é uma condição de uma unidade de saúde essencial para se ter atenção no primeiro contato, está relacionada a uma condição de estrutura como local de atendimento e disponibilidade para o uso dos serviços a fim de prover melhores condições de saúde para o indivíduo. A acessibilidade pode ser medida por meio da identificação de barreiras de acesso, tais como geográficas, financeiras e organizacionais.

Portanto, a atenção integral à saúde da pessoa com deficiência torna-se difícil pelo receio das famílias e pelas distâncias geográficas entre os serviços e os cenários rurais, que neste estudo foram constatadas como barreira de acesso. O receio da família em levar as pessoas com deficiência a outros serviços fundamenta-se em sua crença de que os elementos da família apresentam mais condições de proporcionar apoio e atenção a esses usuários<sup>(29)</sup>.

Outra dificuldade encontrada pelas pessoas com deficiência que residem no contexto rural na busca pela atenção à saúde é o acesso ao cenário urbano. Em relação a esse achado, ressalta-se que acesso à saúde corresponde a facilidade do deslocamento da população da área urbana em decorrência da organização logística. Ao contrário, a área rural muitas vezes não apresenta transporte adaptado para essa população, que necessita se deslocar do domicílio até a unidade de saúde, principalmente no processo de reabilitação<sup>(13)</sup>.

Além das distâncias geográficas<sup>(30)</sup>, estudos também apontam outras barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência em cenários rurais para buscar atenção a saúde. Dentre estas, encontram-se as barreiras informativas e financeiras<sup>(12)</sup>, assim como a oferta limitada de serviços e falta de profissionais<sup>(23)</sup>. As condições econômicas das pessoas com deficiência e de suas famílias, bem como a dificuldade de transporte, reforçam seu isolamento em cenários rurais, pois dificultam o acesso aos serviços de atenção. A falta de recurso financeiro para pagar o transporte também é relatada em outro estudo<sup>(30)</sup>.

Os dados vão ao encontro do conceito de pessoas com deficiência apresentado pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o qual está pautado no modelo social de deficiência. Esse conceito avança no sentido de articular a deficiência com elementos sociais e políticos, com diferentes marcadores sociais, tais como raça, gênero, geração e classe social, os quais limitam a participação concreta das pessoas com deficiência na sociedade<sup>(31)</sup>.

O marcador “classe social” está presente nos resultados da presente investigação quando os participantes apontam as condições socioeconômicas restritas das famílias, que possivelmente não possuem meio de transporte próprio/individual para levar aos serviços seu familiar com deficiência. Ademais, muitas vezes não possuem recursos financeiros para conseguir pagar o transporte coletivo, nos casos em que este existe no território.

Uma das formas de proteção social a pessoas com deficiência e suas famílias, cuja pobreza as vulnerabiliza, é a obtenção do Benefício de Prestação Continuada (BPC), ofertado pela Assistência Social. Este impacta a vida das pessoas com deficiência e suas famílias, pois proporciona o acesso ao consumo de bens considerados essenciais para sobrevivência, como alimentação, tratamento de saúde, gastos com a manutenção da casa e roupas. Além disso, a obtenção do BPC promove um aumento da independência social e financeira das pessoas com deficiência e suas famílias, contribuindo para o desenvolvimento da noção de autonomia e cidadania<sup>(32)</sup>.

Para obtenção do BPC, a pessoa com deficiência e sua família têm que acessar os serviços de saúde, assistência social e previdência social, o que remete à necessidade de um trabalho intersetorial articulado e cooperativo. É preciso comprovar uma renda per capita menor que um quarto do salário, impedimentos

de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, relacionados a barreiras diversas, podem impedir a participação dessas pessoas na sociedade. Para isso, elas terão que ser atendidas por profissionais da saúde e assistência social para avaliação e encaminhamento do pedido, a ser realizado no Instituto Nacional de Seguro Social. Nesse processo, a vulnerabilidade dos requerentes potencializa as barreiras geradas pela ausência de informações sobre os caminhos para obtenção do BPC<sup>(33)</sup>.

A dificuldade de obtenção desse benefício em virtude de barreiras de acessibilidade relacionadas à distância geográfica das pessoas com deficiência residentes no cenário rural é agravada pela desarticulação dos setores da assistência social, saúde e previdência. Muitas vezes, isso faz com que essas pessoas e familiares peregrinem entre um setor e outro para obter tal direito.

### Limitações do estudo

Como limitação, estão as características referentes a estudos qualitativos, o que dificulta a generalização dos resultados. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos com enfoque interventivo, visando propor estratégias para o enfrentamento das barreiras que impedem a atenção integral às pessoas com deficiência residentes em cenários rurais.

### Contribuições para a área da enfermagem

Ao estudar as pessoas com deficiência em áreas rurais na perspectiva dos ACSs, vislumbram-se a invisibilidade e as barreiras destas em cenários rurais. Desse modo, tais resultados permitem aos profissionais de enfermagem e equipe de saúde repensar sua prática, a fim de que seja possível elaborar estratégias para superar essas barreiras, visando produzir, nesse contexto, o cuidado de maneira integral às pessoas com deficiência.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou fragilidades e barreiras que deixam as pessoas com deficiência residentes em cenário rurais invisibilizadas e distantes de uma atenção integral e equitativa à saúde. As fragilidades relacionam-se com o despreparo dos ACSs e as ineficientes qualificações para atender esta população. As barreiras para a busca por uma atenção integral das pessoas com deficiência residentes dos cenários rurais são especialmente físicas, econômicas, geográficas e infraestruturais.

Dessa forma, se faz necessário uma mudança profunda no sentido de difundir práticas acolhedoras para que a atenção às pessoas com deficiência em cenários rurais tenham suas necessidades integralmente atendidas. Buscando aproximar as políticas públicas de saúde a realidade particular que se delinea nos cenários rurais.

### FOMENTO

Trabalho financiado pela Chamada FAPERGS/MS/CNPQ/SESRS n.º 03/2017 - Programa pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS – 2017.

## REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). World report on disability [Internet]. Genebra: OMS; 2011 [cited 2019 Jan 7]. 350 p. Available from: [www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/)
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Nota técnica 01/2018: Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington [Internet]. Brasília (DF); IBGE; 2018.
3. Ministério da Saúde (BR) Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2019 Jan 23]. 72p. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2008 [cited 2019 Jan 23]. 72p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf)
5. Moodley J, Ross E. Inequities in health outcomes and access to health care in South Africa: a comparison between persons with and without disabilities. *Disabil Soci.* 2015;30(4):630-44. doi: 10.1080/09687599.2015.1034846
6. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de saúde da pessoa com deficiência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2019 Feb 03]. 12 p. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)
7. Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde[Internet]. Brasília; 2012 [cited 2019 Out 20]. Available from: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)
8. Presidência da República (BR). Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)[Internet]. Brasília; 2015 [cited 2019 Oct 20]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)
9. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. Factors affecting access to primary health care services for persons with disabilities in rural areas: a “best-fit” framework synthesis. *Glob Health Res Policy.* 2018;3(36):1-13. doi: 10.1186/s41256-018-0091-x
10. United Nations General Assembly (UNGA). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [Internet]. New York: UNGA; 2015 [cited 2019 Feb 05]. 41 p. Available from: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
11. Marques MIM. O conceito de espaço rural em questão. *Terra Livre*[Internet]. 2002 [cited 2019 Oct 20];18(19). Available from: <https://www.agb.org.br/publicacoes/index.php/terralivre/article/view/160/148>
12. Neille J, Penn C. Beyond physical access: a qualitative analysis into the barriers to policy implementation and service provision experienced by persons with disabilities living in a rural context. *Rural Remote Health*[Internet]. 2015 [cited 2019 Feb 09];15:3332. Available from: <https://www.rrh.org.au/journal/article/3332>
13. Ursine BL, Pereira EL, Carneiro FF. The health of people with disability living in rural areas: what do Basic Health Care workers say? *Interface.* 2018;22(64):109-20. doi: 10.1590/1807-57622016.0666
14. Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde Soc.* 2009; 18(Supl 2):11-23. doi: 10.1590/S0104-12902009000600003
15. Pinto AGA, Palácio MAV, Lôbo AC, Jorge MSB. Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da Estratégia Saúde da Família. *Trab Educ Saúde.* 2017;15(3):789-802. doi: 10.1590/1981-7746-sol00071
16. Morosini MV, Fonseca AF. Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges. *Saúde Debate.* 2018;42(spe1):261-274. doi: 10.1590/0103-11042018S117
17. Baptistini RA, Figueiredo TAM. Community health agents: the challenges of working in the rural area. *Ambient Soc.* 2014;17(2):53-68. doi: 10.1590/S1414-753X2014000200005
18. Maia ER, Pagliuca LMF, Almeida PC. Learning of community health agent to identify and register disabled people. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(4):326-32. doi: 10.1590/1982-0194201400055
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 14 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 406 p.
20. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesqu Qualit*[Internet]. 2017 [cited 2019 Feb 09];5(7):1-12 Available from: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>
21. Pessalacia JDR, Ribeiro IKS, Rates CMP, Azevedo C, Braga PP. Experiências de acesso a serviços primários de saúde por pessoas com Síndrome de Down. *Rev Enferm C-Oeste Min.* 2015;5(3):1752-67. doi: 10.19175/recom.v5i3.1275
22. Andrade MV, Noronha K, Barbosa ACQ, Rocha TAH, Silva NC, Calazans JA et al. A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2015;31(6):1175-87. doi: 10.1590/0102-311X00130414
23. Dassah E, Aldersey H, McColl MA, Davison C. ‘When I don’t have money to buy the drugs, I just manage’: exploring the lived experience of persons with physical disabilities in accessing primary health care services in rural Ghana. *Soc Sci Med.* 2018;214:83-90. doi: 10.1016/j.socscimed.2018.08.023

24. Matuda CG, Pinto NRS, Martins CL, Frazão P. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(8):2511-21. doi: 10.1590/1413-81232015208.11652014
  25. Bampi LNS, Guilhem, D, Alves ED. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010;18(4):[09 telas]. doi: 10.1590/S0104-11692010000400022
  26. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*. 2015;19(52):207-10. doi: 10.1590/1807-57622014.0078
  27. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physis*. 2016;26(3):1033-51. doi: s0103-73312016000300016
  28. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.
  29. Dezoti AP, Alexandre AMC, Freire MHS, Mercês NNA, Mazza VA. Social support to the families of children with cerebral palsy. *Acta Paul Enferm*. 2015;28(2):172-6. doi: 10.1590/1982-0194201500029
  30. Munthali AC, Swartz L, Mannan H, MacLachlan M, Chilimampungu C, Makupe C. "This one will delay us": barriers to accessing health care services among persons with disabilities in Malawi. *Disabil Rehabil*. 2019;26:1-8. doi: 10.1080/09638288.2017.1404148
  31. Gesser M, Nuernberg AH, Toneli MJF. A contribuição do modelo social da deficiência à psicologia social. *Psicol Soc*[Internet]. 2012 [cited 2019 Nov 12];24(3):557-66. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/09.pdf>
  32. Santos WR. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?. *Ciênc Saúde Colet* 2011;16(Suppl 1):787-96. doi: 10.1590/S1413-81232011000700009
  33. Vaitsman J, Lobato LVC. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(11):3527-36. doi: 10.1590/1413-812320172211.20042017
-