

Redes de apoio e pessoas com deficiência física: inserção social e acesso aos serviços de saúde

Support networks and people with physical disabilities:
social inclusion and access to health services

Cristina Marques de Almeida Holanda ¹
Fabienne Louise Juvêncio Paes de Andrade ²
Maria Aparecida Bezerra ²
João Paulo da Silva Nascimento ²
Robson da Fonseca Neves ²
Simone Bezerra Alves ²
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro ²

Abstract *This study seeks to identify the formation of social support networks of people with physical disabilities, and how these networks can help facilitate access to health services and promote social inclusion. It is a cross-sectional study, with data collected via a form applied to physically disabled persons over eighteen years of age registered with the Family Health Teams of the municipal district of João Pessoa in the state of Paraíba. It was observed that the support networks of these individuals predominantly consist of family members (parents, siblings, children, spouses) and people outside the family (friends and neighbors). However, 50% of the interviewees declared that they could not count on any support from outside the family. It was observed that the support network contributes to access to the services and participation in social groups. However, reduced social inclusion was detected, due to locomotion difficulties, this being the main barrier to social interaction. Among those individuals who began to interact in society, the part played by social support was fundamental.*

Key words *Social support, Disabled persons, Access to health services, Socialization*

Resumo *Este estudo objetiva identificar a constituição das redes de apoio social das pessoas com deficiência física e como estas podem contribuir para facilitar o acesso aos serviços de saúde e a inclusão social das mesmas. Trata-se de um estudo transversal, com dados coletados através de um formulário, aplicado em pessoas com deficiência física maiores de dezoito anos, cadastradas nas Equipes de Saúde da Família do município de João Pessoa (PB). Constatou-se que as redes de apoio dessas pessoas estão constituídas principalmente pelos componentes da dimensão familiar (pais, irmãos, filhos, cônjuges) e extrafamiliar (amigos e vizinhos). No entanto, 50% dos entrevistados relataram não contar com qualquer apoio fora da família. Verificou-se que a rede de apoio contribui para o acesso aos serviços e para a participação em grupos sociais. Evidenciou-se, porém, uma reduzida inserção social, decorrente da dificuldade de locomoção, sendo esta a principal barreira para a interação social. Entre as pessoas que começaram a interagir na sociedade o apoio social foi fundamental.*

Palavras-chave *Apoio social, Pessoas com deficiência, Acesso aos Serviços de Saúde, Socialização*

¹ Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba. Av. Dom Pedro II 1826, Torre. 58040-903 João Pessoa PB Brasil.
cristinamahd@gmail.com
² Departamento de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 10% da população mundial possui algum tipo de deficiência¹. Dados do Censo demográfico de 2010 revelam que no Brasil mais de 45 milhões de residentes possuem algum tipo de deficiência. Estima-se que mais de 13 milhões de pessoas tenha em algum grau a deficiência motora, representando uma importante parcela da população que requer ações governamentais e da sociedade civil visando garantir sua (re) inserção social².

Na busca de uma “sociedade inclusiva”, foi pactuado pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, por meio da Resolução 45/91, que o ano de 2010 seria estabelecido como meta para se concluir uma sociedade para todos³, fato este ainda muito distante de ser alcançado. As pessoas com deficiência ainda enfrentam dificuldades de ordem social, econômica e cultural para se inserirem plenamente na sociedade. Aliam-se a estas dificuldades a falta de acessibilidade nas ruas e edificações.

No Brasil, as pessoas com deficiência têm seus direitos sociais assegurados na Constituição Federal⁴, visando garantir o seu ingresso na vida social e no mercado de trabalho, mediante um conjunto de normas compensatórias⁵.

Dentre os direitos garantidos constitucionalmente, destaca-se o direito à saúde. De acordo com o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), todo cidadão brasileiro deve ter acesso aos serviços de saúde, indistintamente. O documento que institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, aprovado no ano de 2008 pelo Ministério da Saúde, estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, com vistas a criar condições para a reabilitação dessas pessoas. Define as competências de acordo com cada esfera de governo, de modo a garantir o cuidado com a saúde e a assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência de forma integral⁶.

Todavia, observa-se que a assistência à saúde das pessoas com deficiência ainda está muito restrita aos centros de reabilitação e outros serviços de atenção secundária, comprometendo o acesso, considerando-se a demanda reprimida existente nesses locais e não garantindo a integralidade da atenção. Ademais, ainda pouco se sabe a respeito de como os serviços estão organizados, tanto sob o ponto de vista de estrutura física quanto de qualificação profissional, para atender às necessidades das pessoas com deficiência⁷.

A questão do acesso aos serviços de saúde pode ser mais problemática para pessoas com deficiência motora/física, cujas limitações exigem um meio de transporte adequado ao seu deslocamento. Há ocasiões em que mesmo conseguindo garantia de atendimento no serviço, o usuário não tem condições financeiras e/ou físicas de se deslocar continuamente até o mesmo, perdendo a oportunidade de recuperação e agravando o problema⁸.

Em decorrência da dificuldade de deslocamento e de acesso aos serviços de reabilitação, as pessoas com deficiência têm sua vida social restrita ao convívio com a família, com muitas limitações para inserção nos demais grupos sociais. Estabelece-se, então, uma condição de isolamento social⁹.

A depender do apoio que ela dispõe para transpor essas limitações poderá alcançar diferentes níveis de participação. Esse apoio, costumeiramente, provém da família, dos vizinhos e amigos, bem como, de profissionais de saúde que estão de algum modo envolvidos no processo. Forma-se, assim, uma rede de apoio social, que assume uma importância fundamental na vida e na qualidade de assistência à pessoa com deficiência⁹.

O apoio social, portanto, é definido como sendo qualquer informação, falada ou não, e/ou auxílio material, oferecidos por grupos e/ou pessoas que se conhecem, que resultam em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos¹⁰. Pode ser do tipo material, quando reflete o acesso dos indivíduos aos serviços práticos e recursos materiais; afetivo, envolve expressões de amor e afeição; emocional, refere-se à empatia, carinho, amor, confiança, estima, afeto, escuta e interesse; e interação social positiva, que diz respeito à disponibilidade de pessoas com quem se divertir e relaxar¹¹. O conjunto dos apoios permutados pelas pessoas inseridas num determinado contexto social constitui uma rede de apoio social.

Existe evidência de que a presença de doença numa pessoa, especialmente se crônica, deteriora a qualidade de sua interação social e, a longo prazo, reduz o tamanho e a possibilidade de acesso à sua rede social¹¹. Isso acontece similarmente com as pessoas que têm deficiência.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência e a importância do apoio social, faz-se necessário identificar a relevância que esse apoio tem no sentido de sua interação social. Assim sendo, propõe-se neste trabalho identificar como estão constituídas as redes de apoio social das pessoas com deficiência

física e como estas podem contribuir para facilitar o acesso aos serviços de saúde e a inclusão social das mesmas.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa de campo, de caráter descritivo e transversal. Esta investigação foi realizada entre dezembro/2007 e junho/2008 pelo Grupo de Pesquisa da UFPB e denominado *Acessibilidade de Pessoas com Deficiência*, com apoio financeiro da FAPESQ/CNPq/MS.

A amostra para o estudo foi composta de 120 voluntários, tomando por base os dados da população do município de João Pessoa e a estimativa mundial de pessoas com deficiência física. O cálculo para o tamanho da amostra obedeceu aos seguintes critérios: nível de confiança de 99%; erro de precisão máximo de 3,3% e, por fim, conhecimento prévio do percentual de habitantes da cidade de João Pessoa, maiores de 18 anos, e da porcentagem estimada de pessoas com deficiência física².

Foram incluídos no estudo pessoas com deficiência física, apresentando comprometimento do sistema musculoesquelético e de locomoção, maiores de 18 anos e residentes no município de João Pessoa. Os critérios de exclusão foram: possuir deficiências de outra ordem associadas; de caráter temporário; e o sujeito ou seu cuidador não ser capaz de responder ao formulário.

Para o acesso e a seleção da amostra foram utilizados os cadastros de pessoas com deficiência física das Equipes de Saúde da Família (ESF), a partir de uma triagem com base na divisão dos Distritos Sanitários. Estas são unidades operacionais, definidas a partir de critérios geográficos, epidemiológicos e políticos, que possibilitam a regionalização da gestão em saúde integrando os equipamentos de saúde em todos os níveis de atenção¹².

O critério de seleção das Unidades de Saúde da Família (USF) que representariam os Distritos Sanitários foi aleatório, entretanto a seleção amostral foi realizada por conveniência, uma vez que após sorteadas as USF que representavam cada um dos Distritos foi feita uma triagem dos cadastros de pessoas com deficiência física da USF.

Foram coletados dados referentes ao perfil sociodemográfico, redes de apoio social e acesso aos serviços de saúde, além dos aspectos relacionados à interação social.

As redes de apoio pessoal foram analisadas em quatro dimensões: as relações pessoais fami-

liares, que incluem a família nuclear e extensa; as relações pessoais extrafamiliares; os tipos de apoio que se estabelecem em ambas as relações; e como esses apoios interferem no acesso aos serviços de saúde e na participação em grupos sociais.

Ainda em relação aos apoios familiar e extrafamiliar, é importante ressaltar que além de considerar a frequência absoluta das pessoas que proferiram apoio, também foi observada a ordem de importância desse sujeito na dimensão familiar e extrafamiliar da rede pessoal. Sendo assim, a ordem de importância recebeu um atributo numérico crescente, no qual o maior grau de importância é representado pelo numeral arábico "1". Esta consideração é válida tanto para os tipos de apoio, quanto para os apoios que interferem na inclusão social.

Os motivos causadores das deficiências físicas foram agrupados de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª versão (CID 10). Utilizaram-se as listas de categorias com três caracteres¹³.

Inicialmente, realizou-se um estudo piloto com base no qual foram realizados ajustes no formulário. Utilizou-se o coeficiente de alpha de Chronbach para testar a confiabilidade das respostas do instrumento, obtendo-se um coeficiente de 0,67; 0,82 e 0,73 para as dimensões *perfil sociodemográfico*, *acesso aos serviços de saúde* e *redes de apoio social*, respectivamente.

Os participantes incluídos na pesquisa concordaram em participar do estudo, com assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa foi conduzida dentro dos padrões exigidos pela Declaração de Helsinque e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS.

O processamento, o armazenamento e a análise dos dados foram realizados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 16.0. As análises estatísticas foram de ordem descritiva, com utilização das frequências absolutas e relativas.

Resultados

As informações obtidas após a análise dos dados foram agrupadas nas três dimensões a seguir: perfil da amostra; redes de apoio social e acesso aos serviços de saúde; e, aspectos relacionados à interação social.

Perfil sociodemográfico

Dos 120 entrevistados, destacam-se aqueles do sexo feminino (55%); etnia autointitulada branca (48,3%); situação conjugal casado ou em concubinato (37,5%); e alfabetizados (32,5%), porém sem concluírem o ensino fundamental. Chama a atenção o elevado índice de analfabetismo, representando 30,8% da amostra entrevistada (Tabela 1).

A deficiência física foi categorizada em congênita ou adquirida, de acordo com a época do seu aparecimento. Foram consideradas deficiências congênitas, além daquelas estabelecidas no período embrionário, as ocorridas durante o parto ou logo após o mesmo. Assim, essas deficiências foram admitidas como aquelas presentes por toda vida.

Tabela 1. Distribuição das pessoas com deficiência física segundo características sócio demográficas. João Pessoa, PB, 2008.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	66	55,0
Masculino	54	45,0
Etnia		
Branca	58	48,3
Morena	40	33,3
Negra	13	10,8
Parda	7	5,8
Não informada	2	1,7
Estado civil		
Casado	45	37,5
Solteiro	37	30,8
Viúvo	28	23,3
Divorciado	10	8,3
Escolaridade		
Analfabeto	37	30,8
Alfabetizado	39	32,5
Ens. Fundamental Completo	24	20,0
Ens. Médio Completo	15	12,5
Ens. Superior Completo	4	3,3
Não informado	1	0,8
Origem da deficiência		
Def. Congênita	20	16,7
Def. Adquirida	98	81,7
Não informado	2	1,8
Idade		
18 a 40 (adulto jovem)	25	20,8
41 a 60 (adulto)	37	30,8
61 a 100 (idoso)	58	48,3

De acordo com a Tabela 1, a deficiência mais prevalente foi a adquirida, com 81,66% dos casos. A faixa etária foi categorizada em três grupos: adulto jovem, adulto e idoso. Esta última categoria obteve maior representação (46,7%).

A maioria dos entrevistados não possuía plano de saúde privado (83,3%), bem como não exercia atividades remuneradas, seja em domicílio ou fora de casa (96,7%). A ausência de atividades remuneradas apresenta-se em concordância com o número de pessoas com deficiência que recebem algum tipo de benefício da Previdência Social (88,3%). Dentre os benefícios citados, a aposentadoria por invalidez corresponde a 44,2% dos casos, seguida da aposentadoria por tempo de serviço (20%) e a pensão (14,2%). Os outros benefícios correspondem a 10%. A renda pessoal concentra-se em um salário mínimo (59,2%), enquanto que a renda familiar é aumentada para o intervalo de 2 a 5 salários (36,7%). A maior parte dos entrevistados (44,2%) reside com cerca de 4 a 6 pessoas no domicílio.

Observa-se o número elevado de pessoas com deficiências físicas causadas por Acidentes Vasculares Encefálicos (AVE), correspondendo a 36,6%. Outras causas foram: processos traumáticos (12,5%), amputação por diabetes (8,3%), paralisia cerebral (7,5%), poliomielite (7,5%), lesão medular (5,8%), outros/não especificado (21,7%). Em sua maioria (87,5%), os entrevistados se reconhecem como pessoas com deficiência.

Redes de apoio social e acesso aos serviços de saúde

De acordo com a Figura 1, as categorias familiares mais citadas e mais importantes foram as pertencentes à família nuclear, ou seja, pais (24,2%), filhos (56,7%), maridos/esposas (33,3%) e irmãos (22,5%).

Ressaltam-se as proporções encontradas para o grau de importância dos pais, pois quase todas as frequências para esse parentesco o evidenciaram como sendo grande. O parentesco filhos obteve a maior frequência relativa com 56,7% dos casos. Os irmãos, apesar da frequência absoluta alta, obteve baixa proporção na ordem de importância.

As pessoas casadas recebem mais apoios dos maridos/esposas e filhos, enquanto que os solteiros, dos pais e irmãos. Para os viúvos, destacam-se predominantemente os filhos. Nesse estudo também foi observado altos índices de entrevistados com deficiência congênita que possuíam estado civil solteiro.

Para a dimensão extrafamiliar (Figura 2) das redes de apoio pessoal, os componentes mais citados foram os amigos em geral e os vizinhos, não apresentando diferenças importantes entre ambos, tanto do ponto de vista da frequência absoluta quanto da ordem de importância dos

mesmos, apesar de sem representação quantitativa superior às demais categorias. Ressalta-se a frequência declarada dos apoios recebidos dos profissionais da saúde e religiosos dentro do contexto das redes de apoio. Os colegas de trabalho foram pouco citados até porque poucas pessoas

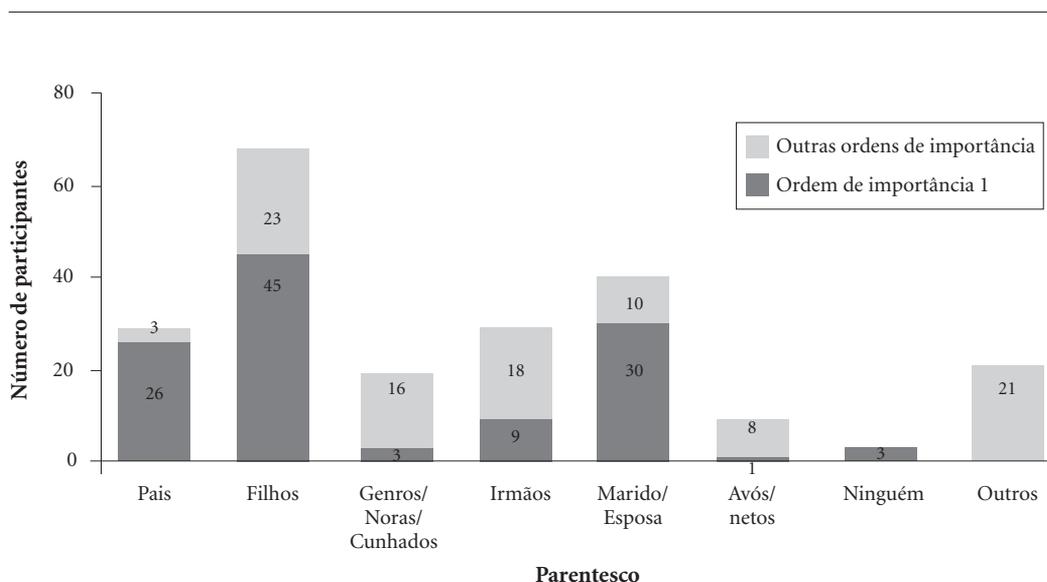


Figura 1. Constituição da rede de apoio familiar e as proporções da ordem de importância. João Pessoa, PB, 2008.

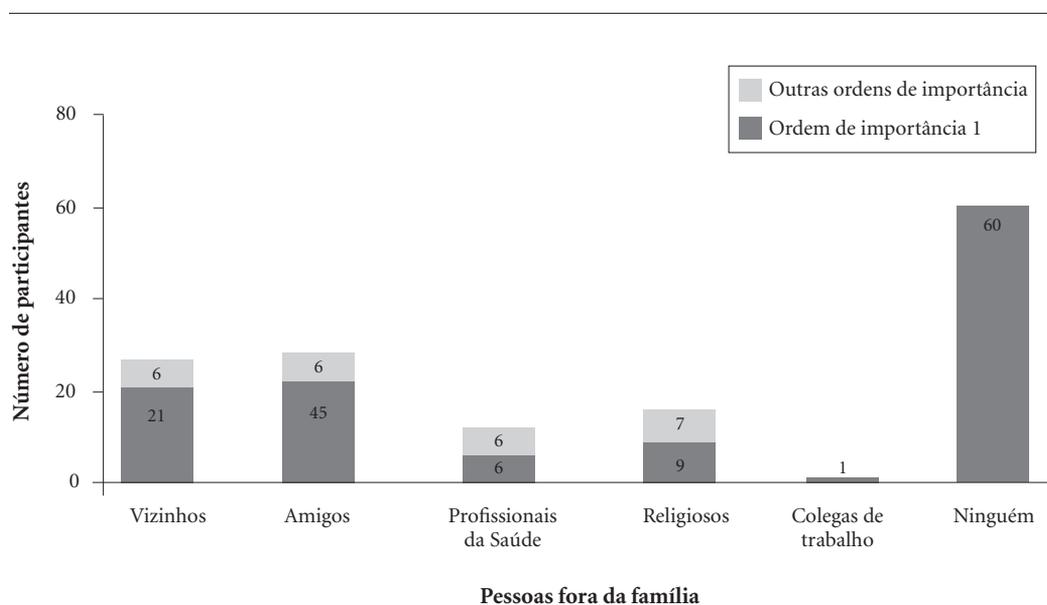


Figura 2. Constituição da rede de apoio na dimensão extrafamiliar e as proporções da ordem de importância. João Pessoa, PB, 2008.

da amostra exercem atividade laboral. Destaca-se o fato de que metade (50%) do contingente amostral das pessoas com deficiência física não possuem apoio de ninguém fora da família.

Dentre os tipos de apoios estabelecidos nessas relações, seja na dimensão familiar ou extrafamiliar, destacam-se o tipo material (55,5%) e o afetivo/emocional (84%). Este último ainda de maior relevância, pois compreende maior proporção da ordem de importância.

Grande proporção da amostra (89,2%) afirmou que os apoios recebidos facilitam o acesso aos serviços de saúde. Dentre esses apoios destacam-se a marcação de consultas (57,5%) e o acompanhamento às mesmas (67%), não se observando diferenças expressivas entre as ordens de importância de ambas.

Aspectos relacionados à interação social

Um número expressivo de participantes da amostra (71,7%) afirma ter dificuldade para participar de eventos locais, festivais ou reuniões da comunidade, devido principalmente à dificuldade de locomoção física (72,1%), seguido da falta de adaptações nas ruas e avenidas (15,1%). As pessoas que relatam ter facilidade (21%) para participar dessas atividades revelam que a companhia (50%) é um facilitador desse processo, bem como a proximidade desses eventos da residência do indivíduo (16,7%).

Apenas 20,3% da amostra participam de algum grupo social. Dentre esses grupos, o que recebe principal destaque é o grupo religioso, com 96% dos casos. Os principais apoios recebidos nesses grupos são de ordem espiritual (91,7%) e afetivo/emocional (41,7%).

Entre os que não participam de grupos, 37,5% revelam desejo de participar, porém a dificuldade de locomoção física é o motivo predominante que inviabiliza sua participação.

Observou-se também que 23,3% da amostra já se afastou de algum grupo social que participavam anteriormente. Dentre os motivos, destaca-se novamente a dificuldade de locomoção física (78%).

Discussão

Destacou-se no perfil sociodemográfico da amostra estudada o alto índice de pessoas não alfabetizadas (30,8%). Esses dados são superiores ao apresentado pelo IBGE no ano de 2009, que estima uma média de 10% de brasileiros maiores de 15 anos não alfabetizados¹⁴.

O elevado índice de analfabetismo na população estudada, aliado à baixa renda predominante nesse grupo (quase 60% dos sujeitos tinham renda de 01 salário mínimo), são fatores que podem influenciar negativamente a integração social desses indivíduos, ao mesmo tempo em que são indicadores da necessidade de ações destinadas a superar as dificuldades impostas pela condição socioeconômica.

O Relatório Mundial sobre a Deficiência¹⁵ revela, a partir da Pesquisa Mundial de Saúde realizada entre 2002-2004, que em todos os países investigados (cerca de 70) os grupos vulneráveis como as mulheres, pessoas no limiar de pobreza extrema e idosos apresentam incidências superiores de deficiência. Os casos são mais expressivos nos países que estão em desenvolvimento.

A seqüela de AVE como causa de deficiência apresentou elevada proporção. Os levantamentos dos estudos realizados pelo Relatório Mundial sobre a Deficiência¹⁵ apontam que o aumento dos casos de diabetes, doenças cardiovasculares (doença cardíaca e AVE), complicações mentais, câncer e doenças respiratórias terão um efeito profundo sobre as deficiências em todo o mundo.

O AVE é uma importante causa de deficiência adquirida em adultos¹⁶ o que corrobora com a especificidade da amostra estudada, principalmente pela representação de idosos. Pois, a rápida transição demográfica produzindo um maior peso relativo de adultos e idosos, somado ao estilo de vida dos tempos modernos expõe cada vez mais as pessoas às doenças crônicas não transmissíveis¹⁷. A grande prevalência desse acometimento, um grave problema de saúde pública na atualidade, demanda ações urgentes e contínuas para o controle da mesma.

As pessoas com deficiência física do presente estudo tiveram sua rede de apoio social fortemente relacionada à família nuclear. São escassos os trabalhos que configurem as redes de apoio social desse público específico. Aoki et al.¹⁸ investigaram 57 pessoas com diversos tipos de deficiência, entre crianças, adultos e idosos e verificaram que a rede de apoio social também se encontrava restrita à família nuclear, com reduzida presença da família expandida, dos amigos, vizinhos e dos equipamentos sociais.

Bittencourt et al.¹⁹ estudaram qualitativamente as redes sociais acessadas pelas famílias de surdos. Nas entrevistas identificaram o entrelaçamento de relações entre os familiares, demais parentes, amigos, vizinhos, profissionais, organizações privadas e serviços públicos. Sobre os vizinhos, parece que a relação com a família da

pessoa surda não se apresentou bem estabelecida devido à ausência de solidariedade e/ou a falta de confiança estabelecida. Em relação aos familiares há o destaque para aqueles que moram geograficamente mais próximos e a participação efetiva da “avó” no desempenho de auxílio à família. Este último em contraste com os resultados do nosso estudo que não apresentaram números expressivos para esse parentesco específico.

Rosa et al.²⁰, ao realizarem um estudo sobre redes de apoio com idosos, observaram que a frequência de ajudas recebidas em relação ao estado conjugal, tende a ser menor para os solteiros, viúvos e divorciados, quando comparado aos casados. Seus resultados denotam que os filhos são pessoas chave no apoio de pessoas com idade mais avançada, deixando o idoso que não tem filho em desvantagem. Em nosso estudo evidenciou-se a importância dos filhos na configuração da rede de apoio familiares.

Após caracterizar as redes sociais das pessoas com deficiência física, seja na dimensão familiar ou extrafamiliar, e identificar os principais tipos de apoios que auxiliam no acesso à saúde, pode-se perceber que apesar destes serem mencionados como facilitadores, ainda há dificuldades no campo da interação com grupos sociais, bem como uma rede de apoio restrita, levando-se em consideração a alta porcentagem de pessoas que só recebem suporte dos sujeitos da família.

De acordo com Ribeiro²¹, a rede das pessoas com deficiência física, bem como das que possuem doenças crônicas e incapacitantes, sofre deterioração ao longo do tempo. Nessas situações as redes de apoio vão se restringindo cada vez mais à família, que acaba ficando extremamente sobrecarregada. Esta situação aumenta o isolamento a que está submetida a pessoa com deficiência. O grupo que costuma se afastar mais precocemente, após aquisição de uma deficiência, é aquele referente às relações de estudo e trabalho, corroborando com os resultados encontrados.

Zońnierczyk-Zreda e Majewski²² destacam a dificuldade de atividade ocupacional para as pessoas com deficiência, tendo como um dos principais motivos a preocupação do empregador quanto à produtividade de trabalho e a necessidade de adaptação física do ambiente laboral, a qual pode ocasionar algum tipo de gasto financeiro. No entanto, ressaltam a importância do trabalho para prevenir a exclusão social de pessoas com deficiência.

A dificuldade de locomoção física é apontada como o motivo principal de restrição na participação social. Além disso, a dificuldade apre-

sentada pela falta de acessibilidade arquitetônica representou 15,1% dos casos. Este Grupo de Pesquisa também observou em outros estudos uma forte associação entre a presença de barreiras arquitetônicas e o acesso aos serviços de saúde de 244 idosos com deficiência²³, bem como a prevalência de 63,9% de uma amostra de 523 sujeitos apontando a ausência de recursos suficientes para a diminuição dos obstáculos físicos²⁴.

O acesso às instalações públicas (edifícios e estradas) é fundamental para a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades cotidianas de uma sociedade, além das tecnologias assistivas, que quando adequadas ao ambiente, apresentam-se como recursos poderosos para aumentar a independência e melhorar a participação¹⁵.

A constatação de que quase 80% das pessoas com deficiência do presente estudo não participam de algum grupo social, aliado ao fato de que 50% delas não contam com qualquer apoio fora da família, demonstra o grau de isolamento a que estas pessoas estão submetidas.

Cria-se um círculo vicioso em que o isolamento agrava as limitações decorrentes da deficiência e vice-versa. Acredita-se, assim, que a ampliação das redes de apoio pessoal possa favorecer a participação das pessoas com deficiência nos grupos sociais, uma vez que o fato de ter companhia foi relatado como o principal fator de facilidade para a participação social.

Os resultados do presente estudo apontam os grupos religiosos como os mais citados e frequentados por pessoas com deficiência física que participam de grupos sociais. Esse achado corrobora com os de outro estudo acerca das condições de vida das pessoas com deficiência¹⁸. Segundo Parker²⁵, é no espaço religioso que se estabelece a identidade religiosa, cultural e social, nos espaços de rituais comunitários é que se estabelecem os laços de identidade e de solidariedade da comunidade. Assim, os espaços religiosos podem potencializar as redes de apoio dos indivíduos e contribuir para superar a condição de isolamento social.

Há forte evidência de que uma rede social pessoal estável, sensível, ativa e confiável atua como um fator de proteção para a saúde²⁶, funciona como agente de ajuda e encaminhamento, afeta a pertinência e a rapidez da utilização de serviços de saúde, acelera os processos de cura e aumenta a sobrevida, ou seja, é geradora de saúde²⁷.

Valla²⁸ afirma que o apoio social representa uma alternativa para potencializar a ação de alguns profissionais que lidam com os problemas de saúde das coletividades. O apoio social vem

sendo representado na saúde coletiva como uma das ações relevantes para se promover e restabelecer a saúde e o bem-estar²⁹.

Nesse sentido, a ação dos profissionais da área da saúde ganha fundamental importância para a ampliação e a potencialização das redes de apoio social das pessoas com deficiência física, cabendo-lhes, incentivar as habilidades sociais, que podem ser adquiridas num contexto de apoio e estímulos.

A intervenção dos profissionais envolvidos na rede dessas pessoas, atuando juntamente com os membros que a compõem, pode (re)ativar os laços sociais e estimular a formação de novas redes. É necessário, para tanto, conhecer a rede pessoal, buscar formas de estabelecimento de novos contatos, contribuindo para que essas pessoas saiam do isolamento e restabeleçam ou estabeleçam vínculos sociais²¹. Vale lembrar que toda rede possui certa inércia e sua mobilização requer atenção, cuidados e esforço de manutenção por parte de seus membros, ou seja, demanda um certo gasto de energia²⁷. Desta forma, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como todos os profissionais da ESF talvez possam atuar como facilitadores deste processo.

Sugere-se a inclusão de ações de saúde que tratem especificamente das redes de apoio social, voltadas às pessoas com deficiência física e aos diversos sujeitos que compõem suas redes, no sentido de estimular e facilitar a participação das mesmas nos grupos sociais e de apoiar a família no cuidado e na assistência à saúde.

Assim, uma vez identificadas fragilidades nas redes de apoio pessoal das pessoas com deficiência física, aponta-se a necessidade de ações assistenciais que possam aprimorar a atenção à saúde deste grupo específico. Tais ações podem ser mediadas, principalmente, pelas ESF, fortalecendo e ampliando as redes de apoio das pessoas com deficiência física, a fim de aumentar as disponibilidades de apoios múltiplos. É uma estratégia capaz de contribuir com a inclusão social e a ga-

rantia de acesso aos direitos sociais, em especial ao direito à saúde.

Por ser um constructo multifacetado, que contém diferentes dimensões, a rede de apoio social impôs uma dificuldade a esse estudo no que tange à comparação dos resultados. Dessa forma, os conhecimentos sobre as redes de apoio de pessoas com deficiência física precisa ser ampliado para outras dimensões analíticas e para abordagens que levem em consideração a dimensão experiencial e intersubjetiva sobre este tema.

Conclusão

As redes de apoio pessoal das pessoas com deficiência física desta população amostral da cidade de João Pessoa (PB) encontram-se, em sua maioria, restritas às pessoas da família nuclear. Ficou evidente a relevância dos componentes da rede de apoio para o acesso aos serviços de saúde, auxiliando na superação de barreiras existentes nesses serviços e das dificuldades de deslocamento.

Ressaltam-se as dificuldades que as pessoas com deficiência física enfrentam para ampliar suas relações sociais, constituindo novos vínculos através da participação em grupos sociais extrafamiliares, decorrentes, principalmente, da dificuldade de locomoção. Estas limitações têm impacto direto sobre o nível e a diversidade de participação que essas pessoas podem desenvolver na sociedade.

Ao mesmo tempo em que se evidencia a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e interação social por parte das pessoas com deficiência, observa-se também o potencial que as redes de apoio têm no sentido de melhorar a resolubilidade dos serviços na atenção básica, se forem incorporadas ao processo de trabalho dos profissionais desse nível de atenção. A participação e a ampliação da rede de apoio social podem contribuir para retirar esses sujeitos da condição de isolamento em que se encontram e diminuir a sobrecarga familiar.

Colaboradores

CMA Holanda, FLJP Andrade, MA Bezerra, JPS Nascimento, RF Neves, SB Alves e KSQS Ribeiro contribuíram igualmente na concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados; redação do artigo ou a sua revisão crítica; e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FAPESQ), Ministério da Saúde (MS) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo suporte financeiro.

Referências

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Disability and Rehabilitation WHO Action Plan 2006-2011*. Geneva: OMS. [acessado 2013 Jul 15]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/publications/dar_action_plan_2006_to2011.pdf.
2. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. [acessado 2013 Jul 06]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
3. Organização das Nações Unidas. Resolução n.º 45/91 de 14 de dezembro de 1990. Trata da execução do Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e da Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas. *Assembleia Geral das Nações Unidas* 1990; 14 dez.
4. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal; 1998.
5. Chatt CB. *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência e os aspectos jurídicos para sua efetivação* [acessado 2011 maio 05]. Disponível em: <http://www.uj.com.br/publicacoes/doutrinas>.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência*. Brasília: MS; 2008.
7. Szwarcwald CL, Mendoça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. *Cien Saude Colet* 2006; 11(3):643-655.
8. Siqueira FCV, Facchini LA, Silveira DS, Piccini RX, Tomasi E. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. *Cien Saude Colet* 2009; 14(1):39-44.
9. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica* 2005; 21(3):703-714.
10. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: Network, support and relational strain. *Soc Sci Med* 1999; 48(5):661-673.
11. Minkler M. Building supportive ties and sense of community among the innercity elderly: the Tenderloin Outreach Project. *Health Educ Q* 1985; 12(4):303-314.
12. Melo CF, Alchieri JC, Araújo Neto JL. Sistema Único de Saúde: uma avaliação realizada em Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Psico-USF* 2012; 17(1):63-72.
13. Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10ª revisão. 7ª ed. São Paulo: EDUSP; 2008.
14. Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2009*. Rio de Janeiro: IBGE; 2009. [acessado 2010 out 20]. Disponível em: www.ibge.gov.br.
15. Organização Mundial da Saúde. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo: SEDPCD; 2012.
16. Mendis S. Stroke disability and rehabilitation of stroke: World Health Organization perspective. *Int J Stroke* 2013; 8(1):3-4.

17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil*. Brasília: MS; 2011.
18. Aoki M, Oliver FC, Nicolau SM. Considerações acerca das condições de vida das pessoas com deficiência a partir de um levantamento em uma unidade básica de saúde de um bairro periférico do município de São Paulo. *O Mundo da Saúde* 2011; 35(2):169-178.
19. Bittencourt ZZLC, França MFC, Monteiro CR, Francisco DD. Surdez, redes sociais e proteção social. *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):769-776.
20. Rosa TEC, Benício MHD, Alves MCGP, Lebrão ML. Aspectos estruturais e funcionais do apoio social de idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica* 2007; 23(12):2982-2992.
21. Ribeiro KSQS. A Relevância das Redes de Apoio Social no Processo de Reabilitação. *RBCS* 2010; 13(2):69-78.
22. Zołnierczyk-Zreda D, Majewski T. Adaptation of the working environment to the capacities of workers with physical, intellectual and mental disabilities. *Med Pr* 2012; 63(4):493-504.
23. Amaral FLJS, Motta MHA, Silva LPG, Alves SB. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):2991-3001.
24. Amaral FLJS, Holanda CMA, Quirino MAB, Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1833-1840.
25. Parker C. *Religião popular e modernização capitalista: outra lógica na América Latina*. Petrópolis: Vozes; 1996.
26. Escobar-Bravo MA, Puga González D, Martín-Baranera M. Protective effects of social networks on disability among older adults in Spain. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54(1):109-116.
27. Sluzki C. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
28. Valla V. Redes Sociais, Poder e Saúde à Luz das Classes Populares numa Conjuntura de Crise. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(7):37-56.
29. World Health Organization (WHO). *The Ottawa charter for health promotion*. Geneve: WHO; 1986.

Artigo apresentado em 06/10/2013

Aprovado em 15/10/2013

Versão final apresentada em 17/10/2013