

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

Fernanda Sarturi

**LINHAS E NÓS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - UM OLHAR PARA EDUCAÇÃO**

Santa Maria, RS

Fernanda Sarturi

**LINHAS E NÓS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - UM OLHAR PARA EDUCAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutor em Educação**.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Sarturi, Fernanda

Linhas e nós no acesso aos serviços de saúde pelas
pessoas com deficiência - um olhar para educação /
Fernanda Sarturi.- 2018.

172 p.; 30 cm

Orientador: Sílvia Maria de Oliveira Pavão
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em
Educação, RS, 2018

1. Atenção à saúde 2. Pessoa com deficiência 3. Formação
4. Educação 5. Enfermagem I. de Oliveira Pavão, Sílvia
Maria II. Título.

Fernanda Sarturi

**LINHAS E NÓS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - UM OLHAR PARA EDUCAÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutor em Educação**.

Aprovado em 24 de maio de 2018.

Sílvia Maria de Oliveira Pavão, Dr.
(Presidente/Orientadora)

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori Dr. (UFN)

Suzane Beatriz Frantz Krug Dr. (UNISC)

Teresinha Heck Weiller Dr. (UFSM)

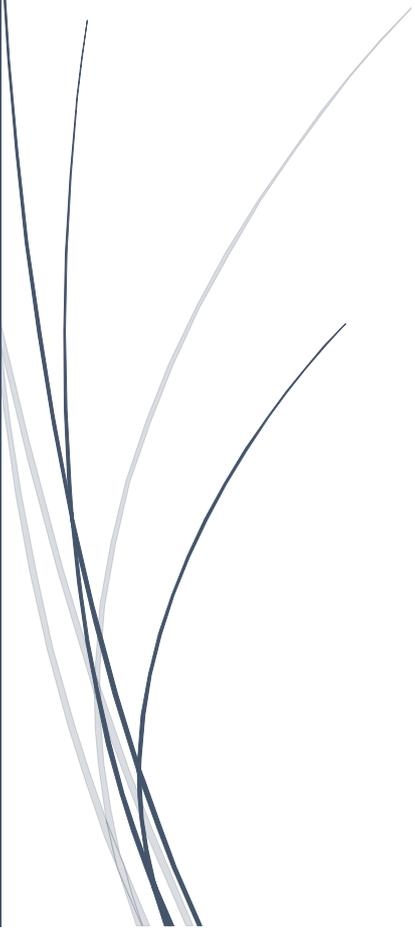
Fabiane Romano de Souza Bridi Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS.



DEDICATÓRIA

Esta pesquisa é dedicada a minha companheira de idas e vindas a Santa Maria, a melhor parte de mim, a luz dos meus dias, a motivação que eu preciso para viver – minha filha **Rafaela**.



AGRADECIMENTOS

A **Deus**, as **energias** e aos **seres de luz** que me guiam;

A **minha mãe – Rosane Carneiro Sarturi** pelo incentivo, apoio e exemplo para chegar até aqui;

Ao **meu pai – Sidinei Batista Sarturi**, fiel companheiro de estrada no primeiro ano de curso, obrigada pelos milhares de quilômetros rodados, pela conversa e cuidado com a Rafaela;

A minha **(ex)colega e amiga Alitéia Dilélio** pela ajuda na construção do projeto de pesquisa, ainda antes da seleção – saudades sempre;

As **colegas e amigas Darielli Fontana e Isabel Colomé** pelas leituras do projeto;

Ao **meu sogro – Volmar Antônio Bonometti**, pois sem ele não teria realizado minha inscrição junto aos Correios em 2015;

Ao **meu companheiro da vida – Giuliano Fão Bonometti, meu amor, meu esposo** que além do apoio e incentivo para estar aqui compreendeu a nossa ausência;

A **minha filha – Rafaela Sarturi Bonometti**, amor infinito por este ser que nestes dois anos e meio foi exemplar, me acompanhou, compreendeu minha ausência, se comportou, se comprometeu com a escola, foi doce e tranquila, encantou a todos;

Aos **meus pais**, as **alunas da minha mãe**, as **professoras e servidores** do Centro de Educação que tanto zelaram pela Rafaela quando estava em aula;

Aos meus **professores e colegas** do doutoramento pelo conhecimento e vida compartilhada durante estes anos;



CONTINUA

A **minha orientadora – Profª Sílvia Maria de Oliveira Pavão**, um MUITO obrigada, você foi o pilar da minha caminhada, tua serenidade e competência fizeram deste período de crescimento pessoal e profissional um prazer, voltaria mil vezes a este programa de pós-graduação sob tua orientação;

A **colega, amiga e comadre Vanessa Ramos Kirsten** pela análise quantitativa, foi gratificante mais esta vivência para nossa vida;

A **colega e amiga Andressa Andrade** que me acompanhou durante a execução do grupo focal, obrigada pela disponibilidade e experiência compartilhada;

Aos **serviços parceiros** de trabalho, nas pessoas do Secretário Municipal de Saúde de Palmeira das Missões e do Diretor do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões por autorizarem a realização desta pesquisa;

Ao **coletivo de trabalhadores da saúde** que constituíram a coleta de dados desta pesquisa fazendo com que chegássemos a um resultado que possa fortalecer e qualificar a saúde local.

A todos mais uma vez **OBRIGADA!**



EPÍGRAFE

Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada. Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje. De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente. Temos de saber o que fomos o que somos, para sabermos o que seremos.

Paulo Freire



RESUMO

LINHAS E NÓS NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - UM OLHAR PARA EDUCAÇÃO

AUTORA: Fernanda Sarturi

ORIENTADORA: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

O tema da deficiência tem tomado espaço nos nichos de produção de saúde, levando a reflexões diante da formação em saúde para atenção a estes usuários. O objetivo desta pesquisa foi compreender as barreiras existentes no acesso das pessoas com deficiência aos serviços de atenção à saúde de Palmeira das Missões/RS sob a ótica dos trabalhadores de saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa. A coleta de dados ocorreu em duas etapas, a primeira com questionário autoaplicável e, a segunda com a realização de grupo focal. O cenário do estudo foram nove serviços de saúde de Palmeira das Missões/RS, incluindo a atenção básica e hospitalar. Compuseram a pesquisa na primeira etapa 110 trabalhadores de saúde e, 14 na segunda etapa. Destaca-se que os preceitos éticos e legais da pesquisa foram respeitados. Para análise quantitativa os dados foram digitados e analisados no Programa Excel e, após realizada a análise descritiva, com cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95%. A correlação entre as variáveis foi realizada a partir do Programa *Statistical Package for the Social Sciences*, sendo aplicado o teste qui-quadrado. Os dados qualitativos foram submetidos a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Estes por sua vez foram discutidos sob a ótica da dialética por compreender o movimento entre a escolha do método de pesquisa e a base política, social e cultural desta pesquisa. O resultado apontou um grupo de trabalhadores 80% do sexo feminino, média de idade de 40,9 anos, tempo de serviço média de 10,4 anos, não participaram do Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção 71,3% deles, o maior quantitativo foi de técnicos de enfermagem (38,5%,). Referente a receber informação sobre pessoas com deficiência durante a formação 66, 1% disse não e durante a atuação profissional 65,1% também declaram não haver recebido. Sobre atender estes usuários 90% disse ter atendido nos últimos três meses, sendo a maioria com deficiência mental – 76,5%, os atendimentos ocorreram no serviço em 78,7% dos casos. Para os trabalhadores o serviço de saúde onde atuam atende pessoas com deficiência (97,2%) em uma média de 57,52% atendimentos no trimestre. Emergiram da pesquisa duas categorias - Educação permanente como estratégia para minimizar as barreiras de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência e, Rede de atenção à pessoa com deficiência – desatando nós no entrelace de fios. Foi possível contrapor o disposto entre a legislação vigente, o material teórico sobre a temática e a realidade dos serviços de saúde. Ao findar o estudo pode-se dizer que o restrito conhecimento sobre estes usuários desde a formação, a falta de investimento da gestão, os entraves burocráticos e a atual dinâmica da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência são as principais barreiras para o acesso aos serviços de saúde em Palmeira das Missões, reconhecidos pelos trabalhadores de saúde. Elucidados os objetivos desta pesquisa tem-se como sugestão desenvolver ações de pesquisa e extensão que possam minimizar as barreiras de acesso das pessoas com deficiência aos serviços e saúde.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Pessoa com deficiência. Formação. Educação. Enfermagem.

ABSTRACT

THREADS AND KNOTS IN ACCESSING THE HEALTH SERVICES BY PEOPLE WITH DISABILITIES – A VIEW TO EDUCATION

AUTHOR: Fernanda Sarturi
ADVISOR: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Disability has been gaining space in health research, resulting in reflections about the health care formation in order to help these users. This research was aimed to understand the current barriers in the access by people with disabilities to the health care services in Palmeira das Missões/RS through the view of health workers. It is an exploratory and descriptive field research with a quantitative-qualitative approach. Data collection has occurred in two steps, the first through a self-administered questionnaire and the second through a focus group discussion. The study scenery was composed by nine health care services in Palmeira das Missões/RS, including basic and hospital health care. The first and the second steps were composed by 110 and 14 health care workers, respectively. It can be highlighted that the ethical precepts and legal affairs were respected in this research. Data was typed and analyzed in Microsoft Excel® to obtain the quantitative analysis, after it was conducted the descriptive analysis, with percentage calculus and confidence interval of 95%. Correlation between variables was performed through the program *Statistical Package for the Social Sciences*, using the chi-square test. Qualitative data was subjected to a Content Analysis proposed by Bardin. These results were discussed under the dialectics in order to understand the choice of movement of the research method and political, social and cultural foundation of this research. Results show a group of 80% of female workers, average age of 40,9 years old, average time working of 10,4 years, 71,3% do not participate of the Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção, the major number was of nursing technicians (38,5%). Regarding the fact of receiving information about people with disabilities during their formation, 66,1% said that they have not received any information and 65,1% said that they have not received information during their professional performance either. About assisting these users, 90% have assisted patients in the last three months, most of them people with mental disability – 76,5%, and 78,7% of the cases have occurred in service. To these workers, the health care unit where they work assist people with disabilities (97,2%) with an average of 57,2% of attendance each trimester. It can be observed a statistically significant difference in participating of the Programa de Educação pelo Trabalho – Redes de Atenção and receiving formation during their professional performance, about receiving information and feeling able to work there was not a significant difference, could be stated that these information might not be enough to assist these people with disabilities. Emerged from this research two categories – Permanent education as a strategy to minimize the barriers in accessing the health care services by people with disabilities and Primary Care Attention network to people with disabilities - untying knots in the interlacing threads. It was possible to contrast the disposed between the current legislation, theoretical material about the theme and the reality of the health care service. This movement allowed the discussion under the dialectics the perspective of the health workers about the barriers in accessing the health services by people with disabilities. By the end of this study, it can be said that the restrict knowledge about these users since the formation, the lack of investment by the management, the bureaucratic obstacles and the current dynamic in Primary Care Attention Network to people with disabilities are the main barriers to access the health services in Palmeira das Missões recognized by health workers. After elucidating the objectives of this research, it has as a suggestion to develop research and extension actions that may minimize the access the health services by people with disabilities.

Keywords: Health care. People with disability. Formation. Education. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Localização da cidade de Palmeira das Missões no mapa do Rio Grande do Sul.....	55
Figura 2 - Serviços de atendimento em saúde auditiva no RS.....	106
Figura 3 - Serviços de atendimento em deficiência intelectual no RS.....	107
Figura 4 - Serviços de atendimento em reabilitação visual no RS.....	108
Figura 5 - Serviços de atendimento em reabilitação física no RS.....	109
Figura 6 - Rede para pessoas com deficiência que necessitam de avaliação, reabilitação e acompanhamento para órteses, próteses e cadeiras em Palmeira das Missões/RS.....	128
Figura 7 - Rede para Atendimento Oftalmológico.....	130

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sistematização das etapas da coleta de dados.....	59
Quadro 2 - Paralelo entre o disposto na Norma Regulamentadora 9050 e a Lei 8.080 (Lei Orgânica de Saúde) (BRASIL, 1990a).....	732
Quadro 3 - Convergências entre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008 b) e a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015b).....	90 89
Quadro 4 - Paralelo de documentos legais entre o campo da educação e da saúde sobre as pessoas com deficiência.....	931
Quadro 5 - Convergências entre as políticas de saúde e educação contrapostas aos nós encontrados nesta pesquisa.	133

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos profissionais analisados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).....	98
Tabela 2 - Perfil de formação dos profissionais avaliados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).....	99
Tabela 3 - Perfil de atuação dos profissionais avaliados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).....	101
Tabela 4 - Atuação junto as pessoas com deficiência no serviço. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).....	104
Tabela 5 - Usuários com deficiência física, mental, auditiva e visual cadastrados nas ESFs, Palmeira das Missões/RS, 2017.....	112
Tabela 6 - Relação entre ter recebido informação sobre pessoas com deficiência durante a atuação profissional na atenção à saúde no município com a participação no PET – Saúde Redes de Atenção. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n=108).....	116
Tabela 7 - Associação entre receber informação sobre pessoas com deficiência durante a sua formação e se sentir capacitado para atender pessoas com deficiência. Palmeira das Missões/RS, 2017 (n=100).	117
Tabela 8 - Associação entre sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência e ter recebido informações sobre à pessoa com deficiência durante a atuação profissional. Palmeira das Missões/RS, 2017 (n=100).	118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAE	Associação e Pais e Amigos dos Excepcionais
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais para Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GF	Grupo Focal
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
PNEEPI	Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
NBR	Norma Brasileira Regulamentadora
PET	Programa de Educação para o Trabalho
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SPSS	Programa <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFSM-PM	Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	28
1.1	A CAMINHADA AO TEMA.....	32
2	HIPÓTESE.....	40
3	QUESTÃO DE PESQUISA.....	44
4	OBJETIVOS.....	48
4.1	OBJETIVO GERAL.....	48
4.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	48
5	CAMINHO METODOLÓGICO.....	52
5.1	QUESTÕES ÉTICAS.....	53
5.2	LOCAL DO ESTUDO.....	54
5.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	55
5.4	COLETA DE DADOS.....	56
5.4.1	Instrumento e técnicas de coleta de dados.....	56
5.5	INTERPRETAÇÃO DOS DADOS.....	59
6	MARCO TEÓRICO.....	66
6.1	ACESSO E SERVIÇO DE SAÚDE.....	66
6.2	FORMAÇÃO EM SAÚDE E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	74
6.3	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO INSTRUMENTO DE QUALIFICAÇÃO: ONDE INGRESSAM CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL.....	83
6.4	A CAMINHADA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA E O PARALELO COM AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	91
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	98
7.1	CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA – REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE.....	98
7.2	EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR AS BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	119
7.3	REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA - DESATANDO NÓS NO ENTRELAÇE DE FIOS.....	128
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	138
	REFERÊNCIAS.....	143
	APÊNDICES.....	156
	APÊNDICE A - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	158
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	159
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO.....	162
	ANEXOS.....	166
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL A.....	168
	ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL B.....	169
	ANEXO C - AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA.....	171



INTRODUÇÃO



***Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na
palavra, no trabalho, na ação-reflexão.***

Paulo Freire

1 INTRODUÇÃO

As últimas décadas foram marcadas por grandes avanços nas áreas de saúde e educação, principalmente no que tange a percepção do usuário destes sistemas como sujeito participe do seu percurso de saúde e educação. Sob este aspecto, destaca-se a Lei Orgânica de Saúde 8.080 (BRASIL, 1990a) que garante a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Na educação, essa realidade também se configura, especialmente no que tange aos processos de inclusão. Uma série de documentos legais foram publicados e gradativamente implementados, no intuito de assegurar os direitos das pessoas. É importante considerar que foi a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) que a sociedade brasileira começa a reconhecer e construir políticas que acolhem a diversidade social e, desde então se inicia uma série de discussões, legislações e políticas para pessoa com deficiência¹. Lima e Jurdi (2014) complementam ao dizer que o Brasil levou décadas para aprimorar suas leis e políticas públicas para inclusão de pessoas com deficiência apesar da Carta das Nações Unidas e da Declaração Universal dos Direitos Humanos terem sido publicadas em 1949.

Na Conferência Mundial sobre Educação para Todos (BRASIL, 1990b) pela primeira vez a educação básica para todos torna-se uma meta viável considerando que era notável o progresso na área da educação em muitos países. Pensando na educação como meio pelo qual se alcança o progresso social, econômico e cultural esta declaração marca importantes debates que repercutem na educação superior, na formação científica e tecnológica e, por conseguinte no desenvolvimento autônomo do indivíduo.

Em 1994 a Declaração de Salamanca (BRASIL, 1994) corrobora sobre princípios, políticas e práticas na área da educação especial retomando discussões da Carta das Nações Unidas a fim de assegurar que a educação para pessoas com deficiência integre o sistema educacional. Além disso, a Declaração de Salamanca proclama que haja capacitação aos professores tanto em serviço

¹ Considera-se pessoa com deficiência aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

como durante a formação em relação a educação especial, bem como de estímulos a comunidade acadêmica para fortalecimento de pesquisas no tema e, sua disseminação (BRASIL, 1994). Sob esta ótica, o desenvolvimento de estudos pode produzir indicadores diante das demandas de educação especial que favoreçam o cotidiano de trabalho oportunizando qualidade nas ações desenvolvidas. Vale dizer ainda que assim como a escola precisou adaptar o currículo as demandas das pessoas com deficiência (BRASIL, 1994) as instituições de ensino técnico e superior também deveriam realizar adaptações curriculares que permitissem aos profissionais de saúde e educação melhor atender a estes usuários quando ingressam ao serviço.

De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 9.394 (BRASIL, 1996) em relação aos profissionais da educação estes deverão atender os objetivos dos diferentes níveis e modalidades de ensino, assim como as características de cada indivíduo relacionando teoria e prática. A Lei ainda menciona que os institutos de educação superior deverão manter programas de educação continuada para os profissionais de educação dos diversos níveis. Diante das mudanças sociais, econômicas e culturais que levam a alterações de indicadores de saúde e, conseqüentemente das demandas de saúde fica evidente a constante e necessária adaptação dos temas curriculares e, das discussões durante a formação em serviço.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência regulamentada em 1999 (BRASIL, 1999a) denota a importante articulação entre diferentes entidades para uma efetiva inclusão das pessoas com deficiência, ou seja, para além das mudanças curriculares e da formação em serviço é preciso implementar a política, levá-la aos usuários e experienciar, tornar os locais aptos a atender, torná-los acessíveis. As Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001a) complementam essa ideia quando dizem que a educação é o alicerce para vida social, amplia a cultura, estende a cidadania, constrói saberes para o trabalho. Mais do que isso, ela é capaz de ampliar as bordas da liberdade. No desempenho dessa função a escola tem clara relação com a diversidade humana. Com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (PNEEPI) (BRASIL, 2008a) configura-se um paradigma fundamentado na concepção de direitos humanos de equidade formal que marca importantes avanços na área da educação especial.

A PNEEPI em suas diretrizes traz que na educação superior, a educação especial se efetiva por ações que promovam acesso, a permanência e a participação dos alunos nas atividades de ensino, pesquisa e extensão. Para isso, o professor devidamente capacitado deve ter sua formação continuada para o exercício da docência (BRASIL, 2008a).

Assegurar a intersetorialidade na implementação de políticas públicas é garantir que este cidadão possa transitar em diferentes cenários, de educação e saúde, por exemplo, mantendo sua dignidade. De acordo ainda com a PNEEPI é preciso desenvolver projetos em parceria com outras áreas, visando a acessibilidade no atendimento à saúde, para promover ações de assistência social, de trabalho e de justiça (BRASIL, 2008a).

Na assistência à saúde a Política Nacional de Saúde e da Pessoa Portadora de Deficiência de 2008 (BRASIL, 2008b) operacionaliza suas diretrizes em: promover a qualidade de vida, prestar assistência integral, prevenir deficiências, ampliar e fortalecer mecanismos de informação, organizar os serviços de atenção as pessoas com deficiência e capacitar seus recursos humanos. A política diz que seu propósito é a inclusão plena deste usuário, protegendo sua saúde e prevenindo agravos.

Concernente a estes aspectos a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015b) dispõe como dever assegurar a pessoa com deficiência seu direito à saúde e à educação, dentre outros, ofertando rede de serviços articulados, com atuação intersetorial nos diferentes níveis de complexidade respeitando os territórios e as normas do Sistema Único de Saúde (SUS). Bem como em seu Capítulo III, Artigo 18, inciso 3º traz que “os profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habilitação e de reabilitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada” (BRASIL, 2015b, p. 5).

Transformações no modo de fazer saúde e educação trouxeram novos olhares para formação dos profissionais de saúde. A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) marco histórico dessas repercussões, como já mencionado, converge com as doutrinas do SUS – universalidade, equidade, integralidade e princípios – regionalização e hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação dos cidadãos (BRASIL, 1990a). Paralelo a isso, foi preciso perceber as modificações no mercado de trabalho, nos comportamentos sociais,

econômicos, políticos e sob tudo das demandas de saúde. Além disso, outros fatores que se somaram para esta mudança foram as singularidades de cada curso, cuja formação detém distintos objetos de trabalho que provocam diferentes olhares sob o indivíduo, mas que convergem sobre o mesmo campo – a saúde.

Desde 2001 com a criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para formação em saúde (BRASIL, 2001b, c, d) independentemente da especificidade de cada curso a formação na área da saúde sustenta-se em competências e habilidades gerais as quais devem regular a formação generalista, crítica e reflexiva de seus egressos. Estando o currículo voltado para formação por competências é possível observar no exercício da profissão habilidades a serem desenvolvidas e aprimoradas para que se mantenha qualidade nas ações propostas.

Diante das constantes mudanças no contexto político, social, cultural e econômico a formação em saúde é desafiadora, pois além de se ofertar distintos prismas aos futuros profissionais esta não será suficiente, já que será permanente sua capacitação para o trabalho. Sendo assim, as atividades de educação no trabalho tornam-se aliadas para manutenção da criticidade e a reflexão deste coletivo. Moreira e Dias (2015) corroboram ao dizer que é no mecanismo da educação permanente que está a chave para acompanhar estas transformações.

Monken e Barcellos (2005) dizem que o espaço político-operativo do sistema de saúde está em permanente construção e, o reconhecimento desta seara com suas características e problemas é necessário também para avaliação dos impactos dos serviços sob a saúde da população, bem como do desenvolvimento do vínculo com o setor. A cada ano que passa são maiores e novas as demandas de saúde e educação que necessitam ser o foco das discussões nos cenários de formação e de produção de saúde. Atualmente encontra-se o desafio da inclusão de pessoas com deficiência na formação e nos serviços de saúde e, para tal emergem legislações, políticas, conceitos, pesquisas e adaptações que tentam abarcar as necessidades deste indivíduo, deste cidadão, deste usuário. Imersos nesta temática e com a certeza de que as discussões curriculares durante a formação inicial dos profissionais de saúde não são suficientes para abordar distintas especificidades do campo da saúde é que percebe-se as ações de educação permanente como uma ferramenta de apoio para o trabalhador de saúde na atenção às pessoas com deficiência.

O campo da saúde é pensado aqui como um movimento científico e ideológico que nos leve a produzir saúde, finalidade essencial do trabalho em saúde (PAIM, ALMEIDA FILHO, 1999; CAMPOS, 2000b). Quando se pensa na saúde da pessoa com deficiência se pensa na multiplicidade e na interdisciplinaridade necessária para atender as demandas de saúde desta população e, para tanto como alinhar a especificidade das diferentes profissões para atenção à saúde da pessoa com deficiência. A resposta chega parafraseando Campos (2000a, p. 37) quando diz que “para escapar a este paradoxo – o do isolamento paranóico ou da fusão esquizofrênica” chega-se aos conceitos de campo e núcleo. Para o autor núcleo é visto como a aglutinação de conhecimentos, é a identidade de uma área de saber e de prática profissional e, o campo um espaço de limite impreciso no qual cada disciplina e profissão buscam entre si apoio para cumprir ações teóricas e práticas (CAMPOS, 2000b).

Partindo destes conceitos acredita-se que no campo da saúde exista um movimento permanente de conhecimentos, especialmente pelas constantes mudanças políticas, sociais e epidemiológicas que ocasionam reflexões curriculares e alterações nos serviços no modo de produzir saúde. Sob este aspecto existem distintas barreiras que podem estar presentes no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência. Vale dizer aqui que compreende-se barreira por qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação da pessoa diante de seu direito a acessibilidade, liberdade e movimento, expressão, comunicação, acesso à informação, compreensão e circulação com segurança (BRASIL, 2015b).

A despeito do exposto, denotam-se as contribuições que o núcleo da educação especial pode trazer junto aos currículos na formação em saúde, bem como da sua importante implementação junto aos serviços de saúde pensando nos usuários dos serviços sob a ótica do sistema de saúde brasileiro que deve primar pela universalidade, equidade e integralidade.

1.1 A CAMINHADA AO TEMA

Atuando na docência a quatorze anos torna-se inevitável percorrer diferentes caminhos até que se encontre a linha que se deseja seguir. A

especialização e mestrado foram desenvolvidos com foco na gestão, saúde do trabalhador e formação em saúde e enfermagem e, me oportunizaram a cada ano a possibilidade de visualizar os nichos existentes nestas três grandes áreas do conhecimento. Estando hoje como docente na Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões/RS desde 2010 foi possível amadurecer o tema do qual versa esta proposta de tese.

Trabalhando as disciplinas de saúde do trabalhador, gestão em saúde e estágio supervisionado e ocupando por vezes cargos de gestão/coordenação de projetos tornou-se necessário a busca por um tema de pesquisa que trouxesse crescimento acadêmico, mas que além disso fosse pertinente a comunidade local e para -formação em saúde. Afinal, este espaço é de reflexão e diálogo no qual podem emergir estratégias e até soluções para o cotidiano de trabalho fora dos muros da universidade, ou seja, nos locais onde se produzem saúde e educação.

O tema da tese começou a ser traçado com o projeto de ensino e extensão proposto pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2013-2015, o Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde Redes de Atenção que possibilitou imergir em leituras e atividades junto à comunidade local que permitiram a percepção de diversos e diferentes vazios a serem trabalhados junto a graduação e trabalhadores da saúde quanto a atenção à pessoa com deficiência.

O referido programa foi desenvolvido pela UFSM-PM, Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões e Secretaria Estadual de Saúde através das 15ª e 19ª Coordenadorias Regional de Saúde. O PET - Saúde Redes de Atenção foi um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2013).

As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a). Para tal, a RAS é composta pelo conjunto de serviços e equipamentos de saúde que se dispõem num determinado território geográfico, seja ele um distrito sanitário, um município ou uma regional de saúde. Estes serviços são como os nós de uma rede, por exemplo as Unidades Básicas de Saúde, o

Hospital, dentre outros. Entretanto, a construção de uma rede na saúde implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território geográfico. A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas não basta. É preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de ampla comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. São estes processos de interação entre os serviços e destes com outros movimentos e políticas sociais que fazem com que as redes de atenção sejam produtoras de saúde num dado território, por este aspecto é que percebe-se o trabalho realizado pelas equipes de saúde como linhas, caminhos de diálogos percorridos que necessitam ser conectados.

A rede transversal, que se produz pelos entrelaçamentos que ocorrem entre diferentes atores, serviços, movimentos, políticas em um território - ou seja, a rede heterogênea - é que parece ser o lugar da novidade na saúde. É ela que pode produzir diferenças nas distribuições de poderes e saberes (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência necessita de um conjunto de objetivos: desenvolver/aprimorar uma linha de cuidado específica para este grupo de usuários; assegurar atendimento especializado nos diferentes pontos da rede; garantir políticas de acessibilidade; proporcionar a investigação precoce de anomalias durante a gestação; promover a inserção social do grupo; realizar atividades de promoção e manutenção da saúde; criar protocolos específicos para atendimentos das pessoas com deficiência; garantir atendimento domiciliar a pessoa com deficiência e sua família, manter atividades de educação permanente para os trabalhadores, dentre outros.

A temática é importante na atualidade e envolve uma complexidade de elementos relativos ao campo da saúde, educação, direitos e inclusão social. O dimensionamento da problemática da deficiência no Brasil, tanto em termos quantitativos ou qualitativos é difícil, em razão da pouca produção de dados sobre essas situações no cenário nacional. Os dados registrados pelo Censo 2010 estão muito aquém, comparados às realidades registradas no cenário mundial. De acordo com o Censo de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016) 34% da população residente em Palmeira das Missões

possui algum tipo de deficiência como visual, auditiva, motora ou mental. A maior parte destas foi adquirida ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de ações contínuas de saúde e a importância da discussão e construção de uma rede de cuidados.

A mensuração da realidade das pessoas com deficiência reforça a importância da temática como uma área prioritária de investimentos dos diferentes campos, sobretudo da saúde, favorecendo a formulação de políticas que vislumbrem a produção de cidadania a esse público. Ainda, a construção da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência comunica-se com o Plano Nacional de Saúde 2012 (BRASIL, 2012b) alinhando-se aos desafios de aperfeiçoamento do SUS para que a população tenha acesso a serviço de qualidade, com equidade e compromissos pactuados na rede de atenção à saúde, principalmente com a articulação dos serviços integrados nesta proposta e sua articulação intersetorial.

É importante destacar, portanto que a atuação junto ao PET – Saúde Redes de Atenção me permitiu falar, estar e perceber um cenário ainda em construção. Possibilitou ser ator nesse processo e denotar a fragilidade iminente da atenção às pessoas com deficiência, mas acima de tudo foi possível sentir junto aos profissionais de saúde a lacuna existente diante do despreparo teórico, político e social na atenção a estes usuários. Sob esta ótica, quero dizer que as atividades de Educação Permanente junto ao coletivo de trabalhadores de saúde torna-se uma possível estratégia de gestão viável para efetivação de uma Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Estas atividades poderiam agregar conhecimento quando os currículos dos cursos de formação em saúde apresentarem a temática em suas matrizes, seja de forma transversal em disciplinas, seja de forma pontual com disciplina complementar de graduação, por exemplo. No entanto, como esta caminhada ainda se constitui é preciso pensar o hoje, elaborar ações que possibilitem a atuação com qualidade dos profissionais de saúde junto à pessoa com deficiência sob a ótica do campo da saúde.

Assim, entende-se como fundamental o investimento e o envolvimento dos serviços em prol da Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência local e regional. Para sua concretização efetiva compreende-se inevitável repensar a formação em saúde e sua continuidade nos nichos de produção de saúde utilizando-se das possíveis barreiras presentes no serviço de saúde como balizador da atenção às

peças com deficiência. Utilizando-se das experiências junto ao PET – Saúde Redes de Atenção como protagonistas desta caminhada de ações de ensino e extensão chega-se a hipótese, questão de pesquisa e objetivos, descritos a seguir.

HIPÓTESE



Fonte:

<https://www.google.com/search?biw=1366&bih=637&tbm=isch&sa=1&ei=eRPrWunQHcKGwQScuofYAQ&q=INTERROGA NTE>²

² Descrição: boneco branco parado com o corpo levemente lateralizado para trás à direita com um braço sobre a cintura e o outro abaixo do queixo com o dedo indicador sobre o rosto, indicando que esta pensando. Atrás do boneco um ponto de interrogação azul maior que ele.

2 HIPÓTESE

A Educação Permanente é a melhor estratégia de gestão para ultrapassar as barreiras de acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência em Palmeira das Missões/RS.

QUESTÃO DE PESQUISA



Fonte:
(<http://www.onconews.com.br/site/noticias/noticias/5-forum-oncoguia/1138-acesso-ao-tratamento-nosus-%E2%80%93-barreiras-e-defasagens.html>)³

³ Descrição: imagem de um muro de tijolos cor cinza e três flechas, uma que rompe o muro de cor verde, outra que esbarra no muro de cor vermelha e a terceira que bate no muro e volta de cor.

3 QUESTÃO DE PESQUISA

Quais são as barreiras existentes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de atenção à saúde em Palmeira das Missões/RS, sobre a ótica dos trabalhadores de saúde?

OBJETIVOS



Fonte:
(http://heraldocosta.blogspot.com.br/2011/12/serie-receita-para-cumprir-seus_8926.htm)⁴

⁴ Descrição: imagem de um dardo de cor vermelha atingindo o centro de um alvo marcado pelo cor vermelha.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender as barreiras existentes no acesso das pessoas com deficiência aos serviços de atenção à saúde de Palmeira das Missões/RS, sob a ótica dos trabalhadores de saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as barreiras de acesso aos serviços de saúde reconhecidas pelos trabalhadores de saúde na atenção às pessoas com deficiência;
- Construir o desenho da Rede de Atenção à pessoa com deficiência local e regional junto aos trabalhadores da saúde;
- Elucidar ações educativas que possibilitem a implementação e manutenção da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em consonância com a Lei Brasileira de Inclusão atendendo aos preceitos das questões de inclusão educacional e social;
- Relacionar a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, a Lei Brasileira de Inclusão e o cotidiano do trabalho em saúde.

CAMINHO METODOLÓGICO



Fonte:
(<http://professordanieldamasceno.blogspot.com.br/2015/03/o-referencial-teorico-metodologico.html>)⁵

⁵ Descrição: imagem de um boneco de costas, de cor cinza, com uma das mãos na cintura e a outra coçando a cabeça. Ele está sob um caminho de cor laranja cuja ponta indica cinco possibilidades de caminho em flechas.

5 CAMINHO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa. Segundo Tobar e Yalour (2001), pesquisa de campo é o estudo empírico realizado onde ocorre o fenômeno e dispõe-se de elementos para explicá-lo. É orientada para a recompilação de dados sobre problemas pontuais.

A fase exploratória tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de instituições. Seu planejamento é, portanto, bastante flexível, de modo que possibilite a consideração dos mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2009). Segundo o autor supracitado, as pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo.

Os termos qualitativo e quantitativo estão postos neste estudo para diferenciar técnicas de coleta de dados, ou melhor, para designar o tipo de dado obtido (ANDRÉ, 1995). O quadro de cifras tem assim dupla natureza – qualitativa e quantitativa. A estatística não é somente uma informação, um “meio de análise”, ao contrário é necessário que elas sejam tomadas também como “objeto de análise”, isto é, é necessário que se passe por trás do espelho das cifras, de sorte a que se lhes possa restituir o sentido (COMTE, 1995, p. 110).

Gamboa (2007) no que diz respeito a relação entre métodos qualitativos e quantitativos traz como uma das três concepções à respeito que é possível perceber a unidade entre quantitativo e qualitativo, pensando nela em termos seja de integração, seja de continuidade, seja de uma unidade dialética. Não há dicotomia ou oposição entre qualidade e quantidade na pesquisa social (FERRARO, 2012). A dialética é um método completo, rico e acabado para ser aplicado as pesquisas, corresponde às exigências fundamentais da noção do método, é atitude junto ao objeto empírico e dedutivo. Ele representa conforme Grawitz (1996) uma tentativa de explicar os fatos, o que quer dizer que está diretamente ligado à noção de totalidade.

Sob a perspectiva da dialética, simplesmente não há quantidade sem qualidade e vice-versa, a unidade entre essas duas dimensões do real está em sua inseparabilidade ou exigência recíproca (FERRARO, 2012).

Na abordagem quanti-qualitativa que tende a reunir um conjunto de dados derivados de várias fontes, permite ainda ao pesquisador, um delineamento flexível do estudo, proporcionando um ajuste que está sendo captado durante a coleta das informações. Tobar e Yalor (2001) destacam o envolvimento do pesquisador que irá se tornar um instrumento da pesquisa, realizando uma interpretação contínua para elaboração de estratégias e finalização da atividade de campo.

O princípio desta pesquisa de método misto é ter condições de manifestar o melhor de cada método, evitando as limitações de uma única abordagem e potencializar sua incrementação (POLIT; BECK, 2011) ao passo que os dados quantitativos, no caso deste estudo, precisarão ser esclarecidos de forma mais detalhada, tanto para serem confirmados, como para serem refutados.

5.1 QUESTÕES ÉTICAS

Recebidas as autorizações institucionais da Secretaria Municipal de Saúde de Palmeira das Missões/RS (ANEXO A) e Hospital de Caridade de Palmeira das Missões/RS (ANEXO B), junto ao registro no Gabinete de Projetos do Centro de Educação da UFSM o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) para aprovação e liberação, respeitando os preceitos éticos e legais dispostos na Resolução 466 (BRASIL, 2012a) (ANEXO C).

Seguindo as questões éticas a responsável pelo presente projeto se comprometeu a preservar a confidencialidade dos dados (APÊNDICE A) dos participantes envolvidos, os quais foram coletados por meio de questionários, gravações sonoras e registros escritos do grupo focal. Menciona-se ainda, que as informações coletadas serão utilizadas, única e exclusivamente para socialização da pesquisa de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local: Avenida Roraima, 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria/RS, por um período de

cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador orientador/responsável. Após este período os dados serão destruídos.

Os participantes desta pesquisa, *a priori*, não sofreram quaisquer **riscos** ao integrar este estudo a não ser pela possibilidade de reviver situações que lhes causem alguma emoção ao relembrar situações de trabalho pertinentes aos objetivos da pesquisa, ao responder o questionário e/ou durante a discussão no grupo focal. Em caso de algum mal-estar relacionado a pesquisa, o participante teria direito à assistência gratuita prestada no serviço municipal de saúde – Centro de Saúde, em Palmeira das Missões, sendo acompanhado pela pesquisadora doutoranda. No entanto, não houveram intercorrências de saúde. É importante destacar também que o participante poderia retirar-se da pesquisa a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Quanto aos **benefícios**, estes serão indiretos, visto que os integrantes desta pesquisa poderão contribuir para construção do conhecimento em saúde e educação, potencializando a qualidade da atenção às pessoas com deficiência, bem como da formação em saúde.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo ocorreu em Palmeira das Missões, município da região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, localizado a 217km de Santa Maria, sede da UFSM. A cidade possui uma estimativa de 34.907 mil habitantes para o ano de 2016, sendo destas cerca de 9.568 pessoas com alguma deficiência (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). Sua localização pode ser observada na Figura 1:

Figura 1 - Localização da cidade de Palmeira das Missões no mapa do Rio Grande do Sul.



Fonte: (WIKIPÉDIA, 2017).⁶

Atualmente Palmeira das Missões possui diferentes serviços de atenção à saúde destacando aqui: sete Estratégias de Saúde da Família, sendo uma Rural, um Centro de Saúde e o serviço de Pronto Atendimento do Hospital da cidade, que integraram a pesquisa. Além dos serviços de apoio especializado como o Centro de Atenção Psicossocial e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. Vale-se dizer aqui que a atual cobertura de atenção básica no município é de 60%.

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram participantes do estudo trabalhadores de saúde atuantes na atenção à saúde de Palmeira das Missões/RS, ou seja, profissionais das seis Estratégias de Saúde da Família, do Centro de Saúde e do serviço de Pronto Atendimento do Hospital da cidade. O coletivo de participantes da pesquisa esteve composto por diferentes profissionais a saber: enfermeiros, fisioterapeutas, médicos,

⁶ Descrição: imagem aérea, no canto inferior esquerdo imagem aérea do mapa do Brasil, em destaque na cor vermelha o Estado do Rio Grande do Sul, este por sua vez esta ampliado e, destacado em vermelho o município de Palmeira das Missões, localizado ao norte do Estado.

odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, técnicos de enfermagem, auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde.

Os trabalhadores de saúde foram convidados à participar da pesquisa mediante convite realizado pela pesquisadora doutoranda em reuniões de equipe realizadas nos locais de trabalho no mês de outubro de 2017. Como **critérios de inclusão** para o estudo o trabalhador deveria ser efetivo no serviço a mais de seis meses e, como **critério de exclusão** estar em férias, atestado, licença saúde, interesse ou ainda licença maternidade. Respeitados estes princípios integraram a pesquisa 110 trabalhadores de saúde.

5.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu em duas etapas, na primeira após o aceite do TCLE (APÊNDICE B) era entregue ao participante o questionário da pesquisa, sendo recolhido logo após o preenchimento. Na segunda etapa, referente ao GF foi solicitada a indicação de um profissional para representar cada serviço, sendo que todas as profissões precisariam estar contempladas. Recebido o nome dos integrantes do GF foi realizado contato individual para acordar data, local e horário para realização do Grupo Focal. Encontrada data a fim para todos os participantes iniciaram-se os encontros.

5.4.1 Instrumento e técnicas de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa foi um **questionário** autoaplicável, dividido em três partes - dados sócio demográfico, formação e atuação, totalizando 16 perguntas mistas elaboradas de acordo com os objetivos do estudo e referencial teórico (APÊNDICE C). A fim de averiguar a compreensão e autoaplicabilidade do instrumento foi realizada uma avaliação prévia voluntária e gratuita por dois profissionais da área da saúde de outro município. Esta atividade ocorreu em janeiro de 2017, sendo o questionário “aprovado” pelos profissionais, ou seja, consideraram o instrumento autoaplicável e de fácil compreensão. Nesta etapa da pesquisa, respeitando os critérios de inclusão e exclusão participaram 110 trabalhadores de saúde de um total de 120 profissionais, portanto o “n” da etapa quantitativa foi de 110 indivíduos.

Para a segunda etapa do estudo, o GF, foram agendados três encontros prévios a fim de garantir a participação do coletivo e informar aos serviços de lotação sua ausência já que os 14 participantes elegeram horário de trabalho para realização da atividade.

Como técnica de coleta de dados foi utilizado o **Grupo Focal** que segundo Morgan (1997) é uma técnica de pesquisa qualitativa, derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais. Para Kitzinger (2000), o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Para organizar as questões do GF inicialmente foram pensados alguns questionamentos olhando para os objetivos do estudo, os quais foram reafirmados a partir dos resultados da análise dos questionários chegando a um desenho de cinco questões que alavancaram os constructos produzidos nesta etapa. A saber:

- Vocês acreditam que exista alguma barreira no acesso ao serviço de saúde pelas pessoas com deficiência?;

- Quando chega um usuário com deficiência na unidade como procedem?;

- Como vocês pensam que poderia ser o desenho da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência?;

- Existe algo positivo e ou negativo da formação de vocês que tenha relação com as pessoas com deficiência? /Considerando o que vocês disseram como isso repercute no atendimento as pessoas com deficiência? e,

- Existe alguma ação educativa que vocês tenham realizado enquanto serviço? Se não houve o que poderia ser realizado?

Esses foram os questionamentos realizados, mas a ordem não foi sempre respeitada, visto que por vezes alguns participantes se “antecediam” nas respostas a outras perguntas. Nestas situações, quando houve necessidade de intervenção da pesquisadora doutoranda e/ou do observador foi relembrada a questão de origem da discussão.

Participaram do GF 14 profissionais de saúde a saber: dois enfermeiros, um odontólogo, um nutricionista, dois agentes comunitários de saúde, um auxiliar de saúde bucal, dois médicos, três técnicos de enfermagem e dois fisioterapeutas. De acordo com Chiesa e Ciampone (1999), Pereira et al. (1999) os participantes do GF devem ser entre oito e doze pessoas escolhidas de maneira aleatória.

Quanto aos encontros estimava-se um quantitativo de três a cinco, ou até

mais, pois iriam variar de acordo com a complexidade da temática (ASCHIDAMINI; SAUPE, 2004). No entanto, respeitando a saturação dos dados aconteceram dois encontros do GF com duração de duas horas cada encontro em um intervalo de sete dias. Kind (2004) traz que a duração do GF costuma ser de 90 a 120 minutos.

Nesse sentido, vale mencionar dois pontos importantes diante da realização de dois GFs, o primeiro é que estavam previstos três encontros considerando a necessidade de justificativa para o trabalho, e o segundo é que acredita-se que tenham acontecido dois encontros pelo fato de este coletivo de trabalhadores de saúde ser partícipe constantemente de atividades junto a Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões em grupos teóricos, atividades de extensão e pesquisa o que faz com que a maioria tenha o desejo de se manifestar, de compreender e de desejar contribuir com as ações propostas. Portanto, relaciona-se o fato da realização de dois encontros a participação efetiva dos integrantes do GF diante dos questionamentos propostos. Aschidamini e Saupe (2004) corroboram ao dizer que o principal objetivo do grupo focal consiste na interação entre participantes e pesquisador que a partir da discussão com foco em tópicos específicos e diretivos respondem aos objetivos do estudo.

Os encontros foram realizados na Universidade Federal de Santa Maria – Campus Palmeira das Missões no Bloco 2 da Enfermagem, sala 07 com o intuito de ser um ambiente neutro, de fácil acesso e confortável para a realização do GF.

A fim de não identificar os profissionais todos receberam um identificação por letra colada no peito a fim de facilitar os apontamentos do observador e, antes de cada fala foi acordado que se levantaria a mão e diria a letra. Ao término de cada GF foi realizada a leitura do diário de campo utilizado pelo observador e transcritos os diálogos produzidos durante a execução do grupo nas gravações. Pensando em validar o elencado pelos participantes no início do segundo encontro e no final do segundo, percebendo a saturação dos dados, foi realizada a validação dos achados pela pesquisadora doutoranda e pelos profissionais utilizando-se da leitura dos principais pontos discutidos e elementos mencionados.

O mediador/moderador do grupo focal foi a pesquisadora doutoranda, além de um observador para acompanhamento, registro e intervenções junto ao mediador/moderador. O observador realizou a leitura prévia do projeto a fim de favorecer sua percepção dos registros e possíveis intervenções junto ao mediador.

O GF permitiu ao pesquisador não somente examinar as diferentes análises dos sujeitos sobre um tema, mas também possibilitou explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal (KITZINGER; BABOUR, 1999). A sistematização da coleta dos dados de dados foi um processo necessário, cuja finalidade colaborou para o alcance dos objetivos e maior fidedignidade dos dados coletados (Quadro 1).

ETAPAS	CARACTERÍSTICAS	AÇÃO	TEMPO DE REALIZAÇÃO
Questionário	Três partes: dados sócio demográficos, formação e atuação.	Aplicação de 110 questionários – análise descritiva e estatística SPSS.	40 dias
Grupo Focal	14 pessoas participantes	Dois encontros, descrição dos áudios e leitura do diário de campo elaborado pelo observador.	Duração 120 minutos cada encontro, com intervalo de sete dias entre eles.

Quadro 1 - Sistematização das etapas da coleta de dados.

5.5 INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Os dados quantitativos, obtidos pelo questionário, foram analisados pelo *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)* versão 18.0 (TECHNOLOGIES, 2015) por meio de estatística descritiva simples (média, desvio padrão e percentual). Foram calculadas as prevalências sobre os dados socioeconômicos, formação e atuação profissional. Posteriormente, foi realizado o teste Qui-Quadrado (X^2) para verificar relação entre: ter recebido informação sobre pessoa com deficiência durante sua formação e a participação no PET – Saúde Redes de Atenção; sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência e a participação no PET- Saúde Redes de Atenção e; sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência e ter recebido informação sobre pessoas com deficiência durante sua atuação profissional. Foram consideradas diferenças significativas quando o $p < 0,05$.

Para interpretação dos dados qualitativos, obtidos pelo GF, as gravações foram transcritas e o diário de campo, utilizado pelo observador, sofreram análise de conteúdo proposta por Bardin (2011) que se organiza em: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A técnica de análise de conteúdo foi a temática categorial.

[...] o analista tira partido do tratamento das mensagens que manipula para *inferir* (deduzir da maneira lógica) conhecimentos sobre emissor da mensagem ou sobre o seu meio, por exemplo. Tal como um detetive, o analista trabalha com *índices* cuidadosamente postos em evidência por procedimentos mais ou menos complexos. Se a descrição (a enumeração das características do texto, resumida após tratamento) é a primeira etapa necessária e se a *interpretação* (a significação concedida a estas características) é a última fase, a inferência é o procedimento intermediário, que vem permitir a passagem, explícita e controlada, de uma à outra. O aspecto inferencial da análise de conteúdo que, acrescido das outras características, fundamenta a sua unidade e a sua especificidade (BARDIN, 2011, p.45).

Na primeira fase, é realizada a organização propriamente dita. Foi realizada uma leitura inicial das transcrições (leitura flutuante) com o objetivo de organizar os dados coletados, sistematizando as ideias e conduzindo as informações a um esquema baseado em uma planilha geral organizada pelo conjunto de respostas dos participantes.

Na exploração do material acontece a administração sistemática das decisões tomadas. Esta fase, longa e fastidiosa, consiste essencialmente de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas (BARDIN, 2011). Isto significa basicamente, que na análise da planilha pode-se perceber a semelhança das respostas, o que facilitará a categorização do estudo.

Já na última fase, realizaram-se algumas interpretações que possibilitaram, inclusive, a realização de uma análise fatorial simples e de percentagens, caso seja relevante. Segundo a autora é possível quantificar a frequência da aparição de alguns elementos nos instrumentos coletados. Por outro lado, os resultados, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, podem servir de base a uma outra análise disposta em torno de novas dimensões teóricas, ou praticadas graças a técnicas diferentes.

Sob este aspecto e, considerando a dinamicidade do movimento entre indagação e esclarecimento, do dito e do não dito durante o grupo focal, do caráter multiprofissional dos participantes e, para tanto do movimento dialético entre os membros acredita-se que a partir das categorias emergentes desta pesquisa o método dialético (LEOPARDI, 2002; TRIVIÑOS, 2008) constitui-se na melhor forma de sustentar uma discussão crítica do produto deste estudo.

A dialética aqui pensada como *locus* da produção do conhecimento, com isso sua construção se deu somente após a realização do GF a fim de que se pudesse eleger o melhor referencial teórico para sustentar o que ali for produzido. Para Leopardi (2002), no materialismo dialético o critério para avaliar a verdade do conhecimento é a prática que está fundamentada na ciência e na filosofia. Contudo, considera que a prática e a teoria se constituem na práxis. A autora entende que na lógica dialética, o conhecimento parte de uma apreensão mais geral do objeto, vai às particularidades para decifrar o conteúdo, e, posteriormente, retorna à constituição mais geral, como apreensão sintética da realidade. Referencia, ainda, que esta abordagem tem sido assim chamada por fazer a análise de um aspecto da realidade em relação à sua origem e consequências.

Triviños (2008, p. 51) aborda que o materialismo dialético tenta buscar “[...] explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza, da sociedade e do pensamento”. Complementando, Leopardi (2002) descreve a dialética materialista como uma filosofia que visa compreender o fato como consequência da inter-relação constante entre natureza e sociedade. Neste contexto, debater o tema da deficiência na saúde contempla estas características, visto que discute o contexto social e político no qual o fenômeno acontece. Existem responsabilidades públicas, sociais, coletivas e individuais quando se fala da saúde da pessoa com deficiência e sob este aspecto o movimento provocado pela dialética torna-se balizador na discussão entre o posto pelas legislações e o real uso dos serviços de saúde pela pessoa com deficiência. Conforme a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência Comentada (SETUBAL; FAYAN, 2016) a saúde deste usuário é complexa e depende fortemente das políticas sociais e econômicas e da formação dos profissionais de saúde, que precisam compreender e possuir conhecimento de diversas deficiências. Estas especificidades são tratadas pela LBI como direito das pessoas com deficiência,

sendo de incumbência do sistema público de saúde, o SUS, ter capacidade de atender integralmente estes indivíduos.

Esta corrente filosófica possibilita analisar o fenômeno social sob a ótica da transformação já que a dialética é compreendida como um movimento que tem contradições e valoriza a história (SILVA; BARROS, 2005). Outro fator é articular os serviços de saúde para que a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência aconteça e considerando o contexto político e social no qual se encontra a atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Sob esta perspectiva, Triviños (2008, p. 55) afirma que o materialismo histórico “[...] é a ciência filosófica do marxismo que estuda as leis sociológicas que caracterizam a vida da sociedade, de sua evolução histórica e da prática social dos homens, no desenvolvimento da humanidade”. Para a dialética materialista, a realidade é concebida por uma essência dotada de capacidade de transformação. Assim, esta realidade pode ser algo pior que a realidade experienciada e neste caso, a melhor possibilidade é o próprio tratamento. Para Marx a essência humana é dotada de alguns componentes: o trabalho, a socialidade, a universalidade, a consciência e a liberdade. Quando alguns destes componentes são quebrados, violenta-se a essência da própria humanidade (MINAYO, 2014).

Desse modo, o cotidiano rompe a realidade vivida pelas pessoas com deficiência estabelecendo uma relação dialética entre o modelo atual e a necessária mudança no modelo de atenção à saúde, isso ocorre justamente ou provavelmente pelo rompimento de paradigmas que tangenciam essas questões da deficiência na atualidade.

MARCO TEÓRICO



Fonte: <http://normasapa.net/fuentes-en-el-marco-teorico/>⁷

⁷Descrição: imagem de uma mesa vista de cima, sobre ela a esquerda uma caneta, um pen-drive e um bloco pequeno com espiral para anotações, ao lado um computador tipo notebook e, sobre ele uma mão digitando, atrás dele um caderno vermelho com espiral, mais acima a direita dois livros um laranja e outro vermelho com identificação na frente, mas que não é possível ler, um papel com algo escrito, que não se pode ler, impresso e um livro azul claro em espiral também com identificação superior que não se pode ler; abaixo um caderno de anotações aberto, sendo na página esquerda uma mão segurando uma caneta realizando registros de caneta, sobre a página direita há uma caneta fechada e ao lado, no canto direito inferior da mesa uma xícara de café com pires. As mãos sobre o computador e caderno de anotações são de uma mesma pessoa que está com uma roupa laranja com detalhe na manga em branco.

6 MARCO TEÓRICO

6.1 ACESSO E SERVIÇOS DE SAÚDE

A palavra acesso intermedia a relação entre usuário e serviço de saúde. Travassos e Castro (2008) dizem que acesso representa o fator que media a relação entre a procura por cuidado, a partir da percepção da necessidade de saúde pelo indivíduo e, a entrada no serviço de saúde. Enquanto que o termo acessibilidade vem sendo utilizado de maneira geral como as características de oferta dos serviços de saúde de forma positiva ou negativa para utilização do serviço pelo usuário (DONABEDIAN, 1988). Sob estes aspectos a acessibilidade está inter-relacionada a fatores sociais, culturais, geográficos, culturais, estruturais e econômicos.

Compreender que a acessibilidade é um direito de cidadania facilita conceber o compromisso com os princípios do SUS, com as intervenções em saúde e sua qualidade. Isso leva a reconhecer que a configuração dos modelos de atenção à saúde deve ser definida pela organização da produção de serviços a partir de um conjunto de saberes, ações sociais e estratégias políticas (CORRÊA et al., 2011; MERHY et al., 2006).

Sustentando-se nos princípios/doutrinas do SUS – equidade, universalização, participação popular, integralidade e descentralização reconhece-se que toda instituição de saúde tem o compromisso de atender com qualidade técnica e resolutibilidade as necessidades dos usuários em qualquer serviço de saúde. Entende-se que a atenção básica de saúde se constitui como porta de entrada dos usuários no setor saúde e, que ali deveriam ser atendidos a maioria dos problemas e necessidades da população filtrando o acesso a níveis de maior complexidade, como hospitais e serviços especializados, sendo somente encaminhados quando necessário (CORRÊA et al., 2011). Vale dizer também que para garantir o acesso tem-se que articular o regulamentado, ao contexto local e ao preparo da equipe.

Serviço resolutivo é serviço acessado, cria-se vínculo não somente pessoal entre usuário e trabalhador, mas confiança e credibilidade. Pensando nisso denota-se que este fato provoca nos usuários do SUS a busca não sempre por

sua unidade de referência, ou seja, aquela que está mais próxima da sua residência, mas sim a que resolveu sua demanda de saúde. A acessibilidade aos serviços de saúde representa um importante componente no sistema no momento em que se efetiva o processo de busca e obtenção de cuidado mencionam Cunha e Silva (2010).

Cada município tem o setor saúde dividido em territórios e, em cada território existem serviços de referência – as Unidades Básicas de Saúde cuja maioria hoje é uma Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe de médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes de saúde minimamente acrescidas de odontólogo e auxiliar de saúde bucal. A partir disso, cria-se uma rede de serviços da atenção básica que se entrelaça aos setores especializados e, portanto, de maior complexidade como Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais, Clínicas e Laboratórios. A conceituação de redes pode ganhar várias formas, contudo mais importante que a definir é compreender sua proposta democrática de realização de um trabalho coletivo e de circulação de informação (MEIRELLES, 2004).

A rede de atenção à saúde se constitui de diferentes pontos (serviços) que se cruzam formando uma teia, um fluxo, um itinerário percorrido pelos usuários do sistema. De acordo com Donabedian (2003) os serviços devem ser oportunos e contínuos para atender a real demanda e serem capazes de assegurar o acesso a outros níveis de atenção. Albuquerque et al. (2013) corroboram ao discorrer que as dificuldades no acesso dizem respeito também à continuidade do cuidado, a habilidade de execução e a questões de gestão (pactos e recursos).

Na Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2007a), em seu Artigo 5º referente à igualdade e não-discriminação, fica destacado que todas as pessoas são iguais perante a Lei e que têm direito, sem qualquer discriminação, a igual proteção benefício. Fica também proibido qualquer discriminação que seja baseada na deficiência e garantida proteção legal contra a discriminação à pessoa com deficiência. Em 2015 a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) nº 13.146 discorre em seu artigo 1º que esta “Destina-se a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania.” (BRASIL, 2015b).

No contexto do SUS, a Lei 8.080 – Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990a) coloca entre seus princípios e diretrizes a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade da assistência, que consiste em um conjunto de ações de caráter preventivo e curativo exigido para cada caso em todos os níveis de complexidade; e a igualdade da assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Entre as políticas de saúde voltadas para as pessoas com deficiência e suas famílias destaca-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência criada em 2008 (BRASIL, 2008b), que tem como propósito incluir estes indivíduos em todas as esferas da vida social. Ficam estabelecidas em suas diretrizes direitos relacionados ao bem-estar desses usuários, como garantia de condições capazes de conferir qualidade de vida, assistência integral nos serviços da rede em diversos níveis de complexidade e implementação de estratégias para prevenção das deficiências que envolvem ações educativas e preventivas.

Dando seguimento as ações voltadas para pessoa com deficiência em 2012 é instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência pela Portaria 793 (BRASIL, 2012c) cujo objetivos gerais são:

I – ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporário ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS;

II - promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;

III - garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

Com isso, os componentes da Rede são a Atenção Básica, a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e, a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Vale destacar aqui na Seção I do componente da Atenção Básica o Artigo 13 da Portaria 793 que traz as ações estratégicas para ampliar o acesso e a qualificação da atenção à pessoa com deficiência na Atenção Básica (BRASIL, 2012c) em especial os incisos:

I – promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância;

II – acompanhamentos dos recém-nascidos de alto risco até dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades;

III – educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas;

IV – criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

V – publicação do caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência;

Referente a Seção II do componente da Atenção Especializada salienta-se o Artigo 16 que discorre sobre as diretrizes de implantação dos pontos da Atenção Especializada que visa promover a equidade e ampliar o acesso aos usuários do SUS quando pontua nos incisos III – promover o vínculo entre a pessoa com deficiência e a equipe de saúde e, no IV - adequar os serviços às necessidades das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012c). A mesma portaria discorre na Seção III, do componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, Artigo 22 que esta Rede deverá ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência, instituir equipes de referência em reabilitação, dentro outros.

Cruz et al. (2013) argumentam que a pessoa com deficiência necessita de cuidados à saúde e acompanhamento especializado ao longo da vida e, por este aspecto de distintas formas de apoio. Percebendo a permanente procura dos serviços de saúde pelos usuários com deficiência e, também por sua família se reforça a importância de manter a acessibilidade da rede.

A inclusão da assistência à família das pessoas com deficiência é considerada como fundamental para um atendimento humanizado e eficaz. As ações desenvolvidas abordam aspectos de apoio psicológico e social, orientações para a realização de atividades diárias e ações de reabilitação, e a oferta de suporte especializado em casos de internação hospitalar ou domiciliar (BRASIL, 2008b).

Tendo em vista esses aspectos, salienta-se que o atendimento integral e igualitário é garantido legalmente às pessoas com deficiência e deve balizar o trabalho dos profissionais de saúde. Sendo assim, o Ministério da Saúde tem

investido em ações e programas voltados às pessoas com deficiência e suas famílias. Dentre estes, o Plano Viver sem Limite criado por meio do Decreto 7.612 de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011a), que tem como objetivo, promover por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência.

Tais aspectos provocam refletir sobre a realidade de trabalho e, de como realmente se pode ofertar um serviço de saúde acessível, pontuando que a acessibilidade está aqui compreendida pelas questões técnicas, sociais, culturais, econômicas e políticas locais, regionais e nacionais. Mergulhada nestas variáveis de acessibilidade ao serviço de saúde torna-se crucial pensar que atividades de educação permanente e oportunidades de vivenciar a realidade do setor saúde durante a formação em saúde poderiam facilitar a compreensão da forma de criar e manter a acessibilidade nos serviços de saúde, ou seja, de minimizar suas barreiras. Sob este foco é inevitável o enlace entre os Ministérios da Saúde e Educação.

Durante esta pesquisa toma-se o conceito de acessibilidade disposto na Lei 13.146 (BRASIL, 2015) que a conceitua como a possibilidade e condições de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos, transporte, informações e comunicação de serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo na zona urbana por pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida (BRASIL, 2015b) considerando o que será explorado neste estudo. Sobre acessibilidade existem diversas referências legais que são utilizadas para sua implementação nos serviços de saúde além das já mencionadas como a Resolução Diretiva Colegiada nº 50 (BRASIL, 2002a) – regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistências de saúde e a da Associação Brasileira de Normas Técnicas nº 9050 (BRASIL, 2015a) – acessibilidade e edificações, mobiliário, espaços e equipamentos dentre outras Leis Federais, Estaduais e Municipais, mas que não serão mencionadas considerando que para esta pesquisa os aspectos arquitetônicos não serão avaliados.

Pretende-se com isso reforçar que acessibilidade é mais que estrutura, é atitude, é postura junto ao serviço pelos profissionais de saúde para com os usuários e, acima de tudo compreendido aqui como capacidade técnica. A

acessibilidade no serviço de saúde deve estar presente na concepção do projeto, no seu planejamento (BRASIL, 2015a; BRASIL 2008c), na formação da equipe enquanto trabalhadores da saúde. A legislação brasileira está bastante desenvolvida no que diz respeito à garantir os direitos à acessibilidade à saúde, entretanto faz necessário praticá-las, executá-las. Amaral et al. (2012) dizem que melhorias nas condições socioeconômicas, nível de escolaridade pessoal e coletivo e capacitação profissional possibilitariam as pessoas com deficiência maior consciência da sua autonomia e papel social e, como consequência melhores condições de saúde.

A acessibilidade aos serviços e saúde pode ser afetada por inúmeras variáveis como já disposto, no entanto nosso olhar pretende transcender abordagem da presença ou ausência de obstáculos nos serviços de saúde e alcançar o tema de forma mais ampla reconhecendo suas barreiras junto a formação em saúde que, sustentada nos princípios e doutrinas do SUS primariamente precisa manter sua equidade. Castro et al. (2011) reforçam que a inequidade, como elemento oposto a equidade pode ocasionar obstáculos nos serviços de saúde deixando as pessoas com deficiência em desvantagem na utilização dos serviços. Silva et al. (2011a) corroboram esse entendimento, ao considerar que os profissionais de saúde influenciam de maneira considerável a busca pelo serviço e, com isso necessitam estar qualificados e, conhecer os motivos que favorecem e dificultam o acesso ao serviço.

Uma reflexão importante neste ponto está em torno da Prática do Desenho Universal e dos princípios do SUS visto sua similaridade em alguns propósitos. Porém, vale dizer que se pretende nesta pesquisa, provocar um olhar para acessibilidade que ultrapasse questões estruturais e chegue as ações e atitudes comportamentais que influenciam no acesso aos serviços de saúde. No Quadro 3, se denota o paralelo entre o disposto na Norma Regulamentadora 9050 (BRASIL, 2004d) e a Lei 8.080 – Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990a).

(Continua)

<p align="center">DESENHO UNIVERSAL E SEUS PRINCÍPIOS NBR 9050</p>	<p align="center">PRINCÍPIOS DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E OS SERVIÇOS PRIVADOS CONTRATADOS OU CONVENIADOS QUE INTEGRAM O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS):</p>
<p>1) uso equitativo: é a característica do ambiente ou elemento espacial que faz com que ele possa ser usado por diversas pessoas, independentemente de idade ou habilidade. Para ter o uso equitativo deve-se: propiciar o mesmo significado de uso para todos; eliminar uma possível segregação e estigmatização; promover o uso com privacidade, segurança e conforto, sem deixar de ser um ambiente atraente ao usuário;</p> <p>2) uso flexível: é a característica que faz com que o ambiente ou elemento espacial atenda a uma grande parte das preferências e habilidades das pessoas. Para tal, devem-se oferecer diferentes maneiras de uso, possibilitar o uso para destros e canhotos, facilitar a precisão e destreza do usuário e possibilitar o uso de pessoas com diferentes tempos de reação a estímulos;</p> <p>3) uso simples e intuitivo: é a característica do ambiente ou elemento espacial que possibilita que seu uso seja de fácil compreensão, dispensando, para tal, experiência, conhecimento, habilidades linguísticas ou grande nível de concentração por parte das pessoas;</p> <p>4) informação de fácil percepção: essa característica do ambiente ou elemento espacial faz com que seja redundante e legível quanto a apresentações de informações vitais. Essas informações devem se apresentar em diferentes modos (visuais, verbais, táteis), fazendo com que a legibilidade da informação seja maximizada, sendo percebida por pessoas com diferentes habilidades</p>	<p>I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;</p> <p>II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;</p> <p>III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e (continuação)</p> <p>IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;</p> <p>V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;</p> <p>VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;</p> <p>VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;</p> <p>VIII - participação da comunidade;</p> <p>IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo: ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;</p>

(Conclusão)

<p>(cegos, surdos, analfabetos, entre outros);</p> <p>5) tolerância ao erro: é uma característica que possibilita que se minimizem os riscos e consequências adversas de ações acidentais ou não intencionais na utilização do ambiente ou elemento espacial. Para tal, devem-se agrupar os elementos que apresentam risco, isolando-os ou eliminando-os, empregar avisos de risco ou erro, fornece opções de minimizar as falhas e evitar ações inconscientes em tarefas que requeiram vigilância;</p> <p>6) baixo esforço físico: nesse princípio, o ambiente ou elemento espacial deve oferecer condições de ser usado de maneira eficiente e confortável, com o mínimo de fadiga muscular do usuário. Para alcançar esse princípio deve-se: possibilitar que os usuários mantenham o corpo em posição neutra, usar força de operação razoável, minimizar ações repetidas e minimizar a sustentação do esforço físico;</p> <p>7) dimensão e espaço para aproximação e uso: essa característica diz que o ambiente ou elemento espacial deve ter dimensão e espaço apropriado para aproximação, alcance, manipulação e uso, independentemente de tamanho de corpo, postura e mobilidade do usuário. Desta forma, deve-se: implantar sinalização em elementos importantes e tornar confortavelmente alcançáveis todos os componentes para usuários sentados ou em pé, acomodar variações de mãos e empunhadura e, por último, implantar espaços adequados para uso de tecnologias assistivas ou assistentes pessoais.</p>	<p>X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;</p> <p>XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;</p> <p>XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e</p> <p>XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.</p>
--	--

Quadro 2 - Paralelo estre o disposto na Norma Regulamentadora 9050 e a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a).

Observa-se no Quadro 2, que a realização de um projeto novo ou de reforma de um serviço de saúde para respeitar o Desenho Universal necessita

obedecer a sete princípios básicos: a utilização equitativa - poder ser utilizado por qualquer grupo de utilizadores; a flexibilidade de utilização - engloba uma gama extensa de preferências e capacidades individuais; a utilização simples e intuitiva - fácil de compreender, independentemente da experiência do utilizador, dos seus conhecimentos, aptidões linguísticas ou nível de concentração; a informação perceptível - fornece eficazmente ao utilizador a informação necessária, qualquer que sejam as condições ambientais/físicas existentes ou as capacidades sensoriais do utilizador; a tolerância ao erro - minimiza riscos e consequências negativas decorrentes de ações acidentais ou involuntárias; o esforço físico mínimo - pode ser utilizado de forma eficaz e confortável com um mínimo de fadiga e a dimensão e espaço de abordagem e de utilização - espaço e dimensão adequada para a abordagem, manuseamento e utilização, independentemente da estatura, mobilidade ou postura do utilizador. Paralelo a isso, está a universalidade, a integralidade, a preservação da autonomia, igualdade da assistência, direito a informação, partilhar comunicação, descentralização, integração dos serviços e capacidade de resolução de problemas.

6.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Os últimos trinta anos foram marcados por intensas alterações no que tange as diretrizes curriculares para formação em saúde, não somente pelas mudanças no mercado de trabalho que exigem a constante adaptação do trabalhador, mas pelas mudanças sociais e culturais nos usuários do sistema de saúde. O primeiro marco desta reflexão acontece com a Constituição Federal em 1988 que traz em seu Artigo 198º “à saúde como um direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Concomitante a isso, a criação do SUS na década de 90 cita princípios e diretrizes que mudam a forma de pensar saúde, de fazer saúde, de olhar para o indivíduo. Moreira e Dias (2015) confirmam ao dizer que a institucionalização do SUS sinalizava transformações no campo da saúde e, para tanto, influências na formação dos profissionais de saúde. Conforme a Lei 8.080 de 1990 que institui o SUS (BRASIL, 1990a) no Capítulo III dos princípios e diretrizes no Artigo 7º:

As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no

Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

- a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
- b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Envolvidos por estas questões norteadoras ainda na década de 90 foram elaboradas Diretrizes Nacionais para Formação em Saúde, as quais foram homologadas na sua maioria no ano de 2001 (BRASIL, 2001b,c,d). No entanto, sua aprovação não significa sua incorporação no ensino. Ao passo que a Constituição foi crucial para mudanças na saúde e a Lei 8.080 (BRASIL, 1990a) para implementação do SUS a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, (BRASIL, 1996) foi referência para reorientar o sistema educacional brasileiro. Para tanto, a

formação em saúde deixa de ser marginal ao Ministério da Saúde e passa a compor agenda com o Ministério da Educação. A partir do fortalecimento do enlace entre MS e MEC as DCNs tomam ânimo para que possam ser efetivamente implementadas.

As DCNs instituem como perfil do egresso um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, reforçando que isso está para todos os cursos da saúde (BRASIL, 2001b,c,d, 2011). Rossoni e Lampert (2004) já mencionavam a necessidade de intensificar nos currículos a formação respeitando os princípios do SUS para alterar o perfil do egresso de maneira que estivesse apto a atender nos serviços de saúde.

Formar na área de saúde profissionais humanos e capazes de atuar de forma integral mantem-se em constante desafio na atualidade. Desenvolver capacidade criativa, crítica e reflexiva nos sujeitos tornou-se uma necessidade ainda na formação profissional, a qual precisa ser mantida durante todo o exercício da profissão. Outra constante nos cursos é o aprimoramento e desenvolvimento de competências individuais e coletivas concernentes aos princípios e diretrizes do SUS. Feuerwerker (2003) reforça que além da aproximação da escola com o SUS é fundamental a articulação entre MEC e MS para esta transformação. Rossoni e Lampert (2004) pontuam que esse movimento abre espaço para construção de laços integradores entre as políticas de saúde e educação.

As DCNs estão voltadas para formação por competência que de acordo com o Parecer do Conselho Nacional de Educação número 16 (BRASIL, 1999b, p.1) tem sua definição estabelecida como a “[...] capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação valores, conhecimentos e habilidades necessários para o desempenho eficiente e eficaz de atividades requeridas pela natureza do trabalho”.

Perrenoud (1999) ao escrever sobre o desenvolvimento de competências relata que o conhecimento está articulado a competência, e que para tal é preciso utilizar-se de recursos cognitivos, pois não basta saber-fazer. O autor afirma que:

Uma competência pressupõe a existência de recursos mobilizáveis, mas não se confunde com eles, pois acrescenta-se aos mesmos ao assumir sua postura com sinergia com vistas a uma ação eficaz em determinada situação complexa (p. 28).

No âmbito profissional as competências tornam-se um instrumento, visto que as situações vivenciadas no trabalho mobilizam a sua aplicabilidade com vistas a provocar resolutibilidade. Para tanto, é preciso manter a relação entre ação-reflexão-ação no cotidiano de trabalho. Lazzarotto (2001) aponta que as competências advêm da reflexão sobre as necessidades do mundo do trabalho, em um processo longo para a aquisição de capacidades específicas. Maia et al. (2009) reforçam ao dizer que as transformações nos currículos na área da saúde se propõem a educar na perspectiva que os egressos possam mobilizar saberes para atuar adequadamente na construção de paradigma de vigilância à saúde centrado nas necessidades da população.

Sob esta dimensão ações de educação permanente são fundamentais, pois as mudanças constantes de indicadores de saúde, situação econômica, alterações populacionais, mudanças políticas e sociais emergem no trabalho e trabalhador da saúde a necessidade de se atualizar. Vale dizer aqui que a formação de nível técnico (BRASIL, 2000) também está sendo considerada, já que técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde bucal são profissionais atuantes junto aos serviços de saúde, bem como os agentes comunitários de saúde (ACS) que não conta como uma formação técnica, mas integram as equipe de estratégias de saúde da família e tem sua profissão regulamentada pela Lei nº 10.507 de 2002 (BRASIL, 2002b).

Atendendo os pressupostos da formação na área da saúde em 2003 o MS e ME formulam o Perfil de Competências Profissionais do Agente Comunitário de Saúde para promoção da saúde (BRASIL, 2004b). As diretrizes na área de saúde estão diretamente relacionadas ao objeto e ao objetivo da profissão e, com isso dizer que cada curso tem diferentes formas de perceber o usuário do sistema e seu contexto, bem como suas necessidades independentemente do nível de formação. Frente ao exposto, se reconhece o importante papel da multiprofissionalidade para atenção à saúde.

Peduzzi (1998) observa que a multiprofissionalidade diz respeito a atuação conjunta, quando se considera a saúde no seu contexto pessoal, familiar e social a intersectorialidade torna-se parceira na resolução de problemas. Aqui insere-se o conceito de campo, ou seja, a área da saúde envolve um campo de conhecimento, no qual inserem-se vários núcleos (especificidades das profissões) que juntos trabalham em prol do usuário na resolução de problemas (CAMPOS,

2000a,b,c; OSMO; SCHRAIDER, 2015). Um serviço para promover saúde precisa do coletivo, do trabalho em equipe, de integralidade, o que poderia promover maior qualidade ao setor. Campos (2000a) soma ao dizer que a multiplicidade de profissionais atuando refere-se não ao quantitativo, mas a diversidade para ampliar a capacidade de cada profissional resolver uma demanda de saúde.

Destarte, as frequentes mudanças nas demandas de saúde populacionais, pontuam-se as mudanças trazidas pelos avanços nas discussões sobre o campo da educação especial e, para tanto da pessoa com deficiência, fortemente marcadas a partir do ano de 2008, quando ocorreram grandes avanços no campo da deficiência no Brasil que repercutiram, repercutem e repercutirão em alterações na organização curricular dos cursos da área de saúde. Compreender o contexto e aproximar-se da problemática da deficiência tem o propósito de dimensionar o problema o que se constitui em uma etapa fundamental para composição de propostas exequíveis a realidade de saúde. Pressupõem-se para tanto que isso proporcione compor práticas capazes de promover saúde à pessoa com deficiência (MAIA et al., 2009).

Os profissionais da área da saúde devem e precisam no âmbito da atuação profissional conhecer a legislação que ampara estes usuários e assim estimulá-los na busca por seus direitos nos âmbitos educacionais, mercado de trabalho e acesso a bens e serviços, facilitando dessa forma sua inclusão social (LOPES; SOARES; BOHUSCH, 2014).

A legislação para pessoas com deficiência apesar de ser bem elaborada e ampla, necessita ser melhor implementada e fiscalizada, para que se possa construir ações de prevenção de deficiência e facilitação da acessibilidade. No âmbito da saúde pública, a assistência a esses usuários apresenta-se fragilizada e desarticulada, inserindo-se marginalmente nos sistemas de saúde (GIRONDI; SANTOS, 2011).

Pensando nisso, a comunicação por exemplo, como parte da acessibilidade do serviço, torna-se essencial no processo de cuidado em saúde de um indivíduo. E se tratando das pessoas com deficiência, observa-se que a comunicação tem um segmento mais complexo, visto que, muitas vezes, surgem barreiras que impossibilitam ou prejudicam a comunicação entre o profissional de saúde e a pessoa com deficiência, o que acaba prejudicando a atenção prestada quando a comunicação não é efetiva (DANTAS et al., 2012)

As facilidades e dificuldades inerentes ao processo de comunicação com esses usuários interfere no processo de comunicação e de inclusão das pessoas com deficiência sensorial, além de afetar a eficácia dos cuidados. Desse modo, é importante pontuar que os profissionais de saúde precisam construir conhecimentos e habilidades específicas de comunicação com o deficiente sensorial, visando oferecer uma assistência de qualidade, bem como a superação das barreiras de exclusão (DANTAS et al., 2012).

A Lei Brasileira da Inclusão - Comentada (SETUBAL; FAYAN, 2016) considera que além do atendimento a pessoas com deficiência demandar da formação específica para o trabalhador de saúde ainda necessitaria, por vezes, de um apoio técnico como no caso de um intérprete em Libras para atenção integral a um usuário surdo. Ter direito a uma vida com dignidade depende de ações que permitam condições igualitárias, mesmo nas diferenças, proporcionadas pela sociedade e pelo poder público.

A constante interação da pessoa com deficiência e com as barreiras de acesso aos serviços de saúde provoca movimento, desconforto e é nesse processo que se constroem profissionais qualificados e que se produz saúde a este usuário. São nas necessidades e dificuldades que se percebem as lacunas a serem preenchidas na atenção à saúde da pessoa com deficiência. Além das dificuldades inerentes ao processo de comunicação acima mencionadas, os trabalhadores que atuam diretamente na atenção à saúde, muitas vezes, não possuem preparo ou capacitações específicas para trabalhar com esta população. Sob este aspecto, torna-se relevante discutir esta necessidade junto aos cursos de formação em saúde a fim de amenizar dificuldades e favorecer a qualidade, o acesso e a acessibilidade aos serviços de atenção à saúde junto a este grupo de usuários.

A acessibilidade está diretamente relacionada à procura dos usuários pelos serviços e, para tanto extrapola a dimensão geográfica e atinge a econômica, a cultural, a social chegando até a constituição de um corpo técnico especializado e qualificado (SILVA et al., 2011b). Identificar as barreiras de acesso ao serviço considerando a formação em saúde poderá permitir intervenções que direcionem a novos constructos para formação e qualifique a atenção à saúde. No entanto, vale dizer que somada a formação em saúde é preciso que haja atuação ativa do

profissional no atendimento ao usuário, bem como, de um adequado planejamento municipal.

Motivando-se por estas preocupações vale retomar o preconizado pelo ME para formação em saúde que traz para os cursos de medicina, nutrição, enfermagem, psicologia, odontologia, fonoaudiologia, fisioterapia dentre outros não destacados nesta pesquisa as mesmas competências e habilidades gerais dispostas nas DCNs:

I - Atenção à saúde: os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional devem estar aptos desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual como coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para eles. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde;

II – Tomada de decisões: o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões, visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, eles devem possuir competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas;

III – Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confiabilidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve a comunicação verbal, não-verbal e habilidade de escrita e leitura; o domínio, de pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;

IV – Liderança: no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;

V – Administração e gerenciamento: os profissionais devem estar aptos a tomar iniciativas, fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, quanto nos recursos físicos e materiais da informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem empreendedores, gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde; e

VI – Educação permanente: os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender a ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o

treinamento/estágios das futuras gerações profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais (BRASIL, 2001b,c,d, 2002b, 2011b).

Com isso, vale dizer que independentemente do objeto de cada curso a formação em saúde na graduação tem o mesmo balizador – o SUS e as mesmas competências e habilidades gerais. Porém, existem diferentes especificidades em cada área do conhecimento o que torna inviável abarcar todos os conteúdos e mudanças de mercado de trabalho e de demandas de saúde durante a formação. O mesmo vale para formação técnica e dos agentes comunitários de saúde que estão voltadas para o SUS e em consonância as legislações de classe e as políticas públicas vigentes. O que se pretende dizer a despeito disso é que atualmente exceto por oportunidades de vivências aquém do currículo ainda não existem discussões durante a formação que promovam a capacidade dos profissionais de saúde a atender de forma adequada as pessoas com deficiência.

A publicação das diretrizes é um dos indicativos do entrecruzamento dos campos da saúde e da educação e, para tanto da prioridade de políticas que venham a convergir na qualidade das ações neste setor, mas acima de tudo no atendimento das demandas atuais. Formar para o SUS tem sido desafiador e complexo e nesta ótica vivenciar o cotidiano de trabalho pelos alunos no serviço tem oportunizado trazer para sala de aula e levar para além dos muros da universidade discussões que emanem das necessidades da população. Reibnitz et al. (2016) dizem que estar no serviço, vivenciar a realidade e, o trabalho interdisciplinar possibilita conhecer e reconhecer o funcionamento do SUS. Além disso, contribui para o aprimoramento profissional da saúde. As mesmas autoras reforçam que o estudante impulsiona o processo de educação permanente no serviço, pois o trabalhador se vê motivado e/ou desafiado a se capacitar.

Pensando nesse movimento é que denota-se o objeto desta tese que pretende olhar para além da formação anterior a atuação profissional e sim para o cotidiano do trabalho no SUS junto as pessoas com deficiência. Tornar o Sistema Único de Saúde uma rede de ensino aprendizagem na prática do trabalho foi uma das estratégias implementadas entre os anos de 2004 a 2015 com a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, o Programa Aprender

SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde, o Programa Nacional de Reorientação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho (PET-Saúde) e PET-Saúde Redes de Atenção (FINKLER; CAETANO; RAMOS, 2011, TELLES; ACRE, 2015). Estas estratégias promoveram a aproximação entre teoria e prática, entre o que se ensina e as reais necessidades da população e, também entre pessoas especialmente entre os diferentes profissionais. Compreender portanto que, as demandas de saúde da população são os fatores norteadores das ações em saúde faz com que durante a formação e exercício profissional atualizar-se seja uma constante.

Os serviços de saúde são espaços dialógicos e multiprofissionais e, para tal permitem a troca de saberes, vivências e experiências entre diferentes profissionais. Reibnitz et al. (2016) compactuam ao dizer que vivenciar o trabalho interdisciplinar e a realidade dos serviços abre espaço para discussões, compartilhando saberes que se complementam. Sob este aspecto, a partir da reforma curricular e de propostas entrelaçadas entre o Ministério da Educação e Saúde foi possível perceber uma lacuna na atenção à saúde junto a pessoa com deficiência, visto que até então não se considerava esta parte da população como prioridade. A maior ênfase de atenção foi dada com a implementação do PET-Saúde Redes de Atenção na linha do cuidado à pessoa com deficiência. Durante seu desenvolvimento foi possível perceber a fragilidade na formação de competência e habilidades dos profissionais para com estes usuários. Além disso, o pouco ou nenhum conhecimento teórico que aportam os trabalhadores da saúde nos currículos da área torna crucial a necessidade de conhecer as barreiras enfrentadas no serviço na atenção à pessoa com deficiência.

Esta premissa, reforça que a formação em saúde precisa ser revista e, com isso, suas especificidades a fim de que se possa ofertar maior amplitude de conhecimento pelas atividades de ensino, pesquisa e extensão, mas que além disso se possa visitar constantemente a agenda dos serviços e saúde diante das importantes discussões e atualizações pertinentes. Nideck e Queiroz (2015) corroboram ao expressar que as instituições de ensino não conseguem contemplar as exigências da sociedade e do mundo do trabalho em transição, por isso é equivocado pensar que o profissional chega pronto, acabado. É preciso dar continuidade ao processo de formação.

6.3 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO INSTRUMENTO DE QUALIFICAÇÃO: ONDE INGRESSAM CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

Uma política de formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde e, com ela articular as demandas dos serviços de saúde, dos profissionais, da gestão e das políticas públicas vigentes. A Educação Permanente

é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais (BRASIL, 2009, p. 20).

Instituída pela Portaria nº198 (BRASIL, 2004b) a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) visa contribuir para transformar e qualificar as práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, os processos de formação e as práticas pedagógicas para o desenvolvimento do trabalhador de saúde. Para tal, é preciso articular desenvolvimento individual e coletivo as ações, serviços, gestão e atenção à saúde. Em 2007, a política foi reformulada pela Portaria nº 1.996 (BRASIL, 2007b) para integrar ensino-serviço com maior comprometimento do Ministério da Saúde e da Educação, dos trabalhadores do SUS, pesquisadores, docentes e estudantes. Toda política de educação permanente sustenta-se no serviço, durante o exercício da profissão, incorporando o aprender e ensinar na mesma roda, sendo o trabalhador o foco da ação.

O envolvimento do profissional nessa atividade é uma ação que exige comprometimento com o coletivo e, sobretudo de mobilizar conhecimento para intervir na prática, considerando esse processo como indissociável, mas de limites políticos, institucionais, teóricos e metodológicos (PIMENTA; GHEDIN, 2002). Essa dinâmica do trabalho capacita o profissional a refletir sobre a realidade e seus instrumentos para o exercício da profissão. A qualificação de recursos humanos na saúde é a efetivação de estratégias e ações para o aproveitamento do potencial dos trabalhadores, no sentido de enfrentar as mudanças e os desafios gerados nos serviços e saúde do SUS (MACHADO, 2003). Este foco direciona a um importante fator – a origem das demandas de educação permanente, estas

preferencialmente devem vir de indicadores de saúde locais, regionais e nacionais, mas especialmente de necessidades do serviço, da unidade de saúde, dos trabalhadores, da equipe.

Vendruscolo et al. (2016a, p.5) discorrem que o objetivo principal da educação permanente é a “transformação efetiva das práticas e dos “nós críticos” identificados e enfrentados na atenção ou na gestão”, o que possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promovem o diálogo entre as políticas gerais e a singularidade dos espaços e dos sujeitos. Nideck e Queiroz (2016) contribuem quando dizem que além de ser uma estratégia produtiva que fomente indicadores de saúde, a acessibilidade, a comunicação em rede, os recursos é preciso considerar o elemento humano no SUS, o trabalhador é protagonista.

Ao respeitar tais premissas durante o cotidiano de trabalho no serviço de saúde torna-se favorável elucidar estes “nós” junto aos trabalhadores, a exemplo disso mediante a implementação das ações de ensino, pesquisa e extensão alguns se tornam evidentes e levam a atividades de educação permanente. A última atividade de ensino desenvolvida, como mencionado na caminhada até este tema de tese, foi a Rede de Atenção à Pessoas com Deficiência que exigiu de todos os recursos humanos envolvidos estudos teóricos e diálogo para iniciar o processo de implementação da referida rede, já que para tal feito necessitaríamos de mais alguns anos de atividades.

É neste momento que as contribuições da área da Educação Especial tomam espaço nas práticas de saúde, não pelo fato de se falar de usuários com deficiência, mas pelas contribuições teóricas, científicas, epistemológicas, técnicas e políticas deste campo do conhecimento para qualificar e atender as demandas de saúde da população respeitando os preceitos do SUS e da formação em saúde.

Para melhor compreender a percepção destes usuários vale mencionar as reflexões do livro “Infames da História: pobres, escravos e deficientes no Brasil” de autoria de Lilia Ferreira Lobo (LOBO, 2015) que provocaram intensas desconfortos em sua leitura, mas que tornam-se pertinentes de serem aqui explanadas a fim de lograr projetar de onde se olha esse indivíduo.

Uma história da monstruosidade, se discorre sobre os índios, a terra, os portugueses, os navios, os escravos e o quanto o Brasil foi reconhecido como

lugar de nada e de ninguém. Os índios eram peças de atração, curiosidade, foram escravizados pelos portugueses. Outra ideia forte da época era a ligação da monstruosidade a “mão de Deus”, ou seja, haviam sinais divinos, de castigo e, para tanto consequências físicas e mentais para demarcar o sinal de Deus. Além disso, a autora traz a influência do meio sobre os monstros, como de mulheres que se se assustassem ou tivessem imaginação ruim gerariam filhos monstros. No entanto, também trouxe a possibilidade da hereditariedade atuar não só no momento da concepção, mas em toda gestação – hereditariedade fisiológica. Carvalho (1872) apud Lobo (2015) pontuou os tipos de hereditariedade em ordem: herança direta, herança indireta, herança retrocesso e herança de influência. Com isso, o monstro passou a ter natureza física e moral e a educação teria papel de prevenir e corrigir males pelos bons exemplos.

Definidos os monstros, era necessário identificar os degenerados, cujo início de incurabilidade estava associado a presença de estigmas físicos no corpo – o espelho da alma. Aqui é crucial destacar que “a par da obsessão pela simetria dos traços físicos, que identificavam ao mesmo tempo saúde, beleza e virtude, pela harmonia que caracteriza o estado normal como saudável” (LOBO, 2015, p. 64). Esta citação é uma forte marca do que hoje se traz diante da percepção do ser humano, além disso foi preciso definir o que era anormal para então compreender o que é normal. Costumeiramente é preciso definir o que não é padrão, o que não se encaixa, o que não se adequa, o que não é simétrico, o que não é igual para definir seu oposto, ou seja, primeiramente se define a anormalidade para depois a normalidade.

É inevitável não ser sensível a forma como a autora se reporta aos sujeitos do livro, soam agressivas, pesadas e preconceituosas, no entanto, nada mais são do que a forma feia das bonitas nomenclaturas que com o passar dos anos passamos a utilizar no intuito de amenizar seu impacto social, cultural e científico. O impacto dessas reflexões, foi realmente a forma que a autora Lilia utilizou para muito bem explicar os “infames” da história. Começa a se compreender o significado da palavra deficiência e do quão excludente ela pode ser mesmo quando adequadamente utilizada.

Sobre as marcas do controle inquisitorial (tribunal contra a degeneração da raça) o primeiro destaque da autora está nas “crianças anormais”, não por sua incapacidade para o trabalho ou recuperação, mas pelo perigo social que

representavam. Evidencia a vertente orgânica a cultural de pensar o indivíduo doente ou sadio. A fim de controlar/manter a purificação das raças havia até veto ao casamento conforme avaliação médica caso um ou outro cônjuge tivesse doenças transmissíveis, por exemplo. Também ocorria o controle do álcool por acreditar na degenerescência humana como efeito. Lobo (2015) diz que essa purificação não almejava somente evitar os cruzamentos raciais e sim eliminar pela profilaxia dos casamentos e procriações indivíduos que marcar a degenerescência da espécie. Por isso, muito se defendeu na época a prática da esterilização, pelo tribunal eugênico. Reflexo disso crianças, delinquentes e homossexuais foram exterminados clandestinamente. As medidas profiláticas de prevenção e educação eugênica tiveram, no Brasil, uma instituição que as sistematizavam, a Liga Brasileira de Higiene Mental. Com a clara intenção de reformar a sociedade a liga concentrava esforços no aperfeiçoamento da assistência aos doentes.

Outro destaque pela autora é que ao contrário da surdo-mudez a cegueira normalmente não era incluída entre os estigmas da degenerescência. A cegueira passou despercebida até 1920 quando foi considerada hereditária.

A maior proximidade ao cotidiano do trabalho em saúde são as questões da esterilidade, pois ainda hoje se vive este embate quando se depara com indivíduos deficientes mentais graves que não respondem por seus atos e reproduzem sem qualquer acompanhamento de saúde. Com isso, as gestações costumam ser de risco pelos diferentes agentes a que são expostos, sejam de ordem física, sejam de ordem química. E, sob este aspecto sabe-se das doenças que podem ser passadas hereditariamente, mas também das muitas que podem ser prevenidas e, por este viés que o pré-natal é de grande valia - como prevenção, tanto das deficiências que podem ser prevenidas como da prevenção das consequências das herdadas. O pré-natal é uma das atividades desempenhadas pelos serviços públicos de saúde da atenção básica junto a mulheres, consequentemente está amparado legalmente por políticas públicas de saúde estabelecidas pelo Ministério da Saúde e, para tanto pelo SUS.

Lobo (2015) discorre sobre a escravidão no Brasil, cujo escravos foram a verdadeira máquina de trabalho do sistema colonial. A autora marcou fortemente o descaso com o corpo escravo, como descartável. Bem como, foi fiel ao relatar a forma como os escravos eram trazidos nos navios, tratados nas senzalas ou nas

casas quando domesticados, como famílias e filhos eram separados, enfim como eram dominados e violentados. Até que em 1880 o movimento abolicionista tomou força. Conforme Lobo (2015, p. 135) “não se pode desprezar o impacto social do escravismo em nossas formas de vida, nos traços culturais que os africanos legaram, nas relações de poder e de almas”.

Ao relatar o mundo do trabalho escravo, suas condições e suas consequências foi inevitável não associar a história da saúde do trabalhador e seus ganhos com o transcorrer desses anos, mas também de refletir sobre o quanto ainda é preciso avançar. Lobo (2015, p.169) corrobora ao dizer que “à diferença do que ocorre atualmente, a lógica do sistema colonial desconhecia o que hoje é a condição fundamental da vida coletiva – o direito à cidadania.” A mutilação dos corpos ocasionada pelo trabalho era tratada também com o mesmo descaso, já que os corpos poderiam ser substituídos por outros não mutilados. Associado a isso está o descarte, ou seja, o corpo mutilado é inútil. Então os menos fortes, inteligentes e capazes formavam o grupo dos menos eficientes e, conforme o grau da ineficiência poderiam ser considerados deficientes. Seguindo a linhas do corpo mutilado é sempre uma parte dele que não funciona. Aqui se destaca a “origem” da palavra deficiência.

A formação dos processos de institucionalização no Brasil, assim como outras colônias de Portugal foi tratado como terra de exclusão, de resíduos sociais, era a vadiagem a principal fonte de criminalidade. Permeia com isso a ideia de que os indesejáveis deveriam estar fora dos limites do reino, como acontecia com os leprosos na Idade Média. Em 1656 Foucault aponta a criação do primeiro Hospital Geral em Paris para recolher, alojar e alimentar aqueles que poderiam prejudicar a ordem e a moral (LOBO, 2015). Vale dizer que este não se tratava de ambiente médico, mas sim de uma espécie de prisão com celas e castigos. Deste contexto saíram os alienados encontrados por Pinel, que marcam a história da psiquiatria.

Depósito dos indesejáveis o Brasil era uma prisão sem muros, um purgatório dos brancos. Com a chegada dos jesuítas era necessário identificar os pecadores e puni-los com severidade. Com isso, a prática da caridade toma espaço como misericórdia da perdição dos pecados. A caridade precisava apenas distinguir os inválidos para o trabalho dos verdadeiros indigentes e os vagabundos. Os inválidos sempre obtiveram o beneplácito da caridade piedosa,

talvez por isso ainda hoje existam associações de sentimentos de pena e solidariedade para com as pessoas com deficiência.

A fim de controlar a população as institucionalizações promovidas no século XIX criaram hospícios para loucos e idiotas, internatos especiais para cegos e surdos e, se iniciava o caráter médico dos hospitais. Estas separações ocorreram também nos saberes. É então que diferentes expressões de anormalidade se transformaram em imagens da deficiência. Lobo discorre que

[...] a categoria da exclusão, que se acostuma atribuir às práticas sociais dirigidas às minorias e, em especial aos considerados deficientes não tem hoje o significado que caracterizou as práticas anteriores [...] em geral, está associada a seu oposto, que é a noção de integração ou inclusão (2015, p. 250).

Atualmente a maioria da população está associada a uma rede institucional e a seus dispositivos, é praticamente impossível que alguém socialmente excluído não tenha sido colhido em um abrigo, hospício, polícia ou serviço de assistência. Terá parte da vida fichada, registrada, classificada. Como bem traz a autora supracitada “sofremos os efeitos da violência dessa integração e ainda assim lutamos para aperfeiçoá-la” (LOBO, 2015, p. 251).

Até meados do século XVIII os hospitais foram espaços destinados a oferecer assistência para morrer, uma espécie de preparação cristã da alma dos que ali estavam para morrer e ou servir. Sob este aspecto reporta-se a história da enfermagem, cuja essência da profissão estava na vocação, na doação de corpo e alma ao trabalho. Fato de fácil constatação por dois aspectos, seja pelo nome institucional “Santas Casas de Misericórdia”, seja pela profissão ser caracterizada por anos por irmãs de caridade/freiras. Assim, torna-se possível retomar parte do caminho percorrido pelos estabelecimentos de saúde e de suas concepções diante de diferentes especialidades. Hoje, os avanços são notórios pelas políticas públicas vigentes, mas é preciso evoluir, transcender a percepção de caridade e de anormalidade para instrumentalizar-se de conhecimentos que permitam olhar a pessoa com deficiência como um cidadão de direitos e deveres, como um usuário do SUS que necessita que suas demandas de saúde sejam atendidas.

A partir do disposto e da necessidade em explanar o que atualmente está colocado entre a Política Nacional de Saúde e da Pessoa “Portadora” de

Deficiência (BRASIL, 2008b) e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015b) foi elaborado o Quadro 4 com as convergências destes documentos. Notadamente existem convergências cruciais que devem impactar nas práticas de saúde e educação. Entretanto, parece, ser justamente esse o cerne a ser discutido.

(Continua)

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE E DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA (BRASIL, 2008B)	CONVERGÊNCIAS	LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (BRASIL, 2015)
Pessoa portadora de deficiência	Nomenclatura	Pessoa com deficiência
Incluir a pessoa portadora de deficiência respeitando as necessidades de sua condição, sendo pautada no processo de promoção da saúde.	Propósito	Avaliar a deficiência de forma biopsicossocial por equipe multiprofissional e interdisciplinar.
Promoção da qualidade de vida; assistência integral à saúde; prevenção de deficiência; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços e capacitação de recursos humanos.	Diretrizes	Assegurar e promover condições de igualdade para o exercício dos direitos e da liberdade fundamental das pessoas com deficiência visando à inclusão social e cidadania.
Multiprofissional e interdisciplinar.	Equipe	Multiprofissional e interdisciplinar.
Ampla e livre.	Acesso	Seguro e autônomo.
Programas de formação e treinamento para equipe.	Educação no trabalho/Permanente	- Capacitação continuada de todos os profissionais;
<p>Articulação e integração institucional.</p> <p>* Ministério da Educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - reavaliação e adequação de currículos, metodologias e material didático de formação de profissionais na área da saúde; - treinamento e capacitação docente. <p>* Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pesquisas epidemiológicas; 	Responsabilidades institucionais	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento prioritário; - atuação integrada e articulada as políticas públicas. <p>*Na educação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sistema inclusivo em todos os níveis; - práticas pedagógicas inclusivas; - formação e disponibilização de professores para o atendimento especializado; - formação continuada de professores;

(Conclusão)

<ul style="list-style-type: none"> - difusão de informações; - inclusão na rede do SUS da rede de assistência social. 		<p>* Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:</p> <ul style="list-style-type: none"> - apoiar a criação e manutenção de moradia para independência da pessoa com deficiência; - direito a assistência social e aposentadoria.
<ul style="list-style-type: none"> - Implementar e avaliar a política; - transferir recursos; - promover capacitação de recursos humanos; - apoiar a estruturação de centros de referência; - apoio as pesquisas; - promover a criação da rede de serviços do SUS; - promover a participação dos usuários nas instâncias do SUS, dentre outras. 	Gestão	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir acesso universal e igualitário em todos os níveis do SUS para assistência integral; - sistema educacional inclusivo em todos os níveis; - promover a acessibilidade dos espaços; - garantir a capacitação dos profissionais.
<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e avaliar constantemente a implementação da política pelos indicadores: índice de cobertura assistencial, capacitação de recursos humanos, distribuição de medicamentos, órteses e próteses, implementação de leitos de reabilitação dentre outros; - avaliar o cumprimento dos princípios do SUS especialmente a integralidade e a equidade. 	Acompanhamento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Acompanhar e fiscalizar projetos arquitetônicos (órgãos responsáveis); - renovação de alvará somente mediante adequação as normas de acessibilidade; - o não cumprimento da lei poderá levar a reclusão e multa.

Quadro 3 - Convergências entre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (BRASIL, 2008 b) e a Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015b).

Ao analisar o Quadro 3 é possível dizer que as convergências entre estes dois documentos vêm a fortalecer a caminhada percorrida até então pelas ações junto as pessoas com deficiência. Destaca-se que ambas preveem a capacitação de recursos humanos, assegurados por um sistema educacional inclusivo em todos os níveis. Com isso, quer se dizer que os profissionais de saúde precisam instruir-se pelas políticas vigentes, pelas demandas de saúde e pela realidade

local para oportunizar assistência à saúde adequada as pessoas com deficiência, ou seja, de acordo com suas necessidades. A formação na área da saúde de forma generalista não garante que esta discussão seja pauta dos currículos, sob este aspecto vale ressaltar o potencial educativo do processo de trabalho que pode ser previamente vivenciado pelos futuros trabalhadores nos serviços de saúde e mantido durante a atuação profissional.

Como o processo de formação não é estanque a educação no trabalho configura-se como aliada para consolidação das políticas de saúde e educação vigentes para o fortalecimento do SUS.

6.4 A CAMINHADA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA E O PARALELO COM AS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As última décadas foram de intensos avanços políticos nas áreas da educação e da saúde sobre as pessoas com deficiência, porém muitas disposições legais e discursos necessitam ser implementados. No intuito de discorrer sobre o contexto político nestes campos do conhecimento organizou-se o Quadro 5 para que se possa visualizar o paralelo de documentos legais dispostos para a área de educação e saúde pensando na pessoa com deficiência.

(Continua)

DOCUMENTO	EDUCAÇÃO	SAÚDE
Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988)	Artigo 5º - Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade [...]	Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
Declaração Mundial sobre Educação para Todos (BRASIL, 1990b)	Universalizar o acesso à educação e promover a equidade, ambiente adequado para aprendizagem, fortalecer alianças	

(Continuação)

Lei Orgânica de Saúde 8.080 (BRASIL, 1990a)		Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.
Declaração de Salamanca- (BRASIL, 1994)	Princípios, política e prática em Educação Especial.	
Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996)	Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.	
Portaria nº 818 (BRASIL, 2001e)		Estabelece mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.
Portaria nº 1.060 (BRASIL, 2002c)		Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
Portaria nº 1.635 (BRASIL, 2002d)		Inclui, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS, procedimentos relacionados à deficiência mental e autismo.
Portaria nº 2.073 (BRASIL, 2004c)		Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
Decreto nº 186 (BRASIL, 2008d)	Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo.	
Portaria nº 3.128 (BRASIL, 2008e)		Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual.
Decreto nº 7.612 (BRASIL, 2011d)		Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.
Portaria nº 793 (BRASIL, 2012c)		Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência Criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas 24 no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Resolução nº 283 (RIO GRANDE DO SUL, 2013)		Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul.
Plano Nacional de Educação-2014-2024 (BRASIL, 2014a)	Articular o sistema nacional de educação e dentre suas diretrizes destaca-se a universalização do atendimento escolar; superação das desigualdades educacionais, com ênfase na promoção da cidadania e	

	na erradicação de todas as formas de discriminação; a melhoria da qualidade da educação; formação para o trabalho e para a cidadania, com ênfase nos valores morais e éticos em que se fundamenta a sociedade; estabelecimento de meta de aplicação de recursos públicos em educação como proporção do Produto Interno Bruto (PIB), que assegure atendimento às necessidades de expansão, com padrão de qualidade e equidade.	
Lei nº 13.005 (BRASIL, 2014b)	Educação profissional técnica de nível médio - triplicar as matrículas da educação profissional técnica de nível médio, assegurando a qualidade da oferta e pelo menos cinquenta por cento da expansão no segmento público. Acesso à educação superior - elevar a taxa bruta de matrícula na educação superior para cinquenta por cento e a taxa líquida para trinta e três por cento da população de dezoito a vinte e quatro anos, assegurada a qualidade da oferta e expansão para, pelo menos, quarenta por cento das novas matrículas, no segmento público.	
Lei n. 13.146 (BRASIL, 2015b)	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Art. 27 "sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida"	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Art. 18º É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade por intermédio do SUS, garantindo acesso universal e igualitário. § 3º Aos profissionais que prestam assistência à pessoa com deficiência, especialmente em serviços de habitação, deve ser garantida capacitação inicial e continuada. Art. 19º Compete ao SUS desenvolver ações destinadas à prevenção de deficiência [...]

Quadro 4 - Paralelo de documentos legais entre o campo da educação e da saúde sobre as pessoas com deficiência.

Pode-se perceber que o maior investimento nas políticas que versam sobre as pessoas com deficiência encontra-se a partir de 2008, sendo sua principal produção em 2015 com o Estatuto da Pessoa com Deficiência. Atualmente

desenvolver e implementar suas premissas tem sido um desafio constante, por se tratar de uma necessidade nova a maioria dos profissionais atuantes nas áreas de saúde e educação não possuem a formação adequada para atender a esta demanda.

Historicamente, as iniciativas do campo da saúde para com os usuários com deficiência tem provocado um desalinhamento entre os princípios da integralidade, equidade e acesso de qualidade e universal. Não há consistência entre o enlace dos pontos da rede de atenção à saúde, o que fragmenta o cuidado e o torna ineficaz (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

É preciso investir a longo prazo para que se colha qualidade na atenção as pessoas com deficiência. Compreender as barreiras de acesso aos serviços possibilita a equipe de saúde eleger estratégias de ação eficazes para implementar a atenção à saúde destes usuários. Sob este aspecto tomar ciência das políticas do campo da educação articuladas as da saúde permite que se olhe sobre o prisma da transformação, da mudança, do movimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Fonte:
(<http://monografiaurgente1.blogspot.com.br/2016/06/discussao-dos-resultados.html>)⁸

⁸ Descrição: imagem de uma mesa redonda com dez bonecos sentados cada um em uma cadeira, cada boneco está representado por uma cor (azul, roxo, azul claro, lilás, verde claro, laranja, marrom, vermelho, verde e amarelo) e possui uma peça de um quebra-cabeça na mão, todos estão voltados para um quebra cabeça que está no centro da mesa cujas peças ainda faltam.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados que caracterizam este estudo dialogando com o material que versa sobre o tema a fim de que se possa refletir sobre a realidade evidenciada nesta pesquisa.

7.1 CONHECENDO OS PARTICIPANTES DA PESQUISA – REFLEXÕES SOBRE A REALIDADE

Participaram do estudo, na primeira etapa, 110 trabalhadores da saúde, dos 120 lotados entre os nove serviços de atenção à saúde do município que participaram desta pesquisa (Estratégias de Saúde da Família, Centro de Referência e Emergência do Hospital) 10 participantes não integraram o estudo, respeitando os preceitos éticos e legais pré-estabelecidos para pesquisa. A Tabela 1 demonstra algumas características sócio demográficas dos participantes do estudo.

Tabela 1 - Perfil dos profissionais analisados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).

VARIÁVEIS	N	%
Sexo (n,%)		
Feminino	88	80%
Masculino	22	20%
Idade em anos ($\mu \pm DP$)	40,9 \pm 10,5	
Tempo de serviço em anos ($\mu \pm DP$)	10,4 \pm 7,9	
Participou do PET – Saúde Redes de Atenção (n,%)		
Sim	31	28,7%
Não	77	71,3%

n = número de profissionais avaliados; % = percentual, μ = média, DP = desvio padrão

Conforme verifica-se na Tabela 1 o predomínio dos sujeitos da pesquisa é do sexo feminino com 80%, possuem uma média de idade de 40 anos, estão atuando no serviço de saúde há uma média de dez anos e 31 profissionais participaram do PET-Saúde Redes de Atenção. Nas últimas décadas, existe um

aumento significativo e contínuo da presença das mulheres na força de trabalho, sendo a maior parte dos empregos femininos concentrada nas áreas de saúde e educação, social e administrativos (WERMELINGER et al., 2010). Os mesmos autores destacam ainda que 70% do contingente de trabalhadores da área de saúde é do sexo feminino. Na Tabela 2 tem-se o perfil de formação dos participantes.

Tabela 2 - Perfil de formação dos profissionais avaliados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).

Variáveis	N	%
Área de Formação		
Técnico em Enfermagem	42	38,50%
Agente Comunitário de Saúde	22	20,2%
Enfermeiro	16	14,7%
Médico	11	10,1%
Odontólogo	09	8,3%
Outros	09	8,3%
Possui Especialização		
Sim	37	33,9%
Não	72	66,1%
Recebeu informação sobre pessoas com deficiência durante a sua formação		
Sim	84	76,4%
Não	26	23,6%
Em qual modalidade recebeu a informação		
Palestra	64	76,2%
Disciplina	18	21,4%
Curso	16	19,0%
Projetos	03	3,60%
Outros	02	2,40%
Recebeu informação sobre pessoas com deficiência durante a sua atuação profissional na atenção à saúde no município		
Sim	71	65,1%
Não	38	34,9%
Em qual modalidade recebeu a informação		
Palestra	50	71,4%
Capacitação	19	27,1%
PET - Saúde Redes de Atenção	16	22,9%
Outro	04	5,7%
Quantas ($\mu \pm DP$)	3,61 \pm 2,57	

n = número de profissionais avaliados; % = percentual, μ = média, DP = desvio padrão, PET= Programa de Educação para o Trabalho

Conforme a Tabela 2 o maior número de profissionais são técnicos de enfermagem com 42 participantes, seguidos 22 ACS, 16 enfermeiros, 11 médicos, nove odontólogos e nove trabalhadores de outras profissões. Destes 33,9% possui especialização e 66,1% não possui, sobre esta questão dos 37 sujeitos que possuem pós-graduação os cursos mais mencionados foram Urgência e Emergência com 20%, Saúde da Família com 17,1%, Saúde Pública e Medicina do Trabalho ambas com 8,6% e Gestão/Unidade de Terapia Intensiva 5,7%. É preciso dizer que o baixo índice de especialização pode estar ligado a formação dos participantes da pesquisa, cuja maioria foi de técnicos de enfermagem. Neste cenário, vale refletir sobre a pós-graduação e sua contribuição na qualificação profissional e, também para articulação de respostas às demandas da sociedade levadas para universidade pelos pesquisadores, nos diferentes níveis envolvidos nesse processo (COSTA et al., 2014).

Quando questionados sobre terem recebido informação sobre pessoas com deficiência durante a formação 23,6% disse não ter recebido e 76,4% afirmou que sim, sendo a principal modalidade da informação por palestra com 76,2%, seguida de disciplina 21,4%, curso 19%, projetos 3,6% e de outras com 2,4%. Faz-se relevante dizer que as palestras são modalidades rápidas e superficiais, que por vezes cumprem somente a prerrogativa de informar, socializar, sensibilizar sobre determinado tema. Diante da questão se recebeu informação sobre pessoas com deficiência durante a sua atuação profissional na atenção à saúde no município 39,9% disse não ter recebido e 65,1% respondeu que sim e, que a principal modalidade foi por palestra com 71,4%, capacitação 27,1%, ações do PET-Saúde Redes de Atenção com 22,9% e outras modalidades com 5,7%. Sobre a frequência destas atividades a média ficou em 3,61 vezes.

A Política Nacional da Pessoa com Deficiência, em 2002, acenou que seriam desenvolvidas ações com parceria do MEC e das instituições de ensino superior diante da necessidade de incorporar disciplinas e conteúdos de reabilitação e atenção à saúde das pessoas com deficiência nos currículos de formação em saúde, porém até o momento não houveram avanços (COSTA; KOIFMAN, 2016). As DCN para área da saúde (BRASIL, 2000, 2001b,c,d) preveem o desenvolvimento de habilidades e competências gerais que poderiam abarcar as necessidades desta população, porém a atenção a saúde das pessoas

com deficiência não é especificada. Na Tabela 3 seguem as informações sobre o Perfil de atuação dos profissionais avaliados.

Tabela 3 - Perfil de atuação dos profissionais avaliados. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).

Variáveis		
Nos últimos 3 meses você atendeu algum usuário com deficiência?		
Sim	99	90%
Não	10	10%
Quantos ($\mu \pm DP$)?		
9,85 \pm 11,77		
Tipo de deficiência		
Mental	65	76,5%
Física	60	70,6%
Auditiva	54	63,5%
Visual	53	61,6%
Local de atendimento		
Serviço	74	78,7%
Residência	48	51,1%
No seu local de trabalho são atendidas pessoas com deficiência?		
Sim	106	97,2%
Não	03	2,8%
Quantos($\mu \pm DP$)?		
57,52 \pm 144,47		
Você se sente capacitado para atender pessoas com deficiência?		
Sim	61	58,7%
Não	43	41,3%

n = número de profissionais avaliados; % = percentual, μ = média, DP = desvio padrão

Conforme a Tabela 3, 10% dos profissionais referiu não ter atendido nenhuma pessoa com deficiência e 90% afirmou atender, com um média de 9,85 atendimentos. Diante dos tipos de deficiência a mental foi a mais presente no atendimento com 76,5%, seguida das deficiências físicas 70,6%, auditiva 63,5% e da visual com 61,6%, sendo 78,7% destes atendimentos realizados no serviço e, na residência 51,1%. Quando questionados sobre o atendimento no local de trabalho 97,2% afirmou que sim, atendem pessoas com deficiência e 2,8% disse que não. A média de atendimentos ficou em 57,52%.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) 23,8% da população brasileira se declara com alguma deficiência, o que representa no Rio Grande do Sul em torno de 11.322.895 pessoas e no município de Palmeira das Missões, local do estudo, estima-se para 2017 uma população de 34.844 pessoas, destas 9.505 declaram-se com alguma deficiência no Censo de 2010.

Sob este aspecto, é preciso pensar sobre a referência utilizada pelo IBGE de pessoas com deficiência, a real procura destes usuários pelos serviços de saúde, bem como seu cadastro e da percepção dos trabalhadores de saúde diante de quem possui ou não uma deficiência. Porém, vale-se dizer que conhecer o que os profissionais de saúde compreendem como deficiência não foi objeto desta pesquisa.

De acordo com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010b) o Censo organizou os questionários de maneira a obter respostas sobre a incidência de deficiência visual, auditiva, motora, mental e intelectual. Para os três primeiros tipos de deficiência foi colocada como opção ao entrevistado o grau de severidade – não consegue de modo algum, tem grande dificuldade ou tem alguma dificuldade. Valendo-se desta forma de organização compreende-se importante trazer os conceitos estabelecidos para a pesquisa do Censo:

Deficiência - pesquisada a existência dos tipos de deficiência permanente: visual, auditiva e motora, de acordo com o seu grau de severidade, e, também, mental ou intelectual.

Deficiência visual - foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de enxergar (avaliada com o uso de óculos ou lentes de contato, no caso da pessoa utilizá-los), de acordo com a seguinte classificação: • Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de enxergar; • Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; • Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de enxergar, ainda que usando óculos ou lentes de contato; ou • Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de enxergar, ainda que precisando usar óculos ou lentes de contato.

Deficiência auditiva - foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de ouvir (avaliada com o uso de aparelho auditivo, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação: • Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz de ouvir; Notas técnicas • Grande dificuldade

- para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; • Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de ouvir, ainda que usando aparelho auditivo; ou • Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de ouvir, ainda que precisando usar aparelho auditivo.

Deficiência motora - foi pesquisado se a pessoa tinha dificuldade permanente de caminhar ou subir escadas (avaliada com o uso de prótese, bengala ou aparelho auxiliar, no caso da pessoa utilizá-lo), de acordo com a seguinte classificação: • Não consegue de modo algum - para a pessoa que declarou ser permanentemente incapaz, por deficiência motora, de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa; • Grande dificuldade - para a pessoa que declarou ter grande dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; • Alguma dificuldade - para a pessoa que declarou ter alguma dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar; ou • Nenhuma dificuldade - para a pessoa que declarou não ter qualquer dificuldade permanente de caminhar e/ou subir escadas sem a ajuda de outra pessoa, ainda que precisando usar prótese, bengala ou aparelho auxiliar.

Deficiência mental ou intelectual - foi pesquisado se a pessoa tinha alguma deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. A deficiência mental é o retardo no desenvolvimento intelectual e é caracterizada pela dificuldade que a pessoa tem em se comunicar com outros, de cuidar de si mesma, de fazer atividades domésticas, de aprender, trabalhar, brincar etc. Em geral, a deficiência mental ocorre na infância ou até os 18 anos de idade. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose (BRASIL, 2012d, p. 27-8).

É importante destacar que dispostos estes conceitos os coletadores do Censo tiveram um olhar para deficiência diferente do que procuramos ter neste estudo, visto que para esta pesquisa se pensa deficiência como algo limitador ou impeditivo para o exercício de suas necessidades cotidianas. Com isso, os dados disponíveis no IBGE, Coordenadorias de Saúde, Unidades de Saúde e Serviços Especializados não estão em consonância. Acredita-se que este fato se relacione aos diferentes conceitos estabelecidos, além claro, da falta de cadastro pelos setores envolvidos, tornando os dados não reais.

A exemplo disso a região Sul é a terceira na incidência de pessoas com alguma deficiência com 3,2%. Este panorama emerge a necessária reflexão sobre os reais critérios que classificam as pessoas com ou sem deficiência visto que muitas delas como a visual, auditiva e motora podem não ser incapacitantes, mas acabam por ocupar este lugar pela falta de conhecimento.

Outro fator acima mencionado foi a falta de cadastro dos usuários que possivelmente aconteça pela não procura ao serviço diante das barreiras de acesso ou pelo não registro adequado pelos profissionais de saúde. Estas situações foram observadas durante a coleta de dados desta pesquisa e, por isso preocupa-se na devolutiva deste estudo no sentido de colaborar para minimizar as barreiras de acesso aos serviços de saúde, especialmente no que tange a capacitar os profissionais para atenção qualificada as pessoas com deficiência.

Sobre sentir-se capacitado para atender às pessoas com deficiência 58,7% dos profissionais afirmaram que sim, se sentem capacitados e 41,3% disse não sentir-se capacitado. Este resultado reforça o supracitado, é preciso instruir os trabalhadores da saúde sobre a atenção as pessoas com deficiência, fomentar as discussões onde se produz saúde e trazer o disposto nas legislações vigentes a realidade de cada território de saúde. Na Tabela 4 encontram-se as informações concernentes a atuação junto as pessoas com deficiência no serviço.

Tabela 4 - Atuação junto as pessoas com deficiência no serviço. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n= 110).

Tabela 4 – Variáveis	N	%
Já realizou algum encaminhamento de usuários com deficiência para outro serviço da rede?		
Sim	53	49,1
Não	55	50,9
Realizou algum tipo de adaptação para poder atender este tipo de usuário na unidade de saúde?		
Sim	6	5,9
Não	96	94,1
Já foi realizada alguma mudança no serviço para melhor atendê-los?		
Sim	53	50,0
Não	53	50,0
Durante as reuniões da equipe, o tema “pessoas com deficiência” já foi pauta?		
Sim	53	50,0
Não	53	50,0
Existe alguma ação da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde para melhorar o acesso à saúde das pessoas com deficiências?		
Sim	28	31,5
Não	61	68,5

Esta temática está presente nas metas do serviço?		
Sim	52	56,5
Não	40	43,5
Existe alguma ação da atual gestão do hospital municipal para melhorar o acesso à saúde das pessoas com deficiência? (Somente para os profissionais que trabalham no hospital)		
Sim	6	33,3
Não	12	66,7

n = número de profissionais avaliados; % = percentual, μ = média, DP = desvio padrão

Verifica-se na Tabela 4 que ao serem indagados sobre os encaminhamentos de usuários com deficiência a outros serviços da rede 49,1% dos profissionais diz que sim, realizam e 50,9% afirmou não realizar. Importante destacar que dos encaminhamentos não realizados o quantitativo pode estar ligado ao fato de a maioria dos integrantes do estudo serem técnicos de enfermagem, com isso não podem realizar encaminhamentos sem a supervisão e/ou autorização do enfermeiro e/ou médico. Dos encaminhamentos que ocorrem 100% foram para serviços especializados como Centro de Atenção Psicossocial, Hospital, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais e Coordenadoria Regional de Saúde (aqui compreende-se serviços de referência para Otorrinolaringologia, Oftalmologia e Traumatologia), ainda pode ser observado que 100% dos encaminhamentos foram realizados por necessidades dos usuários.

Desde 2012, foi instituída no SUS a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012c) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua. Os componentes da Rede são a atenção básica, atenção especializada em reabilitação, atenção hospitalar e de urgência e emergência, devem ser articulados entre si de forma a garantir a integralidade do cuidado. Visualizar a Rede existente é perceber os caminhos que são percorridos pelos usuários quando necessitam dos serviços de saúde especializados. Além disso, é preciso destacar que das 19 regiões de saúde, cobertas pelas coordenadorias de saúde do nosso Estado não há serviços especializados em todas as regionais este fato visivelmente denotado nos mapas a seguir permite dizer que de acordo com a região de saúde o usuário com deficiência necessita deslocar-se quilômetros para que sua demanda de saúde

seja alcançada. Outro fator atrelado a distância esta o custo para o SUS e suas gestões para manter e atender as demandas de saúde da população, visto que normalmente o transporte para os serviços de referência são custeados pelos municípios de origem. A baixo seguem as ilustrações das Redes de Atenção à Saúde Auditiva, Intelectual e Autismo, Visual e Habilitação/Reabilitação Física no Estado do Rio Grande do Sul.

Figura 2 - Serviços de atendimento em saúde auditiva no RS.



Fonte: (RIO GRANDE DO SUL, 2017).⁹

⁹ Descrição: imagem do mapa do Estado do Rio Grande do Sul com as demarcações coloridas das Coordenadorias de Saúde, laranja Centro-ocete – 10ª e 4ª, verde Metropolitana – 1ª, 2ª, 18ª, mostarda Missioneira – 9ª, 12ª, 14ª e 17ª, lilás Norte – 6ª, 11ª, 15ª e 19ª, vermelha Serra – 5ª, azul Sul – 7ª e 3ª e cinza Vales – 8ª, 13ª e 16ª. O mapa traz ainda em pontos negros a localização dos serviços que compõem a Rede de Atenção a Saúde Auditiva no Estado.

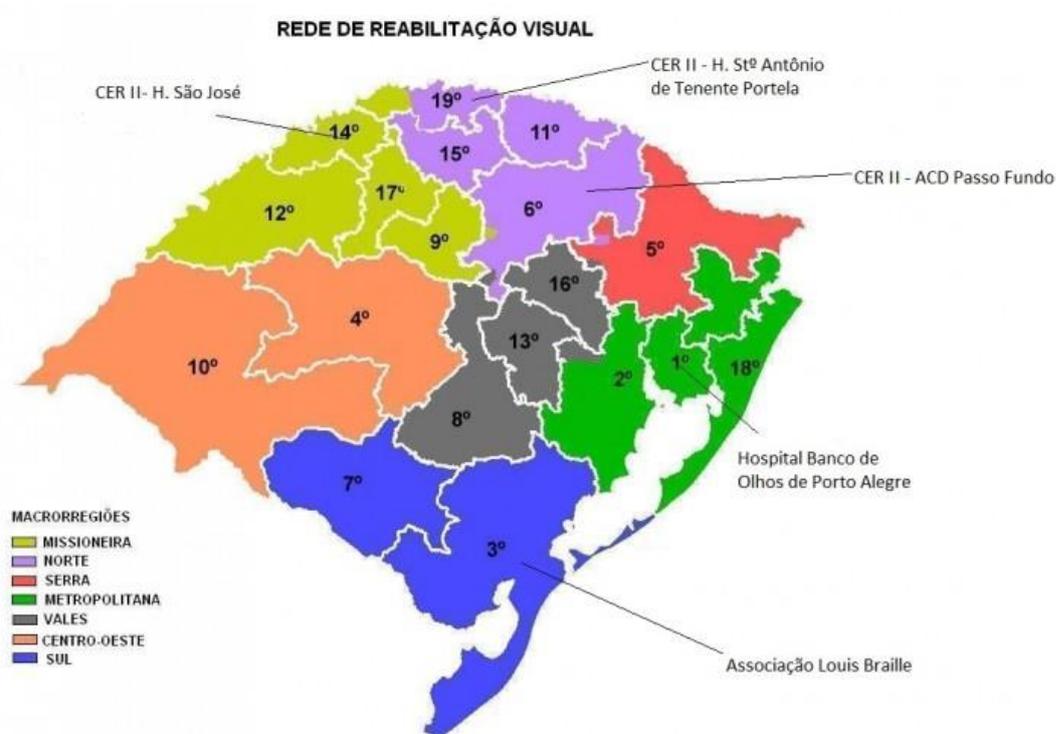
Figura 3 - Serviços de atendimento em deficiência intelectual no RS.



Fonte: (RIO GRANDE DO SUL, 2017).¹⁰

¹⁰ Descrição: imagem do mapa do Estado do Rio Grande do Sul com as demarcações coloridas das Coordenadorias de Saúde, laranja Centro-oeste – 10ª e 4ª, verde Metropolitana – 1ª, 2ª, 18ª, mostarda Missioneira – 9ª, 12ª, 14ª e 17ª, lilás Norte – 6ª, 11ª, 15ª e 19ª, vermelha Serra – 5ª, azul Sul – 7ª e 3ª e cinza Vales – 8ª, 13ª e 16ª. O mapa traz ainda nas legendas para cada macrorregião das Coordenadorias os Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência Intelectual e Autismo do Estado.

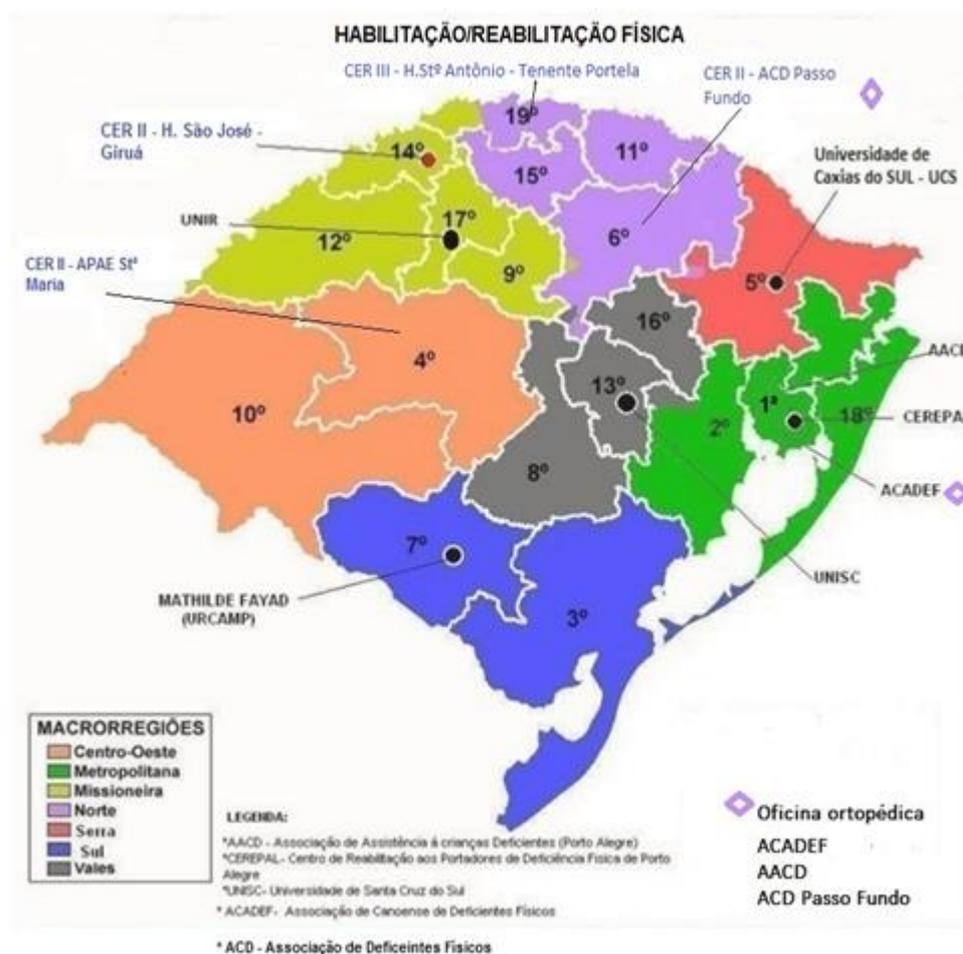
Figura 4 - Serviços de atendimento em reabilitação visual no RS.



FORNE: (RIO GRANDE DO SUL, 2017).¹¹

¹¹ Descrição: imagem do mapa do Estado do Rio Grande do Sul com as demarcações coloridas das Coordenadorias de Saúde, laranja Centro-oeste – 10ª e 4ª, verde Metropolitana – 1ª, 2ª, 18ª, mostarda Missioneira – 9ª, 12ª, 14ª e 17ª, lilás Norte – 6ª, 11ª, 15ª e 19ª, vermelha Serra – 5ª, azul Sul – 7ª e 3ª e cinza Vales – 8ª, 13ª e 16ª. Está indicado no mapa também a localização dos serviços que compõem a Rede de Reabilitação Visual encontrados nas regiões da 1ª (Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre), 3ª (Associação Louis Braille), 6ª (ACD – Passo Fundo), 14ª (São José) e 19ª (Tenente Portela) Coordenadorias de Saúde.

Figura 5 - Serviços de atendimento em reabilitação física no RS.



Fonte: (RIO GRANDE DO SUL, 2017).¹²

Para acessar os serviços da rede de saúde, especialmente os de reabilitação o usuário precisa ser atendido por um serviço da rede SUS, como por exemplo as ESFs, Hospital, Posto de Saúde, sendo então encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde para que seja realizada a solicitação de avaliação dos serviço especializado (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Conforme a

¹² Descrição: imagem do mapa do Estado do Rio Grande do Sul com as demarcações coloridas das Coordenadorias de Saúde, laranja Centro-oeste – 10ª e 4ª, verde Metropolitana – 1ª, 2ª, 18ª, mostarda Missioneira – 9ª, 12ª, 14ª e 17ª, lilás Norte – 6ª, 11ª, 15ª e 19ª, vermelha Serra – 5ª, azul Sul – 7ª e 3ª e cinza Vales – 8ª, 13ª e 16ª. Também encontra-se no mapa a localização dos Serviços de Habilitação/Reabilitação Física que estão nas 1ª (ACADEF, ACD e CEREPAL), 4ª (APAE – Santa Maria), 5ª (Universidade de Caxias do Sul), 6ª (ACD – Passo Fundo), 7ª (Mathil de Fayad – UNICAMP), 13ª (UNISC), 14ª (Hospital São José - Giruá), 17ª (UNIR) e 19ª (Hospital Santo Antônio - Tenente Portela).

necessidade o usuário terá que levar consigo alguns documentos e exames que lhe serão informados.

Em alguns municípios, como é o caso de Palmeira das Missões as ESFs já realizam a marcação da consulta e o usuário somente busca pela secretaria de saúde para agendar transporte quando necessário, o que facilita o acompanhamento do indivíduo e o controle dos encaminhamentos realizados. Além disso, pretende-se contratar um sistema de agendamento que permita a ESF reservar também o transporte, assim o usuário não necessitará de tantas idas e vindas pelos serviços de atenção à saúde. Acompanhar este processo se torna relevante ao passo que está diretamente ligado a satisfação do usuário, a qualidade dos serviços prestados e resolutividade do problema.

Donabedian (1988) apresenta que a avaliação de qualidade dos serviços de saúde perpassa três seguimentos: a estrutura, o processo e os resultados. Sarturi e Pavão (2018) corroboram ao trazer que o uso de indicadores de saúde pode ser um aliado positivo na implementação da rede de atenção à pessoa com deficiência, especialmente por se tratar de uma rede a pouco tempo prioritária na área da saúde.

Ainda sobre a Tabela 4, diante da questão sobre algum tipo de adaptação realizada para atender as pessoas com deficiência na unidade 5,9% dos profissionais de saúde que integraram o estudo disseram haver realizado e 94,1% disse não ter realizado adaptações. Quando abordados sobre alguma mudança no serviço para melhor atender as pessoas com deficiência 50% afirmou ter ocorrido e 50% não. Das mudanças mencionadas 86,4% refere a acessibilidade ao serviço no que tange aos aspectos estruturais.

O Governo Federal, por meio do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c) prevê que os ambientes de saúde sejam espaços também destinados a atividades educativas, que seu acesso seja realizado de forma equitativa. Rehem e Egry (2011) mencionam que um dos fatores que contribuem de forma significativa para a qualidade do serviço é o acolhimento, sendo este atrelado ao ambiente físico-funcional dos serviços. Situação semelhante ao encontrado neste estudo foi verificado por Moura et al. (2010) ao constatarem que as unidades de saúde de dois município baianos apresentavam deficiências na estrutura física.

No estudo de Pedrosa, Corrêa e Mandú (2011) que analisou a estrutura física de unidades básicas de saúde no Mato Grosso 39% das unidades foram

classificadas como adequadas, quanto a estrutura física. Em pesquisa multicêntrica Siqueira et al. (2009) em sete estados brasileiros identificou-se um déficit arquitetônico em 59,8% das unidades, sendo que em 44,2% dos estabelecimentos foram encontrados degraus inapropriados que dificultavam o acesso a pessoas com deficiência e, 63% de ausência de rampas para acesso. Estes achados contribuem com a percepção deste estudo no sentido de enfatizar que para além da estrutura física, que nesta pesquisa não foi objeto de estudo, está o acesso e, para tanto a infraestrutura aqui é compreendida como fator de contribuição para qualificar a atenção em saúde e conseqüentemente obter melhores resultados.

Retomando o observado na Tabela 4 durante as reuniões da equipe, o tema “pessoas com deficiência” já foi pauta para 50% dos participantes e para outros 50% não foi. Os pontos de pauta e/ou de atividades educativas na unidade de saúde devem estar diretamente associados as demandas dos usuários e suas necessidades de saúde, da comunidade em geral e dos profissionais ali lotados. Dito isso, subentende-se que esta temática merece maior dedicação e envolvimento dos trabalhadores de saúde no município considerando que em todas as unidades de saúde que integraram o estudo acontece o atendimento a pessoas com deficiência.

Questionados sobre a existência de alguma ação da atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde para melhorar o acesso à saúde das pessoas com deficiências 31,5% afirma acontecer e 68,5% disse não acontecer. Para os que afirmaram acontecer 84,2% disse estar relacionada as questões de estrutura física e a Rede de Apoio (outros profissionais e serviços), seguidos de capacitações para 10,5% e da realização do Programa de Educação pelo Trabalho – Saúde Redes de Atenção para 5,3%. Diante da pergunta sobre a presença da temática (pessoas com deficiência) nas metas do serviço 56,5% relata estar presente e 43,5% diz não estar presente na metas.

Os participantes lotados no Hospital local foram abordados sobre a existência de alguma ação da atual gestão do serviço para melhorar o acesso à saúde das pessoas com deficiência e 33,3% afirma que existem ações e 66,7% relatou não haver. Das ações que acontecem mencionadas estão a presença de uma Assistente Social para 60% dos participantes e 40% relataram as capacitações.

Ao que diz respeito as duas últimas questões dispostas na Tabela 4 retoma-se que o conceito de acesso é complexo, está relacionado não somente a existência dos serviços, mas ao cuidado, seu uso e continuidade. Ou seja, os serviços precisam ser oportunos, contínuos, atender à demanda real e ser capaz de assegurar o acesso a outros níveis de atenção (ALBUQUERQUE et al., 2014). É importante destacar que cada organização depende da atuação de seus gestores, que também têm papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, efetuar diagnóstico situacional, dentre outras (GOMES et al, 2015). Uma variedade de estratégias e técnicas podem ser proporcionadas pela gestão junto aos trabalhadores para solucionar problemas. Sarturi e Pavão (2018) complementam ao dizer que ampliar a cobertura é necessário, mas é preciso garantir e ampliar a comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção. Este movimento de interação entre os serviços produz saúde no território.

Sobre o quantitativo de pessoas com deficiência cadastradas nas Estratégias de Saúde da Família foi organizada a Tabela 5.

Tabela 5 - Usuários com deficiência física, mental, auditiva e visual cadastrados nas ESFs, Palmeira das Missões/RS, 2017.

Deficiência / Serviço	Deficiência a Física	Deficiência a Mental	Deficiência a Auditiva	Deficiência a Visual	Total de usuários com deficiência cadastrados na unidade	Total usuários cadastrados na unidade
ESF 1	15	00	01	00	16	3.199
ESF 2	06	00	01	03	8*	3.213
ESF 3	16	01	05	13	35	2.230
ESF 4	20	00	00	02	22	2.594
ESF 5	09	00	05	03	15*	2.677
ESF 6	10	12	07	02	31	3.148
ESF 7	16	02	02	06	26	3.129
TOTAL	92	15	21	29	153	20.190

*Usuários com mais de uma deficiência na ESF.

Verifica-se na Tabela 5 que no ESF 1 encontram-se cadastrados 15 usuários com deficiência física, zero com mental, um com auditiva e zero com visual totalizando 16 pessoas com deficiência cadastradas na unidade de um total

de três mil cento e noventa e nove usuários cadastrados no serviço. A ESF 2 possui seis pessoas com deficiência física, zero com mental, uma com auditiva de uma total de oito usuários, nesta unidade um usuário possui duas deficiências, com isso o total de pessoas com deficiência no serviço é de oito de um total de três mil duzentos e treze usuários cadastrados. Na ESF 3 existem 16 usuários com deficiência física, um com mental, cinco auditivas e treze com visual perfazendo um total de 35 pessoas com deficiências ali cadastradas de dois mil duzentos e trinta usuários cadastrados na unidade de saúde.

Nos registros da ESF 4 estão 20 indivíduos com deficiência física, zero com mental e auditiva e dois com deficiência visual, portanto 22 cadastros de pessoas com deficiência de dois mil quinhentos e noventa e quatro usuários cadastrados no serviço. Para ESF 5 verificaram-se nove pessoas com deficiência física, zero com mental, cinco com deficiência auditiva e três com visual, totalizando 15 usuários com deficiência, ou seja mais de um possui duas deficiências, no total a unidade apresenta um cadastro de dois mil seiscentos e setenta e sete indivíduos. Observa-se para ESF 6 que 10 usuários possuem deficiência física, 12 mental, sete auditiva e dois visual perfazendo 31 pessoas com deficiência cadastradas de um total de três mil cento e quarenta e oito cadastros de usuários da unidade. A ESF 7 possui registrados 16 usuários com deficiência física, dois com deficiência mental, dois com auditiva e seis com visual, portanto 26 cadastros de pessoas com deficiência de três mil cento e vinte e nove usuários cadastrados no serviço de saúde.

Olhando para o total de 153 pessoas com deficiências cadastradas nas ESFs tem-se 92 com deficiência física, 15 com deficiência mental, 21 com deficiência auditiva e 29 com deficiência visual de um total de 20.190 usuários cadastrados nas unidades básicas de saúde. Sendo que a população de Palmeira das Missões é de 34.907 pessoas isso permite inferir que a cobertura da atenção básica é de 60%, como já mencionado. Esta constatação leva a fortalecer que diante do baixo número de cadastros realizados pelas unidades e da população ainda não coberta pela atenção básica do município possivelmente ainda existam usuários com deficiência desassistidos pelos serviços de saúde.

Quando estas informações são comparadas aos dados do IBGE emergem outras dúvidas sobre os registros – Estão todos os usuários com deficiência cadastrados nas unidades de saúde?; Qual são os critérios adotados pelos

serviços de saúde e entrevistadores do IBGE para realizar o registro de uma pessoa como deficiente ou não?

De forma geral pode-se inferir que há uma lacuna diante do conceito de deficiência utilizado, bem como dos critérios estabelecidos para realizar tal identificação. Com isso, almeja-se dizer que por falta de conhecimento para classificar o usuário em alguma deficiência e/ou por construção do cadastro o quantitativo de pessoas com deficiência por serviço de saúde possivelmente esteja incompleto. Em parte o mesmo pode-se dizer para os dados do IBGE, pois podem utilizar-se de classificação distinta das deficiências, além disso as informações do instituto são questionáveis considerando a margem de erro e cobertura das pesquisas realizadas. O que vale destacar aqui é que o conceito de deficiência que deve balizar estas constatações esta sob voga da Lei 13.146 (BRASIL, 2015b) que a define como

[...] aquela com impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015b).

Viver com dignidade depende de ações que permitam condições igualitárias, mesmo com as diferenças, a sociedade e o poder público precisa garantir. As raízes históricas das pessoas com deficiência, como já mencionada, é repleta de rejeições, discriminação e preconceito. Este fato dificulta o acesso igualitário à participação deste indivíduo na sociedade, expondo as pessoas com deficiência a violações de sua dignidade e à exclusão social (SETUBAL; FAYAN, 2016).

A interação do ser humano com o meio é uma constante, sujeita a distintas percepções, reações, ações e comportamentos. Sob esta perspectiva o acúmulo de inúmeras discussões suscita o “consenso de que a deficiência é o resultado entre pessoas com deficiência e barreiras (atitudinais e ambientais) que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade” (SETUBAL; FAYAN, 2016, p. 35). Valorizar o contexto em que vive este usuário dos serviços de saúde demanda refletir para além de suas demandas de saúde, demanda olhar para sua rede de apoio pessoal e social, ou seja o ambiente e as atitudes do que o rodeia. Essa dinâmica de interação é facilmente perceptível sobre o olhar da dialética. Ao

se contrapor o disposto legalmente acerca das políticas educacionais e de saúde, a história das pessoas com deficiência e o cotidiano destes indivíduos nos serviços de saúde torna-se evidente denotar que transitar nesta temática é um desvelar para cada situações, pois o contexto no qual se encontram nos exige olhar para as pessoas com deficiência de acordo com sua realidade cultural e social.

A concepção de deficiência presente na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão é baseada no modelo social de direitos humanos, no qual o conceito de pessoa com deficiência depende fundamentalmente do meio em que a pessoa está inserida. Nessa perspectiva, o ambiente tem influência direta na liberdade da pessoa com limitação funcional, que poderá ter sua situação agravada por conta do seu entorno e não em razão de sua deficiência de per si. O parâmetro considera a limitação funcional do indivíduo um fato que, com recursos de acessibilidade e apoios, não se impõe como obstáculo ao exercício de seus direitos. A deficiência é, pois, a resultante de uma equação em que o valor final depende de outras variáveis independentes, quais sejam: as limitações funcionais do corpo humano e as barreiras físicas, econômicas e sociais impostas pelo ambiente ao indivíduo. O modelo social propõe uma conceituação mais justa e adequada sobre as pessoas com deficiência, reconhecendo-as como titulares de direitos e dignidade humana inerentes, exigindo um papel ativo do Estado, da sociedade, e das próprias pessoas com deficiência. Tem como fundamento filosófico o princípio da isonomia ou da igualdade, que reconhece o ser humano como sujeito de direitos iguais perante a lei, tanto do ponto de vista formal, quanto material (SETUBAL; FAYAN, 2016, p. 15.)

É a partir deste entendimento que se deve partir e organizar as informações em saúde e educação, inclusive as pesquisas desenvolvidas para que realmente se produzam constructos que possam ser utilizados sob a mesma ótica. A seguir estão organizados os resultados e a discussão das associações de algumas variáveis de interesse da pesquisa, a fim de responder a alguns dos objetivos traçados. Na Tabela 6 verifica-se o resultado do Teste Qi-quadrado para as variáveis – ter recebido informação durante a atuação profissional sobre pessoa com deficiência e a participação no PET – Saúde Redes de Atenção.

Tabela 6 - Relação entre ter recebido informação sobre pessoas com deficiência durante a atuação profissional na atenção à saúde no município com a participação no PET – Saúde Redes de Atenção. Palmeira das Missões, RS, 2017 (n=108).

		Participou do PET		Total	Valor P
		Sim % (n)	Não % (n)		
Recebeu informação sobre pessoas com deficiência na atuação profissional	Sim	35,7 (25)	64,3 (45)	100 (70)	<0,0001
	Não	15,8 (06)	84,2 (32)	100 (38)	
TOTAL		28,7 (31)	71,3 (77)	100 (108)	

Ao analisar a relação entre receber informação sobre deficiência na atuação profissional e a participação no PET - Saúde Redes de Atenção, observa-se que a participação no programa esteve associado significativamente ($p < 0,0001$) com o recebimento desta informação. Ou seja, receber informações sobre pessoas com deficiência durante a atuação profissional esta diretamente relacionada a participação no PET – Saúde Redes de Atenção para os participantes desta pesquisa que afirmaram ter recebido a informação.

Nos últimos anos o Ministério da Saúde vem articulando estratégias que possibilitem aos cursos da saúde vivenciar o SUS, um processo de contextualizar o ensino, pensando em formar profissionais que atuem de acordo com as necessidades da população, fortalecendo as políticas públicas (RÉZIO, et al., 2017; BATISTA, 2013). Uma das estratégias implementadas foi o PET – Saúde Redes de Atenção criado com o intuito de produzir mudanças na perspectiva de um novo processo de formação em saúde norteados pelas DCNs, por meio de uma prática colaborativa e integrada aos serviços públicos de saúde.

Além disso, o programa vislumbra maior eficácia na produção de saúde e melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde, contribuindo para o avanço da efetivação do SUS (BRASIL, 2010c). Rézio et al. (2017) corroboram ao dizer que a participação no PET – Saúde Redes de Atenção facilita o aperfeiçoamento de práticas a partir das fragilidades apresentadas e vivenciadas na assistência prestada, ou seja, a presença dos estudantes no serviço de saúde potencializa o aprimoramento no cuidado.

Ceccin (2005) já mencionava que a presença do estudante em unidades de saúde é como dispositivo para educação permanente. Estando ali o estudante gera movimento dentro do serviço e entre os profissionais de saúde, há uma desacomodação no modo de produzir saúde e isso acontece de uma forma ainda mais especial quando se denota sua partida olhando para as necessidades do setor de onde falam. Com isso, cada serviço desenvolve, adapta o conhecimento teórico as demandas dos usuários favorecendo ações de atenção à saúde adequadas ao contexto. Na Tabela 7 encontra-se a relação entre as variáveis - Recebeu informação sobre pessoas com deficiência durante a sua formação e se sentir capacitado para atender pessoas com deficiência.

Tabela 7 - Associação entre receber informação sobre pessoas com deficiência durante a sua formação e se sentir capacitado para atender pessoas com deficiência. Palmeira das Missões/RS, 2017 (n=100).

		Recebeu informação sobre pessoas com deficiência na formação		Total	Valor P
		Sim % (n)	Não % (n)		
Sente-se capacitado para atender pessoas com deficiência	Sim	90,2 (55)	9,8 (06)	100 (06)	<0,0001
	Não	55,8 (24)	44,2 (19)	100 (43)	
TOTAL		76,0 (79)	24,0 (25)	100 (104)	

Ao analisar a auto declaração sobre sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência com as informações recebidas durante a formação sobre este tema, observa-se que houve associação significativa sobre sentir-se capacitado e ter recebido informação sobre pessoas com deficiência durante a formação ($p < 0,0001$). O que significa dizer que para os participantes que receberam informação sobre pessoas com deficiência durante a formação há associação direta com sentir-se capacitado para atender a estes usuários.

As constatações dispostas na Tabela 7 permitem discorrer que para a real efetivação das políticas públicas vigentes para atenção à pessoa com deficiência está realmente atrelada a inserção desta temática nos currículos, bem como na pauta das ações de educação permanente em saúde. Costa e Koifmann (2016)

dizem que a verdadeira inclusão das pessoas com deficiência no ensino deve se dar por disciplinas ao longo do curso e discussões sobre o tema, mas que acima de tudo que a prática seja pautada em um modelo biopsicossocial. Desenvolver habilidades e competências a fim de que se sintam capacitados para atuar junto a estes usuários talvez não seja um pretensão, mas uma necessidade considerando os dados epidemiológicos que nos rodeiam. Para tanto, refletir sobre a inclusão da atenção à saúde das pessoas com deficiência na formação em saúde acaba sendo uma das estratégias a serem implementadas para qualificar o cuidado.

É preciso tocar e envolver docentes, gestores e os Ministérios da Saúde e Educação da importante manutenção de ações que articulem ensino, serviço, assim como da inclusão de temas com a deficiência nas matrizes curriculares. A Tabela 8 traz o teste Qui-quadrado para as variáveis se sentir capacitado para atender pessoas com deficiência e ter recebido informações sobre a pessoa com deficiência durante a atuação profissional.

Tabela 8 - Associação entre sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência e ter recebido informações sobre a pessoa com deficiência durante a atuação profissional. Palmeira das Missões/RS, 2017 (n=100).

		Recebeu informação sobre pessoas durante a atuação profissional		Total	Valor P
		Sim % (n)	Não % (n)		
Sente-se capacitado para atender pessoas com deficiência	Sim	71,7 (43)	28,3 (17)	100 (63)	0,065
	Não	53,5 (23)	46,5 (20)	100 (43)	
TOTAL		64,1 (66)	35,9 (37)	100 (103)	

Observa-se na Tabela 8 que ao associar sentir-se capacitado para atender pessoas com deficiência a ter recebido informações durante a atuação profissional verifica-se que não houve associação significativa sobre sentir-se capacitado e ter recebido informação sobre pessoas com deficiência no serviço ($p=0,065$). Com isso, pode-se afirmar que as informações recebidas durante a atuação profissional que versam sobre pessoas com deficiência não estão sendo suficientes para os

participantes da pesquisa sentirem-se capacitados para atender pessoas com deficiência.

Este resultado é preocupante, pois denota duas situações importantes de serem repensadas. A primeira diante na ineficiência das ações de educação por hora desenvolvidas e a segunda acerca da ausência, ou quase ausência do tema atenção as pessoas com deficiência nas agendas das atividades de educação em saúde. Sob esta ótica salienta-se a necessidade de repactuar novas estratégias que provoquem a reflexão dos trabalhadores de saúde e/ou a manutenção e ampliações de atividades que colheram frutos positivos diante da capacitação do profissionais de saúde como o PET.

Na interação entre ensino e serviço o diálogo é elemento fundamental entre as diferentes formas de conhecimento, é preciso compreender essa relação para qualificar a atenção à saúde, especialmente destacada aqui a da pessoa com deficiência. Vendrusculo et al. (2016b) reforçam que este movimento deve ser emancipatório e político, com vistas a transformação.

7.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO ESTRATÉGIA PARA MINIMIZAR AS BARREIRAS DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE PELAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Atender as pessoas com deficiência nos serviços de saúde atualmente é estar sob uma fronteira entre os campos de conhecimento da saúde e da educação. É perceber as inúmeras barreiras presentes no acesso as unidades de saúde por este grupo de usuários. A situação socioeconômica, cultural, as dificuldades no deslocamento, transporte, o tempo despendido na reabilitação, o pouca formação e o reduzido investimento da gestão são algumas das inúmeras dificuldades encontradas no atendimento aos usuários com deficiência nos serviços e saúde. Nesta pesquisa, os trabalhadores de saúde reconhecem estes entraves atitudinais e ambientais quando dizem:

A gente tem rampas de acesso, mas o cadeirante por exemplo precisa de apoio [...] – E

É muito dificultoso pra eles processos simples como entrar e sair dos serviços, até a comunicação – D

Falta conhecimento e preparo para manuseio das pessoas e estrutura [...] o próprio acesso logístico, as ruas, a dificuldade de subir e descer uma calçada [...] - B

Precisa melhor muito ainda a estrutura física, acho que isso é o que mais pode mudar – H

Na zona rural é mais difícil ainda, as unidades não são adaptadas, as pessoas com deficiência estão isoladas e muitas vezes as famílias tem preconceito [...] o transporte de quem precisa da APAE por exemplo, é difícil [...] essas pessoas ficam isoladas [...] como tu vai atender um surdo-mudo, como tu vai fazer uma escuta de um depressivo, por exemplo, ele não fala [...] - M

[...] a gente também sente desafio na comunicação, como a gente vai atender [...] o que a gente tenta fazer é dar prioridade no atendimento [...] - F

As próprias cidades não estão preparadas e excluem essas pessoas [...] a unidade não é diferente a gente recebe deficiente físico, surdo mudo, sego e muitas vezes a gente não consegue se comunicar com eles – I

O conceito de acesso é complexo, mas complementar ao de acessibilidade, como diz Starfield (2002) acessibilidade refere-se a característica de oferta e acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade. Considerando esta ótica ambos aparecem como aspectos da oferta dos serviços e sua capacidade de atender as necessidades da população. Essa tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para o fenômeno é que traz à tona o olhar do materialismo dialético, é na evolução de ideias que se baseia a dialética do mundo (TRIVIÑOS, 2008).

As barreiras estruturais, geográficas e de logística acima mencionadas são pontuadas por Albuquerque et al. (2014) ao dizerem que as barreiras relacionadas à distância estão associadas ao nível de complexidade dos serviços, quanto mais especializados mais distantes estão da população.

O acesso pode ser discutido em duas dimensões de acessibilidade a geográfica e a sócio organizacional (STARFIELD, 2002). A geográfica é determinante para o efetivo uso dos serviços e saúde podendo dificultar ou facilitar o acesso. No estudo de Ursine, Pereira e Carneiro (2017) todos os trabalhadores que integraram o estudo citaram as barreiras geográficas como dificuldades para a o acesso, especialmente o fator limitador do transporte rural que é demorado e de pouca qualidade.

Pensando na barreira da comunicação na pesquisa dos autores supracitados apenas uma unidade de 2.019 analisadas foi encontrada a existência de caracteres em relevo, ou Braille, bem como de figuras, desenhos ou cores para os analfabetos. Castro et al. (2011) verificaram a falta de corrimões, rampas, banheiros adaptados, cadeiras de rodas. Na pesquisa de Silveira, Santos e Costa (2009) realizado em Pelotas/RS 70% dos estabelecimentos da Rede Básica de Assistência à Saúde foram classificadas como precárias.

No Mato Grosso, a análise estrutural das unidades básicas de saúde detectou 39,0% de unidade classificadas como adequadas enquanto estrutura física (PEDROSA; CORRÊA; MANDÚ, 2011). Em estudo multicêntrico de Siqueira et al (2009) em sete estados brasileiros foram verificados déficits arquitetônicos, 59,8% das unidades foram classificadas como não adequadas, verificaram degraus inapropriados e a inexistência de rampas em 63,0% das unidades.

Nesse momento, Triviños (2008) corrobora ao dizer que ao invés de ser um saber específico e limitado a determinado setor do conhecimento é preciso compreender as leis gerais que regem a natureza, a sociedade, o pensamento e confrontar com a realidade para que reflita na consciência. A relação dialética entre usuários, trabalhadores de saúde e serviços torna-se necessária ao passo que está alocado no serviço o espaço de diálogo e, por sua vez promotor de consciência. Consciência esta seja por parte dos usuários com deficiência em relação a sua situação de saúde, seja dos profissionais de saúde diante das demandas destes sujeitos.

Baumgarten; Monteiro e Petersen (2013) em sua pesquisa já afirmavam que dentre os principais motivos para o não atendimento estava a falta de capacitação; o agendamento das consultas, não havendo tempo para atender as pessoas com deficiência; experiências ruins anteriores no atendimento a estes usuários; não se sentir capacitado para o atendimento a estes usuários; não conseguir implementar o atendimento, dentre outros achados. A falta de capacitação e o sentimento de incapacidade para atender as pessoas com deficiência também foi declarada nesta pesquisa, conforme apresentado na Tabela 3 (página 75).

As questões mencionadas acima foram rapidamente associadas a formação em saúde, fato que já se esperava considerando o verificado na Tabela 2 (página 73) deste estudo. Ao ingressar em cursos da área da saúde espera-se

que estes contemplem a atenção à saúde em todas as fases da vida do ser humano, bem como suas especificidades. No entanto, sabe-se que torna-se inviável explorar todas as especialidades e diferenças que os indivíduos em diferentes etapas da vida poderá necessitar em tão curto período de tempo, seja a nível técnico, seja a nível de graduação. Esta situação leva a maioria dos profissionais a buscar por cursos de aperfeiçoamento, atualização e pós-graduação. Pensando nisso, é que ações de educação permanente tomam espaço de destaque na atuação profissional pela possibilidade de manutenção do conhecimento de acordo com as demandas nacionais, regionais e locais de saúde, sejam elas de cunho social, cultural, econômico e/ou político.

A prática e suas forças de ideias podem significar mudanças fundamentais na formação em saúde. Interpretar este fenômeno como integrador e potencializador para tomada de consciência das demandas de saúde permite que o processo de mudança ocorra de forma dialógica. Pode-se observar nos estratos de fala descritos a seguir que a formação, ou melhor a falta dela, ocupa espaço no cotidiano dos serviços de saúde para atenção à pessoa com deficiência.

Quando chega na recepção da unidade, as vezes nem consegue né [...] nossa maior dificuldade é na comunicação, a gente não tem formação [...] - A

[...] não estamos preparados, os próprios cursos não formam par isso [...] os cursos precisariam pensar nisso [...] criar cursos [...] - I

A questão da formação, o UNA-SUS como vários outros cursos [...] são oferecidos, tem variedade [...] pra mim me proporcionou conhecimento [...] - G

Começa pelo acesso físico, mas o acesso para trabalhar com surdo mudo e cego por exemplo é muito difícil [...] e o acesso aos cursos são pouco divulgados [...] a gente também poderia ir atrás, ter alguém as secretaria que pelo WhatsApp divulgasse [...] ta faltando um pouco de nós irmos atrás de qualificação - N

A gente na verdade só vai se dá conta que os cursos são bons quando a gente faz [...] a gente pode ir nos artigos e ir lá estudar - G

O Ministério da Saúde há alguns anos vem adotando estratégias que visam articular a aprendizagem dos cursos da área da saúde ao contexto do SUS. Trata-se de um processo de articulação entre ensino e serviço visando formar

profissionais que atuem de acordo com as necessidades de saúde da população fortalecendo as políticas públicas de saúde.

O Sistema Universidade Aberta do SUS, UNA-SUS mencionado por um dos participantes foi criado em 2010 para atender às necessidades de capacitação e educação permanente dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde. Coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da atuação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e da Fundação Oswaldo Cruz, o Sistema UNA-SUS conta com uma rede colaborativa formada por 35 instituições de ensino superior que oferecem cursos a distância (BRASIL, 2018).

A forma de movimento universal e suas conexões, de acordo com o movimento materialista dialético (TRIVIÑOS, 2008) traz conhecimento, consciência e prática social. No entanto, vale-se dizer que ao se estabelecer relação, correlação e diálogo entre os atores envolvidos tencionam-se distintas perspectivas em prol do mesmo fim – produzir saúde de qualidade. Sendo potente, este movimento gera processos educativos, inovadores e provocadores no trabalho em saúde. Governar a totalidade da realidade é reconhecer a complexidade dos processos (GOMIDE, 2012). Marx já dizia que a dialética é baseada no movimento, tanto do mundo exterior como do pensamento humano.

Frigotto (1991) contribui ao dizer que o grande desafio do pensamento é trazer a essência do fenômeno, do racional para a dialética do real. É neste processo dinâmico que se constitui a concepção de realidade que favorecerá a apreensão de conhecimento. Sob este pensamento a Política de Educação Permanente tem por concepção pedagógica colocar o cotidiano do trabalho, ou a formação em análise, deve possuir porosidade para compor cena com os diferentes atores da prática (BRASIL, 2004; MARANHÃO, MATOS, 2018). Ceccin (2005) corrobora ao dizer que no campo da saúde, constitui estratégia fundamental para recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social da saúde por meio de relações oficiais e regulares com o campo da educação.

O Programa de Educação pelo Trabalho, iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do MS que visou articular ensino e serviço utilizando-se de estratégias reflexivas emergentes dos campos de atuação das unidades participantes do programa ao conhecimento científico, este movimento entre teoria e realidade provocou um enlace de fios, de caminhos e de linhas antes

desconectados. Rézio et al. (2017) afirmam que além de proporcionar a ampliação do cuidado em saúde o PET possibilitou aos profissionais aperfeiçoamento de suas práticas, a partir de fragilidades vivenciadas na atenção à saúde. Para graduação na área da saúde pensar estratégias que capacitem o acadêmico no exercício da profissão para elaborar planejamentos em saúde em diferentes populações (VOLPATO et al.; 2014) é um diferencial que pode amenizar as barreiras de acesso aos serviço de saúde.

Estar capacitado ou, ao menos sensibilizado para acolher as diferentes demandas de saúde e, destaca-se aqui as das pessoas com deficiência foi pontuado neste estudo como uma real possibilidade de ofertar atenção à saúde adequada a estes usuários. Com isso, pode-se dizer que o acolhimento é um mecanismo de inclusão dos usuários, além de ser sensível as demandas, pois nem todas estarão agendadas. A esse respeito Solla (2005) considera que o acolhimento deve romper a lógica hegemônica das agendas pré-definidas e redirecionar a demanda espontânea organizada pelo serviço, de acordo com a oferta programada.

Tesser; Poli Neto e Campos (2010) afirmam que o acolhimento pressupõe avaliação de riscos, vulnerabilidades, eleição de prioridades, percepção de necessidade clínico-biológicas, epidemiológicas e psicossociais para hierarquizar o atendimento de acordo com as necessidades. Os trabalhadores de saúde deram destaque a estas situações como observa-se abaixo.

Receber todos os pacientes, encaminhar quando necessário e como estratégia da família a gente é geral então tentar atender [...] tem que fazer curso, tem que estudar [...] – G

Nós com as condições que a gente possui a gente já consegue incluir, mas a gente precisa de mais tecnologia, existem guinchos, macas [...] precisa investimento [...] a gente exclui por falta de conhecimento, quanto mais conhecimento tu vai acabar incluindo eles [...] é muito importante pensar na inclusão social, na inclusão na saúde [...] – I

[...] sempre tem algo a mais que a gente pode fazer [...] a dificuldade de acesso no posto existe então enquanto tem a gente tenta ir até ele, por exemplo quando ele precisa de atendimento e está em casa [...] priorizar ao atendimento [...] evitar a exposição dessa pessoa [...] tem que pensar no colhimento, na educação continuada, a gente poderia colocar nas nossas reuniões – N

[...] acolher, a gente tenta fazer o que dá sabe [...] - F

Eu tento me colocar no lugar da pessoa – A

Mesmo se colocando no lugar do outro a gente não sabe como eles se sentem – F

O curso contribuiu para eu me sentir capacitado, porque a gente teve uma noção meio que de tudo, aquela noção nem que seja pra gente se comunicar [...] – G

Durante toda formação agente teve noções de humanização, desde que tu faça isso, isso já ajuda, auxilia no atendimento da pessoa com deficiência – B

É muito falha nossa formação, a gente não teve nada – M
Na medicina não tive nada na minha formação e o currículo era para humanização, mas mais na relação médico paciente – F

Observa-se que a inclusão do tema das pessoas com deficiência no ensino em saúde deve ocorrer ao longo do curso, em várias disciplinas, na transversalidade. É importante que a inclusão da atenção à saúde das pessoas com deficiência seja planejada que os professores tenham sua prática pautada em um modelo biopsicossocial (COSTA; KOIFMANN, 2016). Peduzzi et al. (2013) e Fônseca et al. (2014) corroboram ao dizer que o ensino oferecido ainda hoje nos cursos da área da saúde é insuficiente para um conhecimento contextualizado e sobretudo prático para o exercício profissional.

Sustentando-se nestas prerrogativas a gestão em saúde é forte aliada para elaboração de estratégias de intervenção entre ensino e serviço. É ela quem tem poder para acordar, estimular, apoiar e incentivar ações de pesquisa, ensino e extensão que culminem na qualidade da atenção à saúde em parceria com profissionais e instituições de ensino, especialmente programas de educação permanente. No cenário da pesquisa estes pontos ficaram evidentes quando mencionado:

A SMS proporcionar uma capacitação pra gente, porque na hora de atender a gente tenta resolver da melhor forma naquele momento – M

Tem que ter um processo de educação permanente [...] acho que a partir de hoje estando aqui a gente vai atentar, é igual acender um alerta, a gente acaba atentando mais, não vai ser uma capacitação que vai resolver e sim educação permanente – M

Humanizar o atendimento, colocar como uma coisa continua na unidade, colocar isso nas reuniões de equipe, nós mudamos as reunião elas são muito informativas e pouco se constrói em conhecimento isso tem que dar uma mudada, é o local onde tinha que ter um espaço de, aprendizagem de formação [...] que tivesse um tempo pra gente se capacitar para aquele atendimento mais específico, a gente poderia

discutir casos e não está distante não precisa de recurso está mais próximo, é só sentar – G

Colocar isso na ouvidoria, uma ferramenta pra gente estudar, para gente ta levando nas reuniões de equipe – A

O declarado acima durante o GF havia sido constatado também pela Tabela 4 (página 78) quando verificado que 68,5% dos trabalhadores afirmaram que não haver investimento por parte da SMS em ações voltadas para as pessoas com deficiência e, 66,7% dos profissionais do hospital também afirmaram não haver tais ações. Baumgarten; Monteiro e Petersen (2013) apontaram a falta de incentivo da gestão para implementação da atenção à saúde as pessoas com deficiência, em sua pesquisa a partir dos achados com a realização de um curso de capacitação para cirurgiões-dentistas e seus auxiliares para o atendimento a usuários com deficiência em unidades básicas de saúde.

O papel dos gestores deve ser mais amplo e comprometido com a efetivação das políticas públicas voltadas a saúde destes indivíduos (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007). Os gestores tem papel relevante na solução de problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias e efetuar diagnósticos de situações (GOMES et al., 2015). É preciso conhecer o processo de trabalho, o contexto, serviço, os trabalhadores e os usuários para uma efetiva e eficiente gestão. O cuidado em saúde precisa ser planejado, considerando as demandas e os serviços de saúde que devem estar dispostos para tratar tais necessidades, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo de saúde (MORAES; BORTOLOZZI; HINO, 2011).

Sob esta ótica, as reuniões da equipe pontuadas pelos trabalhadores são uma excelente estratégia para refletir sobre a prática e pensar atividades de educação permanente. Ceccin (2005) discorre que as atividades de educação permanente ampliam a percepção dos profissionais de saúde sobre as necessidades/direitos à saúde da população e da universalidade e equidade das ações e serviços de saúde. Trata-se de um momento interno no qual pode-se repassar informações, discutir casos e estudar temas pertinentes as demandas da unidade. Para tanto, estes momentos poderiam ser organizados e pensados para implementar e manter as políticas de saúde para atenção à pessoa com deficiência. Além disso,

durante o GF os integrantes da pesquisa sugerem a organização de grupos de estudos, conforme observa-se nos estratos de fala:

A universidade funciona naquilo q nos faz permanecer ativos, eu percebi isso quando participei no PET, pesquisando e descobrindo os problemas da unidade [...] nós tínhamos nosso núcleo aqui na universidade, mas nós éramos os multiplicadores na nossa unidade, a gente poderia estudar aqui e ser o propagador na nossa unidade, a gente poderia ter metas, encontros mensais [...] – F

Eu acho que deveríamos fazer um grupo de estudos, a gente pode ser disseminador, queira ou não queira a gente vai levar par nossas unidades o que esta sendo discutido aqui – G

Nossas reuniões são para repassar recados [...] ainda temos poucos projeto terapêuticos singulares para discutir [...] – G

As vezes a gente atende os mesmos pacientes e não sabe, nisso acho que o grupo de estudos ia ajudar [...] a gestão precisa acolher essa ideia – D

Na pesquisa de Rézio et al. (2017) as atividades educativas propostas em reuniões quinzenais estabeleceram um momento formal para que a equipe pudesse refletir, discutir e compartilhar conhecimento realizando uma análise crítica das suas práticas. Acredita-se com isso que esta experiência possa ser produtiva também no cenário desta pesquisa, especialmente por ter sido uma sugestão que partiu dos trabalhadores envolvidos. Cunha et al. (2014) contribuem com essa ideia quando trazem no estudo que investigou junto aos trabalhadores atividades que poderiam aprimorar seu processo de trabalho que dentre as sugestões obteve-se capacitações para 23% dos participantes, qualificações para 10% e participação em cursos para 8% dos integrantes do estudo.

A reflexão teórica sobre a realidade deve ocorrer em função de uma ação para transformar, o materialismo histórico-dialético conforme Frigotto (1991) fundamenta-se nessa premissa, de produzir conhecimento crítico e alterar a realidade anterior. O enfoque é buscar na compreensão do humano e das suas produções a concepção de realidade na sua essência. Apesar do exposto, a formação ainda deixa a desejar na construção de saberes sobre a pessoa com deficiência, o que reflete ainda a fragilidade da política. É preciso mudar o foco e enfrentar o desafio de construir novas práticas de saúde que promovam atenção à saúde acolhedora e solidária. Gomide (2012) completa ao dizer que ao estabelecer as máximas relações possíveis para desvelar o real na busca de

conexões entre distintos aspectos caracterizam uma realidade o fenômeno investigado passa a ser visto em sua totalidade.

7.3 REDE DE ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA – DESATANDO NÓS NO ENTRELACE DE FIOS

Com a criação das Redes de Atenção pela Portaria nº 793 (BRASIL, 2012c) cria-se a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do SUS. Com o objetivo de ampliar o acesso, promover o vínculo e garantir a articulação e integração dos pontos da rede esta portaria operacionaliza a implementação de ações e serviços básicos e especializados em prol do usuário com deficiência. Quando questionados sobre os pontos da rede acessados pelos usuários do SUS os participantes da pesquisa construíram o desenho da rede para pessoas com deficiência que necessitam de avaliação, reabilitação e acompanhamento para órteses, próteses e cadeiras em Palmeira das Missões:

Figura 6 - Rede para pessoas com deficiência que necessitam de avaliação, reabilitação e acompanhamento para órteses, próteses e cadeiras em Palmeira das Missões/RS.



Fonte: (produção da pesquisa)¹³

¹³ Descrição: à direita, imagem de seis bonecos (pessoas) com diferentes deficiências cada um de uma cor e com roupas coloridas, alguns de mãos dadas, duas delas estão sob cadeira de rodas, no centro imagens que representam alguns serviços e saúde, sendo descrito ao lado o serviço. De

De acordo com o desenho da Rede (Figura 6) realizado pelos profissionais de saúde ao chegar na unidade um usuário com deficiência que necessita de algum encaminhamento referente a avaliação ortopedia e otorrinolaringologia estes são encaminhados para avaliação no serviço de referência em Tenente Portela e, caso necessite já de cadeira de rodas ou de próteses antes passa pelo serviço de Assistência Social para realizar os encaminhamentos de custeio. Vindo do serviço de referência o usuário deve ter em posse uma avaliação/encaminhamento/atestado para que na ESF se possa acompanhar seu caso e fazer outros encaminhamentos quando necessários. A exemplo disso seria o seguimento de reabilitação para o serviço de Fisioterapia e também para a 15ª CRS para solicitação de cadeiras para locomoção.

A lacuna neste processo está, por vezes, no primeiro retorno do serviço de reabilitação, pois nem sempre a pessoa com deficiência retorna a ESF para socializar sua situação com a equipe de saúde. Aqui se denota um nó da Rede ocasionado possivelmente pela falta de comunicação entre usuário e serviço e, pelo pouco controle sobre os encaminhamentos. Porém, é preciso dizer que sobre esta última questão a gestão da saúde local executou melhoras e durante a pesquisa as equipes relatam avanços.

Em 2012, quando um usuário com deficiência recebia atendimento pelos serviços do SUS era encaminhado a SMS, onde seria realizada a solicitação para avaliação por uma unidade de reabilitação (RIO GRANDE DO SUL, 2012). Atualmente, no município de Palmeira das Missões, ao ingressar na ESF o usuário que necessitar de alguns destes encaminhamentos é cadastrado diretamente no Sistema de Centrais de Regulação que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Regional. Este fato aproximou o serviço ao usuário e facilitou o acompanhamento dos encaminhamentos.

cima para baixo consta a imagem da Estratégia de Saúde da Família representada por dois adultos, uma criança, uma casa e um prédio; o Serviço de Assistência Social está representado por um tocha ao centro com fogo e uma balança de cada lado; a imagem de um arco/pórtico da entrada da cidade de Tenente Portela; novamente a imagem da Estratégia de Saúde da Família; logo do Serviço de Fisioterapia identificado por duas cobras verdes entrelaçadas ao redor de uma chama de fogo amarela e por fim a imagem de um usuário de cadeira de rodas representado a 15ª Coordenadoria de Saúde. No canto esquerdo da imagem tem-se uma seta azul de cima para baixo, ao lado dos serviços, expondo a ideia de ordem.

Dubow (2017) diz que os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção classificados de acordo com sua complexidade, mas que sem comunicação não atingem a integralidade da atenção à saúde. Esta por sua vez é assegurada em todos os níveis de atenção de forma universal e igualitária de acesso (BRASIL, 2015b). A rede necessita interligar-se e, seus arranjos dialogarem para que o fluxo aconteça, é preciso articulação entre e nos pontos da Rede.

Referente aos atendimentos oftalmológicos a Rede está organizada conforme a Figura 7:

Figura 7 - Rede para Atendimento Oftalmológico¹⁴



A Figura 7 traz o desenho da Rede de Atendimento Oftalmológico para Palmeira das Missões/RS e, nela observa-se que não há um retorno do usuário para o serviço de referência, ou seja, a ESF. Este fato leva a repetição da mesma situação acima mencionada, o que significa dizer que nem sempre ocorre a ciência do serviço sobre a avaliação realizada. Pontualmente nessas situações sugere-se que quando a ESF realizar tais encaminhamentos seja feito um controle além do SISREG. Pretende-sugerir com isso que os ACS façam uma vista para solicitar o retorno da consulta já que ainda não possuímos comunicação entre os serviços de forma informatizada.

Outro ponto a ser melhorado é a descentralização do agendamento do transporte, para que o usuário não precise se deslocar até a SMS para realizar a reserva do carro para o dia da consulta/avaliação. Concomitantemente a isso é preciso aperfeiçoar o acompanhamento e avaliação dos usuários com deficiência,

¹⁴ Descrição: Imagem de retângulos de fundo laranja claro, dispostos de forma sequencial da esquerda para direita referente a Rede para Atendimento Oftalmológico no município de coleta de dados. Primeiro retângulo laranja claro identifica a ESF, o segundo a SMS, o terceiro o atendimento de um oftalmologista no município e o quarto e último o Serviço de Referência em Passo Fundo/RS.

seja para identificá-los, seja para (re)conhecer suas necessidades. Cada serviço possivelmente terá suas características de demanda e, com isso prioridades de investimento e pontos a serem melhorados.

Aplicações financeiras seriam e serão importantes, mas pode-se dizer que diante do constatado neste estudo ações de educação permanente pensadas como estratégia de apoio para qualificar a comunicação e capacitar teoricamente a equipe poderiam se configurar em uma solução viável para qualificar a atenção as pessoas com deficiência e fortalecer as políticas públicas para produção de espaços preparados para esta demanda.

Albuquerque et al. (2014) encontraram 30,7% de afirmativas pelos profissionais de saúde analisados dizendo que os usuários saem com ficha de encaminhamento e orientação para procurar um serviço ou profissional especializado, com fluxos e referências pactuadas pela gestão. Além disso, encontraram diante da existência de fluxo institucional de comunicação entre as equipes da atenção básica (discussões de caso, reuniões técnicas, fichas de referência e contra referência, tele saúde, dentre outros) que apenas 43,6% aplica. Observou-se também baixa comunicação entre os serviços básicos. Na pesquisa de Cunha et al. (2014) os sujeitos manifestaram ainda a necessidade de mais informações, de reuniões e de melhorias na comunicação entre trabalhadores para a superação das dificuldades no cotidiano do seu trabalho. Este fato também foi verificado neste estudo, como já mencionado, o que sucinta refletir e repensar atitudes, posturas e ações que favoreçam o diálogo entre os setores envolvidos.

Sobre determinadas situações trazidas acima provenientes da discussão sobre a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência seguem alguns estrados de fala dos profissionais integrantes da pesquisa:

O sistema mudou pela necessidade do paciente, que conhece sua urgência e a gente precisa se adaptar. A

[...] criar comunicação entre os serviços, criar um canal [...] – F

A rede se forma pelo vínculo. M

Existem situações que mandamos para APAE porque é tudo junto lá e na SMS é desorganizado. D

A descentralização foi bem melhor, com o SISREG, sabe o que foi, quem foi consultar e porquê. H

Almeida et al. (2013) acreditam que a promoção de maior contato pessoal e de relações diretas entre os trabalhadores propicia o desenvolvimento de uma cultura de colaboração. Esta situação foi percebida durante a execução do PET – Redes de Atenção no município, que com três linhas de atenção contempladas logrou realizar encontros que promoveram o diálogo entre os serviços, ente os profissionais, estreitando a comunicação, aproximando casos, enfim contribuindo para operacionalização de diferentes espaços e atores em prol da qualidade da atenção à saúde. Acredita-se que por este estudo ter sido realizado no mesmo local tenha sido uma potencialidade, visto que mais uma vez houve desacomodação para as questões da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

Este movimento reforça a ideia de que o materialismo histórico-dialético tem seu enfoque teórico, metodológico e analítico para compreender a dinâmica e as transformações da sociedade (TRIVIÑOS, 2008; GOMIDE, 2012). Como disse um integrante da pesquisa “o sistema mudou” e sobre esta situação é preciso constantemente se reinventar, criar novas formas de perceber o outro e suas necessidades. Por vezes, também este processo e sua dinamicidade trazem contradições e contrapontos pertinentes ao confrontarmos as políticas públicas e a realidade, especialmente a relatada nesta pesquisa.

A implicação de tais atores e a disposição em fazer uma política pluralista de forma ascendente são decisivas para que a Rede da Pessoa com Deficiência se consolide (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). O cuidado esta pensado em rede e os serviços em linhas e, estes por sua vez dispostos nos territórios. Os mesmos autores dizem que a atenção em saúde focada no território amplia a possibilidade de equidade e de cuidado integral à pessoas com deficiência. Com isso, pode-se dizer que a articulação entre os pontos de rede a partir de necessidades concretas de saúde parece promissor dentro do sistema de saúde para qualidade da atenção à pessoa com deficiência.

Diante disso, elaborou-se o Quadro 5 a baixo com as convergências entre as políticas de saúde e educação contrapostas aos nós encontrados nesta pesquisa.

CONVERGÊNCIAS ENTRE SAÚDE EDUCAÇÃO	DESCRIÇÃO DOS NÓS
Nomenclatura - Pessoa com Deficiência	Falta de sustentação teórica sobre os conceitos de deficiência e seus tipos.
Propósito – Acesso Universal e Igualitário	Precárias condições de acesso estrutural e poucas ações pensadas para a acessibilidade funcional.
Diretrizes	Distanciamento entre o discurso teórico e as ações práticas.
Equipe	Emaranhado de fios desconexos desde a formação profissional até as ações de educação permanente.
Acesso	Barreiras na formação e na gestão dos serviços de saúde.
Educação Permanente – Política Pública vigente desde 2004	Ausência nas metas do serviço, sentimento de incapacidade dos profissionais para atender esta demanda e pela falta de ações educativas durante o exercício profissional.
Responsabilidades institucionais – Acolher	Repactuar as linhas que compõem a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.
Acompanhamento e avaliação	Pouco diálogo entre os serviços para a verificação das demandas, conhecimento dos usuários e das suas necessidades.

Quadro 5 - Convergências entre as políticas de saúde e educação contrapostas aos nós encontrados nesta pesquisa.

O Quadro 5, que compila os achados desta pesquisa traz pontos pertinentes para serem trabalhados pela educação e gestão na saúde. É preciso pensar criticamente sobre o encontrado e discutir o contexto social e político no qual o fenômeno acontece.

Esse movimento dialético entre o disposto nas legislações vigentes no setor saúde e educação e o vivido nos serviços de saúde precisa estar na agenda. Com isso, pretende-se colocar em voga que os contrapontos reconhecidos pelos trabalhadores de saúde integrantes desta pesquisa necessitam compor estratégias que culminem em ações que qualifiquem a atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Gomide (2012) reforça ao pontuar que o materialismo histórico dialético pauta-se por uma postura de transformação da realidade, na qual uma reflexão

implica em movimento e mudança, não somente na análise crítica. A dialética articula a todo instante teoria e prática. Considera-se com isso que a implementação das políticas públicas de saúde e educação necessitam ser compreendidas em sua totalidade social, política, cultural e econômica para serem consumidas, ou seja, para que sejam provocadoras da transformação da realidade.

A dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow-shaped banner points to the right, containing the section title.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Several thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the bottom left corner and extend upwards and to the right, creating a sense of movement and flow.

No movimento dialético entre os campos da saúde e educação se produz atenção, se produz ensino, se produz saúde, se constituem indivíduos. É no estreitamento entre territórios e núcleos que os princípios das políticas públicas vigentes farão constructos pertinentes a seus usuários. Nesse sentido, sob a ótica da educação permanente há interlocução entre teoria e prática, configurando-a como estratégia de ação para desatar nós e qualificar a atenção e gestão na saúde e educação.

Fernanda Sarturi

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta pesquisa o que fica é a certeza de ter contribuído com meu crescimento pessoal e acadêmico, além de ter logrado responder a hipótese e aos objetivos deste estudo, que irão fomentar a produção de saúde nos serviços de atenção e aquecer as discussões na formação em educação no que tange as pessoas com deficiência. Tornou-se evidente a lacuna na produção do conhecimento sobre a temática quando verificou-se a pouca produção científica, este talvez tenha sido o maior entrave da pesquisa.

Perceber a dialética presente entre os campos da saúde e educação, entre as políticas vigentes e o vivenciado cotidianamente nos serviços e saúde trouxe ainda mais desacomodação. Há um espaço entre estes campos, onde não há diálogo, no qual não se produz, onde os atores envolvidos não tem protagonismo. Sob este aspecto, compreender as barreiras existentes no acesso aos serviços de atenção à saúde de Palmeira das Missões/RS sob a ótica dos trabalhadores de saúde possibilitou a parada e a reflexão sobre a atenção à estes usuários. Os profissionais a partir disso pontuaram a falha no acesso, a falta de formação, o transporte deficitário, a dificuldade de comunicação e de identificar os usuários, a acessibilidade estrutural/arquitetônica e funcional (acesso), a falta de iniciativa dos trabalhadores para capacitação, a alta demanda de atendimentos, ausência do tema nas reuniões de equipe e nas metas dos serviços e apoio da gestão como as principais barreiras na atenção à pessoa com deficiência.

Identificadas as barreiras de acesso foi possível construir o desenho da Rede de Atenção à pessoa com deficiência e, então descortinar potencialidades e fragilidades. Destacaram-se aqui como potências a importância das ESFs, de uma equipe completa, dos ACS, o reconhecimento da rede e dos encaminhamentos e, a implementação do SISREG. Como entraves a falta de referência e contra referência, a pouca ou nenhuma conexão entre os pontos da rede, a sobrecarga do serviço, o tempo, a falta de sistema interligado entre unidade básica e hospital, a baixa comunicação e até o isolamento.

Como possibilidade de avanços na atenção à saúde das pessoas com deficiência os trabalhadores de saúde de Palmeira das Missões reconheceram a educação continuada como ferramenta para ampliar o acesso a estes usuários

aos serviços de saúde, além do apoio da gestão. Este constructo da pesquisa possibilitou afirmar a hipótese desta tese. Sendo identificada pelos integrantes da pesquisa como estratégia para capacitar-se e comunicar-se. Afirma-se, portanto, que é preciso ampliar os espaços de diálogos entre as equipes da atenção básica e especializadas e consolidar um processo sistemático de discussão entre os pontos da rede e nos pontos de rede.

Pensando nisso, para implementar e manter a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência em consonância com a Lei Brasileira de Inclusão atendendo aos preceitos das questões de inclusão educacional e social sugere-se a organização de projetos de ensino, pesquisa e extensão que possam auxiliar os trabalhadores e futuros trabalhadores na atenção à saúde das pessoas com deficiência, de forma que os profissionais sejam os propagadores do conhecimento produzido para as unidades de saúde.

Olhando ainda mais para minha ceara é preciso sensibilizar e comprometer docentes e gestores e, para tanto os Ministérios da Saúde e Educação sobre o tema da pessoa com deficiência e sua inclusão, a fim de que se possa torná-lo transversal nos currículos contribuindo para qualidade da atenção à saúde da pessoa com deficiência. Para tanto, planos educativos precisarão ser implementados junto aos docentes para que se instrumentalizem e percebam o movimento dialético entre as políticas públicas de saúde e educação e sua implementação. Expandir o diálogo acadêmico pode contribuir para qualificar os profissionais e ativar a interlocução entre os campos da saúde e educação. Pretende-se dizer com isso que um dos produtos desta tese será a elaboração de um seminário ou curso de capacitação docente sobre acessibilidade, acesso e inclusão. Minha trajetória acadêmica permite inferir tal necessidade para o meio docente, tanto pela falta de suporte teórico disponível sobre a temática, tanto como pelas demandas que chegam nas instituições de ensino. É preciso viver este processo de forma ampla e multiprofissional para que com o passar do tempo ele se torne vivenciado, experienciado.

A cada ano que passa os avanços políticos no campo da saúde e educação tornam o cotidiano de trabalho ampliado sob a perspectiva da multiplicidade de prismas que se deve perceber o ser humano nas suas diferentes etapas de vida. Fica notória a premissa do comprometimento, da dedicação, da humanidade!

Ainda é grande a lacuna entre o posto na legislação e o dia a dia nos serviços de saúde, após a pesquisa pode-se afirmar que as barreiras de acesso aos serviços de saúde estão fortemente relacionadas a atitudes individuais e coletivas. Ou seja, tanto é necessário sensibilizar os trabalhadores de saúde da necessidade de formação para atenção a estes usuários como ações de gestão coletivas para melhorar as condições estruturais e atitudinais. É preciso um olhar permanente para as políticas voltadas para a saúde das pessoas com deficiência, uma vez que denota-se a ampliação do acesso aos serviços e de ações educativas para este atendimento.

Por fim, minha tese é de que no movimento dialético entre os campos da saúde e educação se produz atenção, se produz ensino, se produz saúde, se constituem indivíduos. É no estreitamento entre territórios e núcleos que os princípios das políticas públicas vigentes farão constructos pertinentes a seus usuários. Nesse sentido, sob a ótica da educação permanente há interlocução entre teoria e prática, configurando-a como estratégia de ação para desatar nós e qualificar a atenção e gestão na saúde e educação.

A dark blue vertical bar runs down the left side of the page. A blue arrow-shaped banner points to the right, overlapping the vertical bar. The word "REFERÊNCIAS" is written in white, bold, italicized capital letters inside the arrow.

REFERÊNCIAS

A series of thin, curved lines in shades of blue and grey originate from the bottom left corner and sweep upwards and to the right, creating a sense of movement and depth.

A leitura do mundo precede a leitura da palavra.

Paulo Freire

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, M. do S. V. et al. Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-36, 2013.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. de. Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 182-194, out., 2014.
- ALMEIDA P. F. et al. Estratégias de Integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400-415, 2013.
- AMARAL, F. L. J. dos S. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, July 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>.
- ANDRÉ, M. E. de. Etnografia da prática escolar. 7. ed. Campinas/SP: Unesp, 1995.
- ASCHIDAMINI, I. M.; SAUPE, R. Grupo Focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n 1, p. 01-06, 2004.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 2011.
- BAUMGARTEN, A; MONTEIRO, A. P. S.; PETERSEN, R. C. Curso de Capacitação para Cirurgiões-Dentistas no Atendimento à Pessoa com Deficiência e Necessidades Especiais do Estado do Rio Grande do Sul: Perfil do Cirurgião-Dentista, Trajetória no Serviço e Cobertura dos Municípios. **Rev. Fac. Odontol.**, Porto Alegre, v. 54, n. 1-3, p. 19-23, jan./dez., 2013.
- BATISTA, C. B. **Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades**. Barbaroi. 2013.
- BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988.
- BRASIL a. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990a. Dispõe sobre as considerações para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990a. (Sessão 1, p. 18055).

BRASIL. **Declaração Mundial sobre Educação para Todos:** plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. UNESCO, Jomtiem/Tailândia, 1990b.

BRASIL. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: UNESCO, 1994.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**, LDB 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

BRASIL. **Decreto nº 3.298**, de 20 de dezembro de 1999a. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 1999a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm.> Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Trata das Diretrizes Curriculares Nacionais para Educação Profissional de Nível Técnico.** Brasília, DF, Sala de Sessões, 5 de Out. 1999b.

BRASIL. Ministério da Educação. **Referências curriculares nacionais da educação profissional em nível técnico – área da saúde.** Brasília: Ministério de Educação, 2000.

BRASIL. **Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica.** 2001a

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 1.300, de 04 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia. **Diário Oficial da União.** Brasília (DF), Seção 1, p. 25, 2001b.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 1.210, de 10 de dezembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. **Diário Oficial da União.** Brasília (DF), Seção 1, p. 22, 2001c.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 1.133, de 03 de outubro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. **Diário Oficial da União.** Brasília (DF), 2001d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 818, de 05 de junho de 2001. Implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. **Diário Oficial da União,** Brasília (DF), 2001e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução Diretiva Colegiada - RDC nº. 50, de 21 de fevereiro de 2002a. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e

avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Diário Oficial da União** [da União da República Federativa do Brasil], Brasília, 20 mar. 2002a.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002b. **Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências.** 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.635, de 12 de setembro de 2002. Incluir procedimentos no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIASUS. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. **Perfil de competências profissionais do agente comunitário de saúde** – documento preliminar. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – Polos de educação permanente em saúde.** Brasília (DF): MS; 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.073/GM, de 28 de setembro de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.** 2004c. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM2073.htm>>. Acesso em: 10 de dez. de 2017.

BRASIL. **Norma Regulamentadora 9050 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos.** Brasil, 2004d.

BRASIL. **Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência**, 2007a. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências.** Brasília (DF): MS; 2007b.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Brasília: 2008a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeducespecial.pdf>> Acesso em: 16 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Série e Legislações em Saúde. 1. ed. Editora Ministério da Saúde: Brasília (DF), 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. 52 p.: il. color – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf > Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. **Decreto Nº 186, de 09 de julho de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: MEC, 2008d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2008e

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume9.pdf.> Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2010a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da pessoa com Deficiência. **Resultados Preliminares da Amostra/Censo 2010**. 2010b. Disponível em: <<http://pessoacomdeficiencia.gov.br/app/indicadores/censo-2010>.> Acesso em: 13 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010. 2010c.

BRASIL. Decreto 7.612 de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites**. 2011a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 5, de 15 de março de 2011b. **Institui as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia.** Diário Oficial da União. Brasília – Seção 1 – p. 19. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2838**, de 1º de dezembro de 2011. Institui o programação visual padronizadas das Unidade de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.612. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.** 2011d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei 466 de 12 de dezembro de 2012a. **Diretrizes e normas regulamentadores de pesquisas envolvendo seres humanos.** Disponível em: <
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html>
Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde), 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 25 de abr. 2012. Seção 1, p. 94-95, 2012c.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Censo Demográfico 2010** – Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. 2012d. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf Acesso em: 2 fev. 2018.

BRASIL. **Plano Nacional de Educação (PNE) 2014-2024.** Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014, que aprova o Plano Nacional de Educação (PNE) e dá outras providências. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014a. 86 p. Série legislação, n. 125. Disponível em: <<http://www.observatoriodopne.org.br/uploads/reference/file/439/documento-referencia.pdf>> Acesso em: 14 maio 2015.

BRASIL. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Aprova o Plano Nacional de Educação - PNE e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF), 2014b.

BRASIL. Associação Brasileira de Normas Técnicas – **NBR 9050** - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 3. ed. Rio de Janeiro, 2015a. Disponível em: <<http://www.sdh.gov.br/assuntos/bibliotecavirtual/pessoa-com-deficiencia/publicacoes-2015/pdfs/norma-brasileira-abnt-nbr-9050-1>> Acesso em: 31 jul. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015b.

BRASIL. **UNA-SUS**. Disponível em: < <https://www.unasus.gov.br/institucional> >. Acesso em: 10 fev. 2018.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor e o método Paidéia**: a produção de valores de uso, a construção de sujeitos e a democracia institucional. Tese de livre-docência. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas/SP, 2000a.

CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 5, v. 2, p. 219-230, 2000b.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000c.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.

CASTRO, S. S. et al. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 99-105, 2011.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005. Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaopermanente.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2017.

CHIESA, A. M.; CIAMPONE, M. H. T. **Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais**. A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESEC. Brasília: ABEN, 1999, p. 306-324.

COMTE, M. Três milhões de desempregados. In: BESSON, J. L. (Org.). **A ilusão das estatísticas**. São Paulo: Unesp, 1995.

CORRÊA, A. C. de P. et al. Acesso a serviço de saúde: olhar de usuários de uma unidade de saúde da família. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), set; n32, v 3, p. 451-457, 2011.

COSTA, C. M. M. de, et al. Contribuições da pós-graduação na área da saúde para a formação profissional: relato de experiência. **Saúde e Sociedade São Paulo**, v. 23, n. 4, p. 147-148, 2014.

COSTA, L. S. M. de; KOIFMAN, L. O ensino sobre deficiência a estudantes de medicina: o que existe no mundo? **Revista Brasileira de Educação Médica**, n. 40, v. 1. P. 53-58, 2016.

CRUZ, D. M. et al. Redes de apoio à pessoa deficiência física. **Rev. Ciência y Enfermería**, n XXV, v. 1, p. 23-33, 2013.

CUNHA, A. B. O.; SILVA, L. M. V. da. Acessibilidade aos serviços e saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 26, v. 4, p. 725-737, abril, 2010.

CUNHA, A. Z. S. da et al. Implicações da Educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina/Pr, v. 15, n. 4, p. 64-75, out.-dez., 2014.

DANTAS, T. R. A. et al. **Percepção dos profissionais de enfermagem acerca da comunicação com deficientes sensoriais**. In: Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 2012. Disponível em: <<http://apps.cofen.gov.br/cbcentf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41950.E10.T8034.D6AP.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2017.

DONABEDIAN, A. **Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica**. 1. ed. Espanhola. México: Ed. Biblioteca de la Salud, 1988.

DONABEDIAN, A. **An introduction to quality assurance in health care**. New York: Oxford University, 2003.

DUBOW, C. **Análise da implementação da rede de cuidado à saúde da pessoa com deficiência na 28ª região de saúde do Estado do Rio Grande do Sul**. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado. Universidade de Santa Cruz, Santa Cruz do Sul, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2010. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>> Acesso em: 3 mar. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Palmeira das Missões**. 2016. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/palmeira-das-missoes/panorama.>> Acesso em: 31 jul. 2017.

FERRARO, A. R. Quantidade e qualidade na pesquisa em educação, na perspectiva da dialética marxista. **Pro-Posições**, Campinas, v. 23, n. 1 (67), p. 129-146, jan./abr. 2012.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p.24-27, 2003.

FINKLER, M.; CAETANO, J. C.; RAMOS, F. R. S. Integração “ensino-serviço” no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, São Paulo, v. 15, n. 39, p. 1053-1067, out./dez., 2011.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.) **Metodologia da Pesquisa Educacional**. São Paulo: Cortez, 1991.

FÔNSECA, G., S. et al. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. **Interface Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu/SP, v. 18, n. 50, p571-583, 2014.

GAMBOA, S. S. Quantidade-qualidade: para além de um dualismo técnico e de uma dicotomia epistemológica. In: SANTOS FILHO, J. C. dos; GAMBOA, S. S. **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009. 88p.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A dos. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem (Online) [online]**, Porto Alegre, v. 32, n.2, p.378-84, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000200023&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 31 jul. 2017.

GRAWITZ, A. **Méthodes des sciences sociales**. 10. ed. Paris: Dalloz, 1996.

GOMES, R. N. S. et al. Avaliação da estrutura física de Unidades Básicas de Saúde. **Rev. Rene**, set. – out., n. 16, v. 5, p. 624-630, 2015.

GOMIDE, D. C. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais**. 2012.

Disponível em:

http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/<2/artigo_simposio_2_45_dcgomide@gmail.com.pdf.> Acesso em: 3 mar. 2018.

KIND, L. Notas para o trabalho com técnica de grupos focais. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-36, jun., 2004.

KIND, L. Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.10, n.15, p.124-36, 2004.

KITZINGER, J.; BARBOUR, R. S. *Introduction: the challenge and promise of focus groups*. In: KITZINGER, J., BARBOUR, R. S. (Orgs.) **Developing focus group research: politics, theory and practice**. London (UK): Sage; 1999. p.1-20.

KITZINGER, J. Focus groups with users and providers of health care. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Qualitative research in health care**. 2. ed. London: BMJ Books, 2000.

LAZZAROTO, E. M. **Competências essenciais requeridas pelo gerenciamento de unidades básicas de saúde**. 2001. Dissertação (Mestrado

em Engenharia de Produção). Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

LEOPARDI, M.T. Correntes de pensamento na ciência e na pesquisa. In: LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. 2. ed. Florianópolis: Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, 2002. p. 63-92.

LIMA, L. B.; JURDI, A. P. S. Empregabilidade de pessoas com deficiência no município de Santos/SP: mapeamento de políticas públicas e práticas institucionais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, Marília, v. 20, n. 4, p. 513-524, out.-dez., 2014.

LOBO, L. F. **Os infames da história: pobres, escravos e deficientes no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2015.

LOPES, M. J.; J. dos S. F. SOARES; G. BOHUSCH. Usuários portadores de deficiência: questões para a atenção primária de saúde. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 28, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/8496>.> Acesso em: 31 jul. 2017.

MACHADO, M. H. Mercado de trabalho em saúde. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs.) **Observatório de recursos humanos em saúde: estudos e análises**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

MAIA, E. R. et al. Competências do Agente Comunitário de Saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental. **Rev. Enfermagem**, UERJ, Rio de Janeiro, n 17, v. 4, p 485-490, out/dez, 2009.

MARANHÃO, T.; MATOS, I.B. Vivências no Sistema Único de Saúde (SUS) como marcadoras de acontecimento no campo da Saúde Coletiva. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v.22, n. 64, p. 55-63, 2018.

MEIRELLES, B. H. S. **Redes sociais em saúde: desafio para uma nova prática em saúde e enfermagem**. Trabalho apresentado para Concurso Público ao cargo de Professor Adjunto. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 21, v. 3, p. 898-906, maio-jun, 2005.

- MORAES, P. A.; BORTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 1, p. 19-25, 2011.
- MOREIRA, C. O. F.; DIAS, M. S de A. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 40, n. 3, 300-305, 2015.
- MORGAN, D. L. **Focus group as qualitative research**. London: Sage, 1997.
- MOURA, B. L. A. et al. Atenção primária à saúde: estrutura das unidades como componente da atenção à saúde. **Revista Brasileira Materno Infantil**, n. 10, v. suplementar, p. 69-81, 2010.
- NIDECK, R. de L. P.; QUEIROZ, P.P. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. **Trabalho educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 159-179, jan./abr., 2015.
- OSMO, A.; SCHRAIDER, L. B. O campo de Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, suple.I, p. 205-218, 2015.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, v. 40, n. 75, p. 5-30, 1999.
- PEDROSA, I. C. F.; CORRÊA, A. C. P.; MANDÚ, E. N. T. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepção de enfermeiros. **Ciência e Cuidado em Saúde**, n. 10, v. 1, p. 58-65, 2011.
- PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional em saúde: a interface entre trabalho e educação**. 1998. Tese (Doutorado) Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP, Campinas, 1998.
- PEREIRA, J. C. R. et al. **Análise de dados qualitativos. Estratégias metodológicas para ciências da saúde, humanas e sociais**. São Paulo: EDUSP, 1999.
- PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola**. Traduzida para o português por Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. 93p.
- PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Orgs.) **O professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. São Paulo: Cortez, 2002.
- POLIT, F. D.; BECK, T. C. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIBNITZ, K. S. et al. Reorientação da formação do enfermeiro: análise a partir dos seus protagonistas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 37, esp 68457, 2016.

REHEN, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 16, v. 12, p. 4755-4766, 2011.

RÉZIO, L. de A. et al. O Pet-Redes como transformador das práticas profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Interface – Comunicação Saúde e Educação**, v. 21, n. 60, p. 89-98, 2017.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. **Guia de serviços do SUS para pessoas com deficiência**. Cartilha Deficientes.indd.2012. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171021/10112121-1346251429-cartilha-deficientes-31-07.pdf>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução nº 283 – CIB/RS. Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul. 2013.

RIO GRANDE DO SUL. SECRETARIA DE SAÚDE. Políticas de saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/saude-da-pessoa-com-deficiencia>>. Acesso em: 18 dez. 2017.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun., 2004.

SARTURI, F. PAVÃO, S. M. de O. Rede de Atenção à Saúde para Usuários com Deficiência. In: **Atendimento Educacional Especializado: aprendizagem, saúde e inclusão**. PAVÃO, S. M. de O.; PAVÃO, A. C. de O. (Org). UFSM: Editora Experimental PE.com, 2018. p. 221-232.

SETUBAL, J. M.; FAYAN, R. A. (Org.). **LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – COMENTADA**. Campinas: Fundação FEAC, 2016.

SILVA, L. O. L. e. et al. Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare em Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 654-660, out./dez., 2011a.

SILVA, J. E. S. et al. Acessibilidade geográfica à atenção primária à saúde em distrito sanitário do município de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira Saúde Mater Infantil**, v. 1, n.10, p. 49-60, 2011b.

SILVA, A. T. M.; BARROS, S. O trabalho de enfermagem no hospital dia na perspectiva da reforma psiquiátrica em João Pessoa – Paraíba. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 310-316, 2005.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n5/12366.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção Pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, n. 25, v. 1, p. 12-19, 2009.

SIQUEIRA, F. C. V. et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 39-44, 2009.

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

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 493-503, 2005.

TECHNOLOGIES, L. **Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22.0 for Windows**. Avaliado em: <http://www.spss.com>, 2015.

TELLES, M. W. P.; ACRE, V. A. R. Formação e PET-Saúde: experiências de estudantes de fonoaudiologia na Bahia. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 3, p. 695-706, maio-jun., 2015.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P. P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, suppl. 3, p 3615-3624, 2010.

TRAVASSOS. C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz/CEBES, 2008.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo**. São Paulo, SP: Atlas, 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, campus Palmeira das Missões. PET – Redes de atenção Departamento de Ciências da Saúde. **Projeto Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET Saúde/Redes de Atenção à Saúde** da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) - Campus Palmeira das Missões, 2013.

URSINE, B. L.; PEREIRA, E. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica.

Interface – Comunicação Saúde e Educação. Botucatu, 2018. Disponível em: www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-576220160666.pdf. Acesso em: março de 2018.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 443-454, mar./abr. 2007.

VENDRUSCULO, C. et al. A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 25, n. 1, e2530013, 2016a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/0104-0707-tce-25-01-2530013.pdf> > Acesso em: 31 jul. 2017.

VENDRUSCULO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação em saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, n. 20, v. 59, p. 1015-1025, 2016b.

VOLPATO, S. et al. A construção do conhecimento pelo acadêmico de odontologia sobre paciente especial: relato de experiência. **Ação Odonto**, v. 2, n. 1, p. 47-59, 2014.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminilização. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 45, maio, p. 54-70, Rio de Janeiro, 2010.

WIKIPÉDIA. **Palmeira das Missões**. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Palmeira_das_Miss%C3%B5es> Acesso em: 31 jul. 2017.



APÊNDICES



APÊNDICE A – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador responsável: Silvia de Oliveira Pavão

Pesquisador doutorando: Fernanda Sarturi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-Graduação em Educação - Doutorado em Educação - UFSM

Telefone e endereço postal completo: Avenida Roraima, 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria/RS Fone (55) 3220-9622. Endereço eletrônico silviamariapavao@gmail.com

Local da coleta de dados: Palmeira das Missões/RS

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, que serão coletados por meio de questionários, gravações sonoras e registros escritos do grupo focal em Palmeira das Missões/RS. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, no decorrer da execução do presente projeto e que as mesmas somente serão divulgadas de forma anônima, bem como serão mantidas no seguinte local - Avenida Roraima, 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria/RS Fone (55) 3220-9622., por um período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador orientador/responsável. Após este período os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria,.....dede 2017.

.....

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO¹⁵**

Título do estudo: BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador responsável: Silvia de Oliveira Pavão

Pesquisador doutorando: Fernanda Sarturi

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria – Programa de Pós-Graduação em Educação - Doutorado em Educação - UFSM

Telefone e endereço postal completo: Avenida Roraima, 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria/RS Fone (55) 3220-9622. Endereço eletrônico silviariapavao@gmail.com

Local da coleta de dados: Palmeira das Missões/RS

Eu, Sílvia de Oliveira Pavão, responsável pela pesquisa e Fernanda Sarturi, pesquisadora doutoranda da tese **BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**, o convidamos a participar como voluntário deste estudo. Esta pesquisa pretende construir estratégias de ação que possam minimizar as barreiras de acesso das pessoas com deficiência na rede de atenção à saúde em Palmeira das Missões/RS, considerando a formação profissional na área de saúde. Acreditamos que ela seja importante para discutir esta necessidade junto aos cursos de

¹⁵Dúvidas quanto à participação na pesquisa poderão ser requeridas junto ao coordenador do projeto de pesquisa, **Prof^a. Dr^a. Sílvia de Oliveira Pavão**, na Avenida Roraima, 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria/RS Fone (55) 3220-9622. Endereço eletrônico silviariapavao@gmail.com ou no **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM**: Avenida Roraima, 1000, prédio da Reitoria, 7º andar, sala 202, Cidade Universitária Bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria – RS. Fone (55) 3220 9362, fax (55) 3220 8009. E-mail: cep.ufsm@gmail.com

formação em saúde a fim de amenizar dificuldades e facilitar a qualidade e acesso aos serviços de atenção à saúde junto a este grupo de usuários. Para sua realização primeiramente será aplicado um questionário com perguntas mistas e após serão selecionados alguns participantes aleatoriamente para constituírem um grupo de discussão – grupo focal. Sua participação constará do preenchimento do questionário e, caso seja selecionado participará dos encontros junto a outros participantes, a serem agendados conforme disponibilidade de todos sem prejuízo a suas atividades de trabalho e pessoais. Vale dizer que os materiais concernentes a pesquisa serão arquivados por cinco anos na Avenida Roraima, nº 1000, Núcleo de Acessibilidade, Rua Q, Sala 1167, Cidade Universitária, Bairro Camobi, CEP: 97105-900, Santa Maria/RS, a saber: os questionários impressos, as gravações auditivas realizadas durante o grupo focal e as anotações do observador do grupo. Sendo importante destacar que os participante não serão identificados e, para tanto os preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Lei nº 466 serão respeitados.

É possível que aconteçam desconfortos ou riscos com o fato de relembrar situações de trabalho pertinentes aos objetivo da pesquisa, acima mencionado, ao responder o questionário e/ou durante a discussão no grupo. Os benefícios que esperamos como estudo são contribuir para construção do conhecimento em saúde e educação, potencializando a qualidade da rede de atenção à pessoa com deficiência, bem como da formação em saúde.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com a pesquisadora responsável ou com o Comitê de Ética em Pesquisa. Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no serviço municipal de saúde – Centro de Referência, em Palmeira das Missões. Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão. As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da

participação na pesquisa.

Autorização

Eu, _____,
após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora doutoranda, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Palmeira das Missões, _____ de _____ de 2017.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS:

1 **Sexo:** (1) Feminino (2) Masculino Idade: _____

2 **Tempo de serviço atual:** _____ anos

3 **Participou de ações do PET Saúde Redes de Atenção?** (1) Sim (2) Não

FORMAÇÃO:

4 **Tempo de formação:** _____ anos

Área de Formação: (1) Enfermeiro (2) Técnico Enfermagem (3) Odontólogo (4) Técnico em Higiene Bucal (5) Assistente Social (6) Psicólogo (7) Fisioterapeuta (8) Nutricionista (9) Agente Comunitário de Saúde (10) Terapeuta Ocupacional (11) Médico (12) Fonoaudiólogo

5 **Possui especialização?** (1) Sim (2) Não

Se sim, em qual área: _____

6 **Em algum momento da sua formação, recebeu informação sobre pessoas com deficiência?** (1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo:

(1) Disciplina (2) Palestra (3) Curso (4) Projetos de pesquisa/extensão

(5) Outro: _____

7 **Durante sua atuação, como profissional da atenção básica no município, recebeu alguma informação sobre pessoas com deficiência?** (1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo:

(1) PET (2) Palestras (3) Capacitação

(4) Outro _____

Se sim, quantas em média: _____

ATUAÇÃO:

8 **Nos últimos 3 meses você atendeu algum usuário com deficiência?**

(1) Sim (2) Não

Se sim,

a) Quantos: _____

b) Tipo (s) de deficiência: (1) Visual (2) Auditiva (3) Física (4) Mental (5) Múltipla

c) Local de atendimento: (1) residência (2) Serviço

9 No seu local de trabalho são atendidas pessoas com deficiência?

(1) Sim (2) Não

Se sim,

a) Quantos em média: _____

b) Tipo (s) de deficiência:

(1) Visual: _____

(2) Auditiva: _____

(3) Física: _____

(4) Mental: _____

(5) Múltipla: _____

c) Tipo de atendimento:

(1) Enfermagem: _____

(2) Médico: _____

(3) Dentista: _____

(4) ACS: _____

10 Você se sente capacitado para atender pessoas com deficiência?

(1) Sim (2) Não

Se sim, qual tipo de deficiência: (1) Visual (2) Auditiva (3) Física (4) Mental (5) Múltipla

11 Deixou de atender algum usuário com deficiência por falta de conhecimento?

(1) Sim (2) Não

Se sim, qual tipo de deficiência: (1) Visual (2) Auditiva (3) Física (4) Mental (5) Múltipla

12 Já realizou algum encaminhamento de usuários com deficiência para outro serviço da rede? (1) Sim (2) Não

Se sim, qual: _____

Se sim, por quê

13 Realizou algum tipo de adaptação para poder atender este tipo de usuário na unidade?

(1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo:

14 Durante as reuniões de equipe, o tema “pessoas com deficiência” já foi pauta?

(1) Sim (2) Não

15 Já foi realizada alguma mudança no serviço, para melhor atendê-los?

(1) Sim (2) Não

Se sim, qual:

16 Existe alguma ação da atual gestão (Secretaria Municipal de Saúde) para melhorar o acesso à saúde das pessoas com deficiências?

(1) Sim (2) Não
Se sim, qual?

16 Esta temática está presente nas metas do serviço? (1) Sim (2) Não

Somente para os que trabalham no Hospital: **7 Existe alguma ação da atual gestão do hospital para melhor o acesso à saúde das pessoas com deficiências?**

(1) Sim (2) Não Se sim, qual?



ANEXOS



ANEXO A – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL A

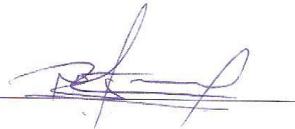


Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Palmeira das Missões
Secretaria da Saúde

Palmeira das Missões, 27 de abril de 2017

Eu Paulo Roberto Oliveira Fernandes, Secretário Municipal de Saúde de Palmeira das Missões, autorizo a Doutoranda Fernanda Sarturi a realizar a pesquisa intitulada **BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.**

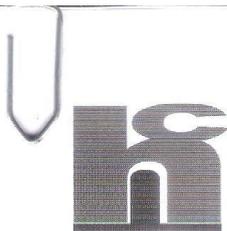
Atenciosamente,



Paulo Roberto Oliveira Fernandes

Paulo Roberto Oliveira Fernandes
Secretário Municipal de Saúde
Palmeira das Missões

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL B



Associação do Hospital de Caridade de Palmeira
das Missões

Ofício nº 108/2017

Palmeira das Missões, 27 de abril de 2017

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

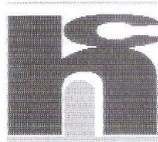
Venho por meio deste, autorizar a realização da pesquisa intitulada “BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA”, tendo como pesquisadora responsável Fernanda Sarturi do curso de Doutorado em Educação desenvolvido junto ao Programa de Pós- Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria, desde que mantidas as condições do Termo de Responsabilidade.

Atenciosamente,


Associação do Hospital de Caridade
de Palmeira das Missões
Marcio Rafael Slayjero
Superintendente

Marcio Slayjero
Superintendente

Compromisso com a saúde

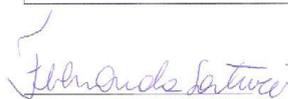


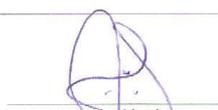
Associação do Hospital de Caridade Palmeira das Missões

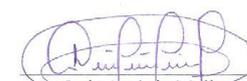
TERMO DE RESPONSABILIDADE

Preencha abaixo os dados gerais sobre o seu projeto, utilizando somente os campos em branco.

PESQUISA	
Título	BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATEÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
<p>Os pesquisadores do presente projeto, declaram que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • irão cumprir todos os termos das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde); • comprometem-se a preservar a privacidade dos dados e identidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados da Associação do Hospital de Caridade de Palmeira das Missões. • concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto, sendo que só poderão ser divulgadas de forma anônima, sem qualquer identificador como data de nascimento, número de prontuário ou outro que possibilite o reconhecimento do paciente. • Somente irão filmar, gravar, fotografar, entrevistar no ambiente do estabelecimento de saúde da Concedente com prévia e formal autorização da sua Administração. 	


Fernanda Sarturi
Pesquisadora

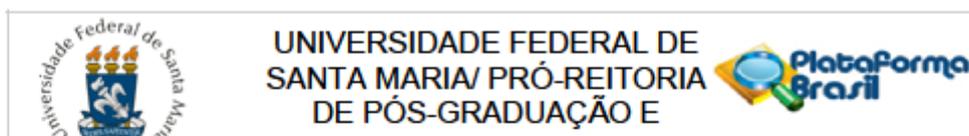

Marcio Slavcio
Superintendente


Luis Antônio Müller
Coordenador da enfermagem

Palmeira das Missões, 27 de abril de 2017

Compromisso com a saúde

ANEXO C – LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: BARREIRAS DE ACESSO E FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE PARA ATENÇÃO À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Pesquisador: Sílvia Maria de Oliveira Pavão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69919417.0.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.210.586

Apresentação do Projeto:

O projeto (Tese/PPG Educação/UFSM) trata das "estratégias de ação que possam minimizar as barreiras de acesso das pessoas com deficiência na atenção à saúde em Palmeira das Missões/RS", considerando a formação na área da saúde. O texto informa que o município possui uma estimativa de 34.907 mil habitantes para 2016, sendo 9.568 pessoas com alguma deficiência (IBGE, 2016). Os participantes da pesquisa, definidos em 130, serão os profissionais de saúde atuantes na atenção à saúde em dez serviços de atenção à saúde do município.

Em termos metodológicos, é uma "pesquisa de campo, exploratória, descritiva com abordagem quanti-qualitativa que utilizará duas técnicas para coleta de dados primeiramente (SIC!!!) um questionário e após grupo focal", "sendo que os resultados serão analisados no Programa Excel (versão Office XP) e, após será realizada análise descritiva, com cálculos de percentuais e intervalos de confiança de 95%, com a correlação entre as variáveis será realizada a partir do Programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (Versão 13)". Para interpretação dos dados do grupo focal, as gravações serão transcritas e o diário de campo, utilizado pelo observador, sofrerão análise de conteúdo proposta por Bardin.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com