

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS-UNCISAL
MESTRADO PROFISSIONAL ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

Amanda Rodrigues Bertoldo

**O CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA E A PROPOSIÇÃO
DE INDICADORES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

MACEIÓ-AL

2024

Amanda Rodrigues Bertoldo

**O CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA E A PROPOSIÇÃO
DE INDICADORES DE SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional
em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade
Estadual em Ciências da Saúde de Alagoas, para a
obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. David dos Santos Calheiros

MACEIÓ-AL

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da
Biblioteca Central Prof. Hélyio José de Farias Auto.

B536c Bertoldo, Amanda Rodrigues
O Cuidado em Saúde de Usuários com Deficiência e
a Proposição de Indicadores de Saúde no Contexto da
Atenção Primária: / Amanda Rodrigues Bertoldo. -
2024.
94 f.
)- Centro de Ciências da Saúde - Universidade de
Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, AL, 2024.
Orientador: David dos Santos Calheiros.
1. Indicadores Básicos de Saúde. 2. Pessoa com
Deficiência. I. Calheiros, David dos Santos,
orientador. II. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiço da Barra - Maceió

PARECER CONDICIONAL PARA EMISSÃO DO DIPLOMA

Banca de Defesa da Dissertação da Mestranda
Amanda Rodrigues Bertoldo, intitulada: "O Cuidado em Saúde de Usuários com
Deficiência e a Proposição de Indicadores de Saúde no Contexto da Atenção Primária",
realizada em 08 de março de 2024.

PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA

(X) APROVADO(A) com nota 10,0, devendo o(a) Mestrando(a) entregar a
versão final no prazo máximo de 60(sessenta) dias;

() APROVAÇÃO CONDICIONAL;

() REPROVADO(A).

Obs.: No caso de reprovação por um ou mais examinadores, o mestrando tem um
período máximo de 6 (seis) meses, a contar da data de defesa, para submeter ao
Colegiado a nova versão do trabalho de conclusão para julgamento, respeitado o prazo
máximo de 24 meses para a conclusão do programa.

Dr. David dos S. Calheiros
Universidade Estadual de Ciências
da Saúde de Alagoas - Uncisal
Matrícula: 3067-8

PRESIDENTE - UNCISAL



UNCISAL
Universidade Estadual de
Ciências da Saúde de Alagoas



Mestrado Profissional
Ensino em Saúde e
Tecnologia



ESTADO DE ALAGOAS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL

Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia
Campus Governador Lamenha Filho - Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra - Maceió



MONIQUE CARLA DA SILVA REIS
Data: 04/03/2024 18:54:33-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

MEMBRO INTERNO – UNCISAL



Documento assinado digitalmente
AUGUSTO CESAR ALVES DE OLIVEIRA
Data: 08/03/2024 18:57:44-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

MEMBRO INTERNO – UNCISAL



Documento assinado digitalmente
JOSÉ LOPES CAVALCANTE NETO
Data: 06/03/2024 18:49:09-0300
Verifique em <https://validar.jf.gov.br>

MEMBRO EXTERNO – UNEB

Recebido em 20 / 03 / 2024

Amanda Rodrigues Bertoldo

Assinatura do(a) Mestrando(a)



UNCISAL
Universidade Estadual de
Ciências da Saúde de Alagoas



Mestrado Profissional
Ensino em Saúde e
Tecnologia

AGRADECIMENTOS

Primeiramente quero agradecer a Deus por me fazer forte e resiliente durante todo percurso do mestrado, por acalmar meu coração e amenizar a culpa de estar distante, por muitas vezes, dos familiares. A Ele todo o meu amor e devoção. ***“Ó Senhor, tu és o meu Deus; exaltar-te-ei, e louvarei o teu nome, porque fizeste maravilhas; os teus conselhos antigos são verdade e firmeza”.***

(Isaías 25:1)

Aos meus filhos, Igor e Pedro, que são minha fonte inesgotável de amor, por eles busco ser melhor a cada dia na tentativa de ser espelho na responsabilidade profissional e busca constante por conhecimento. Ao meu esposo Diogo, companheiro amoroso que sempre compreendeu minhas escolhas, inclusive múltiplas escolhas, pois não quis perder uma única oportunidade de adquirir conhecimento. Amo vocês!

Meu agradecimento especial aos meus pais, Genauro e Vera, que me cuidaram sempre e diante de tantas dificuldades investiram em meus estudos e vibram comigo a cada conquista. Em nome deles, dedico esse sentimento de gratidão aos meus irmãos, sogros, demais familiares e amigos queridos que vibram sempre comigo. Especialmente aos colegas da turma (2021-2023) do mestrado que fizeram valer o “ninguém solta a mão de ninguém”.

A todos que fazem parte da Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, aos parceiros da Superintendência de Atenção à Saúde e profissionais que compõem a Unidade Básica de Saúde, meu carinho, respeito e gratidão eterna por todo apoio.

Por fim, quero agradecer imensamente ao meu orientador David que permitiu que minha caminhada fosse de muito conhecimento compartilhado, desafios superados e principalmente de conquistas, me faltam palavras para descrever o quanto eu cresci nesse período, serei eternamente grata. A todos os mestres que compõem esse Programa, meu carinho eterno e gratidão, me senti em casa e em família.

Estou muito feliz, obrigada a todos!

“É preciso ter esperança, mas ter esperança do verbo esperar; porque tem gente que tem esperança do verbo esperar. Esperança do verbo esperar não é esperança, é espera. Esperançar é se levantar, esperar é ir atrás, esperar é construir, esperar é não desistir! Esperançar é levar adiante, esperar é juntar-se com outros para fazer de outro modo...”

(Paulo Freire)

RESUMO

O conceito de deficiência é resultado de ao menos dois séculos de construção teórica, onde ao longo da história, diferentes perspectivas existiram e coexistiram acerca da compreensão da deficiência. As situações estigmatizantes vivenciadas, a falta de estrutura nos serviços, a carência de qualificação profissional remete à necessidade de reformular a rotina das equipes de saúde. Há uma evidente lacuna na assistência à saúde dessa população. Curiosamente, não há indicadores para avaliar e coordenar o cuidado em saúde da pessoa com deficiência, independentemente do nível de assistência. Esta pesquisa tem como objetivo analisar o cuidado em saúde ofertado aos usuários com deficiência no âmbito da atenção primária em saúde. Trata-se de uma investigação do tipo pesquisa-ação, desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em um município do agreste alagoano e tendo como participantes, profissionais das equipes de atenção básica e da gerência administrativa de uma Unidade Básica de Saúde. Para a produção dos dados, foram utilizados os seguintes instrumentos: roteiro de entrevista semiestruturada, roteiro de grupo focal e roteiro de análise documental. Os dados produzidos foram analisados com suporte da análise de conteúdo, que ocorreu em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação. Assim, resultando em 02 eixos de análise: I. Análise do cuidado e II. Elaboração dos indicadores para o cuidado em saúde da pessoa com deficiência, bem como cinco categorias temáticas dando sustentação à análise do cuidado. Neste percurso emergiram 02 indicadores de saúde, um acerca da inserção deste usuário na UBS e o outro relacionado à realização de educação para a saúde. É possível avançar na coordenação do cuidado da pessoa com deficiência a partir da instituição de espaços de discussão e qualificação profissional, como também adotando medidas avaliativas de vigilância das condições de saúde, a partir da elaboração de indicadores de saúde específicos.

Palavras-chave: Saúde da Pessoa com deficiência. Acesso aos Serviços de Saúde. Educação continuada. Indicadores Básicos de Saúde.

ABSTRACT

The concept of disability is the result of at least two centuries of theoretical construction, where throughout history, different perspectives existed and coexisted regarding the understanding of disability. The stigmatizing situations experienced, the lack of structure in services, the lack of professional qualifications lead to the need to reformulate the routine of health teams. There is an obvious gap in health care for this population. Interestingly, there are no indicators to evaluate and coordinate health care for people with disabilities, regardless of the level of assistance. This research aims to analyze the health care offered to users with disabilities within the scope of primary health care. This is an action research type investigation, developed from a qualitative approach. The research was carried out in a municipality in the countryside of Alagoas and had as participants professionals from the primary care teams and administrative management of a Basic Health Unit. To produce the data, the following instruments were used: semi-structured interview script, focus group script and document analysis script. The data produced was analyzed with the support of content analysis, which occurred in three stages: pre-analysis, exploration of the material and treatment of results and interpretation. Thus, resulting in 02 axes of analysis: I. Analysis of care and II. Preparation of indicators for health care for people with disabilities, as well as five thematic categories supporting the analysis of care. In this journey, 02 health indicators emerged, one regarding the inclusion of this user in the UBS and the other related to the provision of health education. It is possible to advance in the coordination of care for people with disabilities by establishing spaces for discussion and professional qualification, as well as adopting evaluative measures to monitor health conditions, based on the development of specific health indicators.

Keywords: Health of People with Disabilities. Access to Health Services. Continuing education. Basic Health Indicators.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
ASIS	Análise de Situação de Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CEI	Centro Educacional Infantil
CEMFRA	Centro de Medicina Física e Reabilitação de Arapiraca
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema Único de Saúde Eletrônico
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

SEÇÃO – 1 DISSERTAÇÃO.....	11
1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	18
3. MÉTODO.....	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 Local da Pesquisa	19
3.3 Participantes.....	20
3.4 Instrumentos de coleta de dados.....	21
3.4.1 Roteiro de análise documental	21
3.4.2 Roteiro de Entrevista semiestruturada	22
3.4.3 Roteiro de grupo focal	24
3.5 Procedimentos de coleta de dados	24
3.5.1 Etapa I - Análise do cuidado ofertado aos usuários com deficiência.....	25
3.5.2 Etapa II – Construção de espaços coletivos de discussão.....	26
3.5.3 Etapa III – Elaboração dos indicadores de saúde da pessoa com deficiência	28
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
5. CONCLUSÃO	49
6. REFERÊNCIAS.....	50
SEÇÃO – 2 PRODUTO EDUCACIONAL	54
1. INTRODUÇÃO	54
2. OBJETIVO	56
3. REFERENCIAL METODOLÓGICO	56
4. RESULTADOS.....	58
5. CONCLUSÃO	60
6. REFERÊNCIAS.....	61
APÊNDICE 1	78
APÊNDICE 2	80

SEÇÃO – 1 DISSERTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O conceito de deficiência é resultado de ao menos dois séculos de construção teórica, onde ao longo da história, diferentes perspectivas existiram e coexistiram acerca da compreensão da deficiência (Redecin, 2022). De acordo com Miranda (2004), existiram quatro fases marcantes no que diz respeito à compreensão da sociedade sobre a questão da deficiência: a primeira fase (anterior ao século XVIII) foi caracterizada por ações de negligência, marcada por situações de abandono e perseguição; a segunda fase foi representada pela segregação e institucionalização da pessoa com deficiência, entre os séculos XVIII e XIX; na terceira fase, ainda no século XIX, a deficiência era tida como categoria científica sendo então classificada como patologia e passando a ser objeto de estudos. Por último, na quarta fase (entre os séculos XIX e XX), a deficiência era compreendida pela superação de anos de abandono, violência e estigmas que trouxe um novo momento pautado no diagnóstico, reabilitação e capacitação a partir de instituições e profissionais especializados.

De acordo com Klazura (2021) as concepções sobre as pessoas com deficiência foram se alterando no percurso da história, a partir das lutas e das permanentes disputas de projetos societários, perpassando pela luta pelo reconhecimento de direitos, na linha entre exclusão, segregação e institucionalização, chegando à discussão do padrão de normalidade e possibilidades de inclusão.

Quanto ao acesso à saúde pode-se considerar um período anterior ao Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela insuficiência do Estado em

assumir as demandas de cuidado em saúde e educação dessa população, as quais eram atendidas por associações de amigos e parentes, entidades filantrópicas e religiosas e um período após a instituição do SUS, o qual trouxe os princípios da universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde (Redecin, 2022).

Com a compreensão destes períodos descritos e as diferentes terminologias em torno da deficiência pode-se imaginar que há a influência no acesso ao cuidado em saúde desse público, que perdura até os dias atuais, mesmo com importantes avanços, sobretudo de estruturação de políticas públicas. Em Klazura (2021) destaca-se a legitimidade em refletir a política pública a partir da defesa dos direitos que assegurem a correção das disparidades. Pensando na pessoa com deficiência, relata que historicamente as políticas públicas estavam voltadas ao modelo biomédico, considerando a patologia corporal. Assim, levando ao desafio de repensar esse modelo e direcionar ao modelo social da deficiência, buscando sua integralidade e reconhecimento como sujeito de relações sociais.

Desde a Promulgação da Constituição Federal de 1988, houve um desenvolvimento e avanço dos movimentos sociais, como também a instituição de políticas e leis voltadas às pessoas com deficiência, com importante destaque para a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de 2002; a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, de 2007 e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, de 2015. Cabe destacar o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência “Viver sem Limite” que também foi uma referência para induzir políticas e programas articulados e intersetoriais visando a garantia de inclusão e acessibilidade (Brasil, 2011). Com base nisso, o Governo Federal criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), a qual estabelece em seu Art.2º, dentre inúmeras diretrizes, a garantia de acesso e de qualidade dos serviços, cuidado

integral e assistência multidisciplinar e interdisciplinar, assim como a promoção de estratégias de educação permanente (Brasil, 2012a).

O momento atual traz a reestruturação na atenção à saúde da pessoa com deficiência no âmbito do SUS, com a nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência – PNAISD. Com base em seu Art. 2º objetiva *“promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida”*, dentre algumas finalidades sua execução está voltada para a Análise de Situação de Saúde (ASIS) e o cuidado baseado no modelo biopsicossocial (Brasil, 2023).

O modelo biopsicossocial foi proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 e incorpora aspectos do modelo médico e social, no qual a identificação de suas capacidades e incapacidades necessitam de um contexto a ser considerado, tais como a interação entre condições de saúde, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo. A perspectiva do cuidar apoiado por um modelo que exclui o foco na doença impulsiona a uma reflexão acerca da diferenciação nas terminologias como deficiência, incapacidade, desvantagens, e etc. Tais definições devem ser capazes de reconhecer os efeitos que o meio socioambiental exerce sobre o indivíduo, uma vez que a deficiência pode apresentar diferentes entendimentos, assim como opiniões sobre causa e efeito, tipos de intervenção ou adequação, onde o meio e a sociedade são atores centrais para o desempenho das capacidades individuais (Mota, 2023).

Além da busca por acesso e garantia de direitos, sobretudo à saúde, as pessoas com deficiência junto aos seus familiares vivem o estigma em torno da terminologia adequada frente à deficiência. De acordo com Rocha (2019), as organizações internacionais recomendam o uso do termo “pessoa com

deficiência”, assim como a legislação brasileira, sendo, portanto, o mais comumente aceito no debate contemporâneo. A descrição atual coloca que 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 (Brasil, 2011).

De acordo com Amorim (2018) as principais causas de deficiência permanente resultam de alterações genéticas, embriológicas, de doenças degenerativas, de acidentes de trânsito ou do próprio processo de envelhecimento humano. Destaca, também, a falta de saneamento básico que resulta em infecções, falta de assistência pré-natal e ao parto, os acidentes de trabalho e a violência por arma de fogo.

Em dados do censo demográfico mais de 45 milhões de pessoas se reconhecem com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população (IBGE, 2010). Entretanto a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2022, apresenta que a população com deficiência no Brasil foi estimada em 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais de idade, o que corresponde a 8,9% da população dessa faixa etária.

Em termos de domínios geográficos o Nordeste apresentou uma prevalência de 5,8 milhões de pessoas com deficiência, região que teve o maior percentual, com 10,3% da população, valor acima da média nacional (8,9%), assim como em todas as Unidades da Federação, sendo mais alta em Sergipe (12,1%) e Alagoas com 10,5%. Foi estimado no Brasil, em 2022, que 3,2% das crianças de 7 a 9 anos de idade tinham deficiência. A região Nordeste apresentou o maior percentual, 3,6%, para esse grupo etário (PNAD, 2022). Esses dados reforçam a necessidade de pesquisa e constante discussão em torno da pessoa com deficiência, sobretudo de desenvolvimento de políticas públicas.

Mota (2023) cita a falta de padronização dos conceitos e modelos de análise em dados de pesquisas e censos nacionais, fragilizando a identificação desses sujeitos, surgindo inúmeras classificações em torno da deficiência. Destaca ainda a importância de dados sobre a participação social, qualidade de vida, bem-estar e satisfação, os quais são fundamentais para o planejamento de políticas de saúde.

É fato que todo o arcabouço legal representa um marco evolutivo no que se refere à busca por igualdade de direitos e uma importante investida do SUS na reorientação das estratégias de cuidado, identificação de necessidades e acompanhamento da saúde da pessoa com deficiência, pontos importantes a se tornarem alvo dos trabalhos das equipes de saúde.

Clemente (2022) coloca que as pessoas com deficiência têm maiores necessidades de saúde do que as pessoas sem deficiência e que essas necessidades geralmente não são satisfeitas, assim como possuem níveis mais altos de morbidade, comportamentos que causam prejuízos à saúde e maior uso de serviços de saúde especializados e hospitalizações. Segundo Amorim (2018) adultos com deficiência relacionam suas principais necessidades aos estudos, reabilitação, moradia digna, alimento, trabalho, benefícios previdenciários e deslocar-se. Destaca também, a importância do planejamento do cuidado na atenção primária à saúde e reabilitação, uma vez que há grande dependência funcional, especialmente para locomoção.

Neste contexto cabe considerar que o percurso de construção do cuidado em saúde voltado à pessoa com deficiência deve ter na Atenção Primária em Saúde (APS) o pilar ordenador de ações e serviços e as redes de atenção à saúde como modelo de organização, como também um planejamento com estratégias adequadas para que os profissionais, independentemente do nível de atenção, sejam capazes de atender às necessidades de saúde desse público.

A coordenação do cuidado do usuário com deficiência na APS

Sabe-se que a Atenção Primária em Saúde representa o primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, possui entre os atributos essenciais: o acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, a continuidade e a integralidade da atenção, e a coordenação da atenção dentro do sistema (Starfield, 2002). O ato de coordenar implica a organização deliberada de atividades que envolve o usuário e o sistema de saúde e o manejo de recursos, de modo a produzir uma oferta adequada do cuidado, tendo esta coordenação como uma estratégia de superação da assistência fragmentada (Almeida, 2018).

Desse modo, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido adotada como modelo para expandir e reorganizar a APS de acordo com as diretrizes do SUS, destacando-se na qualidade da atenção oferecida e acesso aos serviços, com os melhores resultados para a saúde da população (Brasil, 2012b). A interrelação da ampla cobertura do modelo da ESF com a garantia de um cuidado longitudinal reforça o desafio para a consolidação da APS, capaz de potencializar resultados no que se refere às melhorias dos indicadores de saúde, especialmente relacionados aos usuários em situação de maior vulnerabilidade (Kessler, 2019).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), os indicadores de saúde podem ser definidos como estimativas, mensurações ou medidas-síntese de uma dimensão ou característica, buscando descrever e monitorar a situação em saúde de uma população alvo (OPAS, 2018). O fato de não haver indicadores específicos para a pessoa com deficiência no contexto da APS tende a fragilizar o monitoramento da situação de saúde desse público, impossibilitando o correto direcionamento na tomada de decisão dos gestores. De acordo com as normativas do Programa Previne Brasil, a definição de indicadores para o componente pagamento por desempenho considerou a

relevância clínica e epidemiológica das condições de saúde ainda prevalentes no Brasil. Para o ano de 2020, foram priorizados indicadores no âmbito do pré-natal, saúde da mulher, imunização, saúde da criança e condições crônicas (Brasil, 2021).

O Programa Previne Brasil tem como foco estruturar o modelo de financiamento da APS, para induzir ao acesso aos serviços, a cobertura efetiva da APS e o aumento da qualidade da assistência, com foco no resultado dos indicadores de saúde e no atendimento às necessidades de saúde das pessoas (BRASIL, 2021).

Surjus e Onocko-Campos (2017) relatam que os indicadores de saúde se apresentam com potencial para evidenciar aos gestores e profissionais a relevância de problemáticas muitas vezes invisíveis e silenciadas, com objetivo de buscar respostas mais adequadas e efetivas.

Para tanto é fundamental a construção de um novo fazer saúde priorizando a elaboração de indicadores de saúde, a qualificação das práticas profissionais e a reflexão sobre o processo de trabalho e reconhecimento das necessidades de saúde da pessoa com deficiência, tendo como facilitador desse processo as estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Quanto às necessidades das pessoas com deficiência, Clemente (2022) destaca os cuidados gerais em saúde incluindo preventivos e promotores de saúde, assim como cuidados em reabilitação e tratamento especializado, relacionados ou não à deficiência subjacente. Numa perspectiva social Fiorati (2015) destaca que a pessoa com deficiência que integra famílias com melhores condições socioeconômicas, culturais e de escolaridade, apresenta importante grau de autonomia, participação social mais efetiva e maior acesso a recursos comunitários. Entretanto, isso não é observado em famílias com escassos recursos econômicos, culturais e baixa escolaridade, pelo contrário, vivenciam falta de acesso ao trabalho, educação e transporte; falta de informação sobre a deficiência e ausência de tecnologia assistiva.

Portanto é essencial que a atenção e cuidado à pessoa com deficiência estejam centrados também na comunidade e no domicílio, fortalecendo a visão do modelo biopsicossocial. Fiorati (2015) destaca a APS como o nível que melhor identifica as necessidades sociais e de saúde da população adstrita, reforçando a importância no desenvolvimento de programas e estratégias multiprofissional e intersetorial.

Dessa maneira é possível avançar na análise do cuidado em torno da pessoa com deficiência não só a partir da instituição de espaços de discussão e formação profissional, mas também adotando medidas avaliativas do desempenho do serviço e vigilância das condições de saúde, a partir da elaboração de indicadores de saúde específicos. Assim, contribuindo com as informações e dados epidemiológicos, compreendendo contextos e reconhecendo novos significados sobre o adoecimento crônico e a deficiência, fazendo o cuidado efetivo acontecer na prática.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o cuidado em saúde ofertado aos usuários com deficiência no âmbito da atenção primária em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar indicadores de saúde para a avaliação do acesso e coordenação do cuidado da pessoa com deficiência no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa-ação, desenvolvida a partir abordagem qualitativa. Segundo Thiollente (2011) a pesquisa-ação tem a intenção de fazer com que os participantes se conscientizem da realidade, identifiquem dificuldades, solucionem problemas por meio de uma ação coletiva, além de produzirem conhecimento.

3.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma UBS de um município do agreste de Alagoas, que possui uma área de pouco mais de 345Km², sendo 59Km² de área urbana e uma população de aproximadamente 234.309 habitantes. É município referência para a 2^a macrorregião de saúde do Estado, sede da 7^a região de saúde, que possui uma cobertura de 91,57% de Atenção Primária à Saúde, tendo nesta o seu grande potencial. Vale salientar a referência de seus cinco centros especializados em reabilitação para os demais municípios circunvizinhos.

Nesse contexto se deu a escolha da UBS, a qual configura-se como uma unidade de saúde referência para mais de 16 mil habitantes, campo de estágio e de porte IV, com a presença de equipes de estratégia de saúde da família, atenção primária e saúde bucal. A definição do referido local de pesquisa considerou aspectos como a conformação do território com outros equipamentos públicos que atendem à pessoa com deficiência e as possibilidades de acesso e circulação desses usuários. É um território composto por diversos serviços públicos, tais como Centro Especializado em Reabilitação (CER), Centro Educacional Infantil (CEI) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).

3.3 Participantes

Este estudo foi desenvolvido com profissionais das equipes de saúde de uma UBS. Os profissionais compõem as equipes de Atenção Básica, compreendidas entre equipe de Saúde da Família (eSF), equipe de Atenção Primária (eAP) e equipe de Saúde Bucal (eSB), além da gerência administrativa do serviço de saúde supracitado. Considerou-se para a escolha dos participantes o atributo de governança sob os processos de trabalho da UBS, sendo então incluídos os profissionais da área assistencial que compõem e atuam nas equipes de saúde e gerência administrativa, dessa forma caracterizando os critérios de inclusão e como exclusão: profissionais em férias vigentes ou licenças durante o início da pesquisa, bem como aqueles lotados na UBS em caráter temporário (< 2 meses).

Participaram 14 profissionais de saúde, sendo seis enfermeiros, quatro médicos, três dentistas e um gerente administrativo de serviços de saúde. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para garantir o sigilo da identidade dos participantes foi utilizado um código de identificação, a letra P referindo ao profissional, seguindo de um algarismo referente a ordem de participação na pesquisa.

Quadro 1. Caracterização dos participantes profissionais

Identificação do Profissional	Formação
P1	Enfermagem
P2	Medicina
P3	Enfermagem
P4	Enfermagem
P5	Odontologia
P6	Enfermagem
P7	Medicina
P8	Enfermagem
P9	Medicina

P10	Medicina
P11	Enfermagem
P12	Odontologia
P13	Odontologia
P14	Gerente do serviço

3.4 Instrumentos de coleta de dados

Com intuito de alcançar os objetivos traçados nesta pesquisa foi utilizado um conjunto de instrumentos, a saber: roteiro de análise documental, roteiro de entrevista semiestruturada e roteiro de grupo focal. Segue abaixo o detalhamento de cada instrumento, a operacionalização e a participação tanto do pesquisador como dos atores envolvidos.

3.4.1 Roteiro de análise documental

Para essa pesquisa a análise documental foi orientada por um diário de campo que resgatou informações do Sistema Único de Saúde Eletrônico (E-SUS) e de documentos organizacionais das ações e serviços de saúde desenvolvidos no âmbito da unidade saúde Investigada. Este diário de campo consistiu em anotações realizadas pelo autor dessa pesquisa, foi delimitado para coleta de dados, referentes às atividades registradas nos livros ata, o período de 2019 a 2022, cabe destacar que nos anos de 2020 e 2021, período da pandemia do SARS-Cov-2 interferiu na programação habitual das equipes de saúde.

Considerando a base de dados do E-SUS foi possível coletar o atual nº de usuários com deficiência cadastrados na área adstrita, assim como dados acerca dos campos de *Informações Sociodemográficas*, *Condições/Situações de Saúde Geral* e *Relatório de Atividade Coletiva*. Para cada campo desse foi possível coletar dados específicos de deficiência, entre outros que pudessem trazer

informações relevantes sobre a atuação das equipes no território, tais como: 1. Informações sociodemográficas – Deficiência (nº auditiva, nº física, nº intelectual/cognitiva, nº visual, outra) 2. Condições / Situação de Saúde Geral (nº de acamados e nº de casos de AVC/derrame) 3. Relatório de Atividade Coletiva (nº educação em saúde, nº reuniões em equipe e nº atividade em grupo)

Tais documentos consideramos como organizacionais, em razão de estarem relacionados ao processo de trabalho instituído na unidade básica de saúde, eles possibilitaram o registro de elementos no diário de campo referentes às pautas discutidas em reuniões administrativas e conselho local de saúde, agenda de atendimento e delimitação de público prioritário, como também outras atividades destinadas à comunidade, como espaço reservado para educação em saúde, atividades em grupo e visitas domiciliares.

Para melhor caracterização desses documentos organizacionais utilizamos a letra D em referência ao documento analisado, de modo que foram elencados da seguinte maneira: livro ata de reunião administrativa (D1); livro ata de reunião do conselho local de saúde (D2); livro de marcação – agenda de atividades de enfermagem (D3); formulário de marcação de consulta médica (D4) e formulário de marcação de consulta com dentista (D5).

3.4.2 Roteiro de Entrevista semiestruturada

Primeiramente foi explicado aos participantes os objetivos da pesquisa, as questões éticas, o direito de recusar sua participação na pesquisa, assim como a garantia do sigilo da identidade através do uso de código para a identificação dos participantes. As entrevistas foram realizadas de maneira individualizada, com cada participante, no próprio local de trabalho, conforme horário previamente agendado, respeitando o cronograma de atividades e agendamentos, com duração média de 45 minutos.

O roteiro da entrevista semiestruturada, desenvolvido pelo autor desta pesquisa, consistiu em 14 questionamentos abertos (APÊNDICE 1) dividido em cinco eixos, associados ao cuidado ofertado à pessoa com deficiência, que mais tarde transformaram-se em categorias para análise de dados. O roteiro citado abordou os seguintes aspectos: (i) concepção da deficiência, (ii) mapeamento dessas pessoas no território, (iii) processo de trabalho instituído na unidade de saúde, (iv) instrumentos utilizados para gestão do cuidado e (v) experiências de formação e educação permanente, voltadas às demandas apresentadas e/ou identificadas das pessoas com deficiência.

A primeira parte da entrevista que compreende o Eixo 1 abordou o que o profissional entende por “pessoa com deficiência” e a frequência que essa população utiliza os serviços públicos presentes no território, considerando a oferta de serviços além do âmbito da saúde, como também nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), creches e escolas públicas. A segunda parte ou Eixo 2 foi dedicada à identificação desse público alvo no território e as estratégias de mapeamento utilizadas, bem como o reconhecimento das principais necessidades de saúde e como acontece o monitoramento destas no território de atuação das equipes. A terceira parte, Eixo 3, que tratou do processo de trabalho esteve direcionada à busca de informações do fazer saúde individual, em equipe, de abordagem multiprofissional e intersetorial, sobretudo a linha de cuidado utilizada para a pessoa com deficiência desde a sua identificação no território de abrangência até os encaminhamentos necessários para outros níveis de atenção.

A quarta parte do roteiro de entrevista lançou questionamentos com intuito de elucidar as práticas de gestão do cuidado, desde as ações de planejamento à avaliação e monitoramento destas. Para a quinta parte, que compreende o 5º e último Eixo, buscou-se informações referentes às atividades desenvolvidas capazes de moldar a prática assistencial, institucionalmente dentro do ambiente

de trabalho, na busca coletiva por melhorias ou individualmente com o objetivo de qualificação profissional.

3.4.3 Roteiro de grupo focal

Para preparar e instrumentalizar todas as fases do processo de grupo focal foi fundamental a presença de um coordenador que neste caso foi o pesquisador principal, que realizou esclarecimentos sobre aspectos éticos vinculados à pesquisa e ao processo interativo, mediando o debate entre os participantes, registrando e gravando as falas explanadas nos encontros, a fim de facilitar a transcrição dos dados. Foram realizados dois encontros de grupo focal, com duração média de 90 minutos, integrando os profissionais da UBS pesquisada.

As informações obtidas nas entrevistas individuais deram subsídios às discussões realizadas nos momentos de grupo focal, assim como temáticas pouco exploradas nas entrevistas individuais. De acordo com Backes (2011) os encontros grupais possibilitam aos participantes explorarem seus pontos de vista, a partir de reflexões sobre um determinado fenômeno social, em seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e buscando respostas pertinentes à questão sob investigação.

3.5 Procedimentos de coleta de dados

Para o seguimento da pesquisa e fase de coleta de dados foram traçadas três etapas, descritas em ordem de execução, sendo detalhadas abaixo para uma melhor compreensão da trajetória para o alcance dos objetivos propostos.

3.5.1 Etapa I - Análise do cuidado ofertado aos usuários com deficiência

O entendimento do processo de trabalho, conhecimento da oferta de serviços na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e as reais necessidades que permeiam os usuários com deficiência, assim como a organização e atuação dos profissionais, neste cenário, foram discutidos a partir das informações obtidas com a análise documental e entrevista semiestruturada. Segundo Andrade (2018) a análise documental propõe a produção ou reelaboração de conhecimentos e a criação de novas formas de compreender fenômenos, interpretar fatos, sintetizar informações, determinar tendências e, na medida do possível fazer inferências.

A partir das anotações feitas no diário de campo foi configurado, então, um panorama geral de dados referentes ao quantitativo de pessoas com deficiência cadastradas pelas equipes de saúde da UBS pesquisada, como também o quantitativo de usuários acamados e com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), considerando ser um público que pode apresentar algum tipo de deficiência. Complementarmente buscou-se registrar dados relacionados às atividades de educação em saúde, reuniões em equipe e atividade em grupo.

Ainda sobre a análise documental e especificamente na busca de informações em documentos organizacionais considerou-se registrar a frequência de reuniões administrativas, reuniões de conselho local de saúde e grupos de educação em saúde com a comunidade. Ademais foi realizada uma leitura flutuante das atas a fim de identificar a ocorrência de pautas voltadas às questões em torno da pessoa com deficiência. Em geral continham: a pauta principal em destaque, data da realização da reunião, assinatura dos participantes e encaminhamentos previstos.

Contudo as informações obtidas do processo de trabalho instituído acerca das marcações e agendamentos de consultas se deu a partir da observação das

fichas, caderno de marcação e agenda de atividades do enfermeiro, estas denominações são próprias e comumente utilizadas pelos profissionais da UBS.

Foram realizadas quatorze entrevistas entre os meses janeiro a março de 2023, com os profissionais de saúde, sendo seis enfermeiros, quatorze médicos, três dentistas e um gerente administrativo de serviços de saúde. O roteiro de entrevista abordou, através de quatorze questionamentos abertos, os seguintes eixos: concepção da deficiência, mapeamento, processo de trabalho, instrumentos e formação e educação permanente. Quanto à aplicação da entrevista semiestruturada obteve-se um tempo médio de duração de 45 minutos, todas foram gravadas (apenas o áudio foi gravado com suporte de equipamento específico) e posteriormente transcritas para devida análise. A partir da análise das entrevistas foi possível obter achados aparentemente relacionados às dificuldades encontradas pelos usuários e fragilidades na rotina diária e processo de trabalho dos profissionais.

3.5.2 Etapa II – Construção de espaços coletivos de discussão

Para o delineamento dessa fase utilizou-se o grupo focal, o qual visou sobretudo a oportunidade de compartilhamento de saberes e reflexões entre os profissionais acerca do cuidado ofertado às pessoas com deficiência. Neste momento, oportunizando discussões sobre temas pouco explorados nas entrevistas individuais, como a utilização de indicadores de saúde com esse público, assim como o entendimento das particularidades que envolvem os diferentes tipos de deficiência.

Segundo Minayo (2009), os grupos focais quando utilizados para a construção de indicadores, são encaminhados para consensualizar temas-chave que posteriormente são analisados pelo investigador e transformados em dispositivos balizadores da realidade. Ainda sobre a execução assertiva destes grupos é destacada a necessidade de pactuação prévia de regras básicas de

funcionamento, para que todos tenham a possibilidade de se expressar e defender suas ideias, sem dispersão ou julgamentos. Foram realizados dois momentos de grupo focal, em momentos diferentes, onde estiveram presentes no primeiro momento quatro profissionais de saúde, sendo dois enfermeiros e dois dentistas. No segundo momento estiveram presentes três enfermeiros, um médico e um gerente administrativo de serviços de saúde. A ausência dos demais se deu por indisponibilidade em razão de férias, atestado médico e remanejamento para outra UBS. Para esse momento priorizou-se a discussão em torno dos eixos abordados nas entrevistas individuais, no entanto, cabe destacar as temáticas que emergiram, a partir deste momento coletivo, consideradas pelos profissionais que estão intimamente relacionadas à dificuldade no acesso aos serviços da UBS, foram elas: 1. Concepção de pessoa com deficiência; 2. Acessibilidade; 3. Suporte familiar; 4. Conhecimento da capacidade instalada da RCPD; 5. Acolhimento com Classificação de Risco e 6. Atendimento de metas.

No decorrer dos dois momentos de grupo focal foi lembrado aos participantes os eixos trabalhados nas entrevistas individuais e proposto como ponto de partida uma rodada de falas conceituando “pessoa com deficiência”, a partir disso naturalmente surgiram novas temáticas, além das abordadas anteriormente nas entrevistas, como também opiniões complementares ao que já havia sido discutido individualmente. Neste momento o pesquisador principal enquanto mediador do grupo conseguiu explorar os diferentes e também complementares pontos de vista colocados, de modo a não influenciar e nem condicionar as falas.

A oportunidade de discussão em grupo e aprofundamento dos temas que emergiram fortaleceram conceitos, despertando para mudanças possíveis, levantando dúvidas e indagações acerca do processo de trabalho instituído na UBS pesquisada. Assim, despertando para a necessidade de transformar a realidade vivenciada, instigando novos saberes, a reflexão sobre suas opiniões

e fragilidades no processo de trabalho, reformulando opiniões enquanto atores de um processo importante de cuidar de uma população adscrita.

3.5.3 Etapa III – Elaboração dos indicadores de saúde da pessoa com deficiência

A realidade do cuidado ofertado à pessoa com deficiência, transcrita a partir das informações obtidas com análise documental e discussões coletivas nos grupos focais, subsidiou a discussão para a elaboração de indicadores. Tais dados direcionaram para qual processo de mudança seria oportuno na rotina dos profissionais envolvidos no cuidado desse público, além da consulta com equipe técnica especialista em vigilância e atenção à saúde que fortaleceu o direcionamento desta elaboração, trazendo clareza para o processo em razão dos aspectos que se objetiva analisar, bem como apreciando a proposição dos indicadores.

Minayo (2009) coloca que para eleger indicadores devemos ter concepção e precisão dos sistemas que queremos transformar, além de adequar objetivos, metas e missões e assim, permitir ao gestor ou avaliador acompanhar todo o processo. Enquanto a OPAS (2018) enfatiza a qualidade de um indicador de saúde como fundamental para propiciar uma análise efetiva de uma situação de saúde e que se faz necessário a aplicação correta e sistemática, assim como a padronização das fontes e métodos de cálculo.

Dessa maneira a reflexão sobre os aspectos a serem analisados direcionou para a necessidade de medir o acesso do usuário com deficiência na APS e acompanhar a realização das ações de educação para a saúde na APS, no âmbito da saúde da pessoa com deficiência. Com isso resultando na elaboração de dois indicadores de saúde voltados ao cuidado da pessoa com deficiência.

Após elaboração dos indicadores, em atenção ao percurso metodológico proposto, foram apresentados à gestão municipal de saúde e conselho municipal de saúde para compartilhamento, consenso e declaração de anuência dos presentes (APÊNDICE 4). Estiveram presentes a secretária municipal de saúde, o superintendente de vigilância em saúde, a superintendente de atenção à saúde e o presidente do conselho municipal de saúde, como também profissionais especialistas e atuantes na área da saúde pública.

3.6 Análise dos dados

Os dados produzidos por meio da análise documental, entrevista semiestruturada e grupo focal foram analisados com base na análise de conteúdo, especificamente a temática. De maneira específica foram utilizadas as (três) etapas propostas por Bardin (2016) para análise de conteúdo. As referidas etapas consistem: 1. Pré-análise; 2. Exploração do Material e 3. Tratamento dos Resultados e Interpretação (Bardin, 2016).

A partir da leitura exhaustiva dos dados coletados, foi delimitado um sistema de categorias, conforme descrito abaixo. Foram definidos dois eixos. O Eixo I que aborda os dados produzidos acerca da análise do cuidado, com base nos materiais extraídos do diário de campo, entrevista semiestruturada e grupo focal. O Eixo II que abordará a elaboração dos indicadores para o cuidado em saúde de usuários com deficiência no contexto da atenção primária.

Cada um dos eixos supracitados agrega categorias temáticas, como podemos visualizar a seguir:

Eixo I - Análise do cuidado

- Categoria 1 – Identificação da pessoa com deficiência no território e a essencialidade no reconhecimento das necessidades de saúde.
- Categoria 2 – Concepção da deficiência e a oferta do cuidado pelos profissionais da UBS.
- Categoria 3 – Processo de trabalho dos profissionais da UBS frente as necessidades de saúde da pessoa com deficiência.
- Categoria 4 - Educação permanente para o cuidado da pessoa com deficiência

Eixo II – Indicadores para o cuidado em saúde da pessoa com deficiência na Atenção Primária em Saúde

- Categoria 1 - Indicadores para o cuidado em saúde da pessoa com deficiência: ultrapassando os limites da rotina.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O percurso metodológico até o momento apresentado resultou na produção de dados, cuja organização se deu através de categorias de análises que foram apresentadas e discutidas com base e suporte na literatura, conforme estão descritas abaixo.

4.1 Identificação da pessoa com deficiência no território e a essencialidade no reconhecimento das necessidades de saúde

No Brasil, a estruturação da ESF como modelo de organização pôs em relevo o desafio do fortalecimento da APS na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a coordenação do cuidado um de seus atributos fundamentais, tendo no território e suas populações um espaço dinâmico e vivo

de estabelecimento de relações sociais. Como uma estratégia de superação à fragmentação assistencial esta coordenação promove melhorias na oferta do cuidado, reduz barreiras de acesso devendo ser ajustada em função das necessidades dos usuários (Almeida, 2018; Dias, 2019).

Para tanto, é fundamental que os profissionais identifiquem as pessoas com deficiência no território e suas necessidades, assim como qualifiquem esse processo de trabalho de mapeamento, especialmente com os agentes comunitários de saúde. É possível observar, nos trechos a seguir, o reconhecimento desta categoria como fundamental na identificação das pessoas com deficiência e interlocução com as equipes de saúde, assim como fragilidades no reconhecimento desse processo de trabalho.

A identificação se dá através das informações passadas pelos agentes de saúde, eles passam porque convivem mais com os pacientes (P2).

Normalmente pelo agente de saúde ou quando chega no território [...] quando já tem a deficiência a gente tenta junto ao usuário, quando ele pode vir, saber qual a deficiência e o que casou. Quando é criança a gente vai descobrindo no acompanhamento mesmo, por conta dos marcos do desenvolvimento(P6).

A gente identifica através dos agentes, das visitas domiciliares e dos atendimentos individuais, onde a gente faz a avaliação[...] então os agentes identificam já me alertam e aí eu já marco a consulta (P8).

Essa parte eu não vou saber dizer exatamente, porque o dentista não participa dessa parte de identificação, a demanda é encaminhada para agendamento[...] o usuário pode ser identificado com deficiência pelo trabalho da equipe (P12).

Mapear eu não tenho conhecimento, até o momento ninguém fez, quando o ACS identifica na área e avisa aqui na unidade[...], mas os agentes de saúde conhecem seus usuários da área, as pessoas com deficiência que tem (P14).

De acordo com Almeida (2017), a expansão da APS tem ainda como desafio o enfrentamento das mudanças ocorridas no perfil demográfico e de morbimortalidade da população brasileira. Problemas para ouvir, enxergar,

falar ou mesmo o uso de membros superiores para atividades cotidianas podem potencializar a invisibilidade de suas dificuldades. O cuidado coordenado e a ordenação dos serviços na rede de atenção, sobretudo com aqueles usuários incluídos nos vários tipos de deficiência, permitem o reconhecimento de demandas específicas deste público nos territórios. Não se observa com tanta clareza o desempenho e rotina desses profissionais no que diz respeito à identificação e atenção à saúde desse público, refletindo negativamente na integralidade do cuidado.

Partindo do entendimento que o primeiro contato no território se dá a partir da comunicação entre Agente Comunitário de Saúde (ACS) e usuários e só assim as demandas são encaminhadas aos profissionais das equipes de saúde, reconhecemos nesta categoria a essencialidade no que diz respeito ao reconhecimento dos diferentes tipos de deficiência no território, assim como as necessidades de cada usuário. Em Almeida (2018) aponta-se a valorização do ACS como sujeito estratégico no fortalecimento da integração horizontal, em paralelo, sendo o elo que garante o vínculo do usuário com a equipe, compartilhando sobre os fluxos formais e informais percorridos pelos usuários na busca pela resolução de seus problemas de saúde, sendo agente em ações de vigilância em saúde e um potencial na detecção de vulnerabilidades sociais.

Sobre a identificação das principais necessidades de saúde das pessoas com deficiência no território de abrangência das equipes de saúde, é possível observar falas que possivelmente representem um distanciamento entre o que o profissional visualiza como necessidade e o que de fato retrata a realidade da sua área de abrangência. Com isso surge um alerta sobre a real necessidade de identificação desse público no território, bem como suas particularidades. Abaixo algumas respostas dos entrevistados:

Geralmente há necessidade de encaminhamento para o especialista, ortopedista, psiquiatra, como também, o neurologista pediátrico, que a gente não tem aqui, é uma fragilidade (P2)

O que eu vejo mais é a deficiência mental, às vezes nem chega a ser deficiência é porque faz uso de medicação controlada há muito tempo. Eu nunca atendi um cego, nem deficiente auditivo [...] quando me deparar com esses atendimentos vou precisar saber como é que vou falar, geralmente vem com acompanhante (P4).

Deficiente físico tem muito por conta das sequelas, tem muito AVC em meu território [...] é mais necessidade de exames e especialidades, por exemplo, fisioterapia que não conseguimos fácil. Quando tinha o NASF a gente pedia para avaliar e saber se realmente precisaria encaminhar e hoje a gente não tem esse apoio (P6).

Geralmente vem com uma condição de saúde bucal muito ruim [...] junta o lado socioeconômico com o esclarecimento da família, muitas vezes carente, que depende de programas públicos, a maioria vai sobrevivendo e não vê a saúde bucal como prioridade (P12).

Em geral precisam de prescrição de medicação dispensadas pelo SUS, cadeira de rodas, fraldas [...] porque a maioria não vem à unidade e a visita domiciliar está acontecendo com limitação (P13).

A maioria precisa de consulta com especialista e a gente consegue resolver. Uma dificuldade que temos é inserir no serviço de reabilitação, como a Pestalozzi ou o CEMFRA (P14).

Em estudo recente o acesso aos serviços de saúde é colocado como resultado da interação de determinantes das características dos indivíduos e dos serviços, onde a localização de uma unidade de saúde impacta no acesso aos cuidados de saúde, considerando os padrões de assentamento da população e capacidade de locomoção. Os resultados deste estudo, revelam ainda que a população com deficiência enfrenta diversas barreiras, como problemas na comunicação entre profissionais e pacientes e cuidadores, questões financeiras, comportamentais, barreiras organizacionais e de transporte (Clemente, 2022).

Portanto, a busca pelo cuidado requer dos profissionais de saúde um esforço que vai além da identificação de seu público alvo de intervenção, perpassa pelo acolhimento e olhar ampliado das demandas que surgem no

território, sob um contexto diverso que está no entorno da pessoa com deficiência, extrapolando os muros da política pública de saúde. Neste contexto é fundamental a compreensão do território e sua rede de serviços ofertados.

4.2 Concepção de deficiência e a oferta do cuidado pelos profissionais da UBS

Atualmente não existe consenso acerca da abordagem às pessoas com deficiência, no que se refere ao termo mais adequado, que não retrate estigma, estereótipos ou até mesmo inferioridade. Mota e Bousquat (2021) argumentam que deficiência é uma palavra que carrega estigma, mantém a lógica centrada na doença e que incapacidade forneceria uma visão mais ampliada do conceito. Já as organizações internacionais recomendam o uso do termo “pessoa com deficiência”, assim como a legislação brasileira. Como mencionado inicialmente o conceito de deficiência é resultado de ao menos dois séculos de construção teórica, sendo ainda hoje debatido em diversos grupos (Redecin, 2022).

Desse modo, conhecer o público para o qual se oferta ações e serviços de saúde é fundamental para um direcionamento efetivo e reconhecimento de suas reais necessidades de saúde. Almeida (2018) defende que uma APS forte tem capacidade de resolução da maior parte dos problemas de saúde em tempo oportuno, com acessibilidade e garantia de continuidade. No entanto considera o acesso aos serviços de saúde como o resultado da interação de determinantes das características dos indivíduos e dos serviços.

Clemente (2022) coloca que as evidências indicam que as pessoas com deficiência têm piores níveis de acesso aos serviços de saúde e piores desfechos de saúde, especialmente em países de baixo, médio/baixo e médio/alto níveis de renda como o Brasil. Relata também, que entre as principais barreiras vivenciadas está a comunicação falha entre usuários e profissionais, impactando negativamente na autonomia da pessoa com deficiência ao seu tratamento. As falas abaixo manifestam as diferentes percepções dos

participantes da pesquisa, quando são questionados sobre o entendimento de pessoa com deficiência:

Eu entendo por pessoa com deficiência, toda aquela pessoa que tem limitação física ou psíquica (P3).

É uma pessoa que tem alguma limitação que pode ser física, intelectual, mental[...] uma pessoa que precisa de ajuda (P4).

Eu ainda fico em dúvida sobre essa classificação de deficiente e de como abordar na questão da fala, como se dirigir, para que não seja pejorativa (P5).

É uma pessoa que tem alguma limitação, seja física, mental, comportamental, em aspectos que limite ela de alguma coisa, não incapacite, mas limite (P6).

Todo aquele indivíduo que precisa de uma atenção diferenciada da grande maioria da população, independentemente de ser deficiência física, intelectual, visual [...] alguém que tenha que ser visto com um olhar diferenciado dos demais (P9).

Para que o cuidado seja efetivo na prática é fundamental um território com uma rede de serviços bem estabelecida, com população definida, papéis e funções determinadas para todos os profissionais, assim como a prática do acolhimento. Por se tratar do lugar onde as pessoas vivem e estabelecem sua rede de apoio social, considerando família, vizinhança, equipamentos sociais e comerciais e inclusive as Unidades de Saúde da Família. É neste território que o cuidado deve prevalecer como articulador da rede de serviços e apoiador das pessoas com deficiência e seus familiares (Redecin, 2022).

Nesta perspectiva, a coordenação do cuidado encontra-se no centro desse processo, interligando recursos assistenciais e comunitários, assim como superando barreiras. Considerando o cenário da UBS pesquisada, está evidente que há oferta de cuidado às pessoas com deficiência que acessam os serviços de saúde, como observamos nos trechos abaixo:

Tenho alguns pacientes, um cadeirante que conheço, alguns com deficiência auditiva[...] quando o paciente vem aqui na unidade a gente oferece a melhor atenção (P2).

A minha área é próxima à unidade de saúde [...] as crianças que tive a oportunidade de atender estão bem assistidas pelo TRATE, ADFIMA, todas elas passam por uma equipe multiprofissional e aqui seguem em acompanhamento (P3).

Às vezes eu atendo deficiente físico, deficiente visual, deficiente auditivo, a gente tem criança que faz uso de medicação controlada e não tem diagnóstico fechado ainda. Não tem dificuldade de acesso, no que é da gente consegue resolver (P6).

Eu já atendi aqui adolescentes, mas quando chegam a gente dá prioridade no atendimento, a gente tem essa perspectiva de atender rápido para não demorarem (P8).

Principalmente com quem tem déficits neurológicos, como deficiência intelectual, precisam de anticonvulsivante e antidepressivos e renovação dessas receitas (P10).

Eu tive a oportunidade de realizar uma visita domiciliar com meu agente de saúde e lá a gente detectou uma criança com deficiência intelectual e física[...] Apesar de não ter no consultório uma cadeira odontológica específica a mãe veio preparada e trouxe uma tia[...] a criança foi bem colaborativa dentro das limitações dela e conseguimos finalizar o tratamento preventivo com profilaxia. Combinamos um retorno de 3 ou 4 vezes ao ano para o acompanhamento (P13).

Todos são acolhidos, mesmo que o médico saiba que vai encaminhar, a gente consegue atender (P17).

A Estratégia de Saúde da Família é um veículo prioritário de oferta e coordenação do cuidado aos usuários com deficiência, fundamental na promoção da equidade e acesso. Deve, também, priorizar a atuação multiprofissional a fim de garantir trajetórias terapêuticas individualizadas, balizadas por vulnerabilidades e potencialidades inerentes a cada sujeito (Amorim, 2018).

No contexto de atuação multiprofissional cabe destacar o formato de atuação das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) marcado por ações de ampliação do cuidado no território, incluindo de reabilitação. No entanto com a interrupção do credenciamento de novas equipes e do incentivo financeiro ao NASF-AB, abriu-se espaço para uma possível fragilização nesse processo de apoio às ações ofertadas pelas

equipes de saúde na APS. Podemos perceber nas falas a seguir, o reconhecimento do modelo assistencial do NASF-AB e as lacunas deixadas com a saída dessas equipes.

Há necessidade de terapia para esses pacientes, tanto a questão da terapia ocupacional, quanto atendimento psicológico [...] então assim, a gente sente uma certa dificuldade na rede de tentar uma consulta [...] A gente sabe que existe prioridades no território, acho que facilitaria muito uma equipe multiprofissional (P1).

Uma outra coisa importante é ter um assistente social, porque há muita procura para preenchimento de laudos para questões de INSS, retorno para perícias, para direcionar melhor e não peregrinarem tanto. Sem essas parcerias multidisciplinares a gente fica muito sobrecarregado (P2).

A gente poderia contar com mais profissionais, como antes tinha o NASF, que era uma equipe multiprofissional que dava suporte, apoio na realização dos grupos [...] hoje ficamos de mãos atadas com tanta demanda(P3).

É muito importante o retorno das equipes multiprofissionais e um terapeuta ocupacional é importantíssimo, eu tenho a experiência com meu pai que é deficiente visual e a profissional organizou a vida dele toda. Imagina a riqueza que é ter um profissional desse (P6).

A deficiência tem a necessidade de um suporte melhor [...] a gente não tem o NASF mais [...] A gente tinha antes o NASF que era com fisioterapeuta, psicólogo etc. Agora a gente perdeu isso e fica correndo atrás na rede (P8).

4.3 Processo de trabalho dos profissionais da Unidade Básica de Saúde

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a APS como um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e Vigilância em Saúde. Tal política é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017). Sob esse aspecto há de se reconhecer que um processo de

trabalho bem estabelecido contribui de maneira positiva no cuidado ofertado, especialmente às pessoas com deficiência que historicamente vivenciam uma constante invisibilidade.

É de conhecimento que as equipes de saúde da atenção básica devem acolher, estabelecer vínculos e proporem estratégias de modo a facilitar as possibilidades de cuidado, inclusão na comunidade e o pleno exercício da cidadania. Quanto ao cuidado às pessoas com deficiência é imprescindível que as equipes multiprofissionais se articulem e apoiem a inclusão desta população, contribuindo para a efetivação da intersetorialidade (Redecin, 2022).

De acordo com Machado (2018) a assistência à pessoa com deficiência deve se pautar no pressuposto de que além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição esses indivíduos também podem ser acometidos por doenças e agravos comuns aos demais. Nesse sentido, a assistência à saúde deverá estar assegurada em toda a rede de serviços no âmbito do SUS. Para isso é fundamental que os profissionais tenham conhecimento da oferta de serviço na RAS, como também os fluxos estabelecidos de referência e contrarreferência. Abaixo algumas falas dos entrevistados que mostram a conformação atual quanto aos encaminhamentos realizados, considerando as necessidades apresentadas pelas pessoas com deficiência:

Através de mim ou da médica, quando vejo que como enfermeira tenho limitações eu não posso encaminhar para tal profissional eu peço para ela fazer [...] a gente trabalha muito em conjunto, quando vejo que a criança está muito agressiva ou a mãe me conta alguma coisa sobre aquela criança, se eu não puder encaminhar para um neuro, eu peço para doutora encaminhar (P4).

Identifica a necessidade, faz um encaminhamento mais detalhado e direciona. Na maioria dos casos a gente conversa com a diretora para conseguir um direcionamento melhor para que aquele paciente não espere tanto (P10).

Quando é necessidade de encaminhamento para odontologia é mais fácil, porque a gente já tem essa rede e contato com as coordenadoras. Com relação a outros especialistas, a gente solicita e o paciente vai no setor de marcação. Algumas vezes precisa encaminhar ao

cardiologista, são pacientes que usam várias medicações (P12).

Passa pelo médico e ele faz o encaminhamento, aí o usuário vai na marcação e as meninas marcam. Às vezes eu falo com o marcador reforçando a prioridade ou na secretaria para tentar marcar. Assim como idoso e gestante, a gente sempre dá prioridade (P14).

No que tange a prevenção de doenças bucais, principalmente a cárie dentária e a periodontal, abordagem preventiva deve ser a atitude mais enfática e relevante que a equipe de saúde bucal (eSB) precisa executar ao cuidar da pessoa com deficiência. Alterações na coordenação motora, deficiências intelectuais, más formações físicas, podem acarretar complicações na manutenção de uma boa saúde bucal. Antes do encaminhamento ao Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), os profissionais da APS devem realizar adequação do meio bucal e educação em saúde das pessoas com deficiência (Brasil, 2019).

É possível observar nos trechos abaixo a rotina de encaminhamento, no âmbito da odontologia:

Particularmente eu só encaminho para o CEO, quando eu vejo outro tipo de necessidade[...]esse encaminhamento ao CEO geralmente eu faço quando não tem condições de atender aqui, um paciente que não deixa fazer o procedimento, que tem um risco[...] lá no CEO eles tem toda uma estrutura para atender pacientes especiais (P5).

Quando a gente tem a necessidade de encaminhar para o especialista (endodontista, pacientes especiais e odontopediatra) a gente tem um *link* direto com o CEO, quando disponibiliza a vaga sou comunicada e passamos para o agente de saúde que comunica o agendamento para o paciente (P13).

Ainda de acordo com o Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência os usuários e/ou seus responsáveis ou cuidadores devem ser instruídos sobre os motivos e o funcionamento da referência, do local, dos horários e da documentação necessária. A equipe da UBS deve descrever os motivos do encaminhamento (se de ordem física, comportamental ou devido a risco à integridade física do usuário bem como do profissional). Após a alta na

atenção especializada, é de extrema importância que o profissional do CEO realize a contrarreferência para a UBS (Brasil, 2019).

O cuidado, portanto, dispensado às pessoas com deficiência, necessita da interlocução entre oferta de serviços, processo de trabalho estabelecido e profissionais atuantes. Machado (2018) aponta que a realidade do cuidado integral às pessoas com deficiência carece de profissionais e equipes envolvidas, capazes de implementar instrumentos que possam assegurar acesso a cuidados e assistência integral, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, essenciais para o cuidado às pessoas com deficiência e para sua inclusão social.

De acordo com Amorim (2018) o apoio matricial é citado como uma estratégia de cuidado em saúde, para usuários com deficiência, realizada entre equipes de referência e equipes da atenção primária. Assim, assegurando a corresponsabilização do cuidado e facilitação do contato direto entre os serviços.

Quando abordados sobre o acompanhamento do usuário após o retorno da atenção especializada, bem como os instrumentos utilizados para a gestão do cuidado é possível perceber que não há fluxo estabelecido de contrarreferência, tampouco clareza nas possibilidades de recursos acerca da gestão do cuidado. Entretanto reconhecem o prontuário eletrônico como única possibilidade de monitorar o cuidado realizado com os usuários.

De acordo com a necessidade que ele vem da rede especializada a gente tenta o máximo acompanhamento daquele paciente seja semanal, mensal e se não puder vir a unidade então a gente tenta organizar o atendimento a domicílio e se a gente não conseguir a domicílio pedimos apoio seja com saúde melhor em casa dependendo da situação do paciente ou outra rede de apoio (P3).

Tem que continuar pra ver como vai tá respondendo[...] tem que retornar e se não retornar o agente de saúde precisa captar, por isso que eu sempre passo, porque eles estão na área e conhecem toda a realidade. Também faço visita, se tem uma casa que tem um idoso e eu já conheço a condição dele ou eu vou lá avaliar ou então pergunto

ao agente, mas sempre eu tô preocupada uma vez que eu conheço a minha área (P8).

A gente não tem contrarreferência de nenhum especialista, geralmente a gente pede para o paciente retornar na consulta e contar o que foi feito e dar continuidade por aqui. Se for um caso de urgência que estamos esperando uma resposta o agente de saúde vai atrás (P9).

A contrarreferência ainda é uma dificuldade, geralmente eu peço ao paciente para retornar. Com tratamento de canal a gente não tem problema, porque o seguimento é com a gente. Quanto temos contrarreferência é mais por um cuidado do colega profissional, não é nada institucionalizado (P13).

Durante as falas destaca-se o uso do prontuário eletrônico (PEC) como recurso disponível, ainda que com limitações. A falta de tecnologia que permita o acompanhamento do usuário nos diferentes níveis de atenção está expressa nas falas a seguir:

Utilizamos o prontuário eletrônico, não tem outra forma. [...] não tenho contrarreferência dando informação de retorno e medicação que está sendo utilizada pelo paciente, porque o prontuário eletrônico não é interligado com outra rede especializada (P2).

Como a gente atua com o prontuário eletrônico onde ele passa na rede de atenção básica em outra unidade de saúde, eu consigo ver a consulta dele, então eu sempre olho o histórico do paciente, se for especializada eu não consigo pois o sistema não permite (P4).

A gente utiliza o prontuário igual para todos não tem nenhum campo específico para deficiência. O acompanhamento mais próximo que a gente tem é na visita domiciliar para aqueles que tem dificuldade de mobilidade, a gente faz a visita evitando que esse usuário venha à unidade de saúde (P9).

Não tem instrumento, nem nada específico, a gente registra no PEC. Na visita domiciliar a gente utiliza na evolução e depois acrescenta no PEC. Os diabéticos, insulínod dependentes, a gente preenche o controle glicêmico num formulário e as gestantes a gente acompanha no cartão da gestante (P10).

Em Rosa (2020) a gestão do cuidado em saúde está expressa como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida

produtiva e feliz que deve ser realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. Corroborando com o uso das tecnologias de saúde, Amorim (2018) aponta que a produção do cuidado integral deve ocorrer por meio das tecnologias leves que compreendem o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e autonomia.

Portanto, cabe a reflexão acerca do processo de trabalho a ser instituído na APS, no sentido de abranger o cuidado em saúde das pessoas com deficiência em sua integralidade, considerando a importância do envolvimento de todos os profissionais que compõem as equipes de saúde, assim como a aptidão em lidar com necessidades e cenários diversos.

4.4 Educação permanente na saúde da pessoa com deficiência

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde traz a importância de ser implementada em cada espaço onde haja SUS, oportunizando processos de integração entre ensino-serviço-comunidade, bem como fortalecendo a qualificação profissional dos trabalhadores, visando a transformação das práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS, com vistas à melhoria da qualidade dos serviços prestados à população (Brasil, 2009).

Dessa maneira a Educação Permanente em Saúde (EPS) efetua relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, baseia-se no ensino aprendizagem embasado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo (Ceccim; Ferla, 2009).

As práticas em EPS devem fortalecer o cuidado em saúde da pessoa com deficiência, através da gestão do cotidiano em saúde, criando dispositivos para produzir saúde, como os espaços coletivos, destinados à escuta, informações, planejamento e tomadas de decisões. Reforçando sobre as práticas de saúde,

Vieira (2016) coloca que estas devem ser construídas levando em conta a complexidade das situações a serem enfrentadas, e utilizando as ferramentas técnicas e não técnicas, reconhecendo e valorizando os processos de criatividade de pacientes, famílias e equipes permitindo assim, a obtenção de resultados bem sucedidos.

Em seguida, observamos em algumas falas que ainda há fragilidades no que se refere às práticas de EPS, bem como em relação ao planejamento de ações, no âmbito da saúde da pessoa com deficiência.

Ainda fica muito a desejar, praticamente a gente não tem. Em relação a esses pacientes com deficiência, acho que pra toda equipe a gente ainda precisa de muito trabalho, da porta de entrada até toda equipe de nível superior a gente precisa (P1).

Eu não recebi nenhuma formação voltada à pessoa com deficiência. No dia que o CEMFRA veio a gente discutiu a importância dessa temática e foi quando a gente conversou sobre a importância das órteses e próteses (P4).

Não tem. Eu nunca participei, mas eu sei que tem na UNASUS, mas o município em si, esse tempo que eu estou nunca participei (P8). Nenhuma. Nunca foi abordado. A gente não teve esse tema na educação permanente dos médicos (P9).

Com essa temática não, tem a educação continuada com os médicos da atenção primária do município de Arapiraca, mas não participei com essa temática (P10).

Eu já participei faz muito tempo e aqui na unidade nunca participei. Tem mais com temas gerais, como hanseníase, diabetes, etc (P12).

Sobre as barreiras de acesso à saúde, vivenciadas pelas pessoas com deficiências e sob a ótica dos profissionais que atuam nos serviços de saúde, Clemente (2022) coloca que a falta de treinamento/capacitação aos profissionais e falta de recursos/tecnologia estão entre os fatores que se destacam, resultando em iniquidades e maior exclusão social.

Ainda sobre situações que fragilizam o acesso e cuidado dispensado às pessoas com deficiência, Almeida (2017) cita o acesso de primeiro contato/acessibilidade como dimensão mais mal avaliada, por usuários

atendidos na atenção primária em saúde, com destaque para questões estruturais. Desse modo sugerindo a necessidade de repensar a gestão dos serviços e estratégias a serem adotadas a fim de garantir acesso pleno de todos os usuários à APS, bem como a atenção a diferentes demandas.

Dentro dessa perspectiva de mudanças e busca por estratégias para melhoria no fazer saúde, Furtado (2018) cita o planejamento e avaliação como dispositivos de mudança, onde a avaliação contribui com a renovação de serviços e programas. Enquanto o planejamento agrega à avaliação o compromisso com a capacitação e desenvolvimento de grupos, aumentando assim, a capacidade de analisar e intervir. A escassa prática de planejamento manifesta-se nas falas dos participantes quando questionados sobre tal rotina:

Não ocorre. Às vezes em reunião de equipe o agente de saúde coloca uma necessidade e a gente faz a visita. Muitas vezes eu ia na casa, eu tenho uma paciente que é acamada, saber como tá a situação de saúde bucal dela (P5).

Esse ano fiz uma reunião com meus agentes, porque eu quero fazer aquela sala de situação e aí eu vou juntar as duas planilhas, a da produção com base no PREVINE e a produção antiga da SSA2. Não tem nada hoje que a gente se volte para o deficiente, só tem se tiver inserido nos indicadores, uma gestante com algum tipo de deficiência, ou um hipertenso deficiência, um diabético ou uma criança que nasça com algum tipo de deficiência (P6).

É uma reunião quinzenal ou mensal, a gente pensa nos grandes grupos como hipertensos, diabéticos, gestantes, mas para pessoa com deficiência ainda não temos. Participam enfermeiros e agentes de saúde (P10).

Infelizmente não tem. Seria interessante principalmente porque muitas vezes não correlacionamos o paciente com deficiência com o acamado ou domiciliado. A gente gostaria de fazer com mais frequência a visita domiciliar, nesse momento fazemos a orientação de cuidados básico, mas infelizmente a realidade é que a maioria dos pacientes acamados e domiciliados precisam de cuidados mais específico, sendo feitos com os equipamentos. Tem o SAD mas a oferta ainda é pequena em relação à demanda (P13).

Não tem para pessoa com deficiência. Mas a gente tem uma reunião para fazer o planejamento, temos um grupo que tem enfermeiros, médicos e dentistas e aí a gente vai jogando no grupo as ideias geralmente manda daqui da secretaria e aí a gente vai planejando no grupo (P14).

De acordo com Furtado (2018) a Avaliação pode anteceder e ser simultânea ao Planejamento, ambos orientando a gestão e a reflexão sobre as iniciativas cuja importância, no caso da saúde, está no compromisso em minorar o sofrimento e atender às diversas formas de demandas e necessidades das populações. Acrescenta, portanto, que serviços e equipes com desempenho inadequado não deveriam ser eliminados ou sofrer sanções *a priori*, mas, ao contrário, constitui objeto de apoio e estímulo diante do evidenciado por meio da Avaliação e/ou do Planejamento.

4.5 Indicadores para o cuidado em saúde da pessoa com deficiência: ultrapassando os limites da rotina.

Apesar da ampla cobertura da atenção básica e de reconhecermos na ESF um meio de oferta e coordenação do cuidado para os usuários com deficiência, é real a existência de fatores que dificultam a entrada e permanência dessas pessoas na UBS. Amorim (2018) cita a exclusão e privação coletiva como dificuldades vivenciadas por esse público, em relação ao acesso aos serviços de saúde, que denunciam a iniquidade, desigualdade e falta de acessibilidade como reforçadores do isolamento. Entretanto, este mesmo autor, destaca a necessidade das equipes de saúde se valerem de estratégias como matriciamento, capacitação profissional e o reconhecimento das necessidades e características particulares, inerentes a cada sujeito, como práticas a serem incorporadas em suas rotinas de trabalho.

Neste contexto, considera-se o uso de indicadores uma iniciativa em potencial na busca por mudanças no cenário do cuidado em saúde da pessoa com deficiência. Como já observado em algumas falas, os profissionais têm seus serviços balizados, em sua grande maioria, pelos indicadores prioritários do Previne Brasil. Tal inferência se comprova a partir dos trechos abaixo:

Quando a gente tinha o NASF que era uma equipe multiprofissional, a gente tinha suporte e apoio na realização de outros grupos. Hoje ficamos de “mãos atadas” com tanta demanda e com cobranças em atender metas dos indicadores que o Ministério cobra (P3).

O planejamento de ações não é uma rotina direcionada a deficiência, como o grupo de hipertensão que a gente faz de rotina, um de gestante[...] o de deficiência não é (P4).

Eu quero fazer aquela sala de situação, com a produção do PREVINE e a produção antiga da SSA2 [...]eram perguntas bem básicas, hoje eu não tenho informação sobre aleitamento materno exclusivo, por exemplo. Não tem nada hoje que a gente se volte para o deficiente, só teria se estivesse inserido nos indicadores[...] uma gestante com algum tipo de deficiência, ou um hipertenso com deficiência, um diabético, uma criança com deficiência (P6).

A gente não tem nada específico para pessoa com deficiência, nem instrumento[...] na visita domiciliar utilizo evolução e depois acrescento no PEC. Para os diabéticos, insulino-dependentes a gente preenche o controle glicêmico num formulário e as gestantes acompanha no cartão da gestante (P10).

Faz muito tempo que participei de formação sobre deficiência, aqui na UBS nunca participei, tem mais com temas gerais como hanseníase, diabetes[...] (P12).

O agente de saúde precisa estar mais atento a esse usuário com deficiência e saber qual a real necessidade dele, pois eles se detêm mais ao hipertenso, diabético e gestante (P14).

Sabe-se que os sistemas nacionais de saúde que priorizam as ações primárias alcançam melhores indicadores de saúde, menores custos e maior satisfação dos usuários. De modo que representam importantes ferramentas para o alcance de resultados positivos, relacionados às condições de saúde, à gestão de recursos, aos níveis de satisfação, tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários do sistema (Ferreira, 2017).

Adicionalmente, Minayo (2009) descreve os indicadores como importantes instrumentos de gestão pois permitem monitorar situações que devem ser mudadas, incentivadas ou potencializadas desde o início de uma intervenção até o alcance do que foi pretendido e previsto como resultado. Isso reafirma a essencialidade dos profissionais na identificação da pessoa com

deficiência com suas necessidades e um processo de trabalho que assegure o cuidado integral, assim como medidas avaliativas como rotina.

Foram elaborados dois indicadores de saúde voltados ao cuidado da pessoa com deficiência, conforme tabela 1. O primeiro indicador visa a partir da proporção de usuários com deficiência atendidos na UBS e com isso retratar o acesso do usuário com deficiência na APS, traduzindo o desempenho do serviço de saúde com relação à oferta. O outro indicador está voltado à realização de ações de educação para a saúde na APS, no âmbito da saúde da pessoa com deficiência. Estrategicamente direcionando as ações de educação permanente para esta temática, estimulando os profissionais a criarem espaços regulares de capacitação e educação em saúde no território.

Tabela 1 Indicadores elaborados

Nome do Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de Dados	Período	Método de Cálculo
Proporção de usuários com deficiência atendidos na Unidade Básica de Saúde (UBS)	Inserção do usuário com deficiência na UBS	Mede o acesso do usuário com deficiência na APS	▪ PEC	Quadrimestral	Nº total de usuários com deficiência atendidos na UBS / Nº total de usuários com deficiência cadastrados na UBS
Nome do Indicador	Definição	Interpretação	Fonte de Dados	Período	Método de Cálculo
Nº de ações de educação para a saúde no âmbito da saúde da pessoa com deficiência realizadas na APS	Realização de educação para a saúde no âmbito da saúde da pessoa com deficiência.	Mede a realização de ações educativas multiprofissionais acerca da saúde da pessoa com deficiência	▪ PEC	Quadrimestral	Nº total de educações para saúde no âmbito da pessoa com deficiência realizadas no quadrimestre

De fato, ambos indicadores não serão capazes de solucionar todas as lacunas existentes, porém acreditamos que os elaborados darão início a um novo percurso, tirando as pessoas com deficiência da invisibilidade e silenciamento e oportunizando respostas mais adequadas e efetivas frente ao cuidado em saúde no SUS.

5. CONCLUSÃO

O delineamento da pesquisa realizada mostrou-se bastante pertinente aos objetivos traçados, trazendo uma perspectiva geral do cuidado ofertado à pessoa com deficiência, residente na área adstrita da UBS. O percurso metodológico enquanto aplicação dos instrumentos de coleta de dados e procedimentos realizados, foi cumprido com empenho. Houve também repercussões de movimentos e reflexão nos profissionais envolvidos, em especial nos espaços coletivos de discussão, bem como proposições de mudanças e adequações no processo de trabalho no âmbito da saúde da pessoa com deficiência.

Cabe destacar os apontamentos feitos acerca da relação profissional que atua no território e gestores da secretaria municipal de saúde, em razão da necessidade de um diálogo mais próximo e oportunidades de educações continuadas envolvendo as diversas temáticas da deficiência.

Contudo, tal pesquisa provocou nos profissionais envolvidos a necessidade de repensar a produção do cuidado, desde o reconhecimento assertivo desse público alvo e suas necessidades, às potencialidades na rede de serviços do território, sobretudo as barreiras e lacunas a serem superadas em seus próprios cenários de prática, buscando transformação a partir da problematização. Neste contexto obteve-se como resultados cinco categorias, que traduzem a realidade da UBS acerca do cuidado ofertado à pessoa com deficiência, no âmbito da APS.

6. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F.; MEDINA, M.G.; FAUSTO, M.C.R.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M.H.M. **Coordenação do Cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.42, n.spe, pp. 244-260; 2018.

ALMEIDA, M.H.M.; PACHECO, S.; KREBS, S.; OLIVEIRA, A.M.; SAMELLI, A.; MOLINI-ALVEJONAS, D.R.; TOLDRÁ, R.C.; OLIVER, F.C. **Avaliação da atenção primária em saúde por usuários com e sem deficiência**. Rev. CoDAS. 2017; 29(5)

AMORIM, Érico Gurgel; LIBERALI, Rafaela; MEDEIROS NETA, Olivia Moraes. **Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa**. Holos, [s. l.], v. 1, p. 224-236, 9 fev. 2018.

De ANDRADE R.S.; SCHMITT M.D.; STORCK B.C.; PICCOLI T.; RUOFF A.B. **Análise documental nas teses de enfermagem: técnica de coleta de dados e método de pesquisa**. Cogit. Enferm. (online); 23(1): 1-10, jan-mar. 2018.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010: pessoa com deficiência**. Brasília (DF); 2012.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., rev. e atual.** Brasília (DF); 2011.

BRASIL. Decreto n. 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF); 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília (DF); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde**.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1526, de 11 de outubro de 2023. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS).** Brasília (DF): Ministério da Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia de Atenção à Saúde Bucal da Pessoa com Deficiência / Ministério da Saúde,** Secretaria de Atenção Especializada à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70;2016. p.125-32

BRANDÃO CARNEIRO, J. D.; MORAES BOUSQUAT, A. E.; FRAZÃO, P. **A Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito da Saúde Bucal a partir do Modelo de Coalizão de Defesa em Duas Regiões de Saúde no Brasil. Administração Pública e Gestão Social, [S. l.], v. 14, n. 2, 2022. DOI: 10.21118/apgs.v14i2.12731. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/apgs/article/view/12731>. Acesso em: 6 jul. 2023.**

CARVALHO S.M., MATOS R.L. **A produção de espaços coletivos e a função apoio nos processos de formação em saúde na Bahia.** Rev. Baiana Saúde Pública. 2014; 38(4): 771-83

CECCIM, R.B., FERLA, A.A. **Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trabalho, Educação e Saúde.** V. 6, n. 3, p. 443-456. 2009.

CLEMENTE, K.A.P., VIEIRA, G.I., BORTOLI M.C., TOMA T.S., RAMOS V.D., BRITO C.M.M. **Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo.** Revista de Saúde Pública. 2022; p. 56:64.

FERREIRA, J.M., KULBOK, P., SILVA, C.A.B.da, ANDRADE, I.B. de, COSTA, I. do C.C. **Indicadores de qualidade na atenção primária à saúde no Brasil: uma revisão integrativa.** Ver. Ciênc.Plur; 3(3): 45-68, 2017.

FIORATI, R.C.; ELUI, V.M.C **Determinantes sociais da saúde, desigualdades e inclusão social entre pessoas com deficiência.** *Rev. Latino Am. Enferm.* 2015,23, 329-336.

FURTADO, J.P.; CAMPOS, G.W.S.; ODA, W.Y.; ONOCKO-CAMPOS, R. **Planejamento e Avaliação em Saúde: entre antagonismo e colaboração.** *Cad. Saúde Pública.* 2018; 34 (7).

IBGE. Censo 2010. Disponível em: <https://censo.ibge.gov.br/>.

KLAZURA, M. A.; FOGAÇA, V. H. B. **Pessoa com deficiência entre o modelo biomédico e o modelo biopsicossocial: concepções em disputa.** *Emancipação*, Ponta Grossa PR, Brasil., v.21, p.118, 2021. DOI:10.5212/Emancipacao.v.21.2013498.006. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/emancipacao/article/view/13408>. Acesso em: 18 nov. 2023.

KESSLER, M.L.S.B.; WEILLER, T.H.; LOPES, L.P.; FERRAZ, L.; EBER, H.T.D. et al. **Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários.** *Acta Paul Enfer.* 2019; 32 (2): 186-93.

MACHADO, W. C. A. et al. **Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 27, 2018.

MINAYO, C. **Construção de Indicadores Qualitativos para Avaliação de Mudanças.** *Revista Brasileira de Educação Médica.* Rio de Janeiro, v. 33, supl. 1, p 83-91, 2009.

MIRANDA, A. A. B. **História, deficiência e educação especial.** *Revista HISTEDBR Online*, v. 15, p. 1–7, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; SURJUS, L.T.L.S. **Indicadores de Avaliação da inserção de pessoas com deficiência intelectual na Rede de Atenção Psicossocial.** *Saúde em Debate.* 2017, v.41, pp. 60-70.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos.** Washington, D.C.: OPAS; 2018. 84 pp.

Redecin Brasil. **O cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis** / Organizadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros e Silvia Lanziotti Azevedo da Silva. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSА. **Indicadores Básicos para a Saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROCHA, E. F. **Corpo com deficiência: em busca de reabilitação?** 1. Edição ed. São Paulo: Hucitec, 2019.

SANTOS, A.A; WARREN, E.M.C. **Método CTM3 Como Dispositivo de Ensino, Aprendizagem e Comunicação em Produtos Educacionais** In: Educação em Saúde: trabalhando com produtos educacionais. Maceió: Editora Hawking, 2020, p.12-29.

SETA, M.H.; REIS, C.O.O.R.; RAMOS, A.L.P.R. **Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde?**. Ciência e Saúde Coletiva. 2021, v.26, suppl2, pp.3781-3786

STARFIELD B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.

THIOLLENT M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011. P.135.

VENDRUSCOLO, C., Anastácio, C. A., De Azambuja Zocche, D. A., de Lima Trindade, L., & Kloh, D. **Concepção de Coordenadores da Atenção Básica sobre educação permanente em saúde**: aproximações e distanciamentos com pressupostos freireanos. Inova Saúde, v.4, n. 1, p. 65-87, 2015.

VIEIRA DKR, Favoreto CAO. **Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Interface (Botucatu). 2016; 20(56): 89-98.

SEÇÃO – 2 PRODUTO EDUCACIONAL

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do produto educacional resultou das discussões apresentadas, as quais evidenciaram fragilidades no cuidado ofertado à pessoa com deficiência no âmbito da APS, especialmente no que se refere à análise da situação de saúde desse público, a utilização de indicadores de saúde e o planejamento de ações a partir desta análise.

É sabido que o reconhecimento da situação de saúde e as necessidades apresentadas pelos usuários devem determinar as prioridades nas ações e serviços dos profissionais de saúde. Pensando na pessoa com deficiência, Cunha (2022) cita o enfrentamento de barreiras e exclusões em torno do cuidado em saúde como facilitadores de desigualdades principalmente no acesso ao cuidado em saúde. Em Almeida (2017) o acesso de primeiro contato e acessibilidade estão como dimensões mais mal avaliadas por usuários, com destaque para questões estruturais. Desse modo, sugerindo a discussão de estratégias para garantir acesso pleno dos usuários à APS e atenção à suas demandas específicas.

Com base na literatura apresentada e a partir da análise dos resultados da pesquisa o produto educacional elaborado foi representado por um vídeo educativo, intitulado: “Indicadores de Saúde e a Pessoa com Deficiência” (Figura 1). Para a estruturação deste produto educacional e como base teórica considerou-se a necessidade de vigilância em saúde da pessoa com deficiência e a importância do uso de indicadores de saúde e o Método CTM3 como base

metodológica. Como cita Minayo (2009), indicadores são instrumentos de gestão que monitora situações que devem ser resultados desde o início de uma intervenção até o alcance do resultado previsto.

Figura 1. Representação do vídeo.



Fonte: Elaboração dos autores.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) tem se destacado nas práticas de educação na saúde, considerando as ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) como parte deste processo. Estas ações objetivam qualificar o processo de trabalho em saúde para melhoria do acesso, da qualidade e da humanização da atenção à saúde. Adicionalmente há uma proposta de que as TICs intencionem estudos digitais, estando para além da mediação do conhecimento e sim assumindo uma posição de facilitadores de mudanças e construção de novas ações de uma pessoa, grupo ou instituição (França,2019).

De acordo com Lima (2019), a TIC além de possibilitar a ampliação do acesso a processos formativos em saúde, permitem suporte às atividades de atenção e gestão em saúde. Dessa maneira, faz destaque aos vídeos educativos como uma multimídia com ampla possibilidade de divulgação e acesso,

conferindo maior dinamicidade e interatividade favorecendo à aprendizagem sensorial.

Sendo assim, o aperfeiçoamento das ferramentas digitais a exemplo das mídias audiovisuais, fortalecem os processos educativos e o engajamento em ações de saúde transformadoras, resultando em melhorias dos processos de trabalho em saúde.

2. OBJETIVO

Elaborar um vídeo educativo que fomente o conhecimento sobre indicadores de saúde da pessoa com deficiência e sua inserção na APS.

3. REFERENCIAL METODOLÓGICO

Para a estruturação do vídeo foi considerado um criterioso planejamento, definindo-se uma ideia central, o roteiro e público alvo, a fim de que a comunicação com o profissional fosse efetiva. O conteúdo proposto apresentou informações sobre indicadores de saúde e o cuidado à pessoa com deficiência como uma proposição de mudança na rotina e processo de trabalho das equipes de saúde, assim como, a análise de situação de saúde e monitoramento do acesso das pessoas com deficiência na APS.

Para elaboração deste produto educacional utilizou-se o Método CTM3 (Santos, 2020) como referencial metodológico.

O Método CTM3 foi desenvolvido a fim de facilitar a estruturação de produtos educacionais. Os elementos que compõem este método estão agrupados em três etapas: Concepção do Produto (C), Referencial Teórico (T) e Referencial Metodológico (M); e baseado em três teorias: Análise Transacional, Aplicação Multissensorial e Neurolinguística (Santos, 2020).

Representando a primeira etapa de Concepção do Produto (C) foi feito o detalhamento das informações e a sequência de apresentação no vídeo que foi cuidadosamente realizado, de maneira que o espectador compreendesse em sequência lógica o tema central e objetivo do vídeo educativo. Tal sequência compreendeu: o conceito de saúde conforme a Organização Mundial de Saúde (OPAS, 2018), os conceitos de Análise da Situação de Saúde (ASIS) e dos Indicadores de Saúde conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2018), a definição de Pessoa com Deficiência bem como a proposta de incorporação de indicadores nas rotinas institucionais da APS.

Como base de sustentação teórica, buscou-se na literatura e publicações as temáticas abordadas no vídeo, dessa forma caracterizando o elemento do Referencial Teórico (T) como segunda etapa. Seguindo o método escolhido a terceira e última parte, enquanto Referencial Metodológico (M) se deu a partir da exploração das teorias propostas, conforme citadas acima.

Com intuito de explorar os estados de Ego foram utilizadas imagens que retratam apoio e orientação, com uma garota segurando a mão de uma pessoa com deficiência, reforçando o direcionamento de políticas públicas para melhorias na situação de saúde da população com a força do controle social e sociedade em geral, sendo assim o estado de Ego pai. As imagens de profissionais fazendo análise gráfica e de dados em saúde, além da representação de uma tela de navegação transmitindo o caráter científico da informação, desse modo representando o estado de Ego adulto; e a diversidade de elementos contribuindo na conceituação de alguns termos, a exemplo do conceito de saúde representado por figuras de exercícios físicos, frutas, sono, café e amor, remetendo também às experiências pessoais e emoções.

Seguindo a teoria da Aplicação Multissensorial, foram explorados todos os sentidos, tais como: o visual com a cor azul predominando, pois é

frequentemente associada a sentimentos de confiança e tranquilidade, reforçando o cuidado em saúde; o olfativo com imagens do mar e café; o gustativo com alimentos; o auditivo com a narração, som ao fundo e frases de atenção e chamamento como “*Você tem esse público inserido em sua rotina de trabalho?*”, “*Ei, você profissional de saúde, vamos refletir?*” e o tato foi explorado por imagens que remetem ao toque físico, abraço e aconchego, bem como filtros aplicando movimentos às imagens.

Atendendo a teoria Neurolinguística foi utilizada como ferramenta âncora a imagem de uma pessoa com deficiência cercada de elementos que remetem à avaliação de saúde. O fato de a imagem estar centrada na pessoa com deficiência enfatiza a importância de seu papel como autor principal de sua própria saúde e a necessidade de escutar essas pessoas para a construção de políticas públicas voltadas para elas, promovendo autonomia e dignidade, reforçando que ela está no controle de suas decisões de saúde e bem-estar.

4. RESULTADOS

A elaboração do vídeo educativo resultou em 3 minutos e 19 segundos, composto por 20 cenas, as quais cumpriram as etapas do método utilizado, seguindo também as teorias propostas, este produto educacional foi intitulado: Indicadores de Saúde e a Pessoa com Deficiência. O título está relacionado com a âncora inserida (Figura 2), em razão da centralidade na pessoa com deficiência e a necessidade da análise da situação de saúde, neste caso representada pelo gráfico da imagem.

A conexão entre a temática escolhida e os dados abordados acerca do cuidado à pessoa com deficiência na APS pode ser um potencial no desenvolvimento das ações de EPS. Dessa maneira, trazendo para o centro das discussões, entre equipes de saúde, a importância da vigilância em saúde conjuntamente com o planejamento de ações de saúde. Com as diferentes temáticas abordadas no vídeo é possível extrair diversas atividades de educação na saúde, a fim de oportunizar um processo educativo rico, a partir das reflexões do cotidiano das equipes e reconhecimento das necessidades da população em um dado território.

De acordo com França (2019) as TIC deixam de ser meras ferramentas de EPS para representar um novo recurso para a gestão da educação e do trabalho em saúde. Assim, sendo potencial e incentivo na otimização de dinâmicas de integração ensino-serviço-comunidade com consequentes melhorias dos processos de trabalho em saúde.

Portanto espera-se que a utilização desse produto educacional oportunize aprendizados e movimentos de ação e transformação da realidade nos espaços de cuidado.

5. CONCLUSÃO

A elaboração de um produto educacional propõe a disseminação do conhecimento, enriquecido a partir de diálogos e reflexões e que objetiva um processo de aprendizagem facilitado e inovador. Assim sendo, espera-se que esse vídeo educativo represente o ponto de partida para a transformação do cuidado à pessoa com deficiência, considerando ações de vigilância e de atenção à saúde. Desse modo gerando impacto no dia a dia dos profissionais da saúde da APS unindo o saber com o agir.

Prevê-se ainda a publicação desse produto educacional no repositório do Portal eduCAPES, divulgação no site oficial da Secretaria Municipal de Saúde, espaços de controle social e proporcionar o livre acesso ao conteúdo por todos profissionais interessados.

6. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Luciano Timbó; DOS SANTOS, Almira Alves; TEIXEIRA, Geraldo Magella. **Estruturação de um produto educacional em saúde sobre os conceitos e as fórmulas do Índice de Validação de Conteúdo (IVC):** Relato de experiência. Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento, v. 12, n. 9, pág. e5312943153-e5312943153, 2023.

DE MEDEIROS, Mirelle Alessandra Silva et al. **Estruturação de um produto educacional em saúde sobre o Método Canguru: relato de experiência com a utilização do Método CTM3.** Research, Society and Development, v. 11, n. 10, p. e537111033123-e537111033123, 2022

FRANÇA, T., Rabello, E. T. e Magnago, C. (2019). **As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas.** Saúde debate, 43(spe 1), 106-115.

LIMA, M. A. G., Mendes, L. S. F., Machado, A. L. L. B., Freitas, M. C., Santos, T. R., Bezerra, A. D. C., Gomes, F. T. B., Feitosa, K. C. S., Nascimento, C. E. M., Marçal, M. E. A., Silva, V. C., e Silva, L. S. (2021). **Impacto das mídias sociais nas ações de educação em saúde voltadas à população.** Research, Society and Development, 10(2), 1-7.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores de saúde: elementos conceituais e práticos.** Washington, D.C.: OPAS; 2018. 84 pp.

PAZZINI, Darlin Nalú Avila; ARAUJO, Fabricio Viero de. O uso do vídeo como ferramenta de apoio ao ensino-aprendizagem. Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Tecnologia, Curso de Especialização em Mídias na Educação, EaD, RS, 2013. Disponível em: <http://repositorio.ufsm.br/handle/1/729>. Acesso em: 18 ago. 2024.

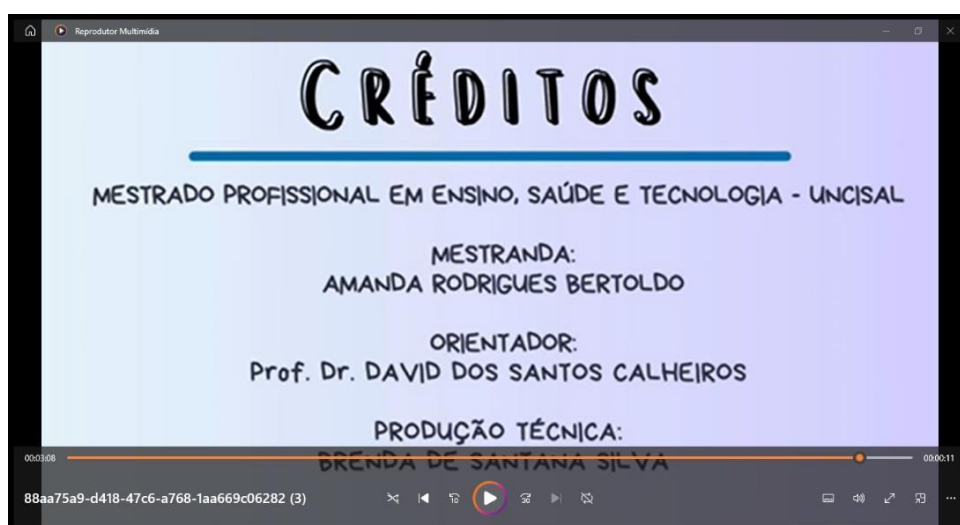
SEÇÃO – 3 PRODUÇÃO TÉCNICA

1. PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA – Capítulo de Livro



<https://www.editorahawking.com.br/educacao-em-saude-mediada-por-cronicas-historias-baseadas-no-metodo-ctm3//>

2. PRODUTO TÉCNICO-TECNOLÓGICO – Vídeo Educativo



<http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/742539>

3. ARTIGO

A construção de um produto educacionais em saúde acerca dos Indicadores de Saúde e a pessoa com deficiência: um relato de experiência

Building an educational product on Health Indicators and people with disabilities: an experience report

Construcción de un producto educativo sobre Indicadores de Salud y la persona con discapacidad: un informe de experiencia

RESUMO:

No Brasil, apesar da existência de políticas públicas direcionadas para pessoas com deficiência, persistem desafios significativos no que diz respeito ao acesso equitativo aos serviços de saúde para esse grupo. É fundamental desenvolver indicadores de saúde específicos para avaliar o bem-estar de pessoas com deficiência. A falta desses indicadores na Atenção Primária à Saúde pode prejudicar a qualidade do cuidado. O objetivo deste estudo foi relatar a construção de um vídeo educacional sobre o uso de indicadores de saúde para pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. A metodologia envolveu a aplicação do método CTM3, que visa engajar os cinco sentidos e os três estados de ego dos espectadores. A construção do vídeo permitiu uma compreensão mais profunda dos indicadores de saúde e destacou a importância de abordagens inclusivas na prestação de cuidados de saúde. O produto educacional resultante contribui não apenas para aumentar a conscientização sobre as necessidades específicas das pessoas com deficiência, mas também

para fortalecer a capacidade dos profissionais de saúde em fornecer cuidados sensíveis e de alta qualidade a esse grupo.

Descritores: Pessoas com Deficiência; Indicadores de Qualidade em Assistência à Saúde, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT:

In Brazil, despite the existence of targeted public policies for people with disabilities, significant challenges persist regarding equitable access to healthcare services for this group. It is crucial to develop specific health indicators to assess the well-being of this population. The lack of these indicators in Primary Health Care can compromise the quality of care. The aim of this study was to report on the construction of an educational video on the use of health indicators for people with disabilities in Primary Health Care. The methodology involved the application of the CTM3 method, which aims to engage the five senses and the three states of ego of the viewers. The construction of the video allowed for a deeper understanding of health indicators and highlighted the importance of inclusive approaches in healthcare provision. The resulting educational product not only contributes to raising awareness about the specific needs of people with disabilities but also strengthens the ability of healthcare professionals to provide sensitive and high-quality care to this group.

Descriptors: Disabled Persons; Quality Indicators, Health Care, Primary Health Care

RESUMEN:

En Brasil, a pesar de la existencia de políticas públicas dirigidas a las personas con discapacidad, persisten desafíos significativos en cuanto al acceso equitativo a los servicios de salud para este grupo. Es fundamental desarrollar indicadores de salud específicos para evaluar el bienestar de esta población. La falta de estos indicadores en la Atención Primaria de Salud puede comprometer la calidad del cuidado. El objetivo de este estudio fue informar sobre la construcción de un video educativo sobre el uso de indicadores de salud para personas con discapacidad en la Atención Primaria de Salud. La metodología involucró la aplicación del método CTM3, que tiene como objetivo involucrar los cinco sentidos y los tres estados de ego de los espectadores. La construcción del video permitió una comprensión más profunda de los indicadores de salud y destacó la importancia de enfoques inclusivos en la provisión de atención médica. El producto educativo resultante no solo contribuye a aumentar la conciencia sobre las necesidades específicas de las personas con discapacidad, sino que también fortalece la capacidad de los profesionales de la salud para brindar atención sensible y de alta calidad a este grupo.

Descriptor: personas con Discapacidad; Indicadores de Calidad de la Atención de Salud; Atención Primaria de Salud

INTRODUÇÃO:

O debate em torno do conceito de deficiência está em constante evolução, refletindo as lutas e conquistas do grupo, bem como o desenvolvimento dos modelos teóricos que buscam explicar a deficiência (Gaudenzi, 2016; Machado, 2022). O conceito proposto pelo modelo médico define pessoa com deficiência como alguém que apresenta limitações, concentrando-se na interpretação de problemas nas funções ou estruturas do corpo como desvios significativos ou

perdas (de Araújo, 2018). Já o modelo social, desenvolvido entre 1960 e 1979 por pessoas com deficiência da Inglaterra, Estados Unidos, Suécia e por Cientistas Sociais, trouxe uma nova proposta que não oferece apenas uma maneira de entender a deficiência como uma questão social, mas também representa uma ferramenta crucial para fortalecer a luta pelos direitos das pessoas com deficiência (Senna, 2013).

O modelo social desenvolve estudos sociais acerca da deficiência, levantando questões importantes como a opressão social e a exclusão (França, 2013). Esse modelo promove a integração social das pessoas com deficiência e diferencia a limitação funcional da deficiência, destinando um foco também para a responsabilidade da sociedade (França, 2013). Ao entender a deficiência como um construto social, intrínseco à condição humana, surge a necessidade de atender às demandas sociais, culturais e, principalmente, de desenvolver políticas públicas relacionadas a esse tema (Machado, 2022).

A Constituição Federal do Brasil prevê a garantia dos direitos das pessoas com deficiência, destinando à União, aos Estados e aos Municípios a responsabilidade pelo cuidado e pela garantia da saúde (Brasil, 1988). A Lei nº 8080/90 estabelece a prioridade no atendimento às pessoas com deficiência, a partir do princípio da equidade (Brasil, 1990). Além disso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, desenvolvida pelo Ministério da Saúde (MS), constitui outra importante ferramenta que define diretrizes para promover a saúde e melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (Brasil, 2008).

Apesar da existência de políticas públicas para pessoas com deficiência, ainda há falhas específicas no acesso equitativo aos serviços de saúde e na promoção de uma saúde inclusiva e acessível (Geraldo, 2023).

É válido ressaltar que pessoas com deficiência enfrentam necessidades de saúde mais abrangentes do que aqueles sem deficiência, muitas vezes não sendo devidamente atendidas, o que resulta em níveis mais altos de morbidade,

comportamentos relacionados à saúde e uma maior utilização de serviços de saúde especializados, incluindo hospitalizações (Clemente, 2022).

Na implementação do cuidado em saúde específico para pessoas com deficiência, é crucial abordar a questão dos indicadores de saúde. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), esses indicadores são ferramentas que visam descrever e monitorar a situação de saúde de uma população específica. A falta de indicadores específicos para pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde (APS) pode prejudicar o monitoramento de sua saúde, dificultando a tomada de decisões pelos gestores de saúde (Moraes, 2018). Portanto, é essencial incorporar indicadores que permitam avaliar a qualidade das atividades realizadas e seus impactos nos fluxos de atendimento e nas dinâmicas de trabalho.

O objetivo do artigo é relatar a experiência da construção de um vídeo sobre o uso dos indicadores de saúde da pessoa com deficiência na atenção básica, com o intuito de apresentar a importância do uso dos indicadores, bem como estimular o uso pelos profissionais de saúde com o objetivo de avaliar contribuir para a melhoria da qualidade do cuidado oferecido.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência que descreve a construção de um vídeo como produto educacional. O relato de experiência tem como objetivo principal contribuir para o avanço do conhecimento (Mussi, 2021). Eles trazem uma descrição de determinado fato, que é importante para que outras pessoas também possam replicar a experiência em suas práticas, ou servir de inspiração para outros profissionais da mesma área (Casarin, 2021).

Para a elaboração do produto educacional, foi utilizado o método CTM3, método criado por Santos (2019) para potencializar o processo ensino e

aprendizagem, justamente para a elaboração de produtos educacionais. Esse método propõe atingir, por intermédio de uma comunicação mais abrangente, os cinco sentidos, os três Estados de Ego, acrescidos de outros instrumentos observados, como as âncoras, para provocar uma aprendizagem mais significativa. O método compreende três etapas distintas: a Concepção do produto (C), o Referencial teórico sobre o tema e o referencial metodológico (M3).

Durante a fase de concepção dos produtos, foram consideradas questões cruciais para caracterizá-los, como a definição do tema, sua relevância, os objetivos, o tipo de produto e as características do público-alvo. Também foram avaliadas as ferramentas de comunicação a serem utilizadas para alcançar os usuários e como avaliar se o produto seria capaz de atingir seus objetivos. Ao final dessa etapa, optou-se por desenvolver um vídeo direcionado a profissionais da área de saúde.

É essencial estabelecer uma base teórica e metodológica para a definição do referencial metodológico. Este baseou-se, principalmente, em três teorias para estruturação do produto educacional: a Análise Transacional, a Exploração Sensorial e a Neurolinguística, incluindo o uso de "âncoras". A estrutura de personalidade apresenta três estados de Ego, os quais foram considerados na elaboração dos produtos: o Estado de Ego Pai, o Estado de Ego Criança e o Estado de Ego Adulto. A exploração sensorial do material deve considerar os cinco canais de contato dos indivíduos com o meio. Dessa forma, o produto educacional abordou aspectos relacionados à audição, visão, olfação e sinestesia, visando alcançar um amplo público.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de concepção do produto educacional teve início com uma revisão da literatura, focalizando a relevância e a necessidade de empregar indicadores específicos para avaliação da saúde de indivíduos com deficiência.

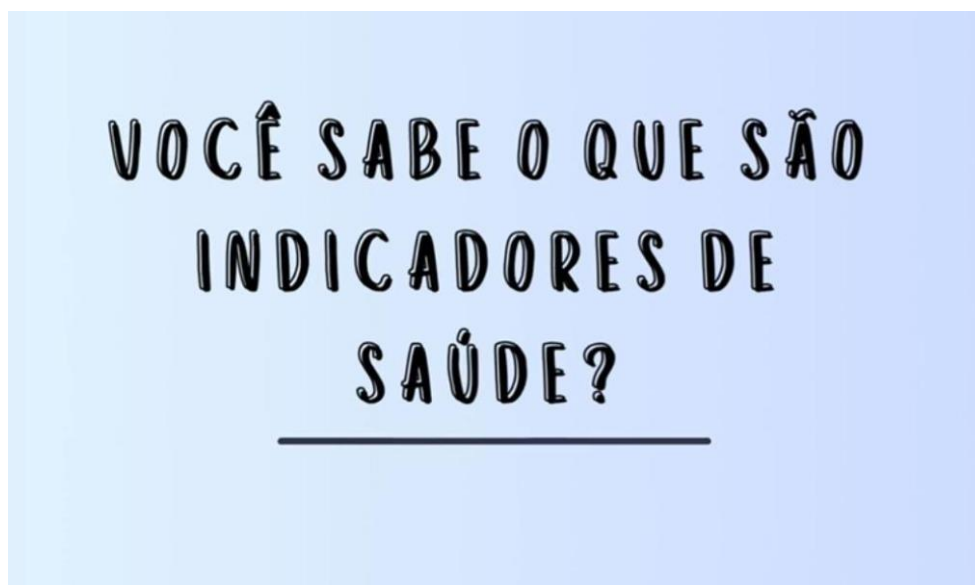
Essa etapa foi fundamental para que os autores obtivessem um embasamento teórico sólido, assegurando a base científica do material educativo e a qualidade informativa no desenvolvimento do produto educacional.

A escolha do tema e do recurso educativo foi motivada pelo reconhecimento da necessidade de abordar questões relevantes no campo da saúde, considerando a importância de desenvolver ferramentas eficazes para avaliar e monitorar o bem-estar de pessoas com deficiência.

Os materiais foram elaborados com o propósito de abordar questões cotidianas enfrentadas por profissionais que trabalham com pessoas com deficiência, visando aproximar o público e otimizar os resultados e a eficácia do atendimento prestado. Durante o desenvolvimento desses recursos, foi utilizada uma linguagem acessível e interativa, com o intuito de estabelecer uma conexão significativa com as experiências práticas do público-alvo, facilitando a compreensão e a aplicação dos conteúdos, a fim de promover um ambiente de aprendizagem mais envolvente e eficaz.

Os vídeos educativos têm desempenhado um papel significativo nas práticas pedagógicas, destacando-se pela sua importância no processo de ensino-aprendizagem, na orientação em saúde e na formação de vínculos. (de Medeiros, 2023). O vídeo foi construído com roteiro criado pelos autores e utilizando o Canva, tendo uma duração de 3min 19s, composto por vinte cenas, baseado no método CTM3, que direciona a construção de produtos educacionais. A figura 1 traz a imagem utilizada na cena inicial do vídeo.

Figura 1: cena inicial do produto educacional



Fonte: Os autores (2024)

A pergunta foi para iniciar o vídeo a fim de captar a atenção do espectador e incentivar a reflexão sobre o tema apresentado, além de contextualizar o assunto do vídeo, estabelecendo uma conexão imediata entre o espectador e o conteúdo que será abordado e permitir uma autoavaliação do nível de familiaridade do espectador com o conceito de indicadores de saúde.

Na aplicação multissensorial prevista pelo método CTM3 foram evidenciados alguns sentidos no vídeo que estão descritos no quadro 1:

Quadro 1: Elementos multissensoriais

Multissensorialidade	
Visão	Foi explorado utilizando cores estratégicas e fontes para as letras que remetesse a algo manuscrito, além de recursos para o aparecimento de palavras semelhantes a um teclado de computador. A cor de destaque foi o azul, cor frequentemente associada a sentimentos de confiança, tranquilidade e calma,

	transmitindo uma mensagem de empatia, segurança e acolhimento. O azul também é ligado à área de saúde e pode reforçar a ideia de que o vídeo está relacionado ao cuidado de saúde;
Audição	Foi explorado pela narração do vídeo, além da música de fundo;
Olfato	Foi explorado por imagens como o café e o mar
Gustativo	Foi explorado por imagens como frutas, café e maçã;
Tato e sinestesia	Foi explorado por imagens que remetem ao toque físico, ao abraço, aconchego e filtros que aplicaram movimentos a imagem;

Fonte: os autores (2024).

A Análise Transacional utilizando a ferramenta da estrutura de personalidade e com os três Estados de Ego resultou em:

1. **Ego pai (apoio e orientação):** Para representar o ego pai foi utilizada a imagem de uma garota segurando a mão de uma pessoa com deficiência física no tópico que aborda o direcionamento de políticas para melhorias na situação de saúde da população e redução das desigualdades, como forma de demonstrar apoio. Além disso, foram utilizadas também imagens que retratam a força da sociedade e o controle social.
2. **Ego adulto (Análise racional):** para representar o ego adulto, foram utilizadas imagens de profissionais avaliando gráficos e dados de saúde para avaliar o progresso, bem como de gestores tomando decisões com base nos indicadores de saúde. Além disso, foi utilizada uma tela de navegação para fazer o telespectador intensificar ainda mais a sua atenção ao vídeo, além de transmitir o caráter científico da informação.
3. **Ego criança (Experiências pessoais e emoções):** o ego criança foi representado por diversos elementos no tópico de conceito de saúde, visto que, ainda que tenhamos o conceito da OMS, saúde é um termo subjetivo que pode ter diversos componentes. Assim, foram trazidas

imagens do mar, de livros, exercícios físicos, frutas, café, amor e sono que remetem às experiências pessoais e emoções

O modo como cada indivíduo responde às informações e estímulos que recebe está intrinsecamente ligado às suas vivências e experiências pessoais, sendo influenciado por um desses estados (Santos, et al, 2019).

No contexto da neurolinguística, a imagem âncora foi elaborada para transmitir uma mensagem específica: no centro da imagem, foi colocada uma figura representando uma pessoa com deficiência, cercada por elementos que remetem à avaliação da saúde. O posicionamento central enfatiza o papel crucial da pessoa com deficiência como protagonista da sua própria saúde e a necessidade de escutar essas pessoas para a construção de políticas públicas voltadas para elas. Essa abordagem visa promover a autonomia, dignidade e autoeficácia das pessoas com deficiência, sublinhando que elas têm o controle sobre suas escolhas relacionadas à saúde e bem-estar.

O gráfico demonstrando o aumento das áreas de saúde é uma representação visual da importância de avaliar a saúde das pessoas com deficiência. Ele simboliza a necessidade de uma análise abrangente e constante, que não apenas identifique as necessidades específicas desse grupo, mas também sirva como base para o desenvolvimento de políticas e medidas concretas que visem melhorar sua qualidade de vida.

Figura 2 - Imagem âncora



Fonte: Os autores (2024)

CONCLUSÃO

A construção do vídeo proporcionou uma oportunidade valiosa para a equipe envolvida aprofundar seu entendimento sobre a importância dos indicadores de saúde na avaliação do bem-estar da população com deficiência. Além disso, esse processo permitiu explorar uma abordagem inovadora no processo de ensino e aprendizagem: o método CTM3. O método CTM3, ao fornecer uma estrutura sólida e abrangente para o desenvolvimento do vídeo, enfatizou uma abordagem multissensorial e a consideração dos diferentes estados de ego dos espectadores, o que enriqueceu ainda mais a experiência educacional.

Ao longo do processo de criação do vídeo, a equipe pôde mergulhar profundamente nos conceitos e debates relacionados aos indicadores de saúde

e às melhores práticas para abordar a deficiência na área da saúde. Esse processo não apenas ampliou o conhecimento da equipe sobre o tema, mas também destacou a importância de adotar uma abordagem sensível e inclusiva ao lidar com questões de saúde em indivíduos com deficiência.

O produto educacional resultante não é apenas um recurso para profissionais de saúde e outros interessados no tema, mas também representa o compromisso da equipe em promover a equidade e a inclusão no campo da saúde. Ao apresentar informações importantes de maneira acessível e envolvente, o vídeo contribui para aumentar a conscientização sobre as necessidades específicas das pessoas com deficiência e fortalece a capacidade dos profissionais de saúde em fornecer cuidados sensíveis e de alta qualidade a essa população.

REFERÊNCIAS

DO BRASIL, Senado Federal. Constituição da república federativa do Brasil. **Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico**, 1988.

BRASIL, Casa Civil et al. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da união**, v. 1, p. 1-1, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 2008.

MACHADO, Ayla Falcão Brito et al. ANÁLISE DO ACESSO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA ATRAVÉS DE INDICADORES SOCIAIS EM DOIS MUNICÍPIOS BAIANOS. **REVISTA ACADÊMICA 17ª EDIÇÃO**, p. 185, 2022.

MORAES, Maria Lindalva Andrade. Importância dos indicadores de saúde para uma gestão. 2018.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Revista práxis educacional**, v. 17, n. 48, p. 60-77, 2021.

DE ARAÚJO, Livia Mara et al. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde-revisão integrativa/Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services–integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 549-557, 2018.

DE MEDEIROS, Mirelle Alessandra Silva et al. **Estruturação de um produto educacional em saúde sobre o Método Canguru**: relato de experiência com a utilização do Método CTM3. *Research, Society and Development*, v. 11, n. 10, p. e537111033123-e537111033123, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/33123>. Acesso em: 22 de fev. 2024.

CLEMENTE, Karina Aparecida Padilha et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 2022.

SENNA, Monica. Proteção Social à Pessoa com Deficiência no Brasil pós-constituente. **SER Social**, v. 15, n. 32, p. 67-73, 2013.

FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, v. 17, n. 31, p. 59-73, 2013.

GAUDENZI, Paula; ORTEGA, Francisco. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3061-3070, 2016.

GERALDO, Juliana Pedroso Bauab. Políticas públicas, o acesso ao cuidado e aos serviços de saúde e de assistência social de Campo Grande/MS: percepção da pessoa com deficiência, cuidadores e gestores. 2023.

CASARIN, Sidnéia Tessmer; PORTO, Adrize Rutz. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações/Experience Report and Case Study: some considerations. **Journal of nursing and health**, v. 11, n. 4, 2021.

SANTOS, A. A. *et al.* Saúde bucal na infância e a contribuição recursos educacionais. **OLIVEIRA, WA; TORALES, APB; BARROS, LM; ITURRIBARRIA, GM**, p. 275-285, 2019.

APÊNDICE 1

Roteiro – Entrevista Semiestruturada

- **Concepção da deficiência** – Compreender a pessoa com deficiência e suas especificidades
- **Mapeamento** – Identificar onde está a pessoa com deficiência e poder classificá-la conforme os diferentes tipos para assim identificar suas necessidades
- **Processo de trabalho** – Analisar o desenvolvimento das ações e serviços ofertados pelos profissionais de saúde.
- **Instrumentos e dispositivos para registro de cuidado** – A equipe faz uso de algum dispositivo ou ferramenta para gestão do cuidado.
- **Formação e educação permanente** – como os profissionais se organizam na busca por qualificação e compartilhamento de conhecimento diante das demandas diversas da pessoa com deficiência.

Eixo 1 Concepção da deficiência	Questão norteadora
	O que você entende por pessoa com deficiência?
	De que modo e com qual frequência as pessoas com deficiência utilizam os equipamentos/dispositivos públicos do seu território de atuação?
Eixo 2 Mapeamento	Questão norteadora
	Descreva como a Unidade Básica de Saúde que você atua identifica/mapeia as pessoas com deficiência em seu território de abrangência?
	Quais as principais necessidades de saúde das pessoas com deficiência em seu território de abrangência?
	Como ocorre o monitoramento das necessidades de saúde das pessoas com deficiência em seu território de abrangência?

Eixo 3 Processo de trabalho	Questão norteadora
	Considerando as necessidades de saúde da pessoa com deficiência, quais delas são atendidas em sua Unidade Básica de Saúde?
	Descreva as ações intersetoriais estabelecidas por sua Unidade Básica de Saúde para atender as necessidades de saúde da pessoa com deficiência. Como ocorre o encaminhamento da pessoa com deficiência para outros níveis de atenção da rede de cuidados da pessoa com deficiência?
	Como se dá o acompanhamento do usuário com deficiência na Atenção Primária, após este ser encaminhado a um serviço da Atenção Especializada?
Eixo 4 Instrumentos	Questão norteadora
	Quais os instrumentos e/ou tecnologias são utilizados na gestão do cuidado do usuário com deficiência em sua Unidade Básica de Saúde? Como ocorre a implementação desses instrumentos ou tecnologias no cotidiano do serviço da Unidade Básica de Saúde?
	Como ocorre o processo de planejamento das ações de cuidado em saúde realizado na Unidade Básica de Saúde e direcionado aos usuários com deficiência?
	Como ocorre a avaliação das ações de cuidado em saúde realizada na Unidade Básica de Saúde e direcionada aos usuários com deficiência?
Eixo 5 Formação e educação permanente	Quais as formações recebidas ou ofertadas na Unidade Básica de Saúde para qualificação dos profissionais que atuam junto a população com deficiência do território de abrangência?
	Quais as formações recebidas ou ofertadas na Unidade Básica de Saúde para qualificação dos profissionais que atuam junto a população com deficiência do território de abrangência?

APÊNDICE 2

“TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

“O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos participantes da pesquisa, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”

1. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar como voluntário (a) do estudo que tem por título “Elaborar indicadores para o cuidado em saúde de usuários com deficiência no contexto da atenção primária”, que será realizado na Unidade Básica de Saúde de um município do agreste de Alagoas. Recebi da Sr. Amanda Rodrigues Bertoldo, discente do programa de mestrado, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:
2. Este estudo se destina a desenvolver indicadores de saúde que possam contribuir para a avaliação do acesso e coordenação do cuidado da pessoa com deficiência no âmbito da Atenção Primária em Saúde; considerando que a importância deste estudo é adotar medidas avaliativas do desempenho do serviço e vigilância das condições de saúde, a partir da elaboração de indicadores específicos, compreendendo contextos e reconhecendo novos significados sobre o adoecimento crônico e a deficiência, fazendo o cuidado efetivo acontecer na prática.; em que os resultados esperados estão associados a alcançar um novo direcionamento do processo de trabalho na UBS pesquisada, assim como o despertar para estratégias de registro de informação a partir da utilização de indicadores de saúde; tendo início

planejado para começar em julho de 2022 e terminar em setembro de 2022.

3.O (a) Senhor (a) participará do estudo da seguinte maneira, após preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, será realizada a Entrevista semiestruturada para caracterização do cuidado ofertado ao usuário com deficiência, com questionamentos abertos, relacionados ao atendimento da pessoa com deficiência, atualização cadastral desses usuários, conhecimento dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, participação em atividades de educação em saúde e a percepção sobre a importância do uso de indicadores de saúde como estratégia de avaliação e monitoramento da situação de saúde, posteriormente irá participar da reunião de grupo focal, onde será realizada uma discussão em torno das práticas atuais de acesso e oferta de cuidado aos usuários com deficiência, assim como as estratégias de enfrentamento. Sabendo que os possíveis riscos à sua saúde física e mental são situações de desconforto com conteúdos emocionalmente complexos para o participante no momento de exposição de opiniões e diferentes pontos de vista, a descriminalização a partir de conteúdos revelados, o domínio das discussões por poucos participantes assim como vazamento de informações, eles serão minimizados da seguinte forma, os pesquisadores prezarão pela cautela na condução das atividades, evitando interferências quanto a juízo de valor e comprometimento na dinâmica da pesquisa, conduzindo os trabalhos de maneira que não haja constrangimentos e nem prejuízo quanto às funções desempenhadas no serviço e preservando a autoria dos conteúdos descritos nas entrevistas. Além disso, será assegurado que os pesquisadores tenham aptidão e preparo para a utilização dos métodos de coleta de dados escolhidos, sobretudo cautela na condução das discussões em grupo. Na ocorrência de situações de qualquer desconforto psicológico ou outros danos provocados pela pesquisa, será realizado encaminhamento para avaliação com a profissional psicóloga

Morgana Lúcio Santos de Magalhães Maturano, CPF 084 669 564 25, CRP 15/3880, a qual atende na Unidade de Saúde Especializada Complexo Multiprofissional Rogério Auto Teófilo, às segundas-feiras e sextas-feiras, no horário de 13 às 19 horas.

Os benefícios previstos com a sua participação são preencher as lacunas existentes na oferta de ações e serviços da pessoa com deficiência; fortalecer a Atenção Primária em Saúde no território, produzir informação para desenvolvimento de novas pesquisas e a partir dos registros dos dados as equipes de saúde, facilitar as avaliações das necessidades específicas desses usuários bem como produzir informações que guiem tomadas de decisões e futuros estudos conseguidos através de uma Ficha de Qualificação Padronizada do Indicador; para isso o (a) Senhor (a) poderá contar com a assistência da Unidade Básica de Saúde.

4. Durante todo o estudo, a qualquer momento que se faça necessário, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

5. O Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas – UNCISAL é um colegiado transdisciplinar de caráter consultivo, educativo e deliberativo. O CEP/UNCISAL tem por Finalidade defender os interesses dos sujeitos das pesquisas em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos obedecendo aos pressupostos da Resolução 466/12 do Conselho nacional de Saúde – CNS e de todas as suas complementares. (Regimento Interno do CEP UNCISAL artigos 1º e 2º).

6. A qualquer momento, o (a) Senhor (a) poderá recusar a continuar participando do estudo e, retirar o seu consentimento, sem que isso lhe traga qualquer penalidade ou prejuízo. As informações conseguidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo. A divulgação dos resultados será realizada

somente entre profissionais e no meio científico pertinente.

7. O (a) Senhor (a) deverá ser ressarcido (a) por qualquer despesa que venha a ter com a sua participação nesse estudo e, também, indenizado por todos os danos que venha a sofrer pela mesma razão, sendo que, para estas despesas é garantida a existência de recursos.

8. O (a) Senhor (a) tendo compreendido o que lhe foi informado sobre a sua participação voluntária no estudo que tem por título “Elaborar indicadores para o cuidado em saúde de usuários com deficiência no contexto da atenção primária”, consciente dos seus direitos, das suas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que terá com a sua participação, concordará em participar da pesquisa mediante a sua assinatura deste Termo de Consentimento.

9. Este documento foi elaborado em 2 vias de igual teor, firmado por cada uma das partes envolvidas no estudo: participante voluntário(a) da pesquisa e pelo Pesquisador Principal responsável pela pesquisa.

Ciente, _____ DOU O
MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO
FORÇADO OU OBRIGADO.

Sr(a):

.....
Domicílio: _____ (rua, _____ conjunto)
..... Bloco:
Nº:, complemento: Bairro:
Cidade: CEP. :
Telefone: Ponto de referência:
.....

Nome e Endereço residencial do Pesquisador principal: Amanda Rodrigues Bertoldo

Endereço: R. Ezequiel Alexandre do Santos, 148 - Cavaco, Arapiraca - AL.
Telefone: (82) 99919-4245

Nome e endereço da Instituição Proponente.

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL)
Endereço: R. Dr. Jorge de Lima, 113 - Trapiche da Barra, Maceió - AL, 57010-300f Telefone: (82) 3315-6809

Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa, pertencente à UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UNCISAL: Rua Dr Jorge de Lima, 113. Trapiche da Barra, CEP.: 57010-382. Sala 203, segundo andar, Prédio Sede. Telefone: 3315 6787. Correio eletrônico: cep@uncisal.edu.br Website: <https://cep.uncisal.edu.br/> Horário de funcionamento: diariamente no horário de 13:00 as 19:00 horas.

Maceió, _____ de _____ de _____.

Assinatura do pesquisador principal
(rubricar as demais folhas)

Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a) ou responsável legal
(rubricar as demais folhas)

Assinatura de testemunha
(rubricar as demais folhas)

Assinatura de testemunha
(rubricar as demais folhas)

APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Elaborar indicadores para o cuidado em saúde de usuários com deficiência no contexto da atenção primária

Pesquisador: AMANDA RODRIGUES BERTOLDO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60596422.8.0000.5011

Instituição Proponente: Campus sede

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.690.155

Apresentação do Projeto:

O processo de entendimento referente às pessoas com deficiência (PCD) e a estreita relação com o meio ambiente e as atitudes da comunidade vem evoluindo no Brasil. Entretanto existe uma lacuna no que se refere ao acesso desses usuários, do Sistema Único de Saúde (SUS), aos cuidados na Atenção Primária em Saúde (APS). As situações estigmatizantes vivenciadas, também por familiares, a falta de estrutura nos serviços, carência de qualificação profissional e de diálogo na busca por transformações nos processos de trabalho, sob a ótica das necessidades da PCD, remete à necessidade de reformular a rotina das equipes de saúde a partir de estratégias de Educação Permanente em Saúde (EPS) com construção coletiva e espaços para debates e trocas de saberes. Entendendo que indicadores de saúde são parâmetros essenciais para avaliar o acesso aos serviços como também situação de saúde de uma determinada população, esta pesquisa objetiva elaborar indicadores de saúde que possam contribuir para a avaliação do acesso e coordenação do cuidado da PCD no âmbito da APS. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, envolvendo a rotina de trabalho de profissionais das equipes de atenção básica e gerência administrativa de uma Unidade Básica de Saúde do agreste de Alagoas. Propõe-se a participação dos profissionais enfermeiros, dentistas e médicos atuantes nas equipes de atenção primária, estratégia de saúde da família e saúde bucal, assim como o profissional que exerce a função de gerente administrativo. Foram definidos como instrumentos de coleta de dados a utilização de entrevista semiestruturada, roteiro de grupo focal e análise documental. Para essa fase foram

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: cep@uncisal.edu.br

traçadas 04 (quatro) etapas: Etapa I- Análise do cuidado ofertado aos usuários com deficiência; Etapa II- Construção de espaços coletivos de discussão; Etapa III- Planejamento para a construção dos indicadores de saúde da pessoa com deficiência e Etapa IV- Construção de saberes e compartilhamento de novas práticas. Os dados coletados e transcritos serão analisados seguindo-se as 03 (três) etapas propostas por Bardin para Análise de Conteúdo, as quais consistem em: 1. pré-análise; 2. exploração do material e 3. tratamento dos resultados e interpretação. Contudo espera-se que este processo de construção possa contribuir com a transformação e efetivação das práticas de cuidado em saúde e acesso dos usuários com deficiência.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Desenvolver indicadores de saúde que possam contribuir para a avaliação do acesso e coordenação do cuidado da pessoa com deficiência no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar o cuidado em saúde ofertado aos usuários com deficiência no âmbito da atenção primária;

Construir espaços coletivos para discussão da realidade do cuidado ofertado aos usuários com deficiência no âmbito da Unidade Básica de Saúde investigada;

Desenvolver indicadores de saúde para avaliação do acesso e coordenação do cuidado da pessoa com deficiência no âmbito da Atenção Primária em Saúde;

Elaborar a ficha de qualificação dos indicadores para auxiliar os profissionais na utilização, cálculo e interpretação de forma assertiva.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O estudo exposto seguirá as normas da resolução nº 466/2012 do CNS, onde será garantido os princípios éticos da pesquisa científica envolvendo seres humanos, buscando resguardar a autonomia, justiça, beneficência e os princípios da não maleficência. Acerca dos riscos éticos, existe a possibilidade de danos psicológicos dos entrevistados, tais como a possibilidade de situações de desconforto no momento de exposição de opiniões e entrevista. Além disso, a invasão de privacidade e interferência quanto a juízo de valor, bem como, a descriminalização a partir de conteúdos revelados estão relacionados aos riscos vigentes. Destaca-se, nessa perspectiva, que os riscos serão sinalizados e informados aos participantes da pesquisa no TCLE.

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO **CEP:** 57.010-300
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 **Fax:** (82)3315-6787 **E-mail:** cep@uncisal.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 5.690.155

Dessa forma, os participantes terão conhecimento dos possíveis riscos durante a realização da pesquisa.

Medidas para minimização dos riscos

Esta pesquisa tem como propósito e defende que os benefícios são maiores que os riscos. Portanto designa as medidas descritas como estratégia de minimização dos riscos previstos, a saber:

- a) Apenas dará início à pesquisa após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (UNCISAL), por meio da Plataforma Brasil;
- b) Serão adotadas as recomendações da Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466, de 12 de dezembro de 2012;
- c) Os pesquisadores prezarão pela atenção aos sinais de desconforto dos participantes no momento da aplicação da entrevista assegurando local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras;
- d) Será assegurado que os pesquisadores tenham aptidão e preparo para a utilização dos métodos de coleta de dados escolhidos, sobretudo cautela na condução das discussões em grupo;
- e) Estima-se uma dinâmica de trabalho que preze pela confidencialidade e manutenção da privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e suas funções profissionais;
- f) Na ocorrência de situações de qualquer desconforto psicológico ou outros danos provocados pela pesquisa, será realizado encaminhamento para avaliação com a profissional psicóloga Morgana Lúcio Santos de Magalhães Maturano, CPF 084 669 564 25, CRP 15/3880.

BENEFÍCIOS

Com a inserção de indicadores de avaliação do acesso e coordenação do cuidado do usuário com deficiência no âmbito da APS, espera-se preencher as lacunas existentes na oferta de ações e serviços a esse público.

Diretos

- a) Garantir o acesso dos participantes da pesquisa à nova metodologia de trabalho;
- b) Atualização no registro dos dados referente à saúde da população com deficiência adstrita;
- c) Produção de informações favorecendo a análise situacional de saúde da população e as tomadas de decisões necessárias.

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: cep@uncisal.edu.br

Indiretos

- a) Ampliação do acesso às ações e serviços, bem como a melhoria das condições de saúde dos usuários com deficiência;
- b) Disseminação de discussões e sensibilização em torno dos direitos da pessoa com deficiência;
- c) Fortalecimento da Atenção Primária em Saúde no território;
- d) Produção de informação para desenvolvimento de novas pesquisas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O presente estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do experimento, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1966349.pdf	28/09/2022 10:33:26		Aceito
Outros	DeclaracaoGarantiaAssistencia.pdf	28/09/2022 10:29:08	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoTCLE.pdf	28/09/2022 10:24:06	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA.pdf	28/09/2022 10:21:30	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113
Bairro: PRADO **CEP:** 57.010-300
UF: AL **Município:** MACEIO
Telefone: (82)3315-6787 **Fax:** (82)3315-6787 **E-mail:** cep@uncisal.edu.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE DE
ALAGOAS - UNCISAL



Continuação do Parecer: 5.690.155

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaAmandaBertoldo.docx	12/09/2022 21:39:08	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito
Outros	DeclaracaolsencaoConflitoInteresse.pdf	09/07/2022 15:29:44	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito
Outros	TermoResponsabilidadeCompromissoP esquisador.pdf	09/07/2022 15:23:03	AMANDA RODRIGUES BERTOLDO	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/06/2022 20:06:23	ALEXIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ModelodeAutorizacaopararealizaçãodeP esquisaatualizada.pdf	21/06/2022 10:09:21	ALEXIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	OficinadeIndicadoresdeSaude da Pessoa comDeficiencia.pdf	21/06/2022 09:36:58	ALEXIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	SeminarioRededeCuidadosaPessoaacom Deficiencia.pdf	21/06/2022 09:36:06	ALEXIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	EntrevistaSemiestruturada.pdf	21/06/2022 09:32:49	ALEXIA MARIA DE OLIVEIRA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MACEIO, 07 de Outubro de 2022

Assinado por:

MARIA DO CARMO BORGES TEIXEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113

Bairro: PRADO

CEP: 57.010-300

UF: AL

Município: MACEIO

Telefone: (82)3315-6787

Fax: (82)3315-6787

E-mail: cep@uncisal.edu.br

APÊNDICE 4

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca, através do corpo técnico da Superintendência de Atenção à Saúde e Superintendência de Vigilância em Saúde, assim como o Presidente do Conselho Municipal de Saúde e a Presidenta do Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, declaram para fins de continuidade do trâmite que:

1. Em reunião realizada no dia 07 de novembro de 2023, entre representantes técnicos da Secretaria Municipal de Saúde e presidentes dos Conselho Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a discente do Programa de Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL), Amanda Rodrigues Bertoldo, apresentou os indicadores de saúde elaborados como fruto de sua pesquisa, que tem como título "ELABORAÇÃO DE INDICADORES PARA O CUIDADO EM SAÚDE DE USUÁRIOS COM DEFICIÊNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA".
2. Todos os participantes consensualizaram que a proposição de novos indicadores deve seguir para análise da equipe técnica competente com objetivo de inclui-los no processo de trabalho das equipes de saúde, possivelmente como projeto piloto, se assim, se enquadrar.
3. Declaro veracidade nas informações acima detalhadas.

Arapiraca, 07 de novembro de 2023.

Secretaria Municipal de Saúde

Jackeline Maria Barbosa Almeida

Superintendência de Atenção à Saúde

Rafaela Souza Jesusque

Superintendência de Vigilância em Saúde

Luís da Silva Filho

Conselho Municipal de Saúde

Danielson de Almeida

Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência

APÊNDICE 5

LISTA DE FREQUÊNCIA

Apresentação dos Indicadores de Saúde Elaborados para o Cuidado em Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito da Atenção Primária.

Universidade Estadual de Ciências da Saúde - UNCISAL

Mestrado Profissional Ensino em Saúde e Tecnologia - MEST

Mestranda: Amanda Rodrigues Bertoldo

amanda.bertoldo@academico.uncisal.edu.br

Orientador: Prof. Dr. David dos Santos Calheiros

Local: Prefeitura Municipal de Arapiraca

Data: 07/11/2023

Hora: 09:00 horas

NOME	SETOR DE TRABALHO	CONTATO TELEFÔNICO
Marinaldo Nequira da S. Filho	Coord. da Rede de Crônicos	87 9.9652-1195
Lily Marcelo Dantas Valença	Coord. Saúde da Criança	82 99997-0328
Ruana Silva de Paula	Coord. Vigilância Epidemiológica	82 983439010
Melisse Ramos Barros Sales	Coord. vigilância Aliment. e Nut.	82 99120-8409
Andrezza Baile Lucio Monteiro	Coord. e-SUS	82 99620-4989
Rafaela Souza Jureque	Sup. Atenção à Saúde	82 99963-8317
Jackeline Maria B. Almeida	Secretaria de Saúde	(82) 984416605
Roberto da J. da Silva Jr	Sup. Vigilância e Saúde	(82) 99630-5756
Thays Mendes de T. Almeida	Coord. de Enfermagem	(82) 9.9969-2890
Carla Rosário M. L. D.	Atendimento APS	(82) 99619-5741

