

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CAMPUS PALMEIRA DAS MISSÕES
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

Fabiana Aparecida Rockemback

**AÇÕES DE CUIDADO VOLTADO ÀS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA RESIDENTES NO RURAL: perspectiva das agendas
locais/estadual de saúde com ênfase nos planos e na fala de gestores**

Palmeira das Missões, RS

2020

Fabiana Aparecida Rockemback

**AÇÕES DE CUIDADO VOLTADO ÀS PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA RESIDENTES NO RURAL: perspectiva das agendas
locais/estadual de saúde com ênfase nos planos e na fala de gestores**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem
apresentado ao Curso de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Maria, Campus de
Palmeira das Missões, como requisito parcial para
obtenção do grau de **Bacharel em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Cocco da Costa

Palmeira das Missões, RS

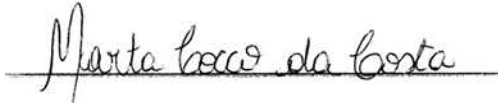
2020

Fabiana Aparecida Rockemback

**AÇÕES DE CUIDADO VOLTADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
RESIDENTES NO RURAL: perspectiva das agendas locais/estadual de saúde com
ênfase nos planos e na fala de gestores**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Enfermagem**.

Aprovado em 09 de dezembro de 2020:



Marta Cocco da Costa, Dra. (UFSM/Palmeira das Missões)

(Presidente/Orientadora)



Andressa de Andrade, Dra. (UFSM/Palmeira das Missões)



Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM/Palmeira das Missões)



Elizabet Pazetto dos Anjos (SES/Frederico Westphalen)

Palmeira das Missões, RS

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso em primeiro lugar a Deus, que me guiou em todos os momentos da graduação e em segundo lugar aos meus pais, meus maiores exemplos e luzes do meu viver.

“O saber deve ser como um rio, cujas águas doces, grossas, copiosas, transbordem do indivíduo, e se espriem, estancando a sede dos outros. Sem um fim social, o saber será a maior das futilidades. ”

Gilberto Freyre

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa quero expressar meus sinceros agradecimentos a todos que contribuíram para a realização desse sonho.

Em especial ao Patrão Celestial e minha protetora Nossa Senhora Aparecida, por estarem comigo mesmo quando eu estava distante, por cada súplica alcançada, pela sabedoria, força e coragem para seguir através dos empecilhos.

Aos meus amados pais Eloi e Elsa, meus maiores exemplos de luta, honestidade e garra. Obrigado por terem me proporcionado condições para chegar até aqui e pela criação que me deram, sem ela eu nada seria. A minha família, em especial minhas irmãs Cristiane e Aline minhas maiores inspirações, companheiras e conselheiras, obrigada por toda ajuda e por me protegerem desde que vim ao mundo, vocês são parte de mim. Aos meus sobrinhos, Camila, Vitor Luiz e Milena minhas maiores saudades, obrigada por me mostrarem quão maravilhoso é poder ser tia, meu amor por vocês é incalculável. Meus cunhados Airton e Daguio, irmãos de coração, obrigado por toda ajuda durante esses cinco anos de graduação.

A minha querida orientadora e professora Dr^a. Marta Cocco da Costa, pelo incentivo, por ter me proporcionado tantas vivências na minha construção acadêmica e pelas exigências que me fizeram evoluir. Grata pela paciência e orientações, os resultados só foram possíveis devido aos teus estímulos.

À Universidade Federal de Santa Maria, por ter me proporcionado ensino gratuito e de qualidade.

Ao grupo NEPESC. Pela acolhida, por despertar em mim o interesse pelo tema e por todo conhecimento adquirido em minha formação.

A minha família palmeirense, em especial a Tia Nice e Tio Klein por terem aberto as portas não apenas da casa, mas sim do coração, vocês foram fundamentais nesse processo.

Aos municípios de Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões, Liberato Salzano, Alpestre, Derrubadas, Pinheirinho do Vale, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen. E aos participantes do estudo, pela contribuição e valorização deste.

Aos meus amigos, em especial a Deborah, minha parceira e irmã de alma que tive o prazer de encontrar em meu caminho. Gratidão por cada momento compartilhado, pelas lutas, superações, vitórias comemoradas e também por cada momento difícil. Por toda ajuda neste

trabalho, e por viajar comigo nessa construção. Independente do rumo que tomarmos, estará comigo sempre em meu coração.

A todos que contribuíram, obrigado!

RESUMO

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

CURSO DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

AÇÕES DE CUIDADO VOLTADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA RESIDENTES NO RURAL: perspectiva das agendas locais/estadual de saúde com ênfase nos planos e na fala de gestores

Autora: Fabiana Aparecida Rockemback

Orientadora: Marta Cocco da Costa

Data e local da defesa: 09/12/2019; Palmeira das Missões/Google Meet

Objetivo: Conhecer e analisar as ações de cuidado voltado às pessoas com deficiência em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e nas falas dos gestores. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em nove municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul. Fizeram parte da pesquisa 18 participantes, sendo sete gestores municipais de saúde, sete enfermeiros responsáveis pelas Estratégias Saúde da Família (ESF), dois representantes estaduais das pessoas com deficiência (PCD) e dois gestores estaduais de saúde. **Resultados:** Os dados revelaram que as ações de planejamento em saúde na perspectiva das agendas de saúde ainda apresentam lacunas ao se tratar da PCD. Além da dificuldade dos gestores em desenvolver estratégias principalmente pensando no rural, por encontrarem inúmeras barreiras nesse processo, acarretando a invisibilidade desses usuários. **Considerações finais:** Busca-se dar visibilidade ao processo de planejamento em saúde dessa população, bem como, a capacitação dos gestores e o desenvolvimento de agendas locais/estadual de saúde que enfatizem ações de cuidado integral.

Descritores: Planejamento em saúde; Saúde Rural; Pessoa com deficiência; Planos de Saúde

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNASS - Conselho Nacional de Secretários da Saúde

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPERGS - Fundação de Amparo à pesquisa do Estado do RS

FURG - Universidade Federal de Rio Grande

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IFRS - Instituto Federal do Rio Grande do Sul

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NEPESC - Núcleo de Ensino e Pesquisa em Saúde Coletiva

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCD - Pessoa com Deficiência

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PMS – Plano Municipal de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNSIPCEFA - Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas

PSF - Programa Saúde da Família

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SESRS – Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SM - Sujeito municipal

SR – Sujeito regional

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSM - Universidade Federal de Santa Maria

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1 Pessoas com deficiência e o rural: da concepção a vulnerabilidade	12
2.2 Pessoas com deficiência e as políticas públicas de inclusão.....	14
2.3 Gestão do cuidado e dos serviços de saúde	17
2.3.1 Plano municipal/estadual de saúde no processo de gestão	19
3. METODOLOGIA	21
4 REFERÊNCIAS	26
6 APÊNDICES E ANEXO	55
APÊNDICE A.....	55
APÊNDICE B	56
APÊNDICE C	57
ANEXO A.....	59

1. INTRODUÇÃO

O presente estudo foi desenvolvido com a finalidade de realizar o Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, Campus de Palmeira das Missões, requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

A escolha do tema voltado às pessoas com deficiência (PCD) que vivem no rural, deu-se a partir do meu interesse pessoal pelo campo da Saúde Coletiva e toda sua especificidade desde o início da graduação. Bem como, por residir em cenário rural e conhecer o vivido das pessoas com deficiência e suas famílias, que se deparam com restrições e obstáculos a saúde no seu cotidiano de vida. Trabalhar nessa linha de pesquisa, fomenta meu desejo conhecer mais sobre o processo de gestão e planejamento da rede primária em saúde, compreender questões relacionadas as vulnerabilidades nesse processo e desafios da gestão.

Este estudo se sustenta nas inquietações e debates no cenário acadêmico relativo as pessoas com deficiência e o contexto rural, na perspectiva dos planos municipais/estadual de saúde e na fala de gestores. Esse trabalho é parte do projeto matricial de pesquisa intitulado: “Determinantes sociais de saúde em pessoas com deficiência, famílias e rede de apoio no cenário rural: múltiplas vulnerabilidades”, financiado pela FAPERGS/MS/CNPq/SESRS Edital n. 03/2017 o qual determina um programa de pesquisa sobre determinantes sociais de saúde em pessoas com deficiência e suas famílias do meio rural. Esta proposta está vinculada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva (NEPESC) do Departamento de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/campus Palmeira das Missões em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Universidade Federal de Rio Grande (FURG), Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS).

No transcorrer da graduação, a aproximação da Atenção Primária em Saúde em aulas teórico-práticas de Saúde Coletiva proporcionou conhecer e fazer parte do projeto supracitado. A apropriação dos referenciais teóricos e vivências voltados às pessoas com deficiência, fomentou um olhar crítico para esse campo, me incentivando a adentrar nesse espaço, tendo em vista múltiplas vulnerabilidade que transpassa os serviços de saúde.

A normalidade, entendida ora como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais, foi desafiada pelo entendimento de que deficiência não é apenas um conceito

biomédico, mas o sofrimento do corpo com variações de funcionamento. Vista, portanto, por termos políticos e não mais estritamente biomédicos, relacionados ao corpo deficiente ou a pessoa com deficiência (DINIZ, 2009).

Relativo a esses aspectos a Lei 13.146/2015, denominada Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, que define como PCD:

“Possui algum 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).

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). Conforme o Censo de 2010, 45,6 milhões de pessoas, ou seja, 23,9% do total da população brasileira possui algum tipo de deficiência, seja visual, auditiva, motora, mental ou intelectual. Desta população, 7.132.347 pessoas com deficiência residem em áreas rurais. Entre os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul apresenta umas das maiores taxas de pessoas com deficiência do País, correspondente a 22,50% da população deste estado (BRASIL, 2010).

Apesar da complexidade da questão, ainda são poucas as informações científicas sobre as questões relativas à deficiência. Não há consenso sobre definições e poucas informações comparadas internacionalmente sobre a incidência, distribuição e tendências. Há escassos documentos com compilação e análise do modo em que os países desenvolvem políticas e respostas para abordar as necessidades das pessoas com deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O cenário rural, por sua vez, torna às pessoas com deficiência invisíveis, devido às características físicas e/ou intelectuais somadas às limitações que o ambiente rural proporciona, ou seja, considerados alheios ao processo do campo sob o prisma econômico e da produção, suas carências e possibilidades, seu acesso aos direitos e oportunidades reais (TONINI, 2017). Apesar de avanços especialmente nos cenários rurais, há necessidade de se qualificarem as ações implantadas e levar em consideração o recorte da deficiência, visto às barreiras vivenciadas por esta população (URSINE, 2018).

Deste modo, a Atenção Básica é um importante componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por desenvolver ações estratégicas para a ampliação do acesso e da qualificação da atenção à saúde (BRASIL, 2012). Na Política Nacional de Saúde Integral para as Populações do Campo, da Floresta e das Águas, a relevância da Atenção Básica também é

ressaltada para garantir o acesso com equidade. A priorização das atividades desenvolvidas pela Atenção Básica deve considerar o critério de vulnerabilidade (BRASIL, 2013).

À vista disso, no que se refere as políticas públicas, pode-se observar dois objetivos principais dos conselhos gestores de políticas públicas: a identificação, captação e ponderação constante das preferências da sociedade, visando a formulação de políticas públicas e o controle social, incluindo o retorno das demandas da sociedade e a responsabilização dos governantes (GOMES, 2015).

Para concretizar todos os pressupostos a que se sugere, o processo de trabalho em saúde das Equipes de Atenção Básica precisa considerar um conjunto de ações ordenadas e dirigidas, de particularidade individual e coletivo. A organização do trabalho em saúde é entendida como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde (FONTANA; LACERDA; MACHADO, 2016).

Nessa linha é de suma relevância avaliar o processo de planejamento da saúde em nível local para identificar as dificuldades enfrentadas pelos gestores municipais, assim como subsidiá-los na condução de um processo participativo, de acordo com a legislação e o uso racional da verba disponibilizada, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (SALIBA et al, 2013). Com isso, destaca-se a necessidade de redefinição e fortalecimento do papel da gestão no processo de descentralização (SAMPAIO et al, 2011).

Com base no exposto, a relevância deste estudo expressa-se na problemática da implementação de políticas diante à pessoa com deficiência que vive em contexto rural, a partir de alguns saberes e da aproximação com essa temática, várias indagações e inquietações afloraram o que instigou a busca de respostas por meio dessa pesquisa. Dessa maneira, o projeto de pesquisa tem como proposição responder a seguinte questão norteadora: *“Como o estado e os municípios organizam as ações de cuidado voltadas às pessoas com deficiência que vivem no rural, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde e na fala dos gestores?”*.

O intuito do estudo exposto consiste em **conhecer e analisar as ações de cuidado voltadas às pessoas com deficiência em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e na fala de gestores.**

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo serão descritos elementos necessários para a construção da problemática em estudo sendo abordados os seguintes eixos: Pessoas com deficiência: da concepção a vulnerabilidade; Pessoas com deficiência e suas políticas públicas de inclusão; Gestão do cuidado e dos serviços de saúde, em que esse último eixo subdivide em Plano municipal/estadual de saúde no processo da gestão.

2.1 Pessoas com deficiência e o rural: da concepção a vulnerabilidade

A concepção de pessoa com deficiência (PCD) vem com o passar do tempo sofrendo mudanças, entendida como um princípio ora biomédico de padrão de andamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais. Assim, transpondo a opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa com deficiência precisa ser entendido em termos políticos e não mais estritamente biomédicos (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Podendo ser vista através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), instrumento para conhecer as condições de funcionalidade das pessoas, associadas ou não a qualquer doença, assim como para identificar os fatores ambientais e pessoais que favorecem suas atividades e, conseqüentemente, sua qualidade de vida (ARAÚJO, 2015).

Sasaki, (2003) retrata que a partir de 1990 por meio da crescente participação social e política, convencionou-se o termo Pessoa com Deficiência (PCD) para designar indivíduos com diferentes tipos de deficiência, com o intento de transformar o protagonismo da pessoa com deficiência na sociedade.

Com o aumento do número de pessoas com deficiência, resultante, sobretudo, de questões genéticas, acidentes de trabalho e sequelas de guerras, a necessidade de garantir direitos a elas sustentava uma proporção que transcendia os limites do estado. Tais direitos foram sendo pensados através do processo histórico construtivo irregular e fundamentados nos direitos humanos e na cidadania, a tomar forma a partir da segunda metade do século XX e a influenciar no surgimento de convenções e declarações internacionais, de legislação específica e de novo tratamento constitucional, na busca não só por conceito adequado, mas por fundamentada inclusão social (FEIJÓ; PINHEIRO, 2011).

Em outra face, o contexto rural era visto e planejado apenas como um lugar de produção de mercadorias e fornecimento de alimentos baratos até meados do século XX. A urbanização culminou nas desigualdades de direitos entre as pessoas da área rural e urbana, esquecendo que as pessoas do meio rural também são cidadãos detentores dos direitos defendidos na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988).

A população rural brasileira identifica-se por uma vasta diversidade de raças, etnias, povos, religiões, culturas, segmentos sociais e econômicos, de ecossistemas e de uma rica biodiversidade. Assim, a riqueza deste Brasil rural vai além de seus recursos naturais, pois se encontra também na diversidade de sua gente (BRASIL, 2013).

Para Tonini e Lopes (2017), o rural precisa passar a ser compreendido não apenas como espaço de produção de alimentos, mas também como um espaço diversificado de pessoas, famílias, culturas, necessidades e potenciais, pessoas que carecem de políticas econômicas e sociais e necessitam de direitos interagindo de forma positiva para atenuar o efeito das vulnerabilidades.

Esse cenário apresenta indicadores desfavoráveis em recursos como acessibilidade aos serviços de saúde e saneamento, dentre outros, que não estão presentes ou presentes de forma ineficaz, interferindo no cotidiano dessas pessoas, bem como a ausência na maioria das vezes de uma vida digna para essa população (SILVEIRA, 2013).

As populações rurais enfrentam uma série de dificuldades que sugestionam a qualidade de vida, entre eles, está o fator socioeconômico e demográfico. Essas populações apresentam menor nível de escolaridade, frequentando menos a escola, baixa renda mensal, menor acesso aos serviços de saúde e baixa cobertura de atendimentos pelos serviços de saúde (BORTOLOTTI; MOLA; RODRIGUES, 2018).

Ambas entrelaçadas, mostram a invisibilidade das pessoas com deficiências que vivem em áreas rurais, fazendo parte de um processo de padronização e normalização oriundo de parâmetros culturalmente impostos, gerando exclusão e inúmeras dificuldades a grupos em situações de vulnerabilidade. O rural reproduz estas situações e condições, tornando pessoas com deficiência muitas vezes invisíveis devido às características físicas e/ou intelectuais somadas às limitações que o ambiente rural proporciona, ou seja, invisíveis e considerados alheios ao processo do campo sob o prisma econômico e da produção, suas limitações e possibilidades, seu acesso aos direitos e oportunidades reais (TONINI, 2017). Além da carência no sentido político, porque a necessidade de abordar a deficiência não foi ainda transformada em uma causa pública forte (MINAYO, 2009).

Evidências sólidas ajudam a tomar decisões sobre programas e políticas públicas para pessoas com deficiência. Compreender o número de pessoas com deficiências e suas circunstâncias pode melhorar os esforços para amenizar as barreiras incapacitantes e prover serviços que permitam sua maior participação nesses processos (WORLD REPORT ON DISABILITY, 2011).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (IBGE, 2010) 45,6 milhões de pessoas, ou seja, 23,9% do total da população brasileira possui algum tipo de deficiência. Desses, em torno de 13 milhões apresentavam graves impedimentos de natureza física, visual, auditiva ou intelectual. Dos números totais da população, 7.132.347 pessoas com deficiência residem em áreas rurais. Entre os estados brasileiros, o Rio Grande do Sul apresenta umas das maiores taxas de pessoas com deficiência do país, correspondente a 22,50% da população deste estado.

Reafirmando o pressuposto, Ursine (2018) aponta a dupla vulnerabilidade na vida social das pessoas com deficiência que vivem no campo, estando elas em maior desvantagem quanto às suas condições de saúde, uma vez que a deficiência e a vida no campo estão associadas: a menor número de oportunidades de educação e emprego, à falta de transporte público acessível e a dificuldades comunicacionais e no acesso a serviços de saúde. Logo, demonstrando como são necessárias pesquisas para revelar a interação entre essas duas formas de desvantagens, as quais geram opressão conjuntamente, coexistindo e reforçando-se mutuamente na produção das desigualdades sociais.

Neste eixo temário, discutiu-se questões voltadas as restrições na qualidade de vida das pessoas com deficiência residentes em contexto rural, identificando necessidades e dificuldades. Frente a isso construiu-se o próximo eixo temático, que busca embasar políticas públicas na interface da inclusão e do acesso.

2.2 Pessoas com deficiência e as políticas públicas de inclusão

Relativamente, a “inclusão” nos remete diversos significados e sinônimos, como: colocar, integrar, inserir, incorporar, envolver, dentre outros. Entretanto, na história do cuidado ou da proteção das pessoas com deficiência, estas palavras foram usadas em diferentes contextos e com vários sentidos até chegar a uma denominação comum dada pela Lei, garantida nas políticas globais sobre a inclusão do século XX (PEREIRA; ALBUQUERQUE, 2017).

As pessoas com deficiência dispõem de direitos específicos, garantidos através da legislação nacional, mas em consequência das condições tanto físicas ou intelectuais, limitam

o acesso aos direitos e a participação em meio à sociedade, não se aproximando aos recursos e as capacidades dos demais indivíduos de uma nação (TONINI, 2017).

Em concordância com a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 6º, todas as pessoas têm direito à educação, saúde, trabalho, moradia, lazer e segurança. Ao que se refere a PCD, esta garante em sua base legal, o desenvolvimento de políticas públicas. Em conformidade prevê ser competência da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios zelarem da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia dos direitos das pessoas com deficiência, de modo a assegurar a proteção integralidade social das pessoas com deficiência. Como também, proporcionar habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária. Ao que se refere a educação, o art. 208º retratada o direito educacional especializado às pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1988).

O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) criado em 1999 através do Decreto Nº 3.298, tem por finalidade monitorar e avaliar as políticas voltadas para a inclusão de pessoas com deficiência. Destaca-se a responsabilidade de aprovar os planos e programas da administração pública federal direta e indireta, monitorar implantação da Política Nacional para Inclusão da Pessoa com Deficiência; acompanhar o planejamento e avaliar a execução das políticas setoriais relativas à pessoa com deficiência; acompanhar a elaboração e a execução da proposta orçamentária; acompanhar o desempenho dos programas e projetos da política nacional (BRASIL, 1999; BRASIL, 2019).

Dando sequência nas ações voltadas para pessoas com deficiência é instituída a Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência, cujos objetivos gerais são: ampliar o acesso e qualificar o atendimento; promover a vinculação das pessoas com deficiência aos pontos de atenção; garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, através 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 (BRASIL, 2013).

Sobre a inclusão social e cidadania dos deficientes tem-se a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência promulgada em 2015, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015). Entrando em vigor em janeiro de 2016. A Lei garante, entre outros direitos, condições de acesso à educação e à saúde e estabelece penalidades para atitudes discriminatórias contra essa população. Para os efeitos desta Lei:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem 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.

§ 1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

- I – os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;
- II – os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;
- III – a limitação no desempenho de atividades;
- IV – a restrição de participação.

§ 2º O Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência (BRASIL, 2015, p. 09).

Nesse sentido, toda PCD tem direito a receber atendimento prioritário, ao processo de habilitação e de reabilitação, a educação, a moradia digna e ao trabalho de sua livre escolha e aceitação. Logo, se disserta no Estatuto da Pessoa com Deficiência que acessibilidade “é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social”. Ao falar de barreiras, define ser qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso e a circulação com segurança das pessoas, sendo classificadas em arquitetônicas, urbanísticas, nos transportes e nas comunicações (BRASIL, 2015).

A Lei nº 13.146/2015, Art. 53. Refere-se sobre a acessibilidade das pessoas com deficiência:

A acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social (BRASIL, 2015, p. 32).

Sobre igualdade e não discriminação, o Estatuto da Pessoa com Deficiência em seu art.

4º retratada sendo ela:

“Distinção, restrição ou exclusão, por ação ou omissão, que tenha o propósito ou o efeito de prejudicar, impedir ou anular o reconhecimento ou o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais de pessoa com deficiência, incluindo a recusa de adaptações razoáveis e de fornecimento de tecnologias assistidas” (BRASIL, 2015).

No que se refere ao atendimento das necessidades básicas, o Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política pública de combate às desigualdades das mais importantes no país para as pessoas pobres deficientes foi promulgado pelo Congresso Nacional a Lei Nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e implantado de forma efetiva em 2 de janeiro de 1996. O BPC é uma transferência incondicional de renda, equivalente a um salário mínimo, destinado às pessoas pobres com deficiência e também às idosas acima de 65 anos (BRASIL, 1993). Segundo o Portal da Transparência, o BPC concentra 38,19% da população total brasileira, entre idosos e deficientes de baixa renda (BRASIL, 2020).

A mudança na forma de compreender a causalidade da deficiência, deslocando a desigualdade do corpo para as estruturas sociais fragilizou a autoridade dos discursos curativos

e abriu possibilidades analíticas para uma redescritção do significado de habitar um corpo com deficiências (DINIZ, 2009).

Neste eixo temático, pode-se compreender as mudanças e avanços no que diz respeito as pessoas com deficiência e a importância das suas políticas públicas em meio a legislação. Diante da relevância dos processos de gestão em saúde para as pessoas com deficiência, implementou-se o eixo a seguir, que procura enfatizar políticas institucionais voltadas para a produtividade e qualidade dos serviços ofertados.

2.3 Gestão do cuidado e dos serviços de saúde

Nos últimos anos, muitos autores e especialistas vem mostrando que a gestão dos serviços de saúde em conjunto com as necessidades do SUS é, ainda, um desafio. Sob outra ótica os modelos de atenção influenciam o desenvolvimento de políticas gerais ou específicas para o planejamento em saúde (SILVA; JORGE; JÚNIOR, 2015).

A gestão de serviços de saúde otimiza o funcionamento das organizações de forma a obter o máximo de eficiência, eficácia e efetividade. Neste processo, o gestor utiliza conhecimentos, técnicas e procedimentos que lhe permitem conduzir o funcionamento dos serviços na direção dos objetivos definidos (TANAKA; TAMAKI, 2012). De modo que, o fortalecimento da gestão descentralizada constitui estratégia fundamental para assegurar o acesso integral da população às medidas dirigidas à promoção, proteção e recuperação da saúde. O fortalecimento, todavia, necessita da participação decisiva dos secretários de saúde e dos prefeitos, o que de fato já vem ocorrendo na grande maioria dos municípios e propiciando os avanços obtidos (COSTA; JORGE; VASCONCELOS, 2014).

As políticas públicas, desse modo, são elaboradas a fim de garantir tudo aquilo que a população brasileira tem necessidade, ou seja, é por meio dos problemas existentes no País e também das suas potencialidades que tais políticas são instituídas. Políticas públicas configuram decisões de caráter geral, que apontam rumos e linhas estratégicas de atuação governamental, visando responder as demandas, potencializando e democratizando os recursos disponíveis (MESQUITA et al, 2018).

O importante papel da gestão municipal na Atenção Básica de Saúde, é respaldado pela Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996 que dentre suas responsabilidades são: elaboração de toda programação municipal; garantia da prestação de serviços em seu território; implementação de políticas de integração das ações de saneamento à saúde. Através da mesma

portaria é competência da gestão estadual, entre elas: elaboração e execução do Plano Estadual; implementação de políticas de integração das ações de saneamento às de saúde; comprovar o funcionamento de serviço de vigilância sanitária no estado (BRASIL, 1996).

No Brasil, a Portaria nº 648 /2006 aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL,2006).

Desde sua criação em 1994, o PSF gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já norteava a base do SUS, se transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), potencializando reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Sendo ela, enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2017).

Frente a isso, o programa Agente Comunitário de Saúde (ACS) faz parte da PNAB, as funções desses profissionais consistem em atuar na Atenção Básica, sendo eles responsáveis pelo elo entre comunidade e serviço. Frente ao cuidado com as PCD, estes profissionais devem conhecer a realidade desses usuários, envolver a equipe de saúde e a comunidade na busca de recursos e estratégias que possibilitem superar situações como, por exemplo, a dificuldade no convívio familiar, na participação da comunidade, na inclusão da escola, no mercado de trabalho e no acesso aos serviços de saúde, repercutindo na mudança da qualidade de vida e no aumento de oportunidades para essas pessoas na sociedade (BRASIL, 2011).

Nesse âmbito, a Atenção Básica possui papel primordial na adoção de estratégias para minimizar desigualdades e evitar exclusão social de grupos que possam sofrer discriminação. Assim, caracteriza-se por um conjunto de ações em âmbito individual, familiar e coletivo, que por meio de equipes multiprofissionais, realizam ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos (BRASIL, 2017).

Com a finalidade de fortalecer a Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 2011, atualizada em 2015 pela Portaria nº 1.645, do GM/ MS. O referido programa tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde

oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2015).

Considerando as desfavoráveis condições de saúde das populações mais vulneráveis e visando diminuir as iniquidades em saúde, quanto à redução dos agravos que incidem nas taxas de morbidade e mortalidade, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das águas (PNSIPCFA) e definiu estratégias para a sua implementação no País. Este grupo constitui-se como um espaço de diálogo entre os movimentos sociais e o governo federal, buscando dar respostas às suas demandas e necessidades de saúde (BRASIL, 2013).

Assim sendo, a PNSIPCFA tem o propósito de promover o acesso aos serviços de saúde, reduzindo riscos e agravos à saúde resultante do processo de trabalho e das tecnologias agrícolas e a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida. Dentre eles, destaca-se o reconhecimento e valorização dos saberes e das práticas tradicionais de saúde dessas populações respeitando suas especificidades (BRASIL, 2013). Os acessos dessas populações ao SUS e aos seus princípios, por meio dessa política, como garantia institucional, tem demandado intervenções sobre os problemas relacionados ao processo de trabalho e as ameaças a vida no campo e na floresta, que são de ordem que extrapolam o campo da saúde (MESQUITA et al, 2018).

Os estudos para avaliação do processo de gestão da saúde vêm preocupando-se, cada vez mais, com as condições, a organização e as relações interprofissionais onde estes serviços são produzidos, afim de promover um serviço que contemple os princípios do SUS. Quando esses processos se interligam a saúde no rural, ganham espaço em um percurso de justiça social, buscando também, promover o empoderamento e a emancipação dos usuários sob o trabalho da gestão.

2.3.1 Plano municipal/estadual de saúde no processo de gestão

Para Jesus e Assis (2010), o planejamento objetiva responder a uma demanda predeterminada, isto é, determinada pela relação entre o poder do consumidor e a capacidade de oferta do fornecedor. O feito de planejar para a oferta é uma consequência dos levantamentos de demanda para a constituição de serviços de saúde, de acordo com os padrões de consumo da população referenciada. Usuários são consumidores e o Estado, o ente regulatório de mediação da relação usuário/serviço.

Segundo o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), o plano de saúde, é instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos. Nele se expressa o compromisso do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera. Configura-se como base para a execução, o acompanhamento, a avaliação da gestão do sistema de saúde e contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta atenção. A elaboração do Plano de Saúde precisa ser orientada pelas necessidades de saúde da população, considerando:

- I – análise situacional, orientada dentre outros pelos seguintes temas contidos no Mapa da Saúde: estrutura do sistema de saúde; redes de atenção à saúde; condições socio sanitárias; fluxos de acesso; recursos financeiros; gestão do trabalho e da educação na saúde; ciência, tecnologia, produção e inovação em saúde; e gestão.
- II – definição das diretrizes, objetivos, metas e indicadores;
- III – o processo de monitoramento e avaliação (CONASS, 2016).

O Plano de Saúde norteia a elaboração do orçamento do governo no tocante a saúde. Este entendimento vale tanto para os Planos de Saúde como para as Programações Anuais de Saúde, para assegurar sua funcionalidade é criada a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 que regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. A Programação divide-se em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo (BRASIL, 2012).

Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar em seu art. 2º, são consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art.7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (BRASIL, 1990), e às seguintes diretrizes:

- I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população (BRASIL, 2012).

Ainda sob respaldos da lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ressalta-se as ações em saúde baseadas na integralidade, igualdade em saúde e universalidade de acesso, na fiscalização e acompanhamento do processo de gestão ao que diz respeito aos planos de saúde pública (BRASIL, 2012). Além da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.135 de 25 de setembro de 2013 que estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do SUS dispendo que o processo de planejamento regional integrado será coordenado pela gestão estadual, envolverá os três entes federados e será elaborado no âmbito das regiões de saúde (BRASIL 2013).

Em nível Estadual, no que tange a Rede de Atenção à Saúde na Gestão, o Rio Grande do Sul tem entre os objetivos do Plano Estadual (2016-2019): Qualificar a gestão do trabalho; promover a prática do planejamento, monitoramento e avaliação do SUS e consolidar a governança da informação em saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

A implantação e implementação dos instrumentos de gestão é tido como forma de conduzir e aperfeiçoar o sistema como um todo, e assim, contribuindo para o melhor desenvolvimento de oportunidades e superação de desafios (BRASIL, 2016). Portanto, denota-se a necessidade de estudos para propor e investir em modelos efetivos de identificação das necessidades em saúde da população através dos Planos de Saúde Pública, sendo considerado a identificação das necessidades em saúde dos grupos vulneráveis e suas formas de produção e reprodução social.

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório desenvolvido por meio de uma abordagem qualitativa. Para Minayo (2014), o método qualitativo se aplica no estudo da história, das relações, das representações, crenças, percepções e opiniões, resultantes da visão e interpretações que os humanos fazem de si mesmos, de suas formas de viver e de construir seus artefatos, além de seus sentimentos e pensamentos. De acordo com Ursine (2016), a pesquisa qualitativa se propõe a rever criticamente as teorias sobre o tema, utilizar técnicas de coleta de dados adequadas e analisar o material de forma específica e contextualizada.

A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois considera os mais variados aspectos relativos ao fato estudado (GIL, 2017).

Se aproximando das pesquisas exploratórias, as pesquisas descritivas têm como objetivo descrever as características de determinada população ou fenômeno, podendo identificar possíveis relações entre variáveis. (GIL, 2017).

3.2 Local de estudo

A abrangência do estudo compreendeu nove municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, sendo duas Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) situadas em Frederico Westphalen e Palmeira das Missões, correspondendo a 15º e 19º macrorregiões de saúde. Para fins deste estudo, adotou-se como critério de inclusão municípios que apresentassem mais de 70% de população rural, conforme o último CENSO demográfico (IBGE, 2010). Neste sentido, fizeram parte da amostra os municípios de Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões, Liberato Salzano, Alpestre, Derrubadas, Pinheirinho do Vale, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen.

3.3 Participantes da Pesquisa

A pesquisa foi realizada com 18 (dezoito) participantes, sendo 7(sete) enfermeiros responsáveis pelas ESF's; 7(sete) gestores municipais de saúde; 2(dois) representantes estaduais das PCD e 2 (dois) gestores estaduais de saúde, dos municípios em estudo. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão, estar atuando há mais de 6 meses no cargo e trabalhar com a temática das políticas públicas para as PCD. E como critério de exclusão, estar de licença ou férias do cargo e/ou recusa-se de participar da pesquisa.

3.4 Geração dos dados

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com questões abertas relacionadas a problemática do estudo (APÊNDICE A e B). Antes da realização das entrevistas os participantes foram contatados no intuito de apresentar o projeto, bem como analisar a possibilidade da realização do mesmo. As entrevistas foram feitas pela pesquisadora nos locais de trabalho dos profissionais, mediante agendamento e tiveram duração de aproximadamente 25 minutos.

O registro das entrevistas realizou-se por meio da gravação em MP3 a partir do consentimento dos participantes, sendo que o período em que foi efetuada as coletas de dados deu-se no mês de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020.

3.5 Análise Dos Dados

Para a organização e análise dos dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2014). De acordo com a autora, a análise de conteúdo é o termo mais conhecido para representar o tratamento dos dados em uma pesquisa qualitativa. Essa técnica utilizada em uma análise de significados, através de determinados temas apresenta estruturas de relevância, valores de referência, modelos de comportamentos presentes e implícitos no discurso, sendo composta por três etapas: a Pré-Análise, Exploração do Material, e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação. (MINAYO, 2014).

A análise dos Planos Municipais/Estadual de Saúde embasou-se nos estudos desenvolvidos por Peiró et al. (2004) e Borrell et al. (2005). Conquanto, sem uma relação explícita com a temática ações do cuidado voltado as pessoas com deficiência, com ênfase nos planos municipais e fala dos gestores, crê-se que a abordagem se mostrou adequada aos propósitos deste estudo, também foi baseada em dois estudos brasileiros de Ferreira, Veras e Silva (2009) e Costa (2012) que utilizaram essa proposta.

Para a organização da análise construiu-se um roteiro de leitura abrangendo as três partes que constituem os planos: (a) introdução e análise da situação de saúde, (b) objetivos e metas e (c) propostas de intervenção, as questões foram adaptadas a partir do estudo de Ferreira, Veras e Silva (2009) e Costa (2012). A Tabela 1, a seguir, apresenta o roteiro utilizado na análise dos Planos Municipais e Estadual de Saúde.

Para as partes dos planos a,b e c foram elaboradas três questões, totalizando nove questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não). Foram quantificadas as menções afirmativas para cada questão, dentro de cada tema, de acordo com o número de citações referentes, sendo consideradas três menções como corte, seguindo a classificação proposta pelos autores espanhóis (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al.,2005).

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 (zero) a 5 (cinco), sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a16 menções; 4 = índice alto, para

17 a 21 menções e 5 =índice muito alto, quando houve mais de 22 menções. Entendeu-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas. A construção do índice de sensibilidade possibilitou identificar em que medida é contemplada a PCD no urbano e no rural, em cada município e no estado (PEIRÓ et al, 2004; BORRELL et al.,2005; FERREIRA; VERAS; SILVA, 2009; COSTA, 2012).

Tabela 1 - Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco nas pessoas com deficiência no urbano e no rural

METAS	NÚMEROS/MENÇÕES			
	0	1	2	3

1.Introdução e análise da situação				
Entre os valores e princípios do Plano existem referências a pessoa com deficiência no urbano e no rural?				
1.2 Na descrição situação municipal/estadual de saúde é mencionada a situação da pessoa com deficiência no urbano e no rural?				
1.3 Na análise da situação de saúde menciona a pessoa com deficiência no urbano e no rural				
TOTAL DE MENÇÕES				
2. Objetivos e metas				
2.1 Mencionam a pessoa com deficiência no urbano e no rural?				
2.2 Sugerem formas de atuação contra a pessoa com deficiência no urbano e no rural?				

2.3 Propõem metas dirigidas a pessoa com deficiência no urbano e no rural?
TOTAL DE MENÇÕES
3. Propostas de intervenção
3.1 Descrevem ações de enfrentamento a pessoa com deficiência no urbano e no rural?
3.2 Propõem linhas de ação de prevenção a pessoa com deficiência no urbano e no rural?
3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam à atuação no combate a pessoa com deficiência no urbano e no rural?
TOTAL DE MENÇÕES

Fonte: Tabela adaptada dos estudos de Peiró et al, 2004; Borrell et al.,2005 e Ferreira, Veras e Silva, 2009 e Costa, M.C, 2012.

3.6 Aspectos éticos

O estudo seguiu as diretrizes da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, no que se refere à pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 69973817.4.0000.5346 (ANEXO A).

A fim de atender os aspectos éticos, a identidade e privacidade dos gestores, coordenadores e profissionais responsáveis pelas pessoas com deficiência foram respeitadas, assegurando e esclarecendo aos mesmos que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo seu anonimato preservado. Para tal, utilizou-se a nomenclatura (S) sujeito, e o respectivo número que respeitou a ordem das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) por todos os participantes do estudo, sendo gravadas e logo após transcritas. O Termo de Consentimento foi redigido em duas vias, conforme as normas expressas na resolução, permanecendo uma delas com o sujeito da pesquisa que lhe garantirá: a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento e sem prejuízo para si, a privacidade, o anonimato, o compromisso com a informação atualizada do estudo e a garantia de que todos os seus questionamentos serão esclarecidos.

4 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, E. S; BUCHALLA, C. M. O uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde em inquéritos de saúde: uma reflexão sobre limites e possibilidades. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v. 18, n. 3, p. 720-724, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2015000300720&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 abr 2020.
- BORRELL, C. et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. **Gaceta Sanitaria.** Barcelona, n.19, p. 277-85, 2005. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.
- BORTOLLOTO, C. C; MOLA, C. L; RODRIGUES, L. T; Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica.** São Paulo, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000200501&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 20 abr 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.** Brasília, DF, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cuidado_pessoa_com_deficiencia.pdf.html. Acesso em: 27 abr. 2020.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 10.177, de 16 de dezembro de 2019.** Dispõe sobre o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20192022/2019/Decreto/D10177.htm#art15. Acesso em: 27 abr 2020.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** 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. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 27 abr 2020.
- BRASIL. Ministério da Justiça. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm. Acesso em: 05 jun 2020.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS.** Brasília, DF, 2016, pg 24. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/articulacao_interfederativa_v4_manual_planejamento_atual.pdf. Acesso em: 05 jun 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Brasília, DF, 2015. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html>. Acesso em: 02 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013**. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Brasília, DF, 2013. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html. Acesso em: 5 jun 2020.

Brasil. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Brasília, DF, 1996. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html. Acesso em: 21 mai 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 28 mai 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 28 mai 2020.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 21 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em:

https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 jun 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Portal da Transparência**. Governo federal. Brasília, DF, 2020. Disponível em:

<<http://www.portaltransparencia.gov.br/beneficios?ano=2020>>. Acesso em: 11 mai 2020.

BRASIL. Presidência da República. **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, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm> Acesso em: 30 abr 2020.

BRASIL. Presidência da República. **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, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 11 mai de 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Brasília, DF, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm>. Acesso em: 11 mai de 2020.

Conselho nacional de secretários estaduais de saúde. **Guia de Apoio Á Gestão Estadual do SUS**. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>>. Acesso em: 02 jun 2020.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, N. 103, P. 733-743, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010311042014000400733&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 mai 2020.

COSTA, M. C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012, pg 80.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur: Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 64-77, dez, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-64452009000200004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 30 abr. 2020.

DINIZ, D; BARBOSA, L; SANTOS, W.R. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur: Rev. int. direitos humanos**. São Paulo, v. 6, n. 11, p. 64-77, Dec. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>>. Acesso em: 10 mar de 2020.

FEIJÓ, A. R. A. PINHEIRO, T. S. P. M. A convenção da ONU sobre o direito das pessoas com deficiência e seus efeitos no direito internacional e no brasileiro. **Publica Direito**. Maranhão, 2011. Disponível em: <http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=044a23cadb567653>. Acesso em: 18 abr 2020.

FERREIRA, I.T.R.N.; VERAS, M.A.S.M.; SILVA, R.A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de Municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2683-2694, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.

FONTANA, K. C.; LACERDA, J. T.; MACHADO, P. M. O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000300064&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017, pg 41.

GOMES, E.M.G. Conselhos gestores de políticas públicas: aspectos teóricos sobre o potencial de controle social democrático e eficiente. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 894-909, dez, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167939512015000400013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 15 abr 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9673&t=sobre>. Acesso em: 19 mar 2020.

JESUS, W.; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento **Ciênc. Saúde Coletiva**, vol.15, nº.1, Rio de Janeiro, 2010, v. 15, n. 1, p. 161-170, Jan. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 jun 2020.

MESQUISTA, M.O; RIQUINHO, D.L; GERHARDT, T.E; RUIZ, E.N.F. Saúde coletiva, desenvolvimento e (in)sustentabilidades no rural. **Ed UFRGS**, 1º ed. Porto Alegre, p 167, 2018.

MINAYO, M. C. S. Less than a human condition? **Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro**, v.14, n.1, p.21-29, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232009000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 abr 2020.

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

Ministério da Saúde (BR). Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Diário Oficial da União**. 25 Abr, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 14 abr 2020.

PEIRÓ, R. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.18, n.Suppl 2, p.36-46, 2004. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.

PEREIRA, C. E. C.; ALBUQUERQUE, C. M. P. A inclusão das pessoas com deficiência: panorama inclusivo no ensino superior no Brasil e em Portugal. **Educar em Revista**, Curitiba, n. especial 3, p. 27-41, 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602017000700027&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 abr 2020.

Rio Grande do Sul, Secretária Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde 2016/2019**.

Porto Alegre, RS, 2016. Disponível em

<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201701/05153251-pes-2016-2019-sesrs.pdf>.

Acesso em: 05 jun 2020.

SALIBA; NEMRE ADAS et al. Plano municipal de saúde: Análise do instrumento de gestão.

Bioscience Journal, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em:

<<http://hdl.handle.net/11449/74337>>. Acesso em: 15 abr 2020.

SAMPAIO, J; CARVALHO, E.M.F; PEREIRA, G.F.C; M, F. M. B. Avaliação da capacidade de governo de uma secretaria estadual de saúde para o monitoramento e avaliação da Atenção Básica: lições relevantes. **Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.1, pp.279-290. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100030&lng=en&nrm=iso.

Acesso em: 16 abr 2020.

SASSAKI, R. **Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos**. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

SILVA, R.M; JORGE M.S.B; JÚNIOR, A.G.S. Planejamento, gestão e avaliação nas práticas de saúde. **Ed. UECE**, 1ª Fortaleza, 2015. Disponível

em: <<http://uece.br/eduece/dmdocuments/PLANEJAMENTO%20GESTAO%20E%20AVALIACAO%20NAS%20PRATICAS%20DE%20SAUDE%20%20EBOOK%20-%20548pg.pdf>>.

Acesso em: 15 mai 2020.

SILVEIRA, A. B. G. Explorando o déficit em saneamento no Brasil: evidências da

disparidade urbano-rural. **Aguá e Sociedade**. Paranoá, Brasília, DF, n. 10, p. 37-48, 2013.

Disponível em: <<http://periodicos.unb.br/index.php/paranoa/article/view/12122/8506.html>>.

Acesso em: 11 mar 2019.

TANAKA, O.Y; TAMAKI, E.M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 821-

828, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mai 2020.

TONINI, H. Direitos e liberdades das pessoas com deficiência em áreas rurais do Rio Grande do Sul: Vulnerabilidades e desenvolvimento social ampliado. Tese de Doutorado.

Universidade Federal de Educação do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2017.

TONINI, H; LOPES, M. J. M. Desenvolvimento, cuidado e vulnerabilidade: pessoas com deficiência em áreas rurais do RS. **R. Interdisciplinar, Piauí**, v. 10, n. 3, p. 110-124, 2017.

Disponível

em: <<https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1318>>.

Acesso em: 11 mar 2019.

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, Educação, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 109-120, 2018. Disponível em:
<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-576220160666.pdf> . Acesso em: 14
abr 2020.

World Health Organization (WHO). **World report on disability**. São Paulo: World
Health Organization, pg.11, 2011.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Optou-se por apresentar a discussão dos resultados revelados pela pesquisa em forma de artigo científico, tendo como finalidade a contribuição com a comunidade científica e publicação dos estudos sobre a temática. Além disso, objetivou-se instigar em outros discentes o interesse pela temática e motivá-los a realizarem novos estudos direcionados as ações de cuidado às pessoas com deficiência residentes no rural, haja vista a carência de estudos voltados para essa problemática.

AÇÕES DE CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO RURAL: agendas e planos de saúde sob a perspectiva dos gestores

Fabiana Aparecida Rockemback; Marta Cocco da Costa, Fernanda Sarturi

RESUMO

Objetivo: Conhecer e analisar as ações de cuidado voltado às pessoas com deficiência em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e nas falas dos gestores. **Método:** estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em nove municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul. Fizeram parte da pesquisa 18 participantes, sendo sete gestores municipais de saúde, sete enfermeiros responsáveis pelas Estratégias Saúde da Família (ESF), dois representantes estaduais das pessoas com deficiência (PCD) e dois gestores estaduais de saúde. **Resultados:** Os dados revelaram que as ações de planejamento em saúde na perspectiva das agendas de saúde ainda apresentam lacunas ao se tratar da PCD. Além da dificuldade dos gestores em desenvolver estratégias principalmente pensando no rural, por encontrarem inúmeras barreiras nesse processo, acarretando a invisibilidade desses usuários. **Considerações finais:** Busca-se dar visibilidade ao processo de planejamento em saúde dessa população, bem como, a capacitação dos gestores e o desenvolvimento de agendas locais/estadual de saúde que enfatizem ações de cuidado integral.

Descritores: Planejamento em saúde; Saúde Rural; Pessoa com deficiência; Planos de Saúde

INTRODUÇÃO

Ao longo da história as pessoas com deficiência atravessaram diferentes fases no que se refere a sua denominação, desde o processo histórico-social que evidencia a exclusão e inclusão, como da pré-história até a sociedade contemporânea. Atos de eliminação, castigos e a exclusão social eram rotineiros por serem considerados “anormais”. Muito se evoluiu sobre as dimensões do vivido dessas pessoas e sobre a compreensão dos seus direitos como cidadãos, no entanto ainda existem empecilhos no caminho tornando a luta pela igualdade e inclusão ainda uma constante (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (WORLD

HEALTH ORGANIZATION, 2011). No Brasil, 23,9% da população total possui algum tipo de deficiência (CENSO, 2010).

Nas dimensões da ruralidade, a população enfrenta dificuldades que sugestionam a qualidade de vida, entre eles, fatores socioeconômicos, demográficos e estruturais. Desencadeando em um menor nível de escolaridade, baixa renda mensal, menos acesso e baixa cobertura aos serviços de saúde (BORTOLLOTO; MOLA; RODRIGUES, 2018).

Apesar de avanços especialmente nos cenários rurais, há necessidade de qualificar as ações implantadas e levar em consideração o recorte da deficiência, visto às barreiras vivenciadas por esta população (URSINE, 2018).

Nesta perspectiva, o campo da saúde se constitui espaço fundamental, tendo em vista que a Atenção Básica em Saúde (ABS) é a porta de entrada do sistema em rede, coordenando intervenções do primeiro nível de atenção e procedendo respectivos encaminhamentos para os demais pontos de atenção da rede de cuidados da pessoa com deficiência. Integração que favorece a gestão coordenada do cuidado (MACHADO et al., 2018).

A organização dos serviços e ações da atenção primária em saúde e sua integração aos outros níveis de atenção é ponto central para a garantia da integralidade do cuidado. Essa organização para ser efetiva necessita de planejamento, monitoramento e avaliação incorporados no cotidiano da gestão (BOUSQUAT et al., 2019).

O trabalho integrado para a coordenação do cuidado, é fortemente potencializado pela Atenção Primária em saúde que possui o suporte necessário para diminuição das barreiras de acesso, atuando em um processo de informatização, institucionalização dos serviços implementados pela figura do gestor/coordenador, assim como gerenciamento e desenvolvimento de protocolos institucionais (ALMEIDA et al., 2018).

Entretanto, a identificação e satisfação das necessidades em saúde têm se mostrado um desafio para os gestores da área, especialmente quando da pertinência de compreender as demandas de grupos sociais vulneráveis. Nesse sentido, o plano municipal de saúde subsidia as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde. Para concretizar essa ideia, os instrumentos de gestão em saúde devem ser potencializados a partir de concepções dialéticas do processo saúde-doença. Da mesma maneira, acredita-se que os profissionais envolvidos na gestão e no cuidado à população precisam compreender a saúde a partir do seu processo de determinação social, possibilidades de atuação baseadas na emancipação dos sujeitos envolvidos direta ou indiretamente no cuidado mostram-se mais assertivas e,

consequentemente, o atendimento e a satisfação das necessidades em saúde desses indivíduos e grupos sociais têm maior chance de ocorrer (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

A partir dessas reflexões este estudo tem como proposição responder a seguinte questão norteadora: *“Como o Estado e os municípios organizam as ações de cuidado voltadas às pessoas com deficiência que vivem no rural, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde e na fala dos gestores?”*.

Tal questionamento nos leva ao objetivo desta pesquisa que foi conhecer e analisar as ações de cuidado voltadas às pessoas com deficiência em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e nas falas dos gestores.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório desenvolvido por meio de abordagem qualitativa. Essa abordagem se aplica no estudo da história, das relações, das representações, percepções e opiniões, resultantes da visão e interpretações que os humanos fazem de si mesmos, de suas formas de viver e de construir seus artefatos, além de seus sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2014).

A pesquisa exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o objeto do estudo, visando o esclarecimento ou a constituição de hipóteses, aprimorar ideias ou descobrir intuições. Se aproximando das pesquisas exploratórias, as pesquisas descritivas têm como finalidade descrever as características de determinada população e estabelecer relações entre as variáveis, através de técnicas padronizadas de coleta de dados (GIL, 2017).

Esse estudo foi desenvolvido tendo como base geográfica nove municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 15º e 19º Coordenadoria Regionais de Saúde (CRS) situadas em Frederico Westphalen e Palmeira das Missões, que integram o projeto matricial intitulado “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades”. Para fins deste estudo, adotou-se como critério de inclusão municípios que apresentassem mais de 70% de população rural, conforme o último CENSO demográfico (IBGE, 2010). Neste sentido, fizeram parte da amostra os municípios de Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões, Liberato Salzano, Alpestre, Derrubadas, Pinheirinho do Vale, Palmeira das Missões e Frederico Westphalen.

Os municípios estudados apresentam suas economias fundamentadas no meio rural, através da agricultura familiar e por alguns proprietários de grandes extensões territoriais. Caracterizam-se por minifúndios e descendentes, centram-se na produção primária, especialmente, soja, leite, trigo, milho, suínos, cultivo de peixes e hortigranjeiros.

A pesquisa foi realizada com 18 participantes, sendo sete gestores municipais de saúde, sete enfermeiros responsáveis pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), dois representantes estaduais das Pessoas com Deficiência (PCD) e dois gestores estaduais de saúde, dos municípios em estudo. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: estar atuando há mais de seis meses no cargo e trabalhar com a temática das políticas públicas para as PCD. E como critério de exclusão, estar de licença ou férias.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com questões abertas relacionadas a problemática do estudo. Obedecendo um roteiro apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador, assegurando aos investigadores que suas hipóteses serão cobertas na conversa (MINAYO, 2014).

Antes da realização das entrevistas os participantes foram contatados no intuito de apresentar o projeto, bem como analisar a possibilidade da realização do mesmo. As entrevistas foram feitas pela pesquisadora nos locais de trabalho dos profissionais, mediante agendamento e tiveram duração de aproximadamente 25 minutos.

O registro das entrevistas se deu por meio da gravação em MP3 a partir do consentimento dos participantes, as coletas de dados ocorreram no mês de dezembro de 2019 a fevereiro de 2020.

Para a organização e análise dos dados qualitativos, optou-se pela análise de conteúdo temática proposta por Minayo (2014). De acordo com ela, a análise de conteúdo é o termo mais conhecido para representar o tratamento dos dados em uma pesquisa qualitativa. Sendo composta por três etapas: a Pré-Análise, Exploração do Material, e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação (MINAYO, 2014).

A primeira etapa de Pré-Análise, balizou a escolha dos documentos a serem analisados e a retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. É realizada por meio de três passos, a Leitura Flutuante (requer contato direto e intenso com o material de campo); Constituição do Corpus (requer respeito a alguns critérios de validade como a exaustividade que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro, a representatividade, a pertinência); e a Formulação e Reformulação de Hipóteses e Objetivos (caracteriza-se pela leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais) (MINAYO, 2014).

Na segunda etapa, ocorreu a Exploração do Material, em que procurou-se encontrar categorias para alcançar a compreensão do texto. A categorização consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Posteriormente, foi escolhido as regras de contagem por meio de codificações e índices quantitativos, e por fim realizou a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas responsáveis pela especificação do tema (MINAYO, 2014).

A última etapa da Análise Temática foi o Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação, na qual os resultados brutos foram submetidos a operações estatísticas simples que permitiram destacar as informações obtidas, e a partir daí o realizou-se interpretações, inter-relacionando-as com a teoria do material (MINAYO, 2014).

A análise dos Planos Municipais/Estadual de Saúde seguiu os estudos desenvolvidos por Peiró et al. (2004), Borrell et al. (2005), Ferreira, Veras e Silva (2009) e de Costa (2012), que utilizaram essa proposta. Para a organização construiu-se um roteiro de leitura abrangendo as três partes que constituem os planos: (a) introdução e análise da situação de saúde, (b) objetivos e metas e (c) propostas de intervenção, as questões foram adaptadas a partir do estudo de Ferreira, Veras e Silva (2009) e Costa (2012).

Para as partes dos planos "a,b e c" foram elaboradas três questões, totalizando nove questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não).

Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 a 5, sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houve mais de 22 menções. Entendeu-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas.

A partir da análise dos dados foram elencadas três categorias: Planejamento das ações aos PCD que vivem no rural: sensibilidade dos Planos de Saúde; Os planos e as falas dos gestores: distanciamentos e aproximações; Barreiras do planejamento voltado a pessoa com deficiência em contexto rural, que serão apresentadas a seguir.

Este artigo segue a legislação que aborda as diretrizes da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM (CEP/UFSM), por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 69973817.4.0000.5346.

Com o intuito de atender os aspectos éticos, a identidade e privacidade dos gestores e profissionais de saúde foram respeitadas, assegurando e esclarecendo aos mesmos que os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos, sendo seu anonimato preservado. Para tal, utilizou-se a seguinte nomenclatura, sujeito municipal (SM) e sujeito regional (SR), acompanhada pela numeração correspondente a ordem das entrevistas.

RESULTADOS

No que se refere a caracterização dos participantes a média de idade ficou em 41, 8 anos, sendo 56% são do sexo feminino e 44% do sexo masculino. Em relação ao nível de escolaridade, 44% possui ensino fundamental incompleto, 56% possui nível superior completo, dos profissionais entrevistados com o ensino superior completo, 58% são enfermeiros, 14% administradores, 7% psicólogo, 7% fonoaudióloga, 7% serviços sociais e 7% formado em contabilidade.

Planejamento das ações aos PCD que vivem no rural: sensibilidade dos Planos de saúde

A primeira categoria a ser discutida, apresenta o planejamento das ações voltadas aos PCD residentes no rural na perspectiva dos planos municipais e Estadual de saúde. Após leitura exaustiva dos planos, elaborou-se a Tabela que segue com os seguintes resultados:

Tabela 1 - Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco nas pessoas com deficiência no urbano e no rural

METAS	NÚMEROS/MENÇÕES							
	0	1	2	3				
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PE1
1.Introdução e análise da situação								
Entre os valores e princípios do Plano existem referências a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	2

1.2 Na descrição situação municipal/estadual de saúde é mencionada a situação da pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	2
1.3 Na análise da situação de saúde menciona a pessoa com deficiência no urbano e no rural	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL DE MENÇÕES	0	2	0	0	0	0	0	6
2. Objetivos e metas								
2.1 Mencionam a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	1
2.2 Sugerem formas de atuação contra a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	1
2.3 Propõem metas dirigidas a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL DE MENÇÕES	0	2	0	0	0	0	0	3
3. Propostas de intervenção								
3.1 Descrevem ações de enfrentamento a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	0
3.2 Propõem linhas de ação de prevenção a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	0
3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam à atuação no combate a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MENÇÕES	0	1	0	0	0	0	0	0

Fonte: Tabela adaptada dos estudos de Peiró et al.(2004); Borrell et al. (2005) e Ferreira, Veras e Silva (2009) e Costa (2012).

Pontualmente, ao que se refere ao plano de saúde em nível municipal, observou-se por meio do nível de sensibilidade que apenas um município faz menção ao PCD (P2) abordando um atendimento multiprofissional baseado na Estratégia Saúde da Família (ESF) em conjunto com Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). No entanto, essa abordagem não traz as especificidades do contexto rural. Os demais municípios não fazem menção a PCD em seus planos municipais de saúde. Em nível Estadual (PE1), ressalta-se as menções ao planejamento de ações voltadas as reabilitações (auditiva, física, intelectual e visual) em serviços de média e alta complexidade, abrangendo todas as macrorregiões de saúde. Porém, não contemplando estratégias de planejamento a PCD voltadas ao rural.

Isso mostra que praticamente não foram mencionadas estratégias de planejamento desenvolvidas para a PCD, sejam elas municipais, e até mesmo estadual, principalmente ao que tange ao cenário rural, pontuando assim, um baixo número de estratégias de saúde para esse grupo populacional.

Na categoria a seguir, serão abordados os distanciamentos e as aproximações das falas dos gestores relacionados aos planos municipais e estadual de saúde, apresentados anteriormente.

Os planos e as falas dos gestores: distanciamentos e aproximações

Nessa categoria nota-se um distanciamento entre o que consta nos planos municipais/estadual de saúde das falas dos gestores entrevistados, como observa-se a baixo:

Sim, isso existe e inclusive existe um direcionamento para as pessoas portadoras de necessidades especiais e também portadoras de deficiência para que se tenha um atendimento diferenciado. (SM2)

A gente tem porque é obrigado fazer. (SM7)

A gente tem os planejamentos internos, e as equipes e a instituições, e deve ter alguma coisa no plano municipal de saúde, eu não lembro direito, mas pode ser que tenha alguma coisa também. (SM9)

Os participantes mencionam que desenvolvem ações voltadas as PCD, no entanto, poucas menções aparecem nos planos avaliados. Isso mostra que os planos, muitas vezes, não representam a realidade e as ações propostas. Uma primeira abordagem direciona-se a figura do agente comunitário de saúde, tendo em vista que apareceu frequentemente nos depoimentos as atividades desenvolvidas por este profissional relacionadas às PCD no rural, sendo estes, um importante profissional na construção do elo entre usuário e serviços de saúde.

Acho que o agente comunitário de saúde ele presta aquela orientação né, tá sempre em contato com a família, nós não temos dentro da saúde nenhum programa específico em termos de deficiência, o agente comunitário acaba vendo se essa pessoa tem alguma necessidade ou não, acredito que daí se o paciente precisa, a equipe vai até a casa, nesse sentido é facilitado pra esse paciente né, com acesso, agendamento de consulta, vamos até a casa. (SM1)

Na verdade, é que nem eu falei, através do agente tem essa comunicação mais próxima, como ele acaba indo todo mês, conhece a família, conhece o caso, acaba tendo essa interação da equipe com a família. (SM1)

No rural a gente tem as agentes de saúde que são seis e elas fazem todo o município. (SM8)

A nossa parte o que a gente foca mais é com a saúde, visita domiciliar, as agentes visitam todo mês. (SM3)

Além do ACS, outros trabalhadores de saúde foram evidenciados nas falas, no cuidado as PCD como o fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro e médico, que desenvolvem ações de visitas domiciliares, atendimento multiprofissional e serviços de reabilitações, como mostra a seguir:

Médicos, enfermeiros, os agentes, técnicos, daí nós temos o NASF, daí se for um caso que se precisar de fisioterapia nós temos a fisioterapeuta, a nutricionista também faz visita, daí tem a parte de saúde mental se precisar de alguma coisa, tem também a assistente social que faz essa parte, se a família tiver precisando e ajudar financeiras ou se tiver passando por dificuldades daí se encaminha pra assistente social pra ver o que pode ser feito pra família né. (SM1)

No rural, programas, a gente tem os grupos que a fisioterapeuta também faz, visitas domiciliares, eles vêm muitas vezes quando pode, se não buscamos, visitas de enfermeiro e médico, acompanhamento do NASF. (SM5)

Assim, nós temos o acompanhamento da deficiência física com o fisioterapeuta né, as pessoas que não tem como se deslocar a gente busca na casa e leva depois faz a fisioterapia e as outras deficiências a gente encaminha pra neuro ou para fora, então tem um acompanhamento bem bacana nessa área. (SM8)

Outra ação mencionada é a presença do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) que nas manifestações dos participantes são frequentes, por sua vez, essas ações não constam nos planos municipais de saúde.

Voltada assim ó, as pessoas com deficiência ela tipo assim, a gente trabalha em parceria com o CRAS que tem atividades ofertadas para eles né, e tem algumas dessas pessoas que elas frequentam é, nós não temos aqui no município, mas elas frequentam a APAE. Tem algumas ações desenvolvidas pelo CRAS que eles trazem o pessoal para o CRAS. (SM3)

E se precisa de algum apoio a gente tem o pessoal do CRAS, lá eles também têm psicólogo eles tem assistente social, que as vezes a gente precisa do apoio da assistente social. (SM3)

Existe o acompanhamento deles, eles vão à APAE também, aqui no município tem APAE. (SM14)

Também foi possível identificar junto aos profissionais que atuam no nível estadual, uma aproximação das falas com as prerrogativas do plano estadual, conforme os recortes:

Na verdade, todos os profissionais que trabalham na saúde todos eles são envolvidos de alguma forma em seus diversos setores, sejam eles vigilantes sanitários, por que são eles que trabalham com a questão da mobilidade, sejam nas ações em saúde, no planejamento, toda a equipe trabalha cada um da sua forma, no seu setor que abrange toda essa questão. (SR2)

Na verdade, a Coordenadoria é um braço da secretaria estadual de saúde, mas quem nos alimentam de informações são os municípios, nos passamos então as capacitações aos responsáveis nos municípios, e os municípios que alimentam esses dados que trazem pra nos, ou que alimentam o sistema, ou que trazem então essas informações pra coordenadoria de saúde. (SR2)

Se a pessoa não é vista, quando não se sabe que essa pessoa existe, ela pode até estar no cadastro do SUS, mas não se tem alguma coisa específica para aquela pessoa, não se trabalha lá no município na atenção básica, porque é ali, o meio em que ela vive, então assim, nos precisaríamos de grupos mais fortes trabalhando com estas pessoas, mas hoje que eu conheço não tem grupo que trabalhe (SR2)

Os municípios encerrem esses pacientes no SISREG de regulação nacional então quando eles precisam de acesso aos serviços eles cadastram esses pacientes e a gente regula por aqui conforme o grau de prioridade que eles descrevem, que o médico descreveu. (SR1)

Ao que consta no Plano Estadual de saúde, as reabilitações para as PCD que fazem parte relevante do planejamento de estratégias desenvolvidas fora do domicílio, principalmente, no território de abrangência da pesquisa, se solidarizam por meio dos sistemas de regulação que organizam o fluxo da rede conforme sua especialidade e necessidade. Ainda, para o desenvolvimento fidedigno das ações necessárias, o grupo rede tem por finalidade a fiscalização desses serviços, em esferas municipais a importância do trabalho multiprofissional/multisetorial irá sustentar uma macrorregião mais sólida e eficaz, sendo retrato nas falas dos gestores acima.

Diante das falas apresentadas elencou-se a terceira categoria, que expressará as dificuldades encontradas pelos gestores frente ao planejamento direcionado a PCD no rural.

Barreiras do planejamento voltado a pessoa com deficiência em contexto rural

As inúmeras barreiras no processo de promoção/prevenção frente a PCD no cenário rural são relatadas nessa categoria. Um dos principais elementos mencionados, remete-se a acessibilidade e o acesso que essa população enfrenta, pelas próprias características do rural.

Principalmente dificuldade de acesso, as vezes a gente não tem carros para ir, ou também não temos tanto tempo para eles, porque precisa de tempo de transporte,

alguns alegam que é crise que é dinheiro, então tem vários empecilhos que impedem um pouco, muitas vezes a questão financeira do município também dificulta. (SM9) Então a maior dificuldade esta em entender eles, o dia a dia deles, ouvir eles, e vê a dificuldade que eles encontram, e aqui é uma cidade pequena tu não vê muita acessibilidade, até nos meios de transporte que nos temos não existe, então a maior dificuldade é entender eles. (SM4)

Também se evidencia a falta de profissionais qualificados para atender as PCD no rural pode ser observada. Os participantes trazem a falta de qualificação profissional, tornando-se uma fragilidade no serviço de saúde frente a esses usuários.

Eu penso que a maior dificuldade é a gente não ter esses profissionais preparados para atender esta população, a gente vê que tema aumentado muito mas precisamos ainda mais, o poder judiciário também está abrindo os olhos para essa questão, ofertando então na educação o monitor para estas pessoas nas escolas. Então assim, ainda temos muitas dificuldades na questão de termos profissionais conhecedores das necessidades, com um conhecimento mais aprofundado em cada necessidade especifica para se trabalhar com cada necessidade. (SR2)

A dificuldade em geral como coordenadora agora, é uma adesão do gestor municipal, tu tens os trabalhos que tem que ser desenvolvidos naqueles municípios, tu sabe as carências, e ter a aceitação do gestor. Ter pessoas qualificadas para aquele tipo de atendimento é muito difícil. (SR4)

Nessa direção, salienta-se que os participantes relataram a pouca disponibilidade de tempo e recursos em seus locais de trabalho, o que para eles representa um desafio e limitador para o planejamento em saúde voltado a esses usuários.

Na verdade, a gente tem bastante dificuldade, em planejar algo, o planejamento no geral não só para os deficientes... a gente não tem tanto tempo para isso. (SM1)

Às vezes você tem uma ideia de fazer um trabalho diferenciado e dar mais atenção, e você acaba não conseguindo, na correria do dia a dia, unidade de saúde sempre tem muita coisa pra fazer, muito programa pra alimentar. (SM3)

Planejar é fácil, o problema é desenvolver porque não tem recursos. (SM7)

Frente ao exposto, observa-se a importância de desenvolver estratégias voltadas as PCD's, principalmente pensamento no rural e as suas singularidades, mas, são muitos os empasses vivenciados abrindo lacunas nos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

O estudo buscou dar visibilidade a temática considerando as particularidades do contexto rural, tendo como proposição a garantia dos direitos e buscando melhorias no processo de planejamento nas agendas locais e estadual de saúde.

A primeira categoria versa sobre as poucas ações planejadas para a PCD que conste nos planos municipais e Estadual de saúde. Os serviços de saúde funcionam, muitas vezes, de forma desarticulada, sendo apenas orientados pela noção de qual seja seu papel e esta noção é produzida de acordo com a visão de mundo de cada dirigente e colaborador ou de seu entendimento sobre as diretrizes estabelecidas pela política setorial do Estado (VIEIRA, 2008).

Os planos de saúde apresentam um caráter imperativo, e sugerem ao Estado a função básica e essencial de atuar, exercendo políticas e ações para promover a construção de uma nova ordem social. Estes devem visar o bem-estar de todos aqueles que estiverem no território nacional, contemplando o princípio da isonomia, sendo que desta maneira, torna-se evidente a função precípua do Estado, no que tange ao direito, constitucional à saúde (MARTA, 2009).

O setor saúde, responsável pela assistência à pessoa com deficiência acaba, muitas vezes, atuando de forma incipiente na elaboração de programas e políticas de promoção da saúde e prevenção às causas das deficiências. Apesar das políticas voltadas às pessoas com deficiência, tanto no âmbito Federal como no Estadual, ainda há um descompasso entre as políticas públicas de saúde (NOGUEIRA, 2016).

Pode-se observar pela análise da tabela acima que apenas um município faz menção a PCD em sua organização, essa por sua vez não aborda questões de planejamento visando o cenário rural. E ao que compete o planejamento Estadual de saúde, demonstra uma elaboração de ações voltadas as reabilitações das PCD's que em suma são cruciais no processo de qualidade de vida. Segundo Cardoso (2011), os objetivos da reabilitação é assegurar a PCD, independente da natureza ou da origem da deficiência, a mais ampla participação na vida social e ainda proporcionar a maior independência possível em atividades da vida diária. Porém, não sendo abordadas estratégias de planejamento pensando no rural. Tal apresentação mostra a vulnerabilidade desse grupo populacional, que se torna por vezes desassistido ao que tange o campo da saúde.

Para além da importância de sistemas de informação e estratégias de gestão municipal de saúde, faz-se pertinente atentar para a concepção do processo saúde-doença adotado por eles, visto que ela pode influenciar na satisfação das necessidades em saúde da população. Para concretizar essa ideia, os instrumentos de gestão em saúde municipal devem ser potencializados a partir de concepções dialéticas do processo saúde-doença (NASCIMENTO; EGRY, 2017).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) define os objetivos, diretrizes e metas, além de prever o financiamento das ações e serviços de saúde para que os seus representantes/comunidade decidam quais os principais problemas de saúde presentes,

minimizem os conflitos de interesse, definam quais ações prioritárias a serem realizadas e, quais as estratégias exequíveis de intervenção no modelo de atenção à saúde devam ser promovidas, por meio do planejamento em saúde. (SALIBA et al., 2013).

Constata-se que o Plano de Saúde passa a se configurar como uma ação que visa a conquista de resultados previamente determinados e, logicamente, positivos. Sob essa visão, o planejamento assume papel vital para o direcionamento dessas ações a fim de que se atinja ou alcance o resultado previamente escolhido. Subsidiando a identificação dos problemas e necessidades de saúde dessa população, a equipe de trabalho precisará conhecer a caracterização desta população, de suas condições de vida, do seu perfil epidemiológico e do sistema municipal de saúde, com isso se tornando importante ferramenta norteadora do cuidado (ANUNCIACÃO, 2011).

A educação permanente em saúde é de suma importância para o desenvolvimento dos trabalhadores em saúde, para que possam vir a propor e implementar ações educativas perenes aos usuários, com vistas à prevenção de doenças e agravos e promovendo saúde, afim de reconfigurar a gestão na geração de mudanças em prol de uma sociedade mais justa e igualitária. Promovendo atenção, formação, implementação de políticas públicas e controle social (SILVA, 2017).

A segunda categoria versa sobre os distanciamentos e aproximações das falas dos gestores em contraponto aos planos de saúde, apontando as ações desenvolvidas para a PCD. Os participantes mencionam que desenvolvem ações voltadas as PCD, no entanto, poucas menções aparecem nos planos avaliados.

Segundo estudo realizado por Almeida (2019) sobre análise do planejamento de educação permanente, entre eles incluso o plano municipal, sugere intensificar as estratégias para o aprimoramento da política de gestão de pessoas, com vistas à democratização do processo de trabalho, enquanto ferramenta fundamental no processo de qualificação dos trabalhadores da saúde, a partir das necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde aonde se constatou fragilidades na programação de suas ações, necessitando enfatizar o processo de planejamento e organização de gestão em saúde.

O desafio que se tem pela frente é fazer com que as demandas sejam incorporadas nos instrumentos de gestão, especialmente no PMS, o princípio democrático que sustenta a diretriz participativa do SUS se assenta no ideário de que as gestões deveriam ser permeáveis às necessidades de saúde, assim como precisam trabalhar para atender as necessidades coletivas e

públicas na área da saúde. Assim, as construções das agendas de saúde representam um dos primeiros passos (KRÜGER et al., 2011).

Nas falas identificou o ACS como um dos profissionais que mais está próximo e desenvolve ações de cuidado a PCD. Esse papel é de suma importância na construção do vínculo entre a comunidade e os serviços de saúde, desencadeado por intermédio das visitas domiciliares com as famílias e também para com as pessoas com deficiência. Através das ações desenvolvidas principalmente por esses profissionais na área rural, é que a assistência às pessoas com deficiência passa a ter enfoque nas necessidades específicas desses usuários, tornando assim, o profissional que constrói o elo de comunicação entre serviço e usuário, promovendo promoção e prevenção de saúde.

Para além dos ACS nas falas, identificou-se a presença de outras profissionais de saúde na atenção aos PCD, como o fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro e médico, que desenvolvem ações de visitas domiciliares, atendimento multiprofissional e serviços de reabilitações.

O cuidado a PCD precisa ser pensado em Redes de Atenção à Saúde (RAS) em função das necessidades da população, permitindo que a atenção em saúde esteja focada na realidade do território e que dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral (DUBOW et al., 2018).

Incluso à isso, a reabilitação é responsável por possibilitar o treino de novas habilidades desses usuários, tornando possível o enfrentamento dos obstáculos cotidianos, conduzindo-as a uma vida com saúde, bem-estar e melhor nível de autonomia. Essas, associadas a um trabalho interdisciplinar harmonioso, abrem caminhos para uma resposta terapêutica mais abrangente e favorável no tratamento dessas pessoas. (MACHADO et al., 2018).

Porém, essas ações elencadas pelos participantes em suas falas não se fazem presentes em seus planos de saúde, ocorrendo uma discordância entre o que é dito pelo que se é apresentado.

Segundo estudo internacional apresentado por Ned e Lorenzo (2016), aponta o treinamento insuficiente dos prestadores de serviços frente a PCD para interpretar a prestação de serviço, ao que se refere aos conceitos e políticas que influenciam diretamente em uma base pobre de aprendizagem, apontado ainda, um apoio limitado de recursos somados a fraca colaboração intersetorial. Mostrando também, que há uma diferença entre o que prestadores de serviços dizem que fazem e o que realmente fazem, havendo uma clara disjunção entre a política e a realidade da implementação mínima.

O cuidado a essas pessoas precisa se pautar no pressuposto de que, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, esses indivíduos também podem ser acometidos por doenças e agravos comuns aos demais. Portanto, podem precisar de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência. Nesse sentido, a assistência à saúde da pessoa com deficiência necessita de atendimento em toda a rede de serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (MACHADO et al, 2018). A produção do cuidado integral no cotidiano assistencial deve ocorrer por meio das tecnologias leves que incluem o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e autonomia, refletindo nas relações entre os meios da equipe e os usuários.

Uma importante estratégia compartilhada de cuidado de saúde aos usuários com deficiência entre as equipes de referência e equipes da atenção primária é o apoio matricial do NASF, viabilizado pelo princípio da intersetorialidade, na busca pela eficiência e resolutividade. Além de propiciar a corresponsabilização do cuidado e facilitar o contato direto entre os serviços, trata-se de um regulador de fluxos pactuado por profissionais e gestores com formas peculiares de configuração dependentes dos recursos disponíveis de cada loco região (AMORIM et al., 2018).

Os participantes também referiram o CRAS e a APAE entre as instituições parceiras na atenção aos PDC, porém assim como as supracitadas essas ações não se incluem nos planos municipais de saúde.

Compete ao CRAS a organização da rede socioassistencial de proteção básica, organizando a introdução das famílias daquela área de abrangência nos serviços de assistência social, assim como encaminhar a população local para as demais políticas públicas e sociais, caso necessário, possibilitando a ampliação de ações intersetoriais que visem a sustentabilidade, o rompimento com o processo de exclusão social, e evite que tais famílias, indivíduos e grupos tenham seus direitos infringidos (SILVA, 2011).

A APAE é um recurso importante na qualidade de vida de uma pessoa com deficiência para sua inclusão social e educação, pois permite o acesso a uma qualidade de vida que favorecerá o seu desenvolvimento, ajudando assim, a construir a sua cidadania e reforçando a sua autonomia. Proporcionando acesso ao conhecimento, aos direitos constituídos, à qualificação para a inclusão no mundo do trabalho, à reabilitação, à promoção de autonomia para pleno exercício da cidadania (BALDAN, 2018).

Ao que compete as aproximações entre as falas dos gestores Estaduais sob a ótica do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pode-se analisar o processo de gestão baseado

nas PCD com enfoque nas ações de reabilitações (físicas, visuais, intelectuais e auditivas), que se dá através do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) contemplando serviços de média e alta complexidade, sendo ela, uma das crucias estratégias visando a qualidade de vida desses usuários. Esse fluxo acontece nas unidades básicas de saúde, que são responsáveis pela alimentação dos sistemas de saúde, bem como de realizar o encaminhamento desses usuários conforme suas demandas para outros serviços/setores, chegando assim para os gestores Estaduais. Esses, que se fazem presentes nos discursos dos gestores Estaduais, como também estão presentes no Plano Estadual.

O setor de regulação utiliza mecanismos para facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade. O conceito de regulação em saúde está atrelado à adequação da oferta dos serviços com relação às necessidades da população, ordenando sua execução de forma justa e qualificada, sendo um instrumento de gestão que busca viabilizar o acesso de todos os usuários de forma programada (PEITER; LANZONI; OLIVEIRA, 2016).

A última categoria versa sobre as barreiras do planejamento em saúde voltadas as PCD, elencado a questão da acessibilidade e acesso, como construto limitador na atenção. Sob este aspecto, salienta-se a precarização dos recursos ofertados para o planejamento de ações, bem como a falta de atualização profissional para se trabalhar com esses usuários.

O termo acessibilidade corresponde à possibilidade e condição do alcance, percepção e compreensão. A acessibilidade está diretamente relacionada à procura dos usuários pelos serviços e, para tanto extrapola a dimensão geográfica e atinge a econômica, cultural, a social chegando até a constituição de um corpo técnico especializado e qualificado (SARTURI, 2018). Já o acesso aos serviços de saúde é designado como a autonomia de escolha dos serviços, bem como sua disponibilidade no instante da procura ou até mesmo como se dá a relação entre os pilares de aceitabilidade, disponibilidade e informação (KRAEMER, THOMA, 2018).

Compreendendo essa distinção pode-se analisar a linha tênue entre ambas no atendimento ao PCD em cenário rural, tendo suas particularidades que denotam a importância do serviço de saúde na construção em ser referência, criar vínculo e ser porta de entrada para esses usuários. Dessa forma, planejando estratégias baseadas em seus fatores sociais, econômicos, culturais e principalmente geográficos e estruturais, fundamentais para um atendimento de qualidade.

A falta de qualificação profissional está presente nos discursos dos gestores, formar profissionais na área de saúde mais humanos e capazes de atuar de forma integral mantem-se

em constante desafio na atualidade. Desenvolver capacidade criativa e reflexiva nos sujeitos tornou-se uma necessidade ainda na formação profissional, a qual precisa ser mantida durante todo o exercício da profissão, a exemplo disso está a educação permanente (SARTURI, 2018).

A precariedade de verbas é percebida nos serviços de saúde segundo os entrevistados. Em tese, a escassez de financiamento do sistema de saúde no Brasil é explicada por diferentes fatores, sendo preciso ressaltar que os recursos destinados à saúde no Brasil, não diferem de países que lograram obter melhor assistência à população do que aquela que hoje, em média, é fornecida aos brasileiros. Evidenciando haver ineficiência dos gastos e não tanto a falta deles, indicando que solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores primordiais: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos. (SALDIVA et al., 2018).

O gestor da saúde, embora possa deliberar sobre a utilização dos recursos, a partir do levantamento de necessidades do seu território e da elaboração do plano de saúde, às vezes não possui autonomia, ficando esta decisão a cargo do prefeito ou dos responsáveis pelas finanças do município (OLIVEIRA et al, 2018). As autoras ainda complementam ao dizer que a percepção desses recursos estará cada vez mais atrelada ao cumprimento de metas e indicadores, apontam para a reorganização dos processos de trabalho das equipes e da qualificação da gestão municipal, para que realmente resultem em ações que impactem a saúde da população.

Assim, ao se tratar do rural faz-se necessário melhorar o campo social e a inclusão cultural dos principais serviços de saúde, modificando o atendimento para obter-se um atendimento genuíno que direcione a mudança da prática. Visando uma educação permanente que se move além das limitações atuais, enfrentando as culturas exclusivas da saúde convencional dos serviços, sendo esses, os desafios mais difundidos na área rural (MITCHELL, 2018).

Apesar das políticas existentes para garantir que as pessoas com deficiência sejam acomodadas, barreiras para a participação prevalece, o que prejudica a qualidade de vida e bem-estar apresentando um impacto negativo na possibilidade de participação futura (MCKINNEY; AMOSUN, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao que diz respeito ao objeto deste estudo, os resultados mostram que as estratégias de planejamento em saúde são essenciais para um bom processo de trabalho, sobretudo quando pensadas para uma população vulnerável, mas que por vezes mostram-se limitantes por diversos fatores e barreiras, ocasionando impasses no direito de acesso e acessibilidade aos serviços indispensáveis à vida.

Os planos de saúde municipais/estadual apresentados são reflexos da carência de estratégias pensadas para as pessoas com deficiência, somados aos empasses no rural, vivenciando um cenário de carência que transpassa a realidade da maioria da população.

Essa insuficiência nas informações indica a falta de participação ativa da gestão em prol do fortalecimento das mudanças no processo de trabalho realizado, apesar dos avanços nesse setor, e que a cultura de planejar dentro do sistema de saúde ainda enfrenta grandes desafios.

Por sua vez, os gestores encontram empecilhos no processo de organização em saúde, como a falta de qualificação profissional, escassez de recursos, dificuldade de acesso ao meio rural e a falta de tempo. Tornando assim, um grande desafio promover acesso e acessibilidade a esses usuários, permeando um processo mais moroso e árduo.

Á vista das situações ilustradas, as ações em saúde estão diante de uma metodologia pouco inclusiva ao que tange as agendas de saúde, e que dependem de mudanças nas relações em curso para que se consiga desenvolver um processo de gestão resolutivo, ocasionado a visibilidade e promovendo a melhora da qualidade de vida dessa população.

Para efetivar os direcionamentos propostos, transfigura-se balizar a instrumentalização dos profissionais para que possam potencializar os instrumentos de gestão, tendo em vista os planos de saúde, além de buscar práticas do cuidado voltadas as singularidades, com olhar centrado a uma equipe multiprofissional capaz de desenvolver uma atenção integral e não apenas restrito as suas limitações. Além de incentivar novas pesquisas na temática, que ainda são restritas e pouco exploradas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F; MEDINA, M.G; FAUSTO, M.C.R et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, número especial 1, p. 244-260, setembro 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500244&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun 2020.

ALMEILDA, T.M.C; SANTOS, R.M.M; SAMPAIO, D.M et al. Planejamento e desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde na perspectiva do PMAQAB. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. Especial 1, p. 77-85, ago 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000500077&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out 2020.

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS NETA, O. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/5775-17740-1-PB%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/5775-17740-1-PB%20(3).pdf). Acesso em: 10 nov 2020.

ANUNCIACÃO, F.C; SOUZA, M.K.B. Planejamento em saúde: percepções e entendimentos sobre o plano municipal de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.35, n.4, p.845-858 out./dez. 2011 845. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n4/a2812.pdf>>. Acesso em: 10 out 2020.

BALDAN, B. A.; GOMES, G. F. M. A importância das apae's na inclusão da pessoa com deficiência intelectual. **Faculdades Integradas de Ourinhos - FIO/FEMM**. São Paulo, 2018. Disponível em: https://cic.unifio.edu.br/anaisCIC/anais2018/pdf/02_07.pdf. Acesso em: 10 nov 2020.

BORRELL, C. et al. Desigualdades socioeconômicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, n.19, p. 277-85, 2005. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000400002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.

BORTOLLOTO, C. C; MOLA, C. L; RODRIGUES, L. T; Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. **Rev Saude Publica**. São Paulo, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102018000200501&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 abr 2020.

BOUSQUAT, A; GIOVANELL, A.L; FAUSTO, M.C.R et al; A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, supl.2, e00099118, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2019000805002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 05 jun 2020.

COSTA, M.C. **Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012, pg 80.

DUBOW C, GARCIA EL, KRUG. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, junho 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200455&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 out 2020.

FERREIRA, I.T.R.N.; VERAS, M.A.S.M.; SILVA, R.A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de Municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.12, p.2683-2694, 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001200015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 6. Ed. São Paulo: Atlas, 2017, pg 41.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo de 2010**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662censodemografico2010.html?edicao=9673&t=sobre>. Acesso em: 19 mar 2020.

Kraemer, G. M.; Thoma, A. S. Acessibilidade como Condição de Acesso, Participação, Desenvolvimento e Aprendizagem de Alunos com Deficiência. **Psicologia: Ciência e Profissão**. o Jul/Set. 2018 v. 38 n°3, 554-563. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/pcp/v38n3/1982-3703-pcp-38-3-0554.pdf>. Acesso em: 11 nov 2020.

KRÜGER, T.R.; LEMKE, A.P.; NARDINO, D.; FINGER, S.J.; MEGGIATO, J.R.; NUNES, M.L.A; PEDRINI, D.M. As proposições das Conferências de Saúde e os Planos Municipais de Saúde: um estudo em municípios de Santa Catarina. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, p. 508-521, dez 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341765003.pdf>>. Acesso: 15 nov 2020.

MACHADO, W.C.A; PEREIRA, J.S; SCHOELLER, S.D; et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis , v. 27, n. 3, e4480016, 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun 2020.

MARTA, T.N. Pessoas com deficiência x planos de saúde: o tratamento desigual que afronta a dignidade humana. **Direitos fundamentais e democracia**, 2009. Disponível em: <https://revistaeletronicardfd.unibrasil.com.br/index.php/rdfd/article/view/145/141>. Acesso em: 10 ago 2020.

MCKINNEY, V; AMOSUN, S.L. Impact of lived experiences of people with disabilities in the built environment in South Africa. **African Journal of Disability**, 2020. Disponível em: <<https://ajod.org/index.php/ajod/article/view/518/1386>>. Acesso em: 25 nov 2020.

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

MITCHELL, O; MALATZKY, C; BOURKE, L; FARMER, J. A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. **Aust J Rural Health**. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29573014/>>. Acesso em: 12 nov 2020.

NASCIMENTO, A.B; EGRY, E.Y. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.4, p.861-871, 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000400861&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul 2020.

NED, L; LORENZO, T. Enhancing public sectors' capacity for inclusive economic participation of disabled youth in rural communities. **African Journal of Disability**, 2016. Disponível em: <https://ajod.org/index.php/ajod/article/view/189/444>. Acesso em: 22 nov 2020.

NOGUEIRA, G; CAVALHEIRO, G et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3131-3142, 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003131&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago 2020.

OLIVEIRA.W; FERREIRA, K.E.M.S; TEIXEIRA, R.A; CRUZ, C.S.S RIBEIRO, L.C.C. Recursos financeiros da atenção primária à saúde: uma breve discussão. **Revista Vozes dos Vales**. Minas Gerais, 2018. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Desktop/TCC/referencias%20introd.artigo%20tcc/discuss%C3%A3o%20OLIVEIRA%20ET%20AL.pdf>. Acesso em: 10 nov 2020.

PEIRÓ, R. et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. **Gaceta Sanitaria**. Barcelona, v.18, n.Suppl 2, p.36-46, 2004. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000500006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 10 jun 2020.

PEITER, C. C; LANZONI, G. M. M; OLIVEIRA, W. F. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 63-73, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sdeb/2016.v40n111/63-73/>. Acesso em: 10 nov 2020.

PEREIRA.J,A; SARAIVA.J,M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. **SER Social, Brasília**, v. 19, n. 40, p. 168-185, 2017. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/14677/12981. Acesso em: 25 jun 2020.

SALDIVA, P. H. N; VERAS, M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. **Estudos Avançados**., São Paulo, v. 32, n. 92, p. 47-61, Apr. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142018000100047&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out 2020.

SALIBA, N.A; GARBIN, A.S; GONÇALVES, P.E et al. Plano municipal de saúde: Análise do instrumento de gestão. **Bioscience Journal**, v. 29, n. 1, p. 224-230, 2013. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/74337>>. Acesso em: 20 ago 2020.

SARTURI F. **Linhas e nós no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência - um olhar para educação**. Tese Doutorado - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria RS; 2018.

SILVA, J. V; CORGOZINHO, J. P. Atuação do psicólogo, SUAS/CRAS e Psicologia Social Comunitária: possíveis articulações. **Psicol. Soc.**, Florianópolis , v. 23, n. spe, p. 12-21, 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 nov 2020.

SILVA, L. A. A da et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v. 38, n. 1, e58779, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100407&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 nov 2020.

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, Educação, Botucatu**, v. 22, n. 64, p. 109-120, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v22n64/1807-5762-icse-576220160666.pdf>. Acesso em: 14 abr 2020.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1):1565-1577, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800030&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun 2020.

World Health Organization (WHO). **World report on disability**. São Paulo: World Health Organization, 2012.

6 APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A

Roteiro estruturado para mapear a organização dos serviços de saúde frente às pessoas com deficiência no rural

Instituição:

Informante:

Local:

Data: ____/____/____

DADOS DEMOGRÁFICOS

1. Município:

2. Área Geográfica: urbana e rural:

3. Número de habitantes:

4. Número de habitantes área urbana:

5. Número de habitantes área rural:

6. Número de pessoas com deficiência na área urbana:

7. Número de pessoas com deficiência área rural:

Informações Gerais:

8. Principais Atividades socioeconômicas:

9. Renda per capita:

10. Escolaridade Média:

11. Expectativa de Vida:

ESTRUTURA E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

1. Aspectos epidemiológicos (perfil de morbimortalidade):

2. Unidades de Saúde (quantidade, localização urbana e rural, nível de atenção):

3. Unidades de Saúde da Família (quantidade, localização urbana e rural):

4. Profissionais de saúde (número, categorias):

5. Existe um plano municipal e organização dos serviços (Planejamento da rede municipal):

6. Quais os Programas/Ações desenvolvidos nos serviços voltados às pessoas com deficiência no rural:

7. Como se dá a organização dos serviços de saúde voltadas às pessoas com deficiência no rural:

8. Quais as ações de saúde voltada às pessoas com deficiência no rural?

9. Profissionais que atuam no rural (Quem são? Como atuam?):

10. Informações em saúde às pessoas com deficiência no rural (Existem? Quem concentra? Como ocorrem os fluxos? Alimentam bancos oficiais?)

APÊNDICE B

Roteiro da entrevista com os gestores/as municipais e profissionais responsáveis pela saúde das pessoas com deficiência no rural

EIXO 1: Dados Sociodemográficos

Idade:

Profissão / Ocupação:

Sexo:

Formação Acadêmica:

Escolaridade:

Tempo de formação:

Tempo de atuação na Atenção Básica de Saúde:

EIXO 2 : Explorando o objeto em estudo

1) Atenção às pessoas com deficiência que residem no rural

- O que você entende sobre pessoa com deficiência? E pessoas com deficiência no rural?
- Quais os tipos de deficiência você conhece?
- Quais são as deficiências que mais prevalecem na sua área de trabalho?
- O que você entende sobre políticas públicas de saúde?
- Quais políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência você conhece?
- Quais políticas públicas que o município/estado tem voltadas às pessoas com deficiência no rural?
- Como são pensadas e organizadas as ações voltadas à saúde das pessoas com deficiência no rural?
- Quais as prioridades no atendimento desse grupo populacional?
- Que ações específicas são desenvolvidas para as pessoas com deficiência no rural?
- Quem e quais são os quantitativos de profissionais envolvidos nas ações?
- Facilidades e dificuldades encontradas no planejamento e execução das ações direcionadas a esse grupo populacional:

3) Violência contra às pessoas com deficiência no rural

- Para você, o que significa violência contra as pessoas com deficiência que vivem no rural?
- Quais os tipos de violência sofrida pelas pessoas com deficiência que vivem em áreas rurais?
- Como o município se organiza para atender às pessoas com deficiência que estão em situação de violência, pensando no rural?
- O Ministério da Saúde, como também à Secretaria Estadual de Saúde possuem políticas públicas de saúde para o enfrentamento dessa problemática: o município tem conhecimento dessas e desenvolve alguma ação?
- Em nível local, são pensadas/organizadas estratégias de enfrentamento da violência com as pessoas com deficiência, especialmente em áreas rurais? Quais?
- Existe rede de apoio e atenção às pessoas com deficiência vítimas de violência?
- O que significa para você atenção integral na perspectiva do SUS no que se refere à violência?
- Que elementos são importantes para tornar possível a atenção integral?
- Como vêm sendo pensadas as ações de enfrentamento da violência contra as pessoas com deficiências no rural, na perspectiva da integralidade? Quais são essas ações?
- Gostaria de falar mais alguma coisa referente a essa temática?

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do estudo: GESTÃO DO CUIDADO VOLTADO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIA RESIDENTES NO RURAL NA PERSPECTIVA DE GESTORES E PLANOS LOCAIS DE SAÚDE

Pesquisador responsável: Marta Cocco da Costa

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Departamento de Ciências da Saúde-Campus Palmeira das Missões – RS.

Telefone para contato: 3742 8945

Local da coleta de dados: Municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, e 15 a e 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde.

Eu Marta Cocco da Costa, responsável pela pesquisa: gestão do cuidado voltado as pessoas com deficiência e suas família residentes no rural na perspectiva de gestores e planos locais de saúde, convido-o (a) a participar como voluntário(a) deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende avaliar a gestão do cuidado voltado as pessoas com deficiência e suas famílias residentes no rural na perspectiva de gestores e planos locais de saúde.

Acreditamos que ela seja importante porque são poucos os estudos centrados na produção do cuidado à saúde em cenários rurais e, em particular, com abordagens que considerem a gestão das pessoas com deficiência e suas famílias, no sentido de construir estratégias para a efetivação e qualificação das políticas públicas de saúde, mediadas pelos princípios e diretrizes do SUS.

A coleta de dados consiste na realização de uma entrevista individual com o gestor municipal, coordenador da Atenção Básica local, coordenador regional de saúde e responsável pela política das Pessoas com Deficiência nas Coordenadorias Regionais de Saúde. Sua participação constará de responder aos questionamentos contidos na entrevista.

Esta pesquisa não oferece riscos físicos e psicológicos, no entanto, caso ocorra algum tipo de desconforto em responder à entrevista, os mesmos serão interrompidos e o pesquisador irá realizar os encaminhamentos necessários aos serviços de saúde municipais que forem pertinentes.

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 algum dos pesquisadores 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 pela equipe de pesquisadores e serviços municipais de referência.

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 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. Também serão utilizadas imagens. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. 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 o pesquisador responsável, 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.

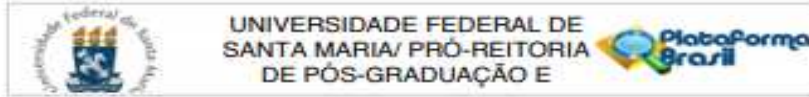
Assinatura do voluntário

_____, ____ de _____ de 201_

ANEXO A

AVALIAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

	UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E	
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP		
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA		
Título da Pesquisa: DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE EM PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, FAMÍLIAS E REDE DE APOIO NO CENÁRIO RURAL: múltiplas vulnerabilidades		
Pesquisador: Marta Cocco da Costa		
Área Temática:		
Versão: 2		
CAAE: 69973817.4.0000.5348		
Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA		
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio		
DADOS DO PARECER		
Número do Parecer: 2.208.596		
Apresentação do Projeto:		
<p>A presente proposta aborda o tema dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) de pessoas com deficiência que residem no contexto rural. O tema da pessoa com deficiência faz parte dos estudos dos grupos de pesquisa das instituições envolvidas no projeto (UFSM, FURG, UFRGS, IFRS). A partir das experiências e produções dos grupos de pesquisa envolvidos foram identificadas diversas situações de vulnerabilidades individuais, familiares, sociais e programáticas de pessoas com deficiência e suas famílias em cenário rural, o que aponta a necessidade de outros/novos estudos propositivos de políticas públicas direcionadas ao Sistema Único de Saúde (SUS).</p>		
<p>Trata-se de um estudo de abordagem mista, com uma etapa quantitativa e outra qualitativa. O local do estudo compreende os municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul, pertencentes a 15ª e a 19ª Coordenadorias Regionais de Saúde que apresentam população rural maior que a urbana, perfazendo 16 municípios. Os participantes da pesquisa serão divididos em dois grupos: o primeiro será constituído pelas pessoas com deficiência e seus familiares residentes em cenário rural, e o segundo grupo compreenderá gestores e profissionais dos serviços que compõem a rede de</p>		
<p>Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar Bairro: Carobá Município: SANTA MARIA CEP: 97.105-970 UF: RS Telefone: (51)3320-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com</p>		



Contribuição do Fomtec: 2.208.000

atenção e atendimento à saúde rural dos municípios em estudo.

Na etapa quantitativa será utilizado um questionário estruturado que investigará determinantes sociais de saúde, o qual será aplicado pelos pesquisadores nos domicílios das pessoas com deficiência, residentes no espaço rural dos municípios participantes do estudo e estará direcionado ao familiar mais próximo/cuidador da pessoa com deficiência, maior de 18 anos. A segunda etapa, qualitativa, os dados serão coletados por meio de pesquisa documental, entrevistas, geneograma, ecomapa e dinâmica mapa-talante. As entrevistas serão feitas pelos pesquisadores nos locais de trabalho dos profissionais de saúde, mediante agendamento.

Para análise será utilizada análise estatística e análise de conteúdo, para cada uma das etapas respectivamente.

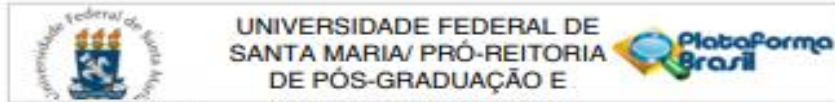
Objetivo da Pesquisa:

Objetivo primário: conhecer o cenário em que vive a pessoa com deficiência residente no meio rural dos municípios da área de abrangência da 15ª e da 19ª Coordenadoria Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul.

Objetivos secundários:

- Avaliar os determinantes sociais de saúde que envolve o vivido das pessoas com deficiência e suas famílias em cenário rural;
- Analisar as políticas públicas municipais de saúde na dimensão do planejamento e da agenda de ações voltadas às pessoas com deficiências e suas famílias residentes no rural, na perspectiva de gestores e planos locais de saúde;
- Analisar o processo de trabalho das equipes multiprofissionais na atenção a saúde de pessoas com deficiência e suas famílias no cenário rural;
- Identificar e compreender a rede de apoio das famílias de pessoa com deficiência no cenário rural;
- Conhecer e analisar a trajetória e os itinerários terapêuticos percorridos pelas pessoas com deficiências residentes em contextos rurais na busca por serviços de saúde, nos três níveis de complexidade;

Endereço: Av. Romão, 1000 – prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA E-mail: cep.ufsm@gmail.com
 Telefone: (51)3220-9362



Contribuição ao Parecer: 2.259.588

- Conhecer e compreender os significados das violências implicadas no contexto de vida, familiar e social das pessoas com deficiências em cenário rural, na perspectiva dos direitos humanos;
- Construir materiais educativos para os serviços de saúde, a fim de subsidiar as práticas dos profissionais no cuidado a pessoa com deficiência, considerando a singularidade dos contextos rurais;
- Elaborar cartilhas informativas com orientações às pessoas com deficiência e suas famílias que auxiliem no cuidado, além de esclarecer os recursos disponíveis na rede de atenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados de forma clara e suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

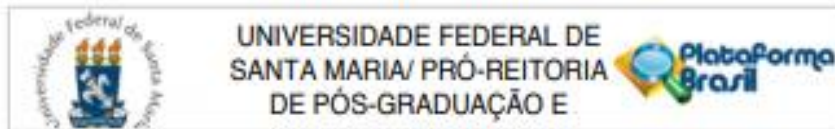
Projeto aprovado em relação aos aspectos éticos em pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_939158.pdf	07/08/2017 14:58:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Deficiencia.pdf	07/08/2017 14:57:21	Marta Cocco da Costa	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



Contribuição do Parecer: 2.258.588

- Conhecer e compreender os significados das violências implicadas no contexto de vida, familiar e social das pessoas com deficiências em cenário rural, na perspectiva dos direitos humanos;
- Construir materiais educativos para os serviços de saúde, a fim de subsidiar as práticas dos profissionais no cuidado a pessoa com deficiência, considerando a singularidade dos contextos rurais;
- Elaborar cartilhas informativas com orientações às pessoas com deficiência e suas famílias que auxiliem no cuidado, além de esclarecer os recursos disponíveis na rede de atenção.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentados de forma clara e suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta adequadamente os documentos obrigatórios.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado em relação aos aspectos éticos em pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_939158.pdf	07/08/2017 14:58:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_Deficiencia.pdf	07/08/2017 14:57:21	Marta Cocco da Costa	Aceito

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970
 UF: RS Município: SANTA MARIA
 Telefone: (51)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com