Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.2/3, p.72-8, maio/dez., 2000.

ACESSO E QUALIDADE DA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA EM SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS

Rosé Colom Toldrá[1], Marco Antonio Gomes Pérez[2], Marcia Aparecida Piccoloto Matta[3]

TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, M.A.G., MATTA, M.A.P. Acesso e qualidade da atenção à pessoa portadora de deficiência física em serviços públicos de saúde do município de Campinas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.2/3, p.72-8, maio/dez., 2000.

RESUMO: Este trabalho tem como finalidade analisar a acessibilidade e a qualidade da assistência a pessoa portadora de deficiência física nos serviços públicos de saúde do município de Campinas, SP. Elaborou-se como instrumento de pesquisa 4 modelos de questionários, que incluíam questões qualitativas e quantitativas, tendo sido aplicados aos profissionais de saúde em serviços públicos que atendem a essa clientela, nos níveis de atenção básico, especializado e hospitalar. Os resultados assinalam a exclusão social da pessoa portadora de deficiência, tanto no que se refere à dificuldade de obtenção da assistência, quanto a existência de barreiras arquitetônicas nos serviços. Constatou-se demanda reprimida da clientela, carência de recursos humanos e materiais, que são também determinantes da falta de acesso de parte da clientela aos serviços. Dos 34 serviços pesquisados, 32 assinalaram barreiras arquitetônicas em suas instalações. Todos estes elementos somados representam um comprometimento significativo da qualidade da assistência oferecida e, por conseguinte, da qualidade de vida dessa clientela.

DESCRITORES: Pessoas deficientes/reabilitação. SUS (BR). Estruturas de acesso. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Mobilidade social.

[1] Professora Titular, Doutora do Departamento de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas e Coordenadora da Área de Saúde e Reabilitação do Núcleo de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

[2] Médico Sanitarista e do Trabalho, Coordenador do Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas

[3] Fisioterapeuta do Serviço de Fisioterapia e Terapia Ocupacional do Hospital de Clínicas da Unicamp, Mestranda em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp

Endereço para correspondência: Núcleo de Saúde / PUC-Campinas. Rodovia Dom Pedro I, Km.136 Parque das Universidades. 13086-900 - Campinas, SP.

INTRODUÇÃO

A história da Saúde Pública no Brasil tem demonstrado pouca consideração em responder às necessidades da pessoa portadora de deficiência. Tradicionalmente as instituições que atendem essa clientela têm sido majoritariamente de caráter filantrópico, o que demonstra a carência de uma política governamental para a área, apesar da Constituição Federal determinar como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução das ações de reabilitação. No sentido de atender a essa demanda, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1993)[1] propôs uma política para a atenção à pessoa portadora de deficiência, a qual vem sendo revisada por sua Secretaria de Políticas de Saúde.

Campinas, como município de referência para assistência à saúde no interior do Estado de São Paulo, possui uma ampla infra-estrutura de serviços públicos e privados, tendo iniciado seu processo de municipalização da saúde a partir de 1990. Esse processo alavancou maior envolvimento de setores até então marginalizados, na gestão da Saúde Pública. Em 1996 a gerência local do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) apontava a ineficiência dos serviços conveniados de fisioterapia, que mantinham os pacientes afastados por períodos prolongados e sem resultados satisfatórios. Essa situação levou a busca de parcerias e maior integração entre as instituições responsáveis pela atenção das pessoas portadoras de deficiência. Como estratégia para a área, a Secretaria Municipal de Saúde criou, em dezembro daquele ano, a Comissão Interinstitucional de Reabilitação[(1)]. Essa Comissão teve por finalidade desenvolver estudos e propostas para promover a melhoria da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência física e sensorial, assim como maior integração entre os serviços que as atendem. Foram realizados alguns encontros entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Comissão para que fossem levantadas as prioridades da área, que culminou posteriormente com a realização de uma pesquisa[(2)], da qual alguns resultados e conclusões são apresentados no presente trabalho.

Este artigo apresenta e discute alguns aspectos referentes ao acesso e à qualidade da assistência as pessoas portadoras de deficiência nos serviços públicos de saúde do município de Campinas, cujos dados foram coletados no período entre agosto de 1997 e março de 1998. Para a abordagem desses aspectos foram enfocadas questões referentes à capacidade de absorção da clientela nos serviços, principais dificuldades encontradas no seu atendimento, existência de mecanismos de avaliação das atividades realizadas, barreiras arquitetônicas e a necessidade de outros equipamentos sociais para atender as demandas desta população.

MATERIAL E MÉTODOS

Para o desenvolvimento deste estudo foi realizado um levantamento dos serviços públicos de saúde em Campinas que prestam assistência à saúde das pessoas portadoras de deficiência física. Em seguida foi planejada a pesquisa que coletou dados a partir da visão dos profissionais de saúde relacionados, direta ou indiretamente, com o atendimento da clientela em questão, tanto em funções gerenciais, quanto em atividades de caráter assistencial e docente-assistencial.

Para a coleta de dados foram aplicados, nos principais serviços do SUS municipal que assistem as pessoas portadoras de deficiência, 4 tipos de questionários, com perguntas qualitativas e quantitativas, totalizando 240 questionários respondidos:

- Questionário 1- (63 respostas). Específico para os profissionais médicos de todos os serviços avaliados, contendo oito questões, priorizando os aspectos relacionados às atividades padronizadas, patologias mais freqüentes, dificuldades no trabalho profissional, demanda reprimida, origem, procedência e fluxo da clientela.

- Questionário 2 - (13 respostas). Específico para os coordenadores de unidades básicas de saúde, contendo nove questões que dizem respeito às categorias dos profissionais que trabalham na unidade, barreiras arquitetônicas, atividades padronizadas, patologias mais

---

(1) A Comissão Interinstitucional de Reabilitação de Campinas é constituída por representantes da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Programa de Saúde do Trabalhador de Campinas (PST), Serviço de Reabilitação Física do Município e Centro de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional do Seguro Social (CRP-INSS).

(2) A pesquisa intitulada *"A questão da reabilitação no município de Campinas: da marginalidade em busca de perspectivas"* obteve bolsa de Iniciação Científica do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC/CNPq) e da Coordenadoria de Estudos e Apoio à Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e contou com apoio do Núcleo de Saúde da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e do Setor de Informática da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas.

freqüentes, dificuldades no trabalho profissional, demanda reprimida e fluxos da clientela.

• Questionário 3 - (21 respostas). Específico para coordenadores de serviços ou setores especializados que atendem à clientela portadora de deficiência, contendo 22 questões referentes às especificidades da equipe profissional, equipamentos e instalações, características específicas da clientela, formas de acompanhamento, atividades terapêuticas desenvolvidas, instrumentos de avaliação, outros equipamentos sociais, além do conteúdo do Questionário 1.

• Questionário 4 - (143 respostas). Específico para profissionais de saúde, incluindo fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros(as), assistentes sociais, psicólogos(as), fonoaudiólogos(as), sociólogo(as), lingüistas e técnicos em órteses e próteses, contendo 18 questões que incluem o conteúdo do Questionário 3, exceto especificidades da equipe profissional, equipamentos e instalações.

Foram selecionados os serviços do SUS municipal que mais atendiam aquela clientela, conforme descritos abaixo:

• três unidades básicas de cada um dos cinco distritos regionais de saúde do município, além das três unidades básicas de saúde que desenvolvem atividades em parceria com a PUC-Campinas;

• Hospital e Maternidade Celso Pierro, da PUC-Campinas;

• área de saúde da Unicamp;

• Hospital Municipal Dr. Mário Gatti;

• três ambulatórios de especialidades médicas da Secretaria Municipal de Saúde;

• Ambulatório do Servidor Público Municipal de Campinas;

• Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST);

• Perícia Médica do INSS;

• Centro de Reabilitação Profissional do INSS (CRP-INSS).

Os dados foram digitados em um programa de informática específico, a partir do programa Gerador Automático de Sistema Profissional (G.A.S.Pro.). Para a análise, tabulação e cruzamento de variáveis utilizou-se o Database e o EPI-INFO, versão 6.04b (elaborado pelo Center of Disease Control & Prevention - CDC - USA e World Health Organization - Geneva, Switzerland).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

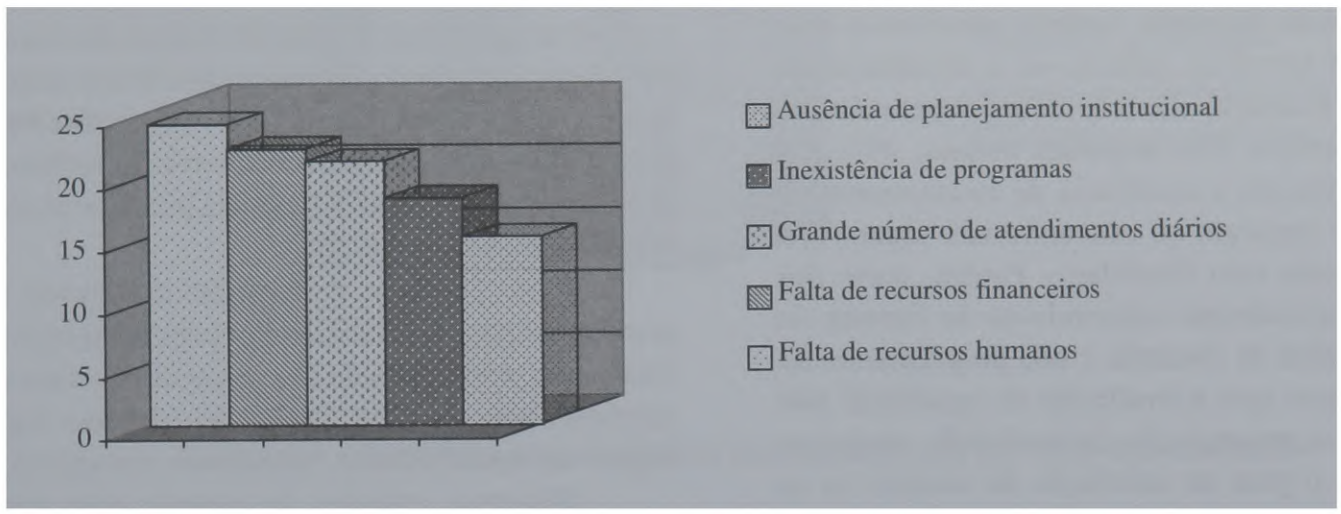
Há alguns anos, tinha-se por objetivo criar serviços para as pessoas portadoras de deficiência sem o devido questionamento da qualidade desses serviços. Atualmente, em muitos países, os serviços, para justificar sua existência, devem demonstrar uma suficiente qualidade (FERNÁNDEZ; PÉREZ, 1999, p.35)[2]. A realidade brasileira, porém, aponta limitações primárias importantes, mesmo tratando-se de uma metrópole como Campinas. A partir da análise dos dados enfocados neste estudo, foram relacionados aspectos destas limitações, tais como a acessibilidade e a qualidade da assistência, considerando que estes elementos contribuem para a melhoria da qualidade de vida da pessoa portadora de deficiência. Entende-se aqui que qualidade de vida, além do grau de cobertura e satisfação das necessidades percebidas pela pessoa, refere-se a um movimento dentro das Ciências Humanas e Biológicas de valorização de parâmetros mais abrangentes que o controle de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento de expectativa de vida (FLECK et al., 1999, p.21)[3]. Para compreensão da dimensão do problema, foram analisadas a capacidade e as características de atendimento dos serviços públicos de saúde que atendem à pessoa portadora de deficiência física no município.

No que se refere à cobertura da clientela pelos serviços, verificou-se que para 57% dos profissionais que participaram do estudo, grande parte da clientela que é encaminhada ou que chega por procura espontânea, não é totalmente absorvida. Este dado assinala que existe demanda reprimida, que pode ser explicada como uma conseqüência das dificuldades encontradas pelos profissionais na realização de seu trabalho. O Gráfico 1 demonstra tais dificuldades em ordem decrescente, indicando: falta de recursos humanos, falta de recursos financeiros, grande número de atendimentos diários, inexistência de programas e/ ou serviços no município para dar continuidade à assistência e ausência de um planejamento institucional para a área. Estes três últimos aspectos estão associados a uma organização de atividades que, por vezes, respondem mais aos interesses dos profissionais, desarticulados com outros serviços e sem uma correta avaliação das reais necessidades da clientela, o que demonstra a ausência de uma política específica para a área (TOLDRÁ et al., 1998)[9].

Foi verificado o predomínio de acompanhamento da clientela de forma individual (64% individual, 19% em grupo, e 17% familiar), o que dificulta ainda mais o acesso do usuário, comparando-se com as formas de acompanhamento coletivas. Estas últimas não devem ser entendidas como perda de qualidade, massificação da atenção ou economia,

mas sim como um instrumento para maior eficácia. As intervenções coletivas facilitam a abordagem das questões referentes às vivências intra e interpessoais trazidas pelos participantes, que afetam de alguma forma o desenvolvimento da autonomia e inclusão social. A inadequação do espaço físico da unidade de saúde, além do despreparo dos profissionais para este tipo de intervenção, resultam em obstáculos para o atendimento da clientela de forma coletiva.

Gráfico 1 - Principais dificuldades



Esta realidade aponta para uma maior influência do modelo clínico-individual, citado por JONGBLOED e CRICHTON (1990, p.33-4)[4]. Estes autores discutem que, na atenção à pessoa portadora de deficiência, são privilegiados os aspectos individuais, em detrimento dos aspectos sociais e políticos que envolvem o contexto, a exemplo da igualdade de oportunidades e direitos, entre outros. Os mesmos ressaltam que para a mudança da concepção individualista da deficiência para um modelo que considere o meio social, incluindo as habilidades funcionais do indivíduo, é preciso que os profissionais de saúde desenvolvam maior consciência política. Dessa forma seria possível atingir um impacto positivo sobre a qualidade de vida dessa população.

Esta visão vai de encontro com a nova classificação da OMS de 1999, denominada *Classificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad* – CIDDM-2. Esta define o conceito de *participação* como a interação que ocorre entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sócio-ambiental. A participação se caracteriza como o impacto ou resultado de uma relação complexa entre o estado de saúde da pessoa, fatores pessoais e o os fatores externos que representam as circunstâncias em que vivem o indivíduo (OMS, 1999, p.19)[5]. Esta concepção permite uma nova forma de considerar as pessoas portadoras de deficiências e suas limitações no sentido do desenvolvimento pleno de suas atividades e, ao mesmo tempo, induz a uma reflexão das práticas relacionadas com a reabilitação dessas pessoas.

Essa nova abordagem traz a perspectiva da *inclusão social*. Esta constitui "um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos" (SASSAKI, 1997, p.3)[7]. Para tanto a inclusão social das pessoas portadoras de deficiência pressupõe a possibilidade de acesso aos serviços públicos, lazer, trabalho e aos benefícios resultantes do avanço social, político, econômico e tecnológico da sociedade, considerando as necessidades específicas da condição dessas pessoas.

Para complementar esta análise, foram solicitadas aos profissionais sugestões sobre outros tipos de equipamentos sociais necessários para estabelecer uma aproximação maior entre os serviços de saúde e a vida social do usuário. Definiu-se como equipamento social, um serviço ou local destinado ao desenvolvimento de diferentes atividades: sociais, lazer, educação, etc. Para tal elaborou-se uma questão aberta, a fim de identificar as possibilidades de integrar a atenção à saúde às demandas de melhoria de qualidade de vida da clientela. As respostas obtidas abordaram aspectos importantes que se referem não somente aos equipamentos sociais em si, mas incluem a carência de programas, de profissionais devidamente qualificados e recursos materiais que contemplem, de melhor forma, a inclusão social do usuário. Citou-se a necessidade de centros ou serviços especializados de reabilitação, serviços de reabilitação profissional, cursos de profissionalização, atendimento domiciliar, serviços de

referência e centros de saúde com equipes multidisciplinares, centros de convivência, locais para recreação e lazer. Foi citada ainda a necessidade de definição de uma política pública efetiva para o cidadão portador de deficiência que considere: preconceitos, barreiras arquitetônicas, inacessibilidade ao transporte público, além de ações educativas e preventivas (TOLDRÁ et al., 2000)[8].

Outra questão abordada, também relacionada com a qualidade dos serviços, referia-se a existência de instrumentos de avaliação das atividades desenvolvidas nos diferentes serviços. Das respostas obtidas, 49% dos profissionais afirmaram a existência de instrumentos de avaliação, e 51% negaram ou desconheciam algum tipo de instrumento com esta finalidade. Porém, parte dos profissionais responderam referindo-se às formas de avaliação terapêutica da clientela e não propriamente do serviço. Isto sugere que a avaliação da qualidade não demonstra ser uma preocupação da instituição, dado que não se considera o grau de satisfação do usuário ou os níveis de resolubilidade das ações (TOLDRÁ et al., 2000)[8].

Nos aspectos gerenciais também foram encontradas questões referentes a qualidade dos serviços, principalmente no que diz respeito aos equipamentos e materiais existentes para o desenvolvimento das atividades terapêuticas. As respostas indicaram que a reposição dos materiais de consumo foi avaliada como freqüente por 54,5%, irregular por 40,9% e inexistente por 4,5% dos coordenadores de todos os serviços pesquisados (Tabela 1). Quanto à variedade e quantidade dos equipamentos, 62% dos coordenadores de serviços responderam que são insuficientes e 38% suficientes (Tabela 2). As respostas referentes aos equipamentos e materiais confirmam a falta de investimento no setor e a impossibilidade de dar cobertura à clientela (TOLDRÁ et al., 2000)[8].

Tabela 1 - Gerenciamento: materiais

Reposição dos materiais de consumo	Respostas (%)
Freqüente	54,5
Irregular	40,9
Inexistente	4,6
Total	100

Tabela 2 - Gerenciamento: equipamentos

Variedade e quantidade dos equipamentos	Respostas (%)
Suficiente	38
Insuficiente	62
Total	100

Grande parte da produção desta área no município ocorre por meio de convênios com os serviços privados e universitários. A forma de repasse prevista nesses convênios não tem permitido um custeio adequado dos procedimentos realizados, assim como maior investimento para reposição de equipamentos e desenvolvimento de novas tecnologias.

A acessibilidade, entre outros, inclui elementos tais como a capacidade instalada[3], organização dos serviços e as adequações das instalações físicas dos locais onde a população é atendida. Os obstáculos físicos existentes nas instalações prediais dos serviços, chamados de barreiras arquitetônicas, têm dificultado, senão impedido, o acesso da pessoa portadora de deficiência para que possa usufruir da assistência ali prestada.

A necessidade de facilitar a inclusão social da pessoa portadora de deficiência pela adequação do meio físico, tem sido objeto de discussão de diversos setores da administração pública, incluindo câmaras legislativas, órgãos de saúde pública, urbanismo, transporte, etc.

Diversas cidades do mundo têm discutido a acessibilidade arquitetônica e urbanística como parte integrante de sua agenda de planejamento urbano, contrariamente do que vem ocorrendo com os setores responsáveis pela gestão pública no Brasil e, mais especificamente, na cidade de Campinas. A presença de barreiras arquitetônicas em serviços públicos significa o impedimento de acesso de parcela significativa da população ao que lhe é de direito. No caso de serviços públicos de saúde implica em negligência, por parte da administração pública, do direito à saúde, previsto em nosso país por meio da Constituição Federal de 1988.

O Gráfico 2 relaciona as principais barreiras arquitetô-nicas existentes nos prédios onde são prestados serviços públicos de saúde em Campinas (PÉREZ et al., 1999). Os resultados demonstraram que, entre as 13 Unidades Básicas de Saúde avaliadas, 12 (91,3%) não haviam sanitários adaptados para portadores de deficiência física, 11 (84,6%) mencionaram ausência de barras de apoio, 10 (76%) ausência de corrimãos, 6 (46,2%) escadas impróprias e 5 (38,5%) portas e corredores estreitos (Gráfico 2).

Entre os 21 serviços e setores especializados que atendem a clientela portadora de deficiência, 16 (76,2%) referiram sanitários não adaptados, 14 (66,7%) ausência de corrimãos e de barras de apoio, 12 (57,1%) pisos escorregadios, 10 (47,6%) mesas impróprias, 9 (42,8%) escadas impróprias, portas e corredores estreitos (Gráfico

[3] O termo capacidade instalada, aqui, diz respeito à somatória de recursos materiais e humanos existentes para uma atividade específica.

3). Apenas 2 (9,5%) desses serviços mencionaram não existir barreiras arquitetônicas. Portanto, do total de 34 serviços pesquisados, 32 assinalaram barreiras arquitetônicas em suas instalações.

Gráfico 2 - Barreiras arquitetônicas encontradas em Unidades Básicas de Saúde

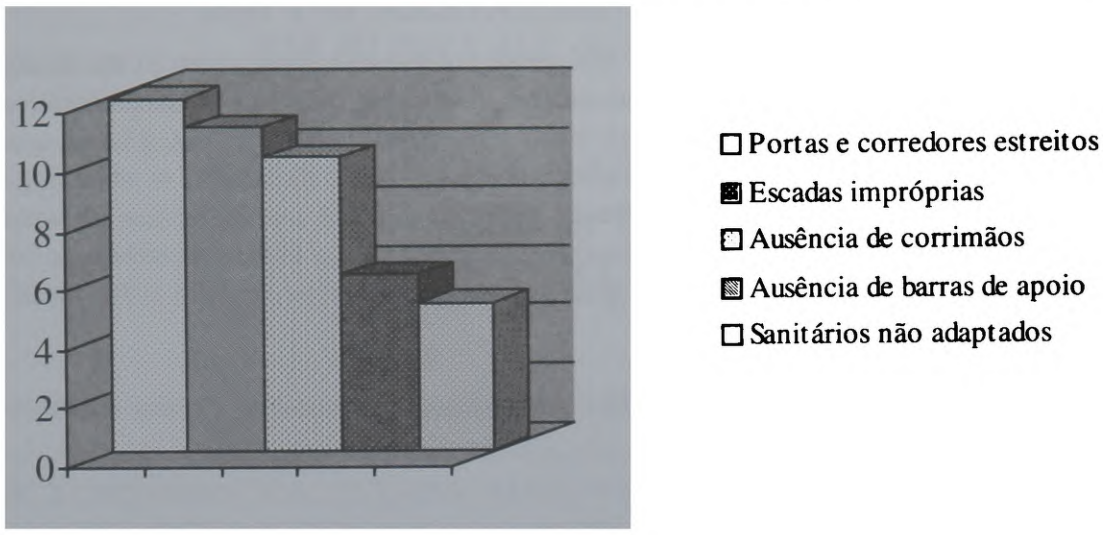
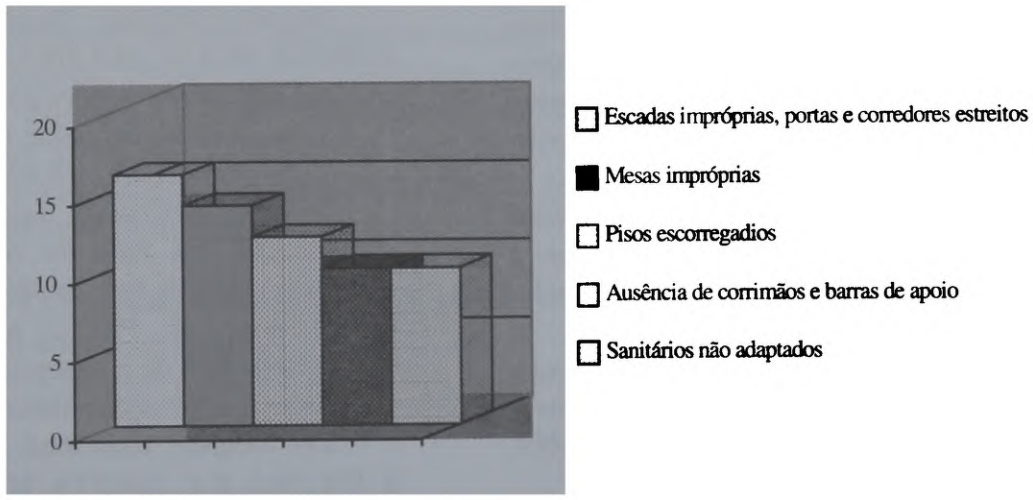


Gráfico 3 - Barreiras arquitetônicas encontradas em serviços especializados



CONCLUSÕES

Os dados da pesquisa nos levam a refletir sobre diferentes aspectos que dizem respeito à inclusão e a exclusão social da pessoa portadora de deficiência, principalmente quanto ao seu direito à saúde.

Os resultados assinalam que os investimentos em recursos humanos, materiais e tecnológicos para a área estão aquém do necessário para garantir um atendimento dentro de parâmetros satisfatórios, assim como cobertura da totalidade da demanda. Tal fato pôde ser demonstrado pela observação de demanda reprimida e sobrecarga de atendimento na maioria dos serviços. Esta condição compromete o desenvolvimento das atividades, que por sua vez, retarda o processo de recuperação, a alta da clientela e, por conseguinte, a qualidade e eficiência da assistência oferecida.

Os resultados obtidos tornaram evidente a necessidade de construção e aplicação de instrumentos de avaliação do impacto da intervenção junto aos usuários dos serviços, indicando ainda a necessidade de aprimoramento dos profissionais e gerentes na área de planejamento e administração.

As barreiras arquitetônicas têm se mostrado como um importante fator de exclusão social dos cidadãos portadores de deficiência, uma vez que representam obstáculos de acesso ao trabalho, serviços públicos e atividades de vida cotidiana. Com os resultados obtidos, conclui-se que tanto em unidades básicas de saúde, como em serviços de especialidades, não existe adequação arquitetônica dos prédios, evidenciando-se um significativo fator de inacessibilidade.

Com os resultados da pesquisa pretende-se sensibilizar e instrumentalizar os profissionais e gestores do poder público para a obtenção de maior eficiência e qualidade dos serviços.

TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, M.A.G., MATTA, M.A.P. Acesso e qualidade da atenção à pessoa portadora de deficiência física em serviços públicos de saúde do município de Campinas. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.2/3, p.72-8, maio/dez., 2000.

TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, M.A.G., MATTA, M.A.P. Access and quality of the assistance given to the disabled people in the public health services in Campinas county. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v.11, n.2/3, p.72-8, maio/dez., 2000.

ABSTRACT: This study aims at analysing the access and quality of the assistance given to the disabled people in the public health services in Campinas – SP, Brazil. Four types of questionnaires, containing qualitative and quantitative questions, were elaborated as the research instrument and applied to health professionals in the major public health services, at basic, specialized and hospital assistance. The results show social exclusion of the disabled people, demonstrated by the difficulties of obtaining assistance and the existence of architectonic barries in these services. It were also observed repressed demand, and deficiency of human and material resources, both interpretated as causes of low access. Of all 34 inquired services, 32 referred any kind of architectonic barrier. The information obtained from the reserach conclude low access and prejudices of quality of the health assistance given to this specific population and, consequently damage to its quality of life .

KEYWORDS: Disabled persons/rehabilitation. SUS (BR). Architectural accessibility. Quality indicators, health care. Social mobility.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Atenção à pessoa portadora de deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços*. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 1993. 48p.
2. FERNÁNDEZ, S.F., PÉREZ, J.C. *Calidad de vida, calidad de servicio*. Madrid, Minusval, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales Inserso, p.35-7, 1999.
3. FLECK, M.P.A., LEAL, O.F., LOUZADA, S. et al.. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v.21, n.1, p.19-28, 1999.
4. JONGBLOED, L., CRICHTON, A. A new definition of disability: implications for rehabilitation practice and social policy. *Can. J. Occup. Ther.*, v.57, n.1, p.32, 1990.
5. OMS. *CIDDM – 2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad. Borrador Beta 2*, Versión Completa. Ginebra, 1999. 29p.
6. PÉREZ, M.A.G., TOLDRÁ, R.C., MATTA, M.A.P. Barreiras arquitetônicas para portadores de deficiências em serviços públicos de saúde no município de Campinas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 6. Águas de Lindóia, 1999.
7. SASSAKI, R.K. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
8. TOLDRÁ, R.C., PÉREZ, M.A.G., MATTA, M.A.P. Caracterização da assistência aos portadores de deficiência física nos serviços públicos de saúde de Campinas. *Cad. Ter. Ocupac. Univ. Fed. São Carlos*, v.8, n.1, 2000.
9. TOLDRÁ, R.C., MATTA, M.A.P., TAKAHASHI M.A.B.C., PÉREZ, M.A.G. *Articulações de ações de reabilitação no SUS de Campinas: um estudo preliminar*. In: REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 50. Natal, 1998.
10. WHOQOL GROUP, 1994 apud FLECK et al., 1999, p.21.

Recebido para publicação: 26/06/2000
Aceito para publicaçao: 10/08/2000