

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - MESTRADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Camila Dubow

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA**  
**PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Santa Cruz do Sul  
2017

Camila Dubow

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA  
PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug

Co-orientadora: Dra. Edna Linhares Garcia

Santa Cruz do Sul

2017

Camila Dubow

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA  
PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO  
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde – Mestrado, Área de Concentração em Promoção da Saúde, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

**Banca Examinadora**

*Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug*  
Professora Orientadora – UNISC

*Dra. Lia Gonçalves Possuelo*  
Professora Examinadora – UNISC

*Dra. Idília Fernandes*  
Professora Examinadora - PUC/RS

Santa Cruz do Sul

2017

*Dedico este trabalho às Pessoas com Deficiência, razão maior deste trabalho.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à minha família que sempre incentivou e torceu pela minha vitória. Em especial, aos meus pais, Susana e Paulo, por todo o caminho, pleno de aprendizado, que me permitiram trilhar e às minhas irmãs, Tatiana e Michele pela parceria desde sempre. Ao meu afilhado Pedro, por trazer momentos de ternura e alegria nos intervalos dos estudos.

Aos amigos e amigas, de perto e de longe, que estiveram presentes nestes dois anos, sempre apoiando e entendendo as ausências em muitos momentos.

Aos colegas de trabalho da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, em especial à Patrícia, minha parceira do Núcleo de Saúde da Pessoa com Deficiência.

Aos colegas de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, em especial aos colegas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde (PPGPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul que enfrentaram junto os desafios deste Mestrado.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Pesquisa e Saúde (GEPS) da Universidade de Santa Cruz do Sul, pelo aprendizado constante.

À professora Suzane, pelo exemplo de pessoa e de profissional e por todas as contribuições na condução deste trabalho. Sou grata pela ótima parceria que formamos e por compartilharmos dos mesmos ideais.

À professora Edna pelo compartilhamento de saberes e afetos.

À Coordenação, professores e funcionárias do Programa de Pós-graduação em Promoção da Saúde por todos os ensinamentos e pela disponibilidades sempre que necessário.

Às professoras Lia e Idilia por aceitarem participar da banca de defesa, contribuindo para o aprimoramento do trabalho.

À Coordenação Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência, aos Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Serviços de Reabilitação, Coordenadores de Atenção Básica, Coordenadores Assistenciais de Hospitais, Trabalhadores de Saúde e Pessoas com Deficiência e/ou seus responsáveis, por aceitarem participar deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos de Mestrado.

*“A resposta certa, não importa nada:  
o essencial é que as perguntas estejam certas.”*  
*(MÁRIO QUINTANA)*

## RESUMO

Com o objetivo de qualificar o cuidado às Pessoas com Deficiência, foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, que busca, através da articulação de diferentes serviços e níveis de atenção, contribuir para uma atenção à saúde mais universal, integral e equânime. Neste sentido, a presente dissertação, apresentada ao Programa de Pós Graduação em Promoção da Saúde - Mestrado, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC), possui como objetivo geral analisar o processo de implementação desta rede na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de seus distintos atores. A pesquisa deu origem a dois artigos: “Cuidados à Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma Rede Viva de Cuidados” (Artigo 1) e “Pessoas com Deficiência: sentidos e implicações nos processos de cuidado em saúde” (Artigo 2).

*Artigo 1:* A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde visa garantir a integralidade do cuidado e a equidade na atenção às Pessoas com Deficiência. O objetivo do estudo foi analisar o processo de implementação desta rede em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Por meio de pesquisa exploratória, realizou-se um estudo de caso, fazendo uso de questionários e entrevistas com 49 sujeitos para mapear, descrever e analisar o contexto, relações e percepções de distintos atores envolvidos no processo de implementação da referida rede. Os dados dos questionários, considerados em frequências absolutas e relativas, e as entrevistas, analisadas por meio de Análise de Conteúdo, revelaram a existência de movimentos que denunciam uma Rede Viva de Cuidados em permanente construção, em um processo gradual de incorporação de suas diretrizes, embora ainda se enfatize os serviços especializados de reabilitação como centralizadores do cuidado. Para que as necessidades de saúde destas pessoas sejam efetivamente contempladas, ressalta-se a importância de fortalecer a rede conforme diretrizes propostas em portaria e, ao mesmo tempo, respeitar e dar visibilidade aos movimentos micropolíticos já existentes nos territórios, na condição de uma Rede Viva.

*Artigo 2:* Devido a heterogeneidade de necessidades das Pessoas com Deficiência, as ações em saúde voltadas a esse segmento da população constituem-se a partir de um mosaico de diferentes abordagens de representações sociais e sentidos atribuídos à deficiência. Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar os sentidos produzidos acerca da deficiência e suas implicações nos processos de cuidado em saúde. De caráter exploratório e abordagem qualitativa, participaram 49 sujeitos envolvidos na atenção à saúde de Pessoas com

Deficiência em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Foram realizados questionários e entrevistas e os dados foram analisados através de Software para criação de Nuvem de Palavras e técnica de Produção de Sentidos. Os dados revelaram uma concepção sobre deficiência que remete ao modelo biomédico, sobressaindo os sentidos de dificuldade, incapacidade, limitação e dependência. A insegurança das equipes e serviços de saúde ao lidar com as deficiências refletem em dificuldades na assistência e convívio com as diferenças. Ao mesmo tempo, alguns sentidos indicaram uma nova maneira de conceber a deficiência, que passa a ser vista como mais uma característica do ser humano, com necessidades singulares. A forma de compreender a deficiência repercute diretamente nos processos de cuidado, impactando nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. Assim, este estudo revelou a importância de conhecer os sentidos da deficiência, de modo a auxiliar na compreensão das necessidades de saúde e possibilidades de assistência, proporcionando, desta maneira, um cuidado resolutivo, equânime e integral.

Desta maneira, a pesquisa permitiu conhecer a realidade regional da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, fornecendo elementos para o planejamento de ações, definição de prioridades e aprimoramento de políticas públicas para o enfrentamento qualificado das deficiências.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Pessoas com Deficiência, Assistência à Saúde, Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

The healthcare network for disabled people was created within the scope of the Unified Health System with the objective to improve the care for people with disabilities. It seeks to contribute to a more universal, integral and equitable healthcare access through the articulation of different services and levels of carefulness. In this sense, the present thesis to the Graduate Program in Health Promotion - Masters, at University of Santa Cruz do Sul (UNISC), has as main objective to analyze the process of a healthcare implementation in the 28<sup>th</sup> Regional health system in the State of Rio Grande do Sul, under the perspective of its different actors. The research resulted in two articles: "Care for the Disabled: Movements in the Territories of a Living Healthcare Network" (Article 1) and "People with Disabilities: Significance and Implications in Health Care Processes" (Article 2).



*Article 1:* The healthcare network for disabled people within the Unified Health System aims to guarantee the integrality of care and equity in the attention to people with disabilities. The objective of this study was to analyze the implementation process of this network in a regional health system in Rio Grande do Sul. An exploratory study was used to conduct a case study, with questionnaires and interviews of 49 individuals to map, describe and analyze (the context, relations and perceptions) the different actors involved in the implementation process of the network. Data of the questionnaires, considered in absolute and relative frequencies and the interviews were analyzed through Content Analysis. The results revealed the existence of movements that report a Living Healthcare Network in permanent construction, in a gradual process of incorporation of its guidelines, although specialized rehabilitation services are still emphasized as care centralizers. In order to effectively address the necessary healthcare for these people, it is important to strengthen the network according to the proposed guidelines in the ordinance and, at the same time, to respect and give visibility to the micropolitical movements already existing in the territories, as a Living Network.

*Article 2:* Due to the heterogeneity of the needs of people with disabilities, health actions towards this segment of the population are based on a mosaic of different approaches of social representations and inferences attributed to disability. This study aimed to know and analyze the senses produced about disability and its implications in health care processes. From an exploratory and qualitative approach, 49 individuals were involved in the healthcare of people with disabilities in a Regional health system in Rio Grande do Sul. Questionnaires and interviews were conducted and data were analyzed through Word Cloud software and Sense Production technique. The data revealed a concept about disability that refers to the biomedical model, highlighting the senses of difficulty, incapacity, limitation and dependence. The insecurity of the staff and the health services in dealing with disabilities reflects difficulties in supporting and living with differences. At the same time, some senses have indicated a new way of conceiving disability, which is now seen as more of a characteristic of the human being with unique needs. The way to understand disability directly affects the care processes, impacting on the ways of organizing health care processes for these individuals. Thus, this study revealed the importance of knowing the implications of the disability to have a better understanding of people needs and care possibilities, thus providing a resolute, equitable and integral care.

This research provided a better knowledge about the regional reality of the healthcare for disabled people, offering elements for action planning, definition of priorities and improvement of public policies for a qualified confrontation of the deficiencies.

**Key words:** Unified Health System, Disabled Persons, Delivery of Health Care, Integrality in Health

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

### **ILUSTRAÇÕES DO PROJETO**

|             |                                                                                         |    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 01 - | A transformação dos sistemas piramidais para as redes de atenção à saúde                | 26 |
| Figura 02 - | Municípios pertencentes a 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul                      | 33 |
| Quadro 01 - | Categorias e caracterização das deficiências                                            | 18 |
| Quadro 02 - | Porcentagem das deficiências por municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul | 20 |
| Quadro 03 - | Marcos legais da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência no Brasil                  | 23 |
| Quadro 04 - | População estimada por municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul em 2014   | 33 |
| Quadro 05 - | Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde/RS      | 34 |
| Quadro 06 - | Distribuição da amostra                                                                 | 34 |

### **ILUSTRAÇÕES DO ARTIGO 1**

|             |                                                                             |    |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------|----|
| Figura 01 - | Divisão da amostra por segmentos                                            | 80 |
| Figura 02 - | Estrutura Operacional da RCPCD na 28ª Região de Saúde/RS                    | 84 |
| Figura 03 - | Ferramentas utilizadas para a organização dos fluxos e articulação da RCPCD | 87 |
| Figura 04 - | Potências e Limitações da RCPCD                                             | 90 |

### **ILUSTRAÇÕES DO ARTIGO 2**

|             |                                            |     |
|-------------|--------------------------------------------|-----|
| Figura 01 - | Nuvem de palavras: Sentidos da Deficiência | 105 |
| Figura 02 - | Modelos Biomédico e Social da Deficiência  | 107 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|         |                                                                     |
|---------|---------------------------------------------------------------------|
| APS     | Atenção Primária à Saúde                                            |
| CER     | Centro Especializado em Reabilitação                                |
| CIF     | Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde |
| CIR     | Comissão Intergestores Regional                                     |
| CIT     | Comissão Intergestores Tripartite                                   |
| COMPEDE | Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência           |
| CRS     | Coordenadoria Regional de Saúde                                     |
| DCNT    | Doenças Crônicas Não Transmissíveis                                 |
| ESF     | Estratégia de Saúde da Família                                      |
| IBGE    | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                     |
| NASF    | Núcleo de Apoio à Saúde da Família                                  |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde                                        |
| ONU     | Organização das Nações Unidas                                       |
| PcD     | Pessoas com Deficiência                                             |
| PPGPS   | Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde                      |
| RAS     | Redes de Atenção à Saúde                                            |
| RCPCD   | Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                           |
| RS      | Rio Grande do Sul                                                   |
| SES     | Secretaria Estadual da Saúde                                        |
| SUS     | Sistema Único de Saúde                                              |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                          |
| UBS     | Unidades Básicas de Saúde                                           |
| UNISC   | Universidade de Santa Cruz do Sul                                   |

## SUMÁRIO

|                                                                                                            |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| APRESENTAÇÃO.....                                                                                          | 13         |
| <b><u>CAPÍTULO I</u></b>                                                                                   |            |
| <b>PROJETO DE PESQUISA.....</b>                                                                            | <b>14</b>  |
| 1 INTRODUÇÃO.....                                                                                          | 15         |
| 2 MARCO TEÓRICO.....                                                                                       | 17         |
| 3 OBJETIVOS.....                                                                                           | 32         |
| 4 MÉTODO.....                                                                                              | 33         |
| 5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO.....                                                                              | 42         |
| 6 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA.....                                                                   | 43         |
| 7 ORÇAMENTO/RECURSOS MATERIAIS.....                                                                        | 44         |
| 8 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS.....                                                                     | 45         |
| 9 RISCOS/DIFICULDADE/LIMITAÇÕES.....                                                                       | 46         |
| 10 REFERÊNCIAS.....                                                                                        | 47         |
| ANEXOS.....                                                                                                | 53         |
| <b><u>CAPÍTULO II</u></b>                                                                                  |            |
| <b>RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO.....</b>                                                                 | <b>70</b>  |
| <b><u>CAPÍTULO III</u></b>                                                                                 |            |
| <b>ARTIGOS.....</b>                                                                                        | <b>74</b>  |
| ARTIGO I – Cuidados à Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma Rede Viva de Cuidados..... | 75         |
| ARTIGO II - Pessoas com Deficiência: sentidos e implicações nos processos de cuidado em saúde.....         | 100        |
| <b><u>CAPÍTULO IV</u></b>                                                                                  |            |
| <b>NOTA À IMPRENSA.....</b>                                                                                | <b>118</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                                         |            |
| ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética.....                                                                | 120        |
| ANEXO 2 – Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva.....                                                  | 121        |
| ANEXO 3 – Comprovante de Submissão de Artigo para a Revista Ciência & Saúde Coletiva.....                  | 124        |
| ANEXO 4 – Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública.....                                                 | 132        |
|                                                                                                            | 133        |

## **APRESENTAÇÃO**

Esta Dissertação de Mestrado, prevista no regimento do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde é composta de seis partes: Projeto de Pesquisa, Relatório do Trabalho de Campo, Artigo 1, Artigo 2, Nota para Divulgação da Pesquisa à Imprensa e Anexos. A dissertação será defendida em março de 2017, perante banca composta pelos professores do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde e professor convidado. Os Artigos apresentados constam dos seguintes títulos: Artigo 1 “Cuidados à Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma Rede Viva de Cuidados” encaminhado à Revista Ciência & Saúde Coletiva – Qualis A2 na área Interdisciplinar; Artigo 2 “Pessoas com Deficiência: sentidos e implicações nos processos de cuidado em saúde” que será encaminhado para a Revista Cadernos de Saúde Pública – Qualis A2 na área Interdisciplinar. Esta pesquisa teve por objetivo analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de seus distintos atores. O primeiro artigo apresenta o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na região estudada. O segundo artigo reflete sobre os sentidos produzidos acerca da deficiência para os diversos atores envolvidos com a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência e suas implicações nos processos de cuidado. Este estudo articula diversas áreas do conhecimento, resultando em uma abordagem interdisciplinar que é a proposta do Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC.

**CAPÍTULO I**  
**PROJETO DE PESQUISA**

## 1 INTRODUÇÃO

A questão da saúde da Pessoa com Deficiência (PcD) foi preterida na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) durante muito tempo, apresentando iniciativas pontuais e em desacordo com os princípios da integralidade, equidade, universalidade e acesso à saúde, sendo que as Pessoas com Deficiência apresentam taxas mais elevadas de dificuldade de acesso à saúde, bem como de necessidades não satisfeitas, embora sejam, frequentemente, aquelas que mais necessitam de cuidados em saúde (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015; DURHAM; BROLAN; MUKANDI, 2014; KRAHN; WALKER; CORREA-DE-ARAUJO, 2015). Ainda que os marcos legais tenham formalizado direitos fundamentais, ampliando o acesso e a cobertura de serviços de saúde, mantiveram-se ideias de caráter assistencialista, que constituem uma barreira ao processo de inclusão social das Pessoas com Deficiência e sua participação no desenvolvimento do país, sendo imprescindíveis intervenções múltiplas e sistêmicas para reverter tal situação (BERNARDES et al., 2009; OLIVEIRA; ANDRADE; GOYA, 2012; WHO, 2011).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), reitera que as Pessoas com Deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços de saúde, sem discriminação (BRASIL, 2009). Frente a este contexto internacional, o governo federal brasileiro lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite (BRASIL, 2011), através do qual foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, que busca, por meio da articulação de diferentes serviços e níveis de atenção, contribuir para uma atenção à saúde mais universal, integral e equânime, com a garantia de ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2012a; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013; VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência encontra-se em fase inicial de implementação no Rio Grande do Sul e, mais especificamente, na 28ª Região de Saúde, localizada na região central deste estado, abrangendo treze municípios e uma população de 343.858 habitantes (IBGE, 2014). Atualmente, o Rio Grande do Sul possui 23,8% de sua população com algum tipo de deficiência e a 28ª Região de Saúde apresenta o índice de 30,81% (IBGE, 2010). Frente ao grande número de Pessoas com Deficiência, torna-se fundamental conhecer a realidade da atenção à saúde destas pessoas. Entretanto, esta é uma temática ainda pouco estudada e debatida no campo acadêmico local, embora de grande



relevância para a qualificação das ações de saúde nesta região, bem como para a ativação da interlocução da referida rede com outras áreas de conhecimento, uma vez que grande parte das dificuldades e limitações no âmbito da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência estão relacionadas à organização dos processos de trabalho, à gestão e à capacidade instalada (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015; VIANNA; CAVALCANTI; ACIOLI, 2014). O debate sobre a política de saúde da Pessoa com Deficiência pode contribuir também para a valorização da coordenação e continuidade do cuidado, ressaltando a importância de intervenções específicas voltadas a esse determinado grupo populacional (HOFFMANN et al., 2013).

O interesse em investigar a questão da deficiência, a partir da perspectiva de sua rede de cuidados, surgiu mediante reflexões críticas do cotidiano de trabalho da pesquisadora/mestranda, na posição de profissional referência para a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS), órgão da Secretaria Estadual da Saúde (SES) com sede no município de Santa Cruz do Sul. Para que a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência seja qualificada, torna-se fundamental conhecer a realidade local, a fim de fornecer elementos para o planejamento de ações e para a definição de prioridades para implementação de políticas públicas, facilitando e subsidiando a tomada de decisões, preparando o sistema regional de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências. Ainda, a presente pesquisa anseia colaborar no sentido de promover a discussão e reflexão sobre o tema, permitindo aos profissionais e gestores de saúde repensarem suas práticas, contribuindo para transformações e inovações no campo da saúde da pessoa com deficiência.

Assim, o encontro de saberes e as diferentes perspectivas e experiências dos sujeitos desta pesquisa tendem a contribuir para uma melhor análise do contexto, visando a saúde, o bem estar e uma melhor atenção para as pessoas com deficiência no sistema de saúde. A interdisciplinaridade, presente neste estudo, pressupõe uma interação efetiva entre pesquisadora e sujeitos, buscando a produção de conhecimento frente a complexidade do fenômeno em estudo, apontando para um panorama mais amplo para a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, além de uma aproximação entre a pesquisa acadêmica e as reais necessidades e prioridades da gestão em saúde e do Sistema Único de Saúde na região em questão.

Desta maneira, tem-se como **problema** de pesquisa: como se configura o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, na 28ª região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul?

## **2 SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

### **2.1 Contextualização histórica, paradigmas e aspectos conceituais da Pessoa com Deficiência**

O conceito de deficiência vem se modificando ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as conquistas alcançadas pelas Pessoas com Deficiência, tanto em âmbito nacional quanto internacionalmente (BRASIL, 2002a; KRAHN; WALKER; CORREA-DE-ARAUJO, 2015). A Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1989), definia deficiência como uma perda ou anormalidade de estruturas ou funções psicológicas, fisiológicas ou anatômicas.

Em 1997, a Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação recomendou uma nova maneira de encarar as Pessoas com Deficiência, indicando para um novo entendimento das práticas relacionadas à reabilitação e inclusão social destas pessoas, substituindo o termo incapacidade adotado anteriormente, que remetia a uma desqualificação social, pelo conceito de limitação de atividade, entendida como uma dificuldade no desempenho social (BRASIL, 2002a).

Já em 2001, através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), também da Organização Mundial da Saúde, a deficiência passou a ser abordada como parte ou expressão de uma condição de saúde, não indicando, obrigatoriamente, a presença de uma doença ou um indivíduo doente, buscando a transformação do olhar centrado na doença para outro centrado na funcionalidade humana (OMS, 2003).

Atualmente, tem sido utilizado o conceito de deficiência proposto pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, assinada em Nova York em 2007 e promulgada no Brasil, com valor de emenda constitucional, através do Decreto Presidencial n. 6.949/09:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas. (BRASIL, 2009, p.03).

No Brasil, desde 1999, por meio da Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1999), as deficiências são subdivididas em categorias, conforme quadro síntese abaixo:

Quadro 01 – Categorias e caracterização das deficiências

| CATEGORIAS DE DEFICIÊNCIAS            | CARACTERIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Deficiência Física</b>             | Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo, comprometendo a função física. Formas de apresentação: paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| <b>Deficiência Auditiva</b>           | Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Deficiência Visual</b>             | Cegueira (acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica), baixa visão (acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica) e casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Deficiência Mental/Intelectual</b> | Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, manifestado antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, como por exemplo: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.<br>Destaca-se que atualmente o termo Deficiência Intelectual tem sido utilizado para designar as pessoas com deficiência mental, no intuito de diferenciar de forma mais incisiva a deficiência da doença mental. Porém, diante da dificuldade de consenso internacional se pactuou pela manutenção do termo mental e a inclusão da expressão intelectual, a fim de permitir que cada país pudesse se adequar conforme suas particularidades. |
| <b>Deficiência Múltipla</b>           | Associação de duas ou mais deficiências.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

FONTE: BRASIL, 1999, 2004a, 2014a

As principais causas de deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, as doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis, as perturbações psiquiátricas, o abuso de álcool e drogas, a desnutrição e os traumas e lesões (BRASIL, 2009). Algumas pessoas já nascem com alguma condição incapacitante ou a demonstram nos primeiros anos de vida, enquanto outras a adquirem em algum momento específico de suas vidas (KRAHN; WALKER; CORREA-DE-ARAÚJO, 2015). Uma complexa combinação de fatores, incluindo idade, sexo, estágio da vida, exposição a riscos ambientais, status socioeconômico,

cultura e recursos disponíveis produzem influência sobre as deficiências, sendo que em muitos lugares, as crescentes taxas de deficiência estão associadas a um aumento dos problemas crônicos de saúde, lesões e envelhecimento (WHO, 2011).

O Brasil tem apresentado um rápido processo de envelhecimento de sua população, sinalizando para novos desafios na elaboração de políticas públicas para as áreas sociais e, especialmente para a área da saúde (VASCONCELOS; GOMES, 2012). A mudança no perfil epidemiológico e demográfico brasileiro, com o aumento da expectativa de vida e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), além do aumento das morbidades por causas externas, podem ocasionar diminuição da qualidade de vida, alto grau de limitação das pessoas em suas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e a sociedade em geral. A emergência destes novos problemas ampliou de modo significativo as demandas pelos serviços de reabilitação, colocando em evidência o modo como as ações em saúde são produzidas para responder às reais necessidades de saúde da população (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2009; MALTA et al., 2014; MITRE; ANDRADE; COTTA, 2013). Como as Pessoas com Deficiência estão vivendo mais, é preciso incorporar nos sistemas de saúde novas estratégias, o que requer uma transição de um modelo baseado nas condições agudas para outro baseado na promoção da saúde, intersetorialidade e integração dos serviços de saúde (HELLER et al., 2014; PAIM et al., 2011).

## **2.2 Dados epidemiológicos relativos às Pessoas com Deficiência**

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam alguma forma de deficiência, sendo que cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (WHO, 2011). De acordo com o último Censo, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), 45.606.048 de brasileiros, ou seja, 23,9% da população total declarou possuir algum tipo de deficiência investigada – visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo lugar está a deficiência motora, que abrange 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,1% e da deficiência mental ou intelectual, atingindo 1,4% dos brasileiros. Os dados do Censo mostram que a deficiência atinge pessoas de qualquer idade, com uma maior prevalência na população de 65 anos ou mais. Em relação ao sexo, a população feminina com deficiência superou a masculina: 19.805.367 homens (21,2%) e 25.800.681 mulheres (26,5%). No Rio Grande do Sul,

2.549.691 habitantes (23,8%) possuem pelo menos uma das deficiências investigadas. Já, na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, 30,8% da população possui pelo menos um tipo de deficiência, conforme detalhado no quadro 02:

Quadro 02 – Percentagem das deficiências por municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul

| MUNICÍPIO         | DEFICIÊNCIA                   |                             |                             |                                              |
|-------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------|
|                   | DEFICIÊNCIA AUDITIVA<br>n (%) | DEFICIÊNCIA MOTORA<br>n (%) | DEFICIÊNCIA VISUAL<br>n (%) | DEFICIÊNCIA MENTAL/<br>INTELLECTUAL<br>n (%) |
| Candelária        | 1783 (5,90)                   | 3051 (10,11)                | 4831 (16,01)                | 336 (1,11)                                   |
| Gramado Xavier    | 231 (5,82)                    | 294 (7,40)                  | 727 (18,31)                 | 60 (1,51)                                    |
| Herveiras         | 97 (3,28)                     | 134 (4,53)                  | 265 (8,97)                  | 21 (0,71)                                    |
| Mato Leitão       | 220 (5,69)                    | 258 (6,67)                  | 505 (13,06)                 | 61 (1,58)                                    |
| Pantano Grande    | 615 (6,21)                    | 853 (8,62)                  | 2134 (21,56)                | 182 (1,84)                                   |
| Passo do Sobrado  | 264 (4,39)                    | 418 (6,95)                  | 1016 (16,90)                | 73 (1,21)                                    |
| Rio Pardo         | 2053 (5,46)                   | 2927 (7,78)                 | 6936 (18,45)                | 658 (1,75)                                   |
| Santa Cruz do Sul | 5597 (4,73)                   | 7555 (6,38)                 | 16441 (13,89)               | 1207 (1,02)                                  |
| Sinimbu           | 654 (6,49)                    | 1219 (12,10)                | 2447 (24,30)                | 184 (1,82)                                   |
| Vale do Sol       | 470 (4,24)                    | 782 (7,06)                  | 1703 (15,37)                | 54 (0,48)                                    |
| Vale Verde        | 181 (5,56)                    | 314 (9,65)                  | 529 (16,26)                 | 74 (2,27)                                    |
| Venâncio Aires    | 4169 (6,32)                   | 5480 (8,31)                 | 12082 (18,32)               | 1319 (2,00)                                  |
| Vera Cruz         | 1377 (5,74)                   | 2027 (8,45)                 | 3605 (15,03)                | 386 (1,60)                                   |
| <b>TOTAL</b>      | <b>17.711 (5,41)</b>          | <b>25.312 (7,73)</b>        | <b>53.221 (16,26)</b>       | <b>4.615 (1,41)</b>                          |

Fonte: IBGE, 2010

Convém destacar que os dados coletados pelo IBGE no Censo Demográfico de 2010, em relação a prevalência dos diferentes tipos de deficiência, bem como as características das pessoas que compõem esse segmento da população, classificaram as deficiências pelo grau de severidade e funcionalidade de acordo com a percepção das próprias pessoas entrevistadas. As questões realizadas visaram identificar as deficiências visual, auditiva e motora conforme os seguintes graus de dificuldade: alguma dificuldade em realizar; grande dificuldade e não consegue realizar de modo algum; além da deficiência mental ou intelectual, seguindo as recomendações do Grupo de Washington sobre Estatísticas das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2012b). Desta maneira, o quadro apresentado acima

(quadro 02) abrange o somatório de todas estas três gradações para as deficiências supracitadas, com exceção da deficiência mental/intelectual, que não apresentou tal subclassificação quando da coleta de dados pelo IBGE.

## **2.3 Políticas Públicas de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência**

### **2.3.1 Políticas Públicas como instrumento de gestão em saúde**

No Brasil, o Sistema Único de Saúde resultou de décadas de luta de um movimento denominado Movimento da Reforma Sanitária, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988, que estabeleceu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, passando a ser entendida como um conjunto de determinantes que envolvem as condições de moradia, transporte, trabalho e lazer, entre outros fatores (BRASIL, 1988; PAIM, 2013). O SUS foi definido a partir de princípios universalistas e igualitários, promovendo uma ruptura com o caráter meritocrático até então dominante na assistência à saúde no Brasil, incorporando a saúde como direito, numa perspectiva de cidadania, que naquele momento se encontrava em expansão (MENICUCCI, 2014). Compete ao SUS, dentre outros objetivos, a formulação de políticas de saúde para promover os campos econômico e social e diminuir o risco de agravos à saúde, além de propor ações de saúde de promoção, proteção e recuperação, integrando ações assistenciais e preventivas (BRASIL, 1990).

Considera-se política de saúde a resposta social do Estado frente às condições de saúde dos indivíduos e populações e seus determinantes, assim como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana e o ambiente, resultando em programas, ações, estratégias e planos que buscarão transformar uma determinada realidade (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011; PAIM, 2003). As políticas de saúde são processos complexos que envolvem múltiplos interesses existentes na sociedade, sendo dependentes de conjunturas econômicas, sociais, políticas e governamentais (COHN, 2009). Por tratarem de problemas de saúde e da organização dos serviços de saúde, as políticas interferem diretamente na vida dos cidadãos e profissionais da saúde, devendo estes participar em seus distintos ciclos, a saber: construção social de um problema de saúde e formulação de uma política; entrada de determinados problemas na agenda de governo; implementação e avaliação da política (LIMA; D'ASCENZI, 2013; PINTO; VIEIRA-DA-SILVA; BAPTISTA, 2014). A implementação de uma política pública, foco primordial desta pesquisa, pode ser entendida como um processo de

apropriação de ideias provenientes da interação entre a intenção expressa em planos e os elementos dos contextos locais de ação, bem como os valores e as concepções de mundo dos atores que irão executá-la, sendo que as especificidades desempenham um importante papel quando se deseja compreender os processos de implementação de uma política pública (LIMA; D'ASCENZI, 2013). O Estado possui como função básica garantir que os interesses de determinados grupos não prevaleçam sobre os demais de modo a prejudicar a lógica de atendimento às necessidades de saúde da população em geral (COHN, 2009).

A evidência internacional mostra que as Pessoas com Deficiência possuem muitas necessidades de saúde não satisfeitas, com barreiras no acesso aos serviços e, conseqüentemente, mais problemas de saúde (TOMLINSON et al., 2009). Apesar da magnitude da questão, falta consciência e informação científica sobre as demandas relativas à deficiência, existindo escassos documentos com compilação e análise do modo como os países desenvolvem políticas e respostas para abordar as necessidades das Pessoas com Deficiência (WHO, 2011).

### **2.3.2 Marcos legais da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência no Brasil**

No ano de 1989 foi instituída, no Brasil, a Lei n. 7.853/89 (BRASIL, 1989), que dispunha, além de outras providências, sobre o apoio às Pessoas com Deficiência - na época denominadas Pessoas Portadoras de Deficiência - e sua integração social, além de dispor sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. O Decreto 3.298/99 (BRASIL, 1999) regulamentou a Lei n. 7.853/89, dispondo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, através de um conjunto de orientações normativas que objetivavam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência. Já a Lei n. 13.146/2015 (BRASIL, 2015), Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), visa assegurar e promover o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pelas Pessoas com Deficiência, através de sua inclusão social e cidadania. A Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 1988) afirma que é competência comum da união, estados, Distrito Federal e municípios cuidar da saúde, da assistência pública, da proteção e garantia dos direitos da Pessoa com Deficiência. Desde então, alguns marcos legislativos na área da assistência à saúde a estas pessoas merecem ser destacados, conforme descritos no quadro 03:

Quadro 03 - Marcos legais da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência no Brasil

| ANO  | MARCO LEGAL                  | TÍTULO                                                                                                                                                  | OBJETIVOS PRINCIPAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2001 | Portaria MS/GM n. 818/2001   | Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física.                            | Determinar que as Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal organizem suas respectivas Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física; estabeleçam fluxos e mecanismos de referência e contra-referência; elaborem Manual Operativo para Dispensação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção e aprovar Normas para Cadastramento dos Serviços de Reabilitação Física. |
| 2002 | Portaria MS/GM n. 1.060/2002 | Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.                                                                                          | Objetiva a reabilitação da pessoa portadora de deficiência, a proteção a sua saúde e a prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, através do desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação desta.                                                                                                             |
| 2002 | Portaria MS/GM n. 1.635/2002 | Inclui, no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA-SUS, procedimentos relacionados à deficiência mental e autismo.         | Organizar a assistência às pessoas com deficiência intelectual e/ou distúrbio do espectro autista no SUS por intermédio de equipe multiprofissional e multidisciplinar, utilizando-se de métodos e técnicas terapêuticas específicas.                                                                                                                                                                         |
| 2004 | Portaria MS/GM n. 2.073/2004 | Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.                                                                                               | Implantar a política de maneira articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias de Estado de Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde, devendo ser constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais: atenção básica, média e alta complexidade.                                                                                                                                           |
| 2008 | Portaria MS/GM n. 3.128/2008 | Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. | Estabelecer que as Secretarias de Estado de Saúde e do Distrito Federal adotem as medidas necessárias para a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual.                                                                                                                                                                                                        |
| 2011 | Decreto n. 7.612/2011        | Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.                                                              | Promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.                                                                                                                                                                  |
| 2012 | Portaria MS/GM n. 793/2012   | Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência                                                                                                    | Criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |



|      |                              |                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|      |                              | no âmbito do Sistema Único de Saúde.                                                                  | com deficiência. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência possui como objetivos a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência; a promoção de vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. |
| 2013 | Resolução n. 283/2013 CIB/RS | Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul.            | Apresentar objetivos, diretrizes e metas das ações da Saúde da Pessoa com Deficiência no sistema Único de Saúde no Rio Grande do Sul, se configurando como instrumento estratégico e norteador para sua execução, monitoramento e avaliação, em consonância com o Plano Estadual de Saúde e buscando integrar os quatro eixos do Plano Nacional Viver Sem Limite: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade.  |
| 2015 | Lei n. 13.146/2015           | Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). | Assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.                                                                                                                                                                                                                                                           |

Fonte: BRASIL, 2001, 2002a, 2002b, 2004b, 2008a, 2011, 2012a; RIO GRANDE DO SUL, 2013; BRASIL, 2015

Historicamente, as iniciativas no campo da saúde da Pessoa com Deficiência têm sido pontuais e muitas vezes em desacordo com os princípios de integralidade, equidade, universalidade e acesso qualificado e universal à saúde, não promovendo uma articulação consistente dos pontos e níveis de atenção à saúde no SUS, evidenciando seu caráter fragmentado e pouco eficaz (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). É importante ressaltar que devido a heterogeneidade e variação de necessidades das Pessoas com Deficiência, as ações em saúde voltadas para esse segmento da população devem considerar um mosaico de diferentes abordagens, envolvendo cuidados e acompanhamento precoces, sob uma perspectiva preventiva e promocional (BERNARDES et al., 2009; KRAHN; WALKER; CORREA-DE-ARAUJO, 2015). Os investimentos a longo prazo na atenção à saúde das pessoas com deficiência podem resultar em ganhos posteriores de eficiência, através da realização de mudanças programáticas para melhorar a realização de tarefas administrativas e a qualidade do cuidado, através de um atendimento personalizado (LAGU; IEZZONI;

LINDENAUER, 2014). A atenção integral à saúde da Pessoa com Deficiência deve ser assegurada em todos os níveis de complexidade, garantindo acesso universal e igualitário, bem como sua participação na elaboração das políticas de saúde a ela destinadas (BRASIL, 2015).

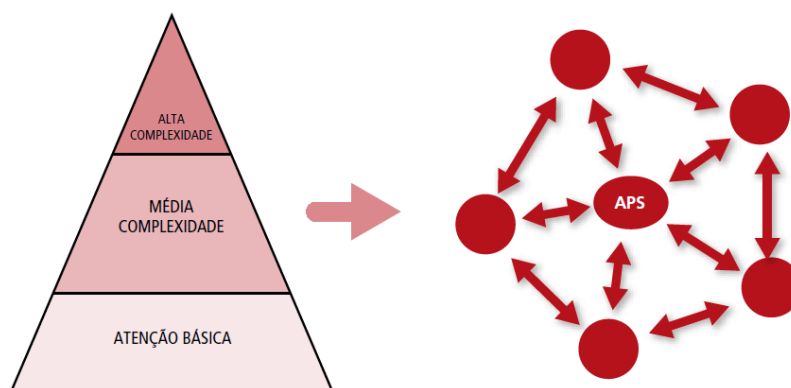
Frente a este complexo contexto foi lançado no Brasil, em 2011, o Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, envolvendo 15 Ministérios e com a proposição de ações em quatro eixos prioritários: Atenção à Saúde, Acesso à Educação, Inclusão Social e Acessibilidade. Instituído pelo Decreto n. 7.612/11, tem a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2011).

No eixo Atenção à Saúde são planejadas e executadas diversas ações, dentre as quais se destacam a qualificação das equipes de atenção básica, criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER), oficinas ortopédicas, ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, além de qualificação da atenção odontológica. A partir desse eixo, o Ministério da Saúde, como um dos atores centrais deste plano, criou, em 2012, na condição de rede prioritária de saúde, a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, através da Portaria n. 793/MS/GM (BRASIL, 2012a).

### **2.3.3 Redes de Atenção à Saúde: conceitos e fundamentos para operacionalização**

Em uma perspectiva internacional, através da análise de sistemas comparados, é possível perceber que as respostas às situações de saúde podem se apresentar em um contínuo que vai desde a fragmentação até a integração total por meio de sistemas integrados de saúde ou Redes de Atenção à Saúde - RAS (CONASS, 2015). Os sistemas fragmentados de atenção à saúde se organizam através de um conjunto de pontos de atenção classificados conforme sua complexidade tecnológica, isolados e sem comunicação uns com os outros, sendo incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Nestes sistemas não há comunicação da Atenção Primária à Saúde (APS) com a atenção secundária e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária à saúde. Já os sistemas integrados de atenção à saúde e as redes se organizam por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida, tendo como elemento central a atenção primária em saúde (MENDES, 2011), conforme exemplificado na figura 01:

Figura 01 - A transformação dos sistemas piramidais para as redes de atenção à saúde



Fonte: MENDES, 2011

A Organização Mundial da Saúde tem recomendado a implantação de sistemas integrados ou das RAS como forma de adoção de um modelo que atenda às reais necessidades de saúde da população (CONASS, 2015). As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado e apresentam como elementos constitutivos a população e região de saúde, o modelo de atenção à saúde e a estrutura operacional, descritos através da Portaria n. 4.279/2010 (BRASIL, 2010a). As redes podem ser entendidas como um conjunto de serviços de saúde que estão vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, possibilitando uma atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2011). O ordenamento do sistema em rede evita que os serviços sejam dispostos de maneira isolada, autarquizada e sem informação, possibilitando a integração entre estes. Envolvem a articulação entre gestores estaduais e municipais na implementação de políticas públicas, ações e serviços de saúde que garantam acesso, integralidade e resolutividade na atenção à saúde, bem como uma boa relação custo-benefício (SOLLA; PAIM, 2014).

As primeiras propostas de RAS surgiram no início dos anos 90 nos Estados Unidos, através de experiências de sistemas integrados de saúde e após avançaram pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011). Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde elaborou um documento sobre redes integradas de serviços de saúde, conceituando os sistemas integrados de serviços de saúde e suas diferentes modalidades e atributos

essenciais, bem como definindo instrumentos de política pública e mecanismos institucionais para conformá-los (OPAS, 2010). A organização de redes regionalizadas de serviços de saúde constituiu a base sobre a qual historicamente foram debatidas as propostas de reforma do sistema de saúde brasileiro, porém, durante um longo período, a instituição de redes deixou de ser o eixo central em torno do qual se construía a organização de serviços (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). A concepção de RAS foi reincorporada ao Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010a) e do Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011). Esse movimento universal em busca da construção de RAS sustenta-se em evidências de que essas redes constituem uma saída para a atual crise dos sistemas de atenção à saúde, sendo que em diversos países houve melhora dos resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde com a implantação de redes de atenção (MENDES, 2011).

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, uma vez que o modelo de um sistema capaz de eliminar as barreiras de acesso entre os níveis de atenção tem se mostrado de difícil operacionalização apresentando como grande desafio a ruptura com a lógica da fragmentação do cuidado, passando a operar sob a ótica da integralidade (BONFADA et al, 2012; BRASIL, 2009; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). São imprescindíveis o apoio e investimento dos gestores para a efetivação das RAS, por meio de processos de gestão coletivos e participativos que favoreçam a melhor interação entre os trabalhadores das equipes, implicando no estabelecimento de co-responsabilidades entre os atores envolvidos no ato de cuidar, existindo uma relação intrínseca entre a organização da atenção à saúde em rede e os objetivos da universalidade, equidade e integralidade do SUS (CECÍLIO; MERHY, 2003).

Os sistemas de saúde organizados em Redes de Atenção podem contribuir para a qualidade clínica, satisfação dos usuários, redução e racionalização dos gastos, otimização dos recursos e promoção de uma atenção condizente com as necessidades dos usuários dos sistemas locais de saúde (RODRIGUES et al., 2014; SILVA, 2011). Portanto, é preciso inovar na gestão em saúde através da implantação efetiva das Redes de Atenção à Saúde, uma vez que os sistemas fragmentados e baseados na oferta, já não respondem às necessidades de saúde da população. A partir da Portaria GM/MS nº 4.279/2010, foram pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) cinco redes temáticas prioritárias no âmbito nacional, a saber: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção

Psicossocial, Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (CONASS, 2015).

### **2.3.4 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**

A Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência. Apresenta, como objetivos gerais, ampliar o acesso e qualificar o atendimento às Pessoas com Deficiência, promover a vinculação destas pessoas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2012a).

Para o processo de implementação da referida rede, o Ministério da Saúde elaborou uma série de orientações, normativas, instrutivos e materiais de referência a partir da discussão e definição dos princípios e diretrizes da rede com gestores e profissionais da saúde, movimentos sociais e pesquisadores de todo o Brasil, implicando em uma política pública pluralista e produzida de forma ascendente, inserida na busca pela produção qualificada de saúde, com oferta de cuidados pautada pela integralidade da assistência, pela universalidade do acesso, pela equidade do cuidado e pelo controle social (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

As ações e os serviços de saúde pública destinados às Pessoa com Deficiência devem assegurar o diagnóstico e intervenção precoces; serviços de habilitação e de reabilitação; atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; campanhas de vacinação; atendimento psicológico; respeito à especificidade, identidade de gênero e orientação sexual; atenção sexual e reprodutiva; informação adequada e acessível sobre sua condição de saúde; prevenção de deficiências e agravos; estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no atendimento à pessoa com deficiência no SUS, em todos os níveis de atenção; oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais (BRASIL, 2015).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS deve se organizar através dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Estes três componentes, envolvendo diferentes níveis de atenção, devem estar articulados entre si, de modo a garantir a integralidade do cuidado e o acesso

regulado aos pontos de atenção ou serviços de apoio, observando a equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012a).

Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para o estabelecimento do foco gerencial dos entes de governança, sendo estruturados por meio de arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (MENDES, 2011). A atenção integral à saúde da Pessoa com Deficiência só pode ser obtida em rede, englobando a assistência específica à sua condição, bem como a assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (BRASIL, 2008b; MALTA; MERHY, 2010).

A porta de entrada preferencial da Pessoa com Deficiência, assim como de qualquer outro usuário do Sistema Único de Saúde, deve ser a atenção primária ou atenção básica, sendo que a atenção à família da Pessoa com Deficiência configura medida essencial para um atendimento completo e eficaz (BRASIL, 2008b). Deve englobar ações de caráter individual e coletivo nos níveis de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ofertando ações e serviços de modo descentralizado por meio de unidades de menor porte e mais próximas aos usuários, apontando para a necessidade de ampliação e de comunicação dos serviços de saúde, visando a integralidade na atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, favorecendo a resolubilidade em níveis mais baixos de complexidade e diminuindo os elevados investimentos com os serviços mais complexos (AMARAL et al., 2012; SOLLA; PAIM, 2014). As medidas preventivas realizadas no âmbito da atenção primária são fundamentais para a redução da incidência de deficiências e incapacidades, uma vez que em torno de 70% dos casos de deficiência poderiam ser evitados ou atenuados (BRASIL, 2008b). A atenção secundária, ou ambulatorial especializada, abrange um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais considerados de média e alta complexidade e envolve processos de trabalho e tecnologias especializadas. Os serviços devem ser ofertados de maneira hierarquizada e regionalizada, concentrados em polos regionais (SOLLA; PAIM, 2014). Já a atenção terciária envolve a assistência hospitalar, que compreende o atendimento de média e alta complexidade impondo a necessidade de reabilitação do usuário, a qual deve estar baseada em uma avaliação multidisciplinar de suas necessidades, habilidades e potencialidades (BRASIL, 2015). Porém, é preciso romper com a lógica da fragmentação do cuidado e da visão do hospital como espaço exclusivo de cura, reconhecendo-o como corresponsável por processos de

mudanças das condições de vida da população, operacionalizados através da articulação intersectorial para uma prática integral na rede assistencial (BONFADA et al., 2012).

Uma alternativa para o fortalecimento das relações entre estes três níveis de atenção está na implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, na criação de sistemas de referência e contrarreferência, na concepção de redes alternativas e no desenvolvimento de linhas de cuidado, devendo ser garantida a capacitação inicial e continuada aos profissionais que prestam assistência à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015; SOLLA; PAIM, 2014). Os pontos de atenção devem estar articulados por ações, protocolos de ação e de procedimentos, que estabelecem os processos e os fluxos do cuidado entre os componentes e seus pontos de atenção. Desta maneira, o cuidado às Pessoas com Deficiência deve ser pensado em rede, com a organização dos serviços em linhas de cuidado, em função das necessidades da população e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em saúde esteja focada no contexto do território e dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral às pessoas com deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

## **2.4 Conexões interdisciplinares do objeto de estudo**

Um dos desafios em permanente destaque no Sistema Único de Saúde é a interdisciplinaridade, vista como possibilidade para uma nova postura frente ao aprofundamento dos conhecimentos científicos e avanços técnicos, insuficientes para satisfazer a amplitude de possibilidades que a área da saúde necessita (GUEDES; FERREIRA JUNIOR, 2010). A interdisciplinaridade se caracteriza pela comunicação de diferentes disciplinas, através de trocas, confrontos e cooperação, com o objetivo de formar uma configuração capaz de responder às diferentes expectativas, necessidades e interrogações entre as disciplinas (MORIN, 2007). Nas últimas décadas têm ocorrido amplos debates relacionados à interdisciplinaridade no SUS, tanto no que diz respeito à produção acadêmica quanto à prestação dos serviços de saúde, devido à extrema fragmentação e especialização do conhecimento, resultantes do avanço tecnológico e do isolamento das disciplinas (MATOS; PIRES; CAMPOS, 2009).

Em uma perspectiva interdisciplinar, a Política Nacional de Promoção da Saúde traz em sua base o conceito ampliado de saúde e possui como um de seus eixos operacionais a Rede de Atenção à Saúde, vislumbrando transversalizar a promoção na rede, favorecendo práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais e na integralidade do

cuidado, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde (BRASIL, 2014b). A garantia de acesso e de qualidade dos serviços, através de um cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar, é uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, desafiando as equipes e gestores frente a complexidade da atenção à saúde destas pessoas (BRASIL, 2012a). As equipes devem ser multiprofissionais e trabalhar de forma interdisciplinar, envolvendo as famílias, as unidades de saúde e as comunidades, buscando recursos locais que facilitem o desenvolvimento integrado de processos de inclusão da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010b).

As problemáticas implicadas com as deficiências são de grande relevância para a Saúde Coletiva, afetando e transversalizando muitas outras áreas de conhecimento, sendo necessário ativar a interlocução da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com outras áreas, além daquelas ligadas diretamente à reabilitação (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015; OTHERO; AYRES, 2012). Desta maneira, o objeto de estudo da presente pesquisa caracteriza-se como interdisciplinar, fomentando a articulação entre diversas disciplinas, representadas pelos sujeitos que compõem a amostra do estudo através dos profissionais da área da saúde, tais como fisioterapeutas, enfermeiros, médicos, psicólogos e outros, bem como aqueles atuantes em distintas instâncias de atenção e gestão em saúde. Assim, busca-se uma fusão entre as opiniões, processos de trabalho e mecanismos de articulação entre estes, tendo como foco o objeto ou problema em questão, para o qual não basta a resposta de apenas uma área, implicando na participação de todos os atores envolvidos em seu processo, já que uma perspectiva fragmentada e isolada não supre as necessidades para o correto entendimento do problema de pesquisa, sendo, portanto, uma estratégia para compreender, interpretar e explicar este tema complexo (MINAYO, 2010).



### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de seus distintos atores.

#### **3.2 Objetivos específicos**

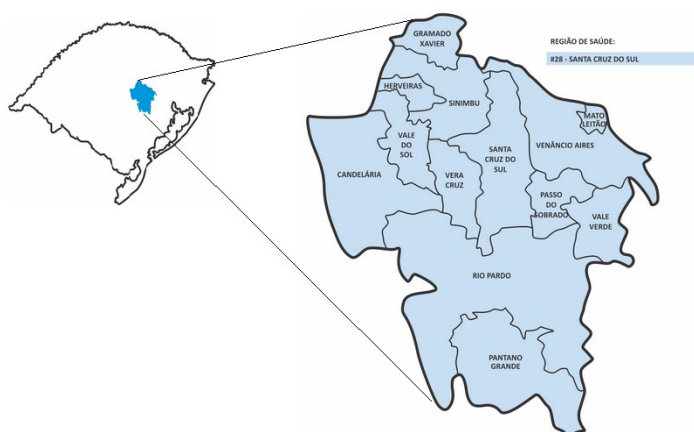
- Conhecer o significado de deficiência para os diversos atores implicados com a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência;
- Caracterizar a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência nessa região de saúde;
- Identificar as ações em saúde desenvolvidas no Sistema Único de Saúde para as Pessoas com Deficiência;
- Reconhecer as potencialidades, fragilidades e necessidades em relação à assistência em saúde às Pessoas com Deficiência;
- Identificar perspectivas da atenção à saúde às Pessoas com Deficiência no cenário estudado.

## 4 MÉTODO

### 4.1 Amostra/população/sujeitos

O estado do Rio Grande do Sul está dividido em 30 Regiões de Saúde, distribuídas nas 19 Regiões Administrativas da Secretaria Estadual da Saúde, conforme Resolução N° 555/12 – CIB/RS (RIO GRANDE DO SUL, 2012). A 28ª Região de Saúde, localizada na região dos Vales, é assessorada administrativamente pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, sendo composta por 13 municípios e abrangendo uma população de 343.858 habitantes (IBGE, 2014), conforme figura 02 e quadro 04:

Figura 02 – Municípios pertencentes a 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul



Fonte: ADAPTADO DE SES/RS (2017)

Quadro 04 – População estimada por municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul em 2014

| MUNICÍPIO         | POPULAÇÃO (HABITANTES) |
|-------------------|------------------------|
| Candelária        | 31.407                 |
| Gramado Xavier    | 4.190                  |
| Herveiras         | 3.060                  |
| Mato Leitão       | 4.161                  |
| Pantano Grande    | 9.979                  |
| Passo do Sobrado  | 6.340                  |
| Rio Pardo         | 38.899                 |
| Santa Cruz do Sul | 125.353                |
| Sinimbu           | 10.395                 |
| Vale Verde        | 3.420                  |
| Vale do Sol       | 11.608                 |
| Venâncio Aires    | 69.521                 |
| Vera Cruz         | 25.525                 |
| <b>Total</b>      | <b>343.858</b>         |

Fonte: IBGE, 2014

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, conforme portaria que a institui (BRASIL, 2012a), deve ser organizada através de três componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Com base nestes elementos, são apresentados no quadro 05 os componentes e respectiva configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde:

Quadro 05 – Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde/RS

| COMPONENTE                                    | CONFIGURAÇÃO                                            |
|-----------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Componente Atenção Básica                     | 46 Unidades Básicas de Saúde (UBS)                      |
|                                               | 44 Estratégias de Saúde da Família (ESF)                |
|                                               | 08 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)           |
| Componente Atenção Especializada*             | 01 Serviço de Referência para Reabilitação Física       |
|                                               | 02 Serviços de Referência para Reabilitação Intelectual |
| Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência | 10 hospitais de distintos portes                        |
|                                               | 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA)                  |

FONTE: informações obtidas junto à 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (2015)

\*Os serviços especializados de referência para as Reabilitações Visual e Auditiva localizam-se fora do território da referida região de saúde.

Desta forma, os sujeitos que farão parte da amostra da presente pesquisa pertencerão às seguintes categorias: coordenador ou representante da Política Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, secretário municipal de saúde de cada um dos treze municípios, coordenador de atenção básica de cada município, coordenadores dos serviços especializados em reabilitação, coordenadores assistenciais de hospitais, profissionais de saúde atuantes na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, além de Pessoas com Deficiência usuárias dos serviços da referida rede, localizados na região da 28ª região de saúde. Desta maneira, tem-se o seguinte quadro referente a amostra do estudo:

Quadro 06 - Distribuição da amostra

| GRUPO | CATEGORIA                                                                                                                          | NÚMERO DE SUJEITOS                           |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 01    | Coordenador da Política Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul | 01                                           |
| 02    | Secretários Municipais de Saúde                                                                                                    | 13                                           |
| 03    | Coordenadores municipais de Atenção Básica                                                                                         | 13                                           |
| 04    | Coordenadores de Serviços Especializados em Reabilitação                                                                           | 03 (01 Reabilitação Física e 02 Reabilitação |

|    |                                                                                            |              |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|    |                                                                                            | Intelectual) |
| 05 | Coordenador assistencial de Hospital                                                       | 01           |
| 06 | Profissionais de saúde atuantes na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência               | 16           |
| 07 | Pessoas com Deficiência usuárias dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência | 13           |
|    | <b>TOTAL DE SUJEITOS</b>                                                                   | 60           |

Fonte: elaboração própria

O coordenador ou representante da Política Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência na Secretaria Estadual da Saúde do estado do Rio Grande do Sul (grupo 01), os Secretários Municipais de Saúde (grupo 02), os coordenadores de Atenção Básica nos municípios (grupo 03), os coordenadores de Serviços Especializados em Reabilitação (grupo 04) e de Hospitais (grupo 05) serão os titulares dos referidos cargos ou seus representantes legais quando da coleta de dados.

Para a seleção dos sujeitos que irão compor o grupo dos profissionais de saúde (grupo 06) será utilizada a amostragem casual simples através da elaboração de uma lista de referência com as unidades de saúde de cada município, as quais serão enumeradas, de 1 até N. Após, será realizado sorteio através de tabela de números casuais com  $n$  números distintos, cada um correspondendo a um serviço. Após selecionados os serviços, será solicitada ao mesmo uma listagem dos profissionais que prestam atendimento às pessoas com deficiência, sendo escolhido, dentre estes, um profissional por conveniência, de modo a obter uma amostra multiprofissional. Desta maneira, compõem-se a amostra dos profissionais de saúde de cada um dos treze municípios (HADDAD, 2004). De maneira análoga, será realizada a seleção dos profissionais de saúde atuantes nos serviços especializados em reabilitação e instituições hospitalares.

Para a seleção dos sujeitos que irão compor o grupo das Pessoas com Deficiência, usuárias dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ou seus responsáveis legais (grupo 07), será solicitado ao Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMPEDE) de cada município, que indique usuários (as) para compor a amostra. Para os municípios que não apresentam tal conselho, a indicação será realizada pelos respectivos coordenadores de atenção básica e/ou de serviços especializados em reabilitação. Porém, alguns critérios serão seguidos para a seleção dos sujeitos, de modo a contemplar, se possível, uma proporção entre todos os tipos de deficiências.

#### 4.1.1 Critérios de inclusão

a) Sujeito que se enquadre em um dos grupos descritos no quadro 06;

- b) Para os sujeitos dos grupos 01, 02, 03, 04 e 05, ser titular ou representante legal dos referidos cargos quando da coleta de dados;
- c) Aceitação em participar voluntariamente da pesquisa;
- d) Ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A e B);
- e) Ser maior de 18 anos ou possuir responsável legal.

#### **4.1.2 Critérios de exclusão**

- a) Sujeitos com condições físicas e/ou cognitivas que limitem a comunicação para a realização das técnicas de coleta de dados, desde que não possuam responsável legal que possa representá-lo(a);
- b) Sujeitos que não aceitarem assinar o TCLE.

#### **4.2 Delineamento metodológico**

A presente pesquisa consistirá em um estudo do tipo exploratório, de caráter qualitativo, através de um estudo de caso. Os estudos exploratórios objetivam a familiarização com o fenômeno ou a obtenção de novas percepções e ideias, através da descrição de determinada situação, descobrindo relações existentes entre seus elementos componentes. Este tipo de estudo é recomendado quando há pouco conhecimento sobre o problema a ser estudado (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007).

Será utilizada a abordagem qualitativa, que possui como aspectos essenciais o reconhecimento e análise dos dados sob diferentes perspectivas, as reflexões dos pesquisadores sobre sua pesquisa como parte do processo de produção do conhecimento, bem como a variedade de abordagens e métodos. Desta maneira, os objetos de estudo são representados em sua totalidade, dentro de seus contextos cotidianos, não podendo ser generalizados para toda uma população (FLICK, 2009). A abordagem qualitativa foi escolhida por se aplicar ao estudo da história, relações, representações, crenças, percepções e opiniões dos sujeitos, além de propiciar o conhecimento de processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, caracterizando-se por uma sistematização progressiva de conhecimento até a compreensão da lógica interna dos grupos ou do processo em estudo (MINAYO, 2014).

Por meio da abordagem qualitativa, optou-se por um estudo de caso pelo desejo de analisar uma situação concreta, com suas particularidades, buscando apreender o problema

através de seus diferentes traços e compreender seus elementos mais significativos. Desta forma, busca-se a articulação do caráter técnico com o lógico, considerando o processo histórico que destaca a origem e modificação de conceitos (DINIZ, 2003). Os estudos de caso fazem uso de estratégias de investigação qualitativa para mapear, descrever e analisar contextos, relações e percepções a respeito de determinada situação, fenômeno ou episódio, sendo úteis para a geração de conhecimento sobre características significativas de eventos vivenciados, como por exemplo intervenções e processos de mudança (MINAYO, 2014).

### **4.3 Hipóteses e variáveis**

O presente estudo apresenta as seguinte hipóteses:

H1- A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência encontra-se em estágio inicial de implementação na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul;

H2- As ações e serviços de saúde voltados às Pessoas com Deficiência não vinculam suas ações em rede, resultando na fragmentação da atenção à saúde desses usuários;

H3- Existem "nós críticos" a serem superados para a efetivação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na região em questão.

### **4.4 Procedimentos metodológicos**

1ª etapa: elaboração do projeto de pesquisa;

2ª etapa: encaminhamento do projeto para aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISC;

3ª etapa: apresentação do projeto de pesquisa, seus objetivos e metodologia em reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional (CIR) e dos Conselhos Municipais dos Direitos das Pessoas com Deficiência (COMPEDE);

4ª etapa: seleção da amostra, para os casos em que os sujeitos não foram pré-estabelecidos (grupos 06 e 07);

5ª etapa: realização de estudo piloto, para avaliação dos instrumentos de coleta;

6ª etapa: assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) e realização da 1ª fase de coleta de dados, por meio da aplicação de questionários;

7ª etapa: contato prévio com os sujeitos selecionados para a 2ª fase de coleta de dados, para agendamento das entrevistas, por meio de contato telefônico, e-mail e/ou contato pessoal direto;

8ª etapa: realização da 2ª fase de coleta de dados – entrevistas, realizadas em local adequado, sendo priorizadas as dependências das respectivas secretarias, unidades ou estabelecimentos de saúde;

9ª etapa: digitação de dados em planilhas, transcrição das entrevistas, análise dos dados e interpretação dos resultados;

10ª etapa: elaboração da dissertação;

11ª etapa: pré-defesa da dissertação;

12ª etapa: defesa da dissertação;

13ª etapa: socialização e divulgação dos resultados junto a CIR, COMPEDE, demais órgãos/instituições relacionados à saúde da Pessoa com Deficiência na região e comunidade;

14ª etapa: proposta de realização de um fórum para a discussão sobre a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em parceria entre o Mestrado em Promoção da Saúde/UNISC e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde;

15ª etapa: encaminhamento dos artigos para revistas científicas.

#### **4.5 Técnicas e instrumentos de coleta**

Para a coleta de dados serão utilizados dois instrumentos, em etapas distintas de coletas. Inicialmente, será aplicado um questionário, a ser preenchido pelos sujeitos pertencentes às categorias descritas no quadro 06, objetivando a elaboração de um panorama geral referente à implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde. Posteriormente, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, com sujeitos selecionados dentre os que responderem ao questionário inicial, com o intuito de aprofundar as informações obtidas por meio dos questionários.

##### **4.5.1 Questionário**

Os sujeitos da pesquisa responderão a um questionário com o objetivo de elaboração de um banco de dados, a fim de obter um panorama geral sobre o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul (ANEXOS B, C, D, E). Serão convidados a responder o questionário sujeitos pertencentes aos grupos 02, 03, 04, 05, 06 e 07, descritos no quadro 06.

O questionário é um meio de obter respostas através do preenchimento, pelo próprio informante, com ou sem a presença de entrevistador, de questões relacionadas a um problema

central, propostas de acordo com os objetivos. Pode conter perguntas abertas, que permitem obter respostas livres e perguntas fechadas quando se desejam obter respostas mais precisas (CERVO; BERVIAN; DA SILVA, 2007). As questões fechadas são altamente objetivas, apresentam rapidez e facilidade no ato de responder, pouca possibilidade de erro e são de fácil aplicação e processamento, permitindo uma análise de dados de maneira sofisticada. Já as questões abertas cobrem pontos além das questões fechadas, podendo dar mais informações e proporcionando comentários, explicações e esclarecimentos significativos para a interpretação e análise das respostas, possibilitando inclusive o surgimento de informações inesperadas (SOUZA et al., 2005).

Será realizado um estudo piloto para avaliação do instrumento, quanto à sua apresentação e compreensão pelos sujeitos da amostra. Serão convidados a participar do estudo piloto, representantes de cada um dos grupos e/ou segmentos que responderão ao questionário: gestores de saúde; coordenadores de serviços de atenção básica, especializada e hospitalar; profissionais de saúde e usuários.

#### **4.5.2 Entrevista semiestruturada**

Após a aplicação do questionário, como forma de complementar e aprofundar os dados obtidos, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, com roteiro formulado de acordo com a particularidade de cada um dos sete segmentos envolvidos, descritos no quando 06 (ANEXOS F, G, H, I).

Respeitando-se a paridade entre os distintos grupos, serão selecionados para a entrevista, em uma amostragem escolhida por conveniência, sujeitos que representem os diferentes níveis de participação nos distintos contextos municipais e regional. Farão parte da amostra, para esta etapa, o coordenador estadual da política de saúde da pessoa com deficiência, secretários municipais de saúde, coordenador assistencial de hospital, coordenadores de atenção básica, coordenadores de serviços especializados de reabilitação, profissionais de saúde e usuários, a fim de obter informações estratégicas necessárias para a análise do contexto e compreensão do processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do RS. A entrevista será gravada, mediante consentimento prévio do entrevistado.

A entrevista permite, além do fornecimento de dados objetivos, que o pesquisador poderia obter de outras fontes externas à entrevista, a obtenção de dados subjetivos, obtidos exclusivamente por meio de entrevista, que se referem diretamente ao indivíduo entrevistado,



sendo fundamental sua colaboração, permitindo uma reflexão e representação do próprio sujeito sobre a realidade (MINAYO, 2014). A entrevista do tipo semiestruturada, através da combinação de perguntas fechadas e abertas, permite ao entrevistado responder sobre o tema em questão, sem se prender à indagação formulada, justificando-se pela expectativa de que os sujeitos expressem seus pontos de vista a respeito do tema em questão (FLICK, 2009; MINAYO, 2014).

#### **4.6 Processamento e análise de dados**

Os dados obtidos junto aos questionários serão digitados em planilhas específicas no programa Microsoft Excel e as entrevistas serão transcritas integralmente. Para a análise de dados das questões fechadas dos questionários será realizada análise numérica-descritiva, através do cálculo de porcentagens e frequências absolutas e relativas. Já para a análise das questões abertas do questionário, bem como das entrevistas, será empregada a técnica de Produção de Sentidos, com base no referencial teórico de Spink e Lima (2000). Serão utilizados os “mapas de associação de ideias”, que objetivam sistematizar o processo de análise de práticas discursivas em busca de aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados neste processo e do implícito na produção de sentidos. Inicia-se a construção dos mapas pela definição de categorias gerais, de natureza temática, as quais refletem os objetivos do estudo, permitindo a constituição de formas de visualização das dimensões teóricas. Organizam-se então os conteúdos a partir das categorias, buscando preservar a sequência das falas e identificar os processos de esquematização visual da entrevista ou de trechos selecionados. Para isso, o diálogo é mantido intacto e sem fragmentação, ocorrendo apenas o deslocamento para as colunas previamente definidas em função dos objetivos da pesquisa. Cabe ressaltar que o processo de análise pode levar a uma redefinição das categorias, de modo a obter uma aproximação gradual com os sentidos vistos como atividade-fim.

#### **4.7 Considerações éticas**

Este projeto de pesquisa será submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Mediante sua aprovação, serão iniciados os procedimentos para a coleta de dados. Será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO A) aos sujeitos

por meio da exposição dos objetivos e procedimentos do estudo, o qual será constituído de duas vias, permanecendo uma com o pesquisador e a outra com os sujeitos da amostra, estando os mesmos livres para se isentarem da pesquisa, a qualquer momento, se assim desejarem. Será realizada a gravação da entrevista para posterior análise, mediante autorização dos sujeitos, conforme constará no TCLE.

Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e permanecerão sob a responsabilidade da pesquisadora e a identificação dos participantes será mantida em sigilo. Após concluída a pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores, profissionais, usuários, estabelecimentos de saúde e demais instâncias envolvidas na atenção à saúde das Pessoas com Deficiência no âmbito da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Posteriormente, os artigos resultantes da pesquisa serão enviados a revistas científicas, sendo a identificação dos participantes mantida em sigilo.

O presente estudo pode ser considerado uma investigação de risco mínimo, pois envolve apenas questionamentos visando o conhecimento dos sujeitos acerca da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na supracitada região. O benefício em decorrência deste será a contribuição para a melhoria da rotina e qualidade dos serviços prestados a esta população, direcionando para uma consolidação e qualificação da referida rede.

## 5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

|                                            | 2015               |                    | 2016               |                    | 2017               |
|--------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| <b>Atividade/Etapas metodológicas</b>      | <b>1º semestre</b> | <b>2º semestre</b> | <b>1º semestre</b> | <b>2º semestre</b> | <b>1º semestre</b> |
| Revisão de literatura                      | x                  | x                  | x                  | x                  | x                  |
| Elaboração do projeto                      | x                  |                    |                    |                    |                    |
| Defesa do projeto                          |                    | x                  |                    |                    |                    |
| Encaminhamento ao Comitê de Ética          |                    | x                  |                    |                    |                    |
| Estudo piloto                              |                    | x                  |                    |                    |                    |
| Coleta de dados                            |                    |                    | x                  |                    |                    |
| Digitação/transcrição dos dados            |                    |                    | x                  |                    |                    |
| Análise e discussão dos dados              |                    |                    | x                  |                    |                    |
| Redação/revisão final da dissertação       |                    |                    |                    | x                  | x                  |
| Preparo de comunicação                     |                    |                    |                    |                    | x                  |
| Defesa da dissertação                      |                    |                    |                    |                    | x                  |
| Encaminhamento dos artigos para publicação |                    |                    |                    |                    | x                  |
| Socialização dos resultados                |                    |                    |                    |                    | x                  |

## **6 RECURSOS HUMANOS E INFRAESTRUTURA**

Os recursos humanos a serem utilizados na realização da pesquisa dizem respeito aos pesquisadores (mestranda, orientadora e co-orientadora). A distribuição dos questionários, realização das entrevistas, digitação, transcrição e análise dos resultados serão realizados pela própria pesquisadora/mestranda. A infraestrutura necessária à execução do estudo é composta pela infraestrutura das unidades e/ou serviços de saúde, Secretarias Municipais de Saúde e/ou outro local de preferência do entrevistado (desde que apresente uma sala adequada para realização da entrevista), após anuência dos respectivos responsáveis pelo setor/estabelecimento. Serão necessários também computador, equipamentos de informática e gravador digital, além de transporte da pesquisadora para deslocamento aos municípios da 28ª Região de Saúde, bem como alimentação. Todos estes itens serão custeados pela pesquisadora/mestranda, sem auxílio de fontes externas. Ainda, a realização da pesquisa contará com o acervo da Biblioteca do Mestrado em Promoção da Saúde e da Biblioteca Central da UNISC.

## 7 ORÇAMENTO/RECURSOS MATERIAIS

| Itens a serem financiados                            |                | Valor<br>Unitário<br>R\$ | Valor<br>Total<br>R\$ | Fonte<br>Viabilizadora |
|------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| Especificações                                       | Quantidade     |                          |                       |                        |
| Pacote Folhas de ofício com 500 unidades, tamanho A4 | 02 pacotes     | 12,00                    | 24,00                 | Pesquisadora           |
| Cópias xerográficas                                  | 200 cópias     | 0,10                     | 20,00                 | Pesquisadora           |
| Impressão                                            | 500 impressões | 0,10                     | 50,00                 | Pesquisadora           |
| Pen drive 4GB                                        | 01 unidade     | 30,00                    | 30,00                 | Pesquisadora           |
| Gravador digital                                     | 01 unidade     | 450,00                   | 450,00                | Pesquisadora           |
| Ligações telefônicas                                 | 100 ligações   | 2,00                     | 200,00                | Pesquisadora           |
| Transporte (combustível)                             | 240 litros     | 3,50                     | 840,00                | Pesquisadora           |
| Alimentação/lanche                                   | 40 unidades    | 15,00                    | 600,00                | Pesquisadora           |
| TOTAL GERAL                                          |                |                          | R\$ 2.214,00          |                        |

## 8 RESULTADOS E IMPACTOS ESPERADOS

Através deste estudo, espera-se conhecer a realidade regional da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, bem como analisar aspectos da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, com base na Portaria n. 793/2012. Assim, será possível fornecer elementos para o planejamento de ações e para a definição de prioridades e aprimoramento de políticas públicas, facilitando e subsidiando a tomada de decisões sobre a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, preparando o sistema regional de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências.

A pesquisa pode colaborar no sentido de promover a discussão e reflexão sobre o tema, permitindo aos profissionais, usuários, gestores de saúde e demais envolvidos repensarem e aprimorarem suas práticas, contribuindo para transformações e inovações no campo da saúde da Pessoa com Deficiência. Busca-se, também, uma aproximação entre a pesquisa acadêmica e as reais necessidades da gestão em saúde na região em questão, colaborando, desta maneira, para uma melhor compreensão dos desafios, estratégias e dispositivos para a conformação, organização, implementação e consolidação das políticas públicas de saúde na região, utilizando as reflexões acadêmicas para apoiar os processos de formulação, implementação, monitoramento e avaliação de políticas públicas em âmbito regional, especialmente no que se refere a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Ainda, após socialização e divulgação dos resultados junto a CIR, COMPEDE, demais órgãos/instituições relacionados à saúde da Pessoa com Deficiência, na região e comunidade em geral, almeja-se a realização de um Fórum sobre a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, em parceria com o Mestrado em Promoção da Saúde/UNISC e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de socializar, fortalecer e aproximar o debate acadêmico com a gestão da referida política pública de saúde, contemplando temas prioritários para o planejamento regional.

## **9 RISCOS/DIFICULDADES/LIMITAÇÕES**

A presente pesquisa não apresenta risco aos sujeitos envolvidos. Como dificuldade, pode-se enfrentar a não adesão dos sujeitos de pesquisa, por distintos motivos. Os questionários, por serem auto preenchidos, podem não retornar à pesquisadora em sua totalidade. Também, pode-se encontrar como dificuldade para a execução da pesquisa a ausência de uma sala adequada para a realização das entrevistas. Ainda, pode ocorrer um possível direcionamento nas respostas durante a entrevista após a apresentação dos objetivos do estudo, podendo gerar viés de resposta e limitando a interpretação dos resultados. Pode ser um fator limitante do estudo, a memória ou o conhecimento dos sujeitos, pois o mesmo poderá não lembrar de alguns detalhes em relação a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, ou poderá não responder o que de fato condiz com a realidade vivenciada.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, F. L. J. S. et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 7, p. 1833-1840, 2012.
- BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: Reflexões Bioéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.
- BONFADA, D. et al. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 2, p. 555-560, 2012.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7853.htm)>. Acesso em 13 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 02 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 dez. 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Acesso em 02 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 818, de 05 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2001. Disponível em <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_818\\_de\\_05\\_06\\_2001.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_818_de_05_06_2001.pdf)>. Acesso em 13 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 1.060/2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002a. Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em 02 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Portaria n. 1.635, de 12 de setembro de 2002. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1635.htm>>. Acesso em 02 jun. 2015.
- \_\_\_\_\_. Decreto n. 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de



19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 03 dez. 2004a. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)>. Acesso em 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2004b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_auditiva.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_auditiva.pdf)>. Acesso em 13 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2008a. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128\\_24\\_12\\_2008.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html)>. Acesso em 13 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. *A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Disponível em < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 2010a. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 22 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. *Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Decreto n. 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 18 nov. 2011. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>. Acesso em 02 jun. 2015.

\_\_\_\_\_. *Cartilha do Censo 2010 – Pessoas com Deficiência*. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012a.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 abr. 2012b. Disponível em: < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 02 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. *Novos Comentários à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*, Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República/Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2014a.

\_\_\_\_\_. Portaria n. 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 nov. 2014b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html)>. Acesso em 02 mai. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 07 jul. 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 08 jul. 2015.

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

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2003. p. 197-210.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; DA SILVA, R. *Metodologia Científica*. São Paulo: Pearson, 2007.

COHN, Amélia. O estudo das políticas de saúde: implicações fatos. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2009. p. 219-246.

CONASS (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Coleção para entender a gestão do SUS. 1. ed. Brasília: CONASS, 2015.

DINIZ, T. M. R. G. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M. L. (Org.). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 2003. p. 42-58.

DURHAM, J.; BROLAN, C. E.; MUKANDI, B. The Convention on the Rights of Persons With Disabilities: a foundation for ethical disability and health research in developing countries. *American Journal of Public Health*, v. 104, n. 11, p. 2037-2043, 2014.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 9, p. 1667-1677, 2011.

FLICK, Uwe. *Introdução à Pesquisa Qualitativa*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GUEDES, L. E.; FERREIRA JUNIOR, M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção a saúde e prevenção de doenças. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 2, p. 260-272, 2010.

HADDAD, N. *Metodologia de estudos em ciências da saúde*. 1. Ed. São Paulo: Roca, 2004.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HELLER, T. et al. Interventions to promote health: crossing networks of intellectual and developmental disabilities and aging. *Disability Health Journal*, v.7, sup., p. 24 – 32, 2014. Fator de impacto: 1,291

HOFFMANN, K. et al. Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *European Journal of Public Health*, v. 23, n. 6, p. 933 – 939, 2013.

IBGE. *Censo Demográfico 2010*: Banco de Dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em 04 jun. 2015.

IBGE. Diretoria de População e Indicadores Sociais. Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014. *Diário Oficial da União*, 28 ago. 2014. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2014/estimativa_dou.shtm)>. Acesso em 05 jul. 2015.

KRAHN, G. L.; WALKER, D. K.; CORREA-DE-ARAUJO, R. Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *American Journal of Public Health*, v. 105, n. 52, Sup. 2, p. 5198- 5206, 2015.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LAGU, T.; IEZZONI, L.; LINDENAUER, P. The Axes of Access: improving Care for Patients with Disabilities. *The New England Journal of Medicine*, v. 370, n. 19, p. 1847 – 1851, 2014.

LIMA, L. L.; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de Sociologia e Política*, v. 21, n. 48, p. 101-110, dez. 2013.

MALTA, D. C. et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis e o suporte das ações intersectoriais no seu enfrentamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n.11, p. 4341-4350, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O processo da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MATOS, E.; PIRES, D. E. P; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 6, p. 863- 869, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As Redes de Atenção à Saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde. 2. ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 21, n. 1, p. 77-92, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. *Emancipação*, v. 10, n. 2, p. 435-442, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MITRE, S. M.; ANDRADE, E. I. G.; COTTA, R. M. M. O acolhimento e as transformações na prática da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 1893-1902, 2013.

MORIN, E. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, 2012.

OTHERO, M. B.; AYRES, J. R. C. M. Healthcare needs of people with disabilities: subjects' perspectives through their life histories. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 40, p. 219-33, 2012.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das conseqüências das doenças*. Lisboa: Secretariado Nacional de Reabilitação, 1989.

\_\_\_\_\_. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: EDUSP, 2003.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas, 2010.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778 – 1797, 2011.

PAIM, J. S. Políticas de saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003. p. 481- 492.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, v. 29, n. 10, p. 1927-1936, 2013.

PINTO, I. C. M.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; BAPTISTA, T. V. F. Ciclo de uma Política Pública de Saúde: Problematização, Construção da Agenda, Institucionalização, Formulação, Implementação e Avaliação. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 69-81.

RODRIGUES, L. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 22, p. 343-352, 2014.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Resolução N° 555/12 – CIB/RS*: Altera a configuração e a quantidade de Regiões de Saúde no Rio Grande do Sul, e institui as Comissões Intergestores Regionais – CIR. 2012

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. *Resolução N° 283/13 – CIB/RS*: Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul. 2013

SES RS. Desenvolvido pela Secretaria Estadual da Saúde. Apresenta informações gerais sobre a instituição. 201?. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br>>. Acesso em 15 jun. 2015.

SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOLLA, J. J. S. P.; PAIM, J. S. Relações entre a Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade: desafios para a organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 343-352.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.

TOMLINSON, M. et al. Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. *Lancet*, v. 374, n. 9704, p. 1857-1862, 2009.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIANNA, N. G.; CAVALCANTI, M. L. T.; ACIOLI, M. D. Princípios de universalidade, integralidade e equidade em um serviço de atenção à saúde auditiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 7, p. 2179-2188, 2014.

WHO. World Health Organization. The World Bank. *World report on disability*. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em 02 jun. 2015.

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Questionários

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

I - O **objetivo** desta pesquisa é conhecer a realidade regional e analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Frente ao grande número de pessoas com deficiência, este é um tema de grande relevância para a saúde pública e para o desenvolvimento da região, podendo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde às pessoas com deficiência.

II – O **procedimento** utilizado será o preenchimento, pela própria pessoa, de um questionário composto por questões referentes aos cuidados em saúde às pessoas com deficiência na região.

III - A presente pesquisa não apresenta **riscos** aos sujeitos envolvidos.

IV – Como **benefícios**, espera-se fornecer elementos para o planejamento de ações e para a definição de prioridades e aprimoramento de políticas públicas, facilitando a tomada de decisões sobre a atenção à saúde das pessoas com deficiência, preparando o sistema regional de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências.

V – A pesquisa não possui patrocinadores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Camila Dubow (Fone (51) 99213500) e a professora orientadora é Suzane Beatriz Frantz Krug (Fone (51) 91030733).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
Paciente ou Voluntário

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
responsável pela obtenção do  
presente consentimento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
Responsável Legal,  
quando for o caso

## ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Entrevistas

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

#### ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

I - O **objetivo** desta pesquisa é conhecer a realidade regional e analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Frente ao grande número de pessoas com deficiência, este é um tema de grande relevância para a saúde pública e para o desenvolvimento da região, podendo contribuir para a qualificação do cuidado em saúde às pessoas com deficiência.

II – O **procedimento** utilizado será a realização de uma entrevista composta por questões referentes aos cuidados em saúde às pessoas com deficiência na região, conduzida pela pesquisadora e gravada por meio de gravador digital.

III - A presente pesquisa não apresenta **riscos** aos sujeitos envolvidos.

IV – Como **benefícios**, espera-se fornecer elementos para o planejamento de ações e para a definição de prioridades e aprimoramento de políticas públicas, facilitando a tomada de decisões sobre a atenção à saúde das pessoas com deficiência, preparando o sistema regional de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências.

V – A pesquisa não possui patrocinadores.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

Fui, igualmente, informado:

- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;
- de que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

O Pesquisador Responsável por este Projeto de Pesquisa é Camila Dubow (Fone (51) 99213500) e a professora orientadora é Suzane Beatriz Frantz Krug (Fone (51) 91030733).

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
Paciente ou Voluntário

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
responsável pela obtenção do  
presente consentimento

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do  
Responsável Legal,  
quando for o caso



### ANEXO C – Questionário Grupo 02

| Grupo ou segmento: Gestores de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Idade:</b> ( ) 18 a 28 anos<br>( ) 29 a 39 anos<br>( ) 40 a 50 anos<br>( ) 51 a 60 anos<br>( ) mais de 60 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>2. Sexo:</b> ( ) Masculino<br>( ) Feminino | <b>3. Estado civil:</b><br>( ) solteiro/a<br>( ) casado/a<br>( ) união estável<br>( ) divorciado/a<br>( ) viúvo/a<br>( ) Outro _____ |
| <b>4. Município de residência:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>5. Escolaridade:</b> ( ) Não escolarizado<br>( ) Ensino Fundamental<br>( ) Ensino Médio<br>( ) Ensino Superior<br>( ) Pós-graduação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>6. Profissão:</b><br>_____<br>_____        |                                                                                                                                      |
| <b>7. Há quanto tempo está neste cargo?</b><br>( ) menos de um ano<br>( ) entre um e dois anos<br>( ) entre três e quatro anos<br>( ) entre cinco e dez anos<br>( ) onze anos ou mais                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>8. Quando você ouve falar em Pessoa com Deficiência, o que vem a sua mente? Cite três palavras:</b><br><br>1 - _____<br>2 - _____<br>3 - _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>9. No seu município são desenvolvidas ações em saúde específicas voltadas às pessoas com deficiência?</b><br><br><div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 20%;">                         ( ) Sim<br/>                         ( ) Não<br/>                         ( ) Não sei                     </div> <div style="width: 80%;">                         Em caso afirmativo, quais? OBS: pode ser assinalada mais de uma alternativa.<br/>                         ( ) promoção da saúde<br/>                         ( ) prevenção de doenças<br/>                         ( ) tratamento<br/>                         ( ) reabilitação<br/>                         ( ) educação em saúde<br/>                         ( ) outra. Qual (is)? _____<br/>                         _____<br/>                         _____                     </div> </div> |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>10. Existem instrumentos, fluxogramas e protocolos para subsidiar a comunicação da rede no atendimento às pessoas com deficiência?</b><br>( ) Não sei<br>( ) Não<br>( ) Sim. Qual (is)? _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                               |                                                                                                                                      |

**11.** O município tem realizado ações para a construção da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência (reuniões, encontros, etc)?

- ( ) Não sei  
( ) Não  
( ) Sim

**12.** Os profissionais da rede de saúde do município receberam, nos últimos 12 meses, alguma capacitação, formação e/ou educação permanente para atuar com pessoas com deficiência?

- ( ) Não sei  
( ) Não  
( ) Sim

Qual (is)? \_\_\_\_\_

**13.** Cite três potencialidades na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**14.** Cite três fragilidades/limitações na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**15.** Cite três aspectos que precisam de melhoria na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3 - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ANEXO D – Questionário Grupos 03, 04 e 05

| Grupo ou segmento: Coordenadores de Serviços                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Idade:</b> ( ) 18 a 28 anos<br>( ) 29 a 39 anos<br>( ) 40 a 50 anos<br>( ) 51 a 60 anos<br>( ) mais de 60 anos                                                                                                                                                                | <b>2. Sexo:</b> ( ) Masculino<br>( ) Feminino | <b>3. Estado civil:</b><br>( ) solteiro/a<br>( ) casado/a<br>( ) união estável<br>( ) divorciado/a<br>( ) viúvo/a<br>( ) Outro _____ |
| <b>4. Município de residência:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>5. Escolaridade:</b> ( ) Não escolarizado<br>( ) Ensino Fundamental<br>( ) Ensino Médio<br>( ) Ensino Superior<br>( ) Pós-graduação                                                                                                                                              | <b>6. Profissão:</b> _____<br>_____           |                                                                                                                                      |
| <b>7. Local de atuação:</b><br>( ) Secretaria Municipal de Saúde (função de gestão)<br>( ) Unidade Básica de Saúde<br>( ) Estratégia de Saúde da Família<br>( ) Serviço de Reabilitação Física<br>( ) Serviço de Reabilitação Intelectual<br>( ) Hospital<br>( ) Outro. Qual? _____ |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>8. Há quanto tempo atua neste local?</b><br>( ) menos de um ano<br>( ) entre um e quatro anos<br>( ) entre cinco e dez anos<br>( ) entre onze e vinte anos<br>( ) mais de vinte anos                                                                                             |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>9. Quando você ouve falar em Pessoa com Deficiência, o que vem a sua mente? Cite três palavras:</b><br>1- _____<br>2- _____<br>3- _____                                                                                                                                          |                                               |                                                                                                                                      |
| <b>10. Neste serviço são desenvolvidas ações em saúde específicas voltadas às pessoas com deficiência?</b><br>( ) Sim<br>( ) Não<br>( ) Não sei                                                                                                                                     |                                               |                                                                                                                                      |
| Em caso afirmativo, quais? OBS: pode ser assinalada mais de uma alternativa.<br>( ) promoção da saúde<br>( ) prevenção de doenças<br>( ) tratamento<br>( ) reabilitação<br>( ) educação em saúde<br>( ) outra (s). Qual (is)? _____                                                 |                                               |                                                                                                                                      |

**11.** Quais profissionais atuam neste serviço, diretamente no atendimento às pessoas com deficiência?

- |                                              |                                                   |                                                     |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nenhum profissional | <input type="checkbox"/> Nutricionista            | <input type="checkbox"/> Psicólogo(a)               |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta      | <input type="checkbox"/> Técnico(a) de Enfermagem | <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual (is)? _____ |
| <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo(a)    | <input type="checkbox"/> Assistente Social        | _____                                               |
| <input type="checkbox"/> Médico(a)           | <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional    | _____                                               |
| <input type="checkbox"/> Enfermeiro(a)       | <input type="checkbox"/> Dentista                 | _____                                               |

**12.** Os profissionais atuantes neste serviço receberam alguma capacitação, formação e/ou educação permanente para atuar com pessoas com deficiência no último ano?

- ☐ Sim                      Em caso afirmativo, qual (is)? \_\_\_\_\_
- ☐ Não                      \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei                      \_\_\_\_\_

**13.** Existem instrumentos, fluxogramas e protocolos para subsidiar a comunicação da rede no atendimento às pessoas com deficiência?

- ☐ Sim                      Em caso afirmativo, qual (is)? \_\_\_\_\_
- ☐ Não                      \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei                      \_\_\_\_\_

**14.** Cite três potencialidades na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei
- ☐ Não existem

**15.** Cite três fragilidades/limitações na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei
- ☐ Não existem

**16.** Cite três necessidades na atenção à saúde da pessoa com deficiência no seu município e/ou região.

- 1 - \_\_\_\_\_
- 2 - \_\_\_\_\_
- 3 - \_\_\_\_\_
- ☐ Não sei
- ☐ Não existem

## ANEXO E – Questionário Grupo 06

| Grupo ou segmento: profissionais de saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Idade:</b> ( ) 18 a 28 anos<br>( ) 29 a 39 anos<br>( ) 40 a 50 anos<br>( ) 51 a 60 anos<br>( ) mais de 60 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>2. Sexo:</b> ( ) Masculino<br>( ) Feminino                                                                                                                                           | <b>3. Estado civil:</b><br>( ) solteiro/a<br>( ) casado/a<br>( ) união estável<br>( ) divorciado/a<br>( ) viúvo/a<br>( ) Outro _____ |
| <b>4. Município de residência:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |
| <b>5. Escolaridade:</b> ( ) Não escolarizado<br>( ) Ensino Fundamental<br>( ) Ensino Médio<br>( ) Ensino Superior<br>( ) Pós-graduação                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>6. Profissão:</b><br>_____<br>_____                                                                                                                                                  |                                                                                                                                      |
| <b>7. Local de atuação:</b><br>( ) Estratégia de Saúde da Família<br>( ) Unidade Básica de Saúde<br>( ) Serviço de Reabilitação Física<br>( ) Serviço de Reabilitação Intelectual<br>( ) Hospital<br>( ) Outro. Qual? _____                                                                                                                                                                                                        | <b>8. Há quanto tempo atua neste local?</b><br>( ) menos de um ano<br>( ) entre dois e cinco anos<br>( ) entre seis e dez anos<br>( ) entre onze e vinte anos<br>( ) mais de vinte anos |                                                                                                                                      |
| <b>9. Quando você ouve falar em Pessoa com Deficiência, o que vem a sua mente? Cite três palavras:</b><br><br>1 - _____<br>2 - _____<br>3 - _____<br>( ) Não sei                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |
| <b>10. Você e/ou sua equipe desenvolvem alguma ação em saúde voltadas às pessoas com deficiência? OBS: pode ser assinalada mais de uma alternativa.</b><br>( ) Sim Em caso afirmativo, quais? OBS: pode ser assinalada mais de uma alternativa.<br>( ) Não<br>( ) Não sei ( ) promoção da saúde<br>( ) prevenção de doenças<br>( ) tratamento<br>( ) reabilitação<br>( ) educação em saúde<br>( ) outra. Qual (is)? _____<br>_____ |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |
| <b>11. Você participou de algum curso de atualização/formação/educação permanente em Saúde da Pessoa com Deficiência no último ano?</b><br>( ) Não<br>( ) Sim. Qual (is)? _____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |
| <b>12. O serviço em que você atua tem participado de ações para a construção da rede de</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |

cuidados à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região? (exemplo: reuniões, encontros...)

( ) Não

( ) Não sei

( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**13.** Existem instrumentos, fluxogramas e protocolos para subsidiar a comunicação da rede no atendimento às pessoas com deficiência?

( ) Não

( ) Não sei

( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14.** Cite três potencialidades na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem

**15.** Cite três fragilidades/limitações na atenção à saúde da pessoa com deficiência no município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem

**16.** Cite três aspectos que precisam de melhoria na atenção à saúde da pessoa com deficiência no seu município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem

## ANEXO F – Questionário Grupo 07

| Grupo ou segmento: Pessoa com Deficiência                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preenchido por:<br><input type="checkbox"/> Pessoa com Deficiência<br><input type="checkbox"/> Responsável<br>OBS: no caso do questionário ser respondido por responsável, responder os dados de identificação relativos à pessoa com deficiência.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>1. Idade:</b> <input type="checkbox"/> 0 a 17 anos<br><input type="checkbox"/> 18 a 28 anos<br><input type="checkbox"/> 29 a 39 anos<br><input type="checkbox"/> 40 a 50 anos<br><input type="checkbox"/> 51 a 60 anos<br><input type="checkbox"/> mais de 60 anos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>2. Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino<br><input type="checkbox"/> Feminino                                                                                                                                                                                | <b>3. Estado civil:</b><br><input type="checkbox"/> solteiro/a<br><input type="checkbox"/> casado/a<br><input type="checkbox"/> união estável<br><input type="checkbox"/> divorciado/a<br><input type="checkbox"/> viúvo/a<br><input type="checkbox"/> Outro _____ |
| <b>4. Município de residência:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>5. Escolaridade:</b> <input type="checkbox"/> Não escolarizado<br><input type="checkbox"/> Ensino Fundamental<br><input type="checkbox"/> Ensino Médio<br><input type="checkbox"/> Ensino Superior<br><input type="checkbox"/> Pós-graduação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>6. Profissão:</b><br>_____<br>_____                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>7. Tipo de Deficiência:</b><br><input type="checkbox"/> física<br><input type="checkbox"/> auditiva<br><input type="checkbox"/> intelectual<br><input type="checkbox"/> visual<br><input type="checkbox"/> múltipla<br><input type="checkbox"/> Outra Qual? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>8. Há quanto tempo convive com essa deficiência:</b><br><input type="checkbox"/> 0 a 10 anos<br><input type="checkbox"/> 11 a 20 anos<br><input type="checkbox"/> 21 a 30 anos<br><input type="checkbox"/> 31 a 40 anos<br><input type="checkbox"/> mais de 40 anos |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>9. Quando você ouve falar em Pessoa com Deficiência, o que vem a sua mente? Cite três palavras:</b><br><br>1 - _____<br>2 - _____<br>3 - _____<br><input type="checkbox"/> Não sei                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>10. Atualmente você (ou a pessoa sob sua responsabilidade) recebe cuidados em saúde de quais profissionais de saúde? OBS: Pode ser assinalado mais de um profissional.</b><br><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Nenhum profissional         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Nutricionista         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Enfermeiro         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Médico         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Psicólogo         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Dentista         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Assistente Social         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Outros: _____<br/>           _____         </div> </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>11. Cite três potencialidades na atenção à saúde da pessoa com deficiência no seu</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                    |

município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem

**12.** Cite três fragilidades/limitações na atenção à saúde da pessoa com deficiência no seu município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem

**13.** Cite três aspectos que precisam de melhoria na atenção à saúde da pessoa com deficiência no seu município e/ou região.

1 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3 - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

( ) Não sei

( ) Não existem



## **ANEXO G – Roteiro de Entrevista Grupo 01**

### **Dados de Identificação**

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo na função:

- 1- Conceitue, sob seu ponto de vista, pessoa com deficiência.
- 2 - Como vem ocorrendo, sob a perspectiva da gestão estadual, a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do RS?
- 3 - Quais as ações realizadas, em âmbito estadual, para incentivar a implementação Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na região em questão?
- 4 - Quais os principais problemas enfrentados?
- 5 - Quais os fatores facilitadores?
- 6 - Quais as perspectivas?
- 7-Existe parceria com outras secretarias/órgãos/entidades/conselhos visando a intersetorialidade?
- 8 - Como você avalia o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do RS?

## ANEXO H – Roteiro de Entrevista Grupo 02

### Dados de Identificação

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo na função:

- 1 - Conceitue, sob seu ponto de vista, pessoa com deficiência.
- 2 – Quais as ações realizadas, em nível de gestão e atenção à saúde, para incentivar a implementação Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município?
- 3 - Quais os principais problemas enfrentados?
- 4 - Quais os fatores facilitadores?
- 5 - Quais as perspectivas?
- 6 – Como se dá o fluxo de atenção às pessoas com deficiência?
- 7 – Como ocorre a articulação entre os distintos níveis de complexidade no atendimento às pessoas com deficiência?
- 8 – Existem instrumentos para subsidiar a comunicação da rede? Caso afirmativo, quais?
- 9 – O município tem realizado e/ou participado de ações para a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (reuniões, encontros, etc)?
- 10 - Os profissionais da rede de saúde do município recebem alguma capacitação, formação e/ou educação permanente para atuar com pessoas com deficiência? Caso afirmativo, exemplifique.
- 11- Existe parceria com outras secretarias/órgãos/entidades/conselhos visando a intersetorialidade?
- 12 - Como você avalia o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município?

## ANEXO I – Roteiro de Entrevista Grupos 03, 04, 05 e 06

### Dados de Identificação

Idade:

Sexo:

Formação acadêmica:

Tempo na função:

- 1- Conceitue, sob seu ponto de vista, pessoa com deficiência.
- 2 - Quais as ações de atenção à saúde das pessoas com deficiência realizadas neste serviço (ou no âmbito da atenção básica, para sujeitos do grupo 03)?
- 3 - Quais profissionais atuam neste serviço (ou no âmbito da atenção básica, para sujeitos do grupo 03), diretamente na assistência à pessoas com deficiência?
- 4 - Os profissionais atuantes neste serviço (ou no âmbito da atenção básica, para sujeitos do grupo 03) receberam alguma capacitação, formação e/ou educação permanente para atuar com pessoas com deficiência no último ano? Caso afirmativo, exemplifique.
- 5 - Quais os principais problemas enfrentados?
- 6 - Quais os fatores facilitadores?
- 7 - Quais as perspectivas?
- 8 - Como ocorre a articulação entre este serviço (ou atenção básica, para sujeitos do grupo 03) e os demais componentes da rede no atendimento às pessoas com deficiência?
- 9 - Existem instrumentos, fluxos e protocolos para subsidiar a comunicação da rede? Caso afirmativo, quais?
- 10 – Têm sido realizadas ações para a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (reuniões, encontros, etc)?
- 11- Existe parceria com outras secretarias/órgãos/entidades/conselhos visando a intersetorialidade?
- 12 - Quais as demandas que você percebe em relação à assistência às pessoas com deficiência?
- 13 - Como você avalia o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª região de saúde?

## **ANEXO J – Roteiro de Entrevista Grupo 07**

### **Dados de Identificação**

Idade:

Sexo:

Profissão:

Tipo de deficiência:

Há quanto tempo convive com essa deficiência:

1 - Conceitue, sob seu ponto de vista, pessoa com deficiência.

2 - Quais os serviços de saúde que você utiliza?

3 - Quais os cuidados em saúde que você recebe?

4 - Como é feito o seu encaminhamento de um serviço para outro?

5 - Quais os principais problemas que enfrenta?

6 - Quais os pontos positivos?

7 - Quais as necessidades que você possui e/ou percebe na rede de saúde em relação à assistência às pessoas com deficiência?

8 - Como você vê as ações de saúde para pessoas com deficiência, atualmente, no seu município?

9 - Teria alguma sugestões de melhoria?

## ANEXO L - Orçamento

ORÇAMENTO DO PROJETO

**TÍTULO DA PESQUISA:** Análise da implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do estado do Rio Grande do Sul

**GESTOR FINANCEIRO:** pesquisadora

| Itens a serem financiados                            |                | Valor Unitário<br>R\$ | Valor Total<br>R\$ | Fonte Viabilizadora |
|------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|--------------------|---------------------|
| Especificações                                       | Quantidade     |                       |                    |                     |
| Pacote Folhas de ofício com 500 unidades, tamanho A4 | 02 pacotes     | 12,00                 | 24,00              | Pesquisadora        |
| Cópias xerográficas                                  | 200 cópias     | 0,10                  | 20,00              | Pesquisadora        |
| Impressão                                            | 500 impressões | 0,10                  | 50,00              | Pesquisadora        |
| Pen drive 4GB                                        | 01 unidade     | 30,00                 | 30,00              | Pesquisadora        |
| Gravador digital                                     | 01 unidade     | 450,00                | 450,00             | Pesquisadora        |
| Ligações telefônicas                                 | 100 ligações   | 2,00                  | 200,00             | Pesquisadora        |
| Transporte (combustível)                             | 240 litros     | 3,50                  | 840,00             | Pesquisadora        |
| Alimentação/lanche                                   | 40 unidades    | 15,00                 | 600,00             | Pesquisadora        |
| TOTAL GERAL                                          |                |                       | R\$ 2.214,00       |                     |

*Isamila Dultow*  
Pesquisador

- |                                          |              |                                               |
|------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------|
| 1. Instituição vinculada a área da saúde | R\$ _____    | Ass. Direção Instituição _____                |
| 2. Patrocinador                          | R\$ _____    | Anexar comprovante com cronograma             |
| 3. Agência de Fomento                    | R\$ _____    | Anexar comprovante Agência de Fomento         |
| 4. Prestação de Serviço                  | R\$ _____    | Ass. Chefe do Departamento _____              |
| 5. Pesquisador                           | R\$ 2.214,00 | Ass. Pesquisador <u><i>Isamila Dultow</i></u> |
| 6. Desnecessária (Estudo Retrospectivo)  |              |                                               |

**ANEXO M – Carta de conhecimento**

Santa Cruz do Sul, 29 de SETEMBRO de 2015.

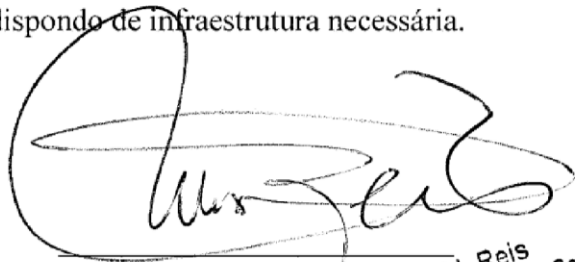
Ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados Senhores,

Declaramos para os devidos fins conhecer o protocolo de pesquisa intitulado: “ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL”, desenvolvido pela acadêmica Camila Dubow do Curso de Mestrado em Promoção da Saúde, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, sob a orientação das professoras Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e Dra. Edna Linhares Garcia, bem como os objetivos e a metodologia de pesquisa e autorizamos o desenvolvimento na rede de serviços dos municípios abrangidos pela 13ª Coordenadoria Regional de Saúde/28ª Região de Saúde.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente,



Assinatura e carimbo do  
responsável institucional  
Marli I. Reis  
Coordenadora Regional de Saúde  
ID.: 2697386 - 13ª CRS

**CAPÍTULO II**  
**RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO**

## RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO

O interesse em investigar a questão da deficiência, a partir da perspectiva de sua rede de cuidados, surgiu mediante reflexões do cotidiano de trabalho da pesquisadora/mestranda, na posição de profissional referência para a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (13ª CRS), órgão da Secretaria Estadual da Saúde (SES) com sede no município de Santa Cruz do Sul/RS. Destaca-se, desta maneira, a implicação da pesquisadora/mestranda com o objeto da pesquisa, permitindo, ao mesmo tempo, questionar e refletir com os sujeitos sobre o tema da pesquisa e a sua própria prática profissional. Múltiplos processos de subjetivações e produção de sentidos emergiram dos encontros, como parte de uma rede viva e em permanente movimento.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi apresentado em reunião da Comissão Intergestores Regional (CIR) da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Houve uma breve explanação sobre o projeto, seus objetivos, justificativa e metodologia. Desta maneira, os Secretários Municipais de Saúde dos 13 municípios participantes da pesquisa, bem como representantes da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, tiveram ciência da mesma, autorizando sua realização nos respectivos municípios.

Em seguida, realizou-se a apresentação do projeto no Conselho Municipal dos Direitos das Pessoas com Deficiência (COMPEDE) do município de Santa Cruz do Sul. Diversos conselheiros se mostraram interessados na pesquisa, salientando a importância desta para a comunidade em geral, e de maneira mais específica, para as Pessoas com Deficiência e suas famílias. Alguns membros se colocaram à disposição para auxiliar no que fosse necessário na condução da pesquisa.

Posteriormente, foi realizado um estudo piloto com 12 sujeitos, não havendo necessidade de adequações nos instrumentos de coleta. Conforme a proposta contida no projeto de pesquisa, procedeu-se a realização da coleta de dados. A possibilidade de participar da pesquisa foi recebida de maneira acolhedora pelos sujeitos pertencentes aos diversos segmentos envolvidos. Inicialmente, os 60 sujeitos previstos no projeto receberam o questionário para preenchimento. Entretanto, 11 não fizeram a devolutiva do mesmo, sendo 03 Secretários Municipais de Saúde, 03 representantes da Atenção Básica, 02 Trabalhadores de Saúde, 01 Coordenador de Serviço de Reabilitação e 02 Pessoas com Deficiência. Desta forma, a amostra resultou em 49 sujeitos. Dentre os sujeitos que preencheram os questionários, foram escolhidos, de maneira aleatória, 12 sujeitos para a realização de entrevistas semiestruturadas. Foi realizado contato prévio com os mesmos, a fim de proceder



o agendamento das entrevistas, as quais foram realizadas em locais sugeridos pelos sujeitos, tais como Secretarias Municipais de Saúde, Unidades Básicas de Saúde e Serviços de Reabilitação.

A realização desta pesquisa mostrou o interesse em relação à questão da saúde da Pessoa com Deficiência na região, entre os diversos segmentos pesquisados. De maneira geral, a preocupação em prestar um cuidado de qualidade a estas pessoas esteve presente entre os sujeitos do estudo. Os avanços em relação a esta política foram pontuados e, ao mesmo tempo, foram destacadas também as perspectivas para o aprimoramento das ações em saúde direcionadas a este público.

Em relação a Análise de Dados, inicialmente estava prevista a técnica de Produção de Sentidos, a qual foi substituída, no Artigo 1, pela técnica de Análise de Conteúdo, em virtude da amplitude dos dados coletados, de modo a abranger, em um mesmo artigo, todos os aspectos relacionados à implementação da rede que se destacaram na região estudada. Já o Artigo 2 permaneceu com a análise proposta quando da escrita do projeto, a técnica de Produção de Sentidos.

Existe uma expectativa de seguimento desta dissertação, através da elaboração de ao menos mais um artigo, relacionando a questão da Educação Permanente em Saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, uma vez que os dados pertinentes a este tópico não foram analisados e discutidos de forma abrangente nos artigos apresentados na presente dissertação. Destaca-se a opção em abordar esta temática de maneira mais específica em outro artigo, devido ao destaque dos dados a ela relacionados. Sobre a realização de ações de Educação Permanente em Saúde voltadas às Pessoas com Deficiência, 70,27% dos indivíduos questionados afirmaram que não realizam ou não são realizadas estas ações em seus respectivos municípios e/ou serviços, enquanto 24,32% responderam que sim e 5,41% não souberam responder esta questão. Assim, é fundamental a discussão desta temática de maneira mais aprofundada, visto que a promoção de estratégias de educação permanente é uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A fim de fortalecer esta questão em âmbito regional criou-se, como continuidade desta pesquisa, o projeto “Estratégias de Educação Permanente em Saúde na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”, parceria entre a Universidade de Santa Cruz do Sul e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, o qual conquistou o 1º lugar na região Sul do Brasil no Prêmio INOVASUS, promovido pelo Ministério da Saúde e Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). O prêmio, no valor de R\$130.000,00 será aplicado em atividades de Educação Permanente em Saúde, visando transformar e

qualificar os processos de trabalho relacionados à atenção à saúde das Pessoas com Deficiência nos treze municípios da região abrangidos pela 13ª CRS. Com duração de 18 meses, as ações serão desenvolvidas em quatro etapas: elaboração de um diagnóstico situacional da Rede de atenção à saúde da Pessoa com Deficiência na região, o que vem ao encontro dos objetivos da presente pesquisa de mestrado; realização de seminário disparador das ações de Educação Permanente em Saúde na Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; oficinas e/ou grupos de trabalho cooperativos, com foco no processo de trabalho voltado à atenção à saúde das pessoas com deficiência; elaboração de material pedagógico (folders, cartilhas, banners, vídeo, etc) de apoio para as ações e serviços em saúde do SUS voltados às Pessoas com Deficiência.

Desta maneira, contempla-se previamente alguns resultados e impactos esperados quando da idealização do projeto de pesquisa da presente dissertação, destacando-se a promoção de discussões e reflexões sobre a temática da saúde da Pessoa com Deficiência, bem como a aproximação entre a pesquisa acadêmica com as reais necessidades de saúde na região estudada, além da proposta de realização de um evento regional para discussão da temática envolvida com a saúde da Pessoa com Deficiência.

**CAPÍTULO III**  
**ARTIGOS**

## **ARTIGO 1**

Texto completo do artigo original: “Cuidados à Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma Rede Viva de Cuidados”, enviado para a Revista Ciência & Saúde Coletiva (ISSN 1413-8123), QUALIS- CAPES A2 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista da publicação do artigo (ANEXO 2) e comprovante de submissão do artigo para publicação (ANEXO 3).

**Saúde da Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma****Rede Viva de Cuidados****Care for the Disabled: Movements in the Territories of a Living****Healthcare Network**

Camila Dubow, Edna Linhares Garcia, Suzane Beatriz Frantz Krug

**Resumo**

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde visa garantir a integralidade do cuidado e a equidade na atenção às Pessoas com Deficiência. O objetivo do estudo foi analisar o processo de implementação desta rede em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Por meio de pesquisa exploratória, realizou-se um estudo de caso, fazendo uso de questionários e entrevistas com 49 sujeitos para mapear, descrever e analisar o contexto, relações e percepções de distintos atores envolvidos no processo de implementação da referida rede. Os dados dos questionários, considerados em frequências absolutas e relativas e as entrevistas, analisadas por meio de Análise de Conteúdo, revelaram a existência de movimentos que denunciam uma Rede Viva de Cuidados em permanente construção, em um processo gradual de incorporação de suas diretrizes, embora ainda se enfatize os serviços especializados de reabilitação como centralizadores do cuidado. Para que as necessidades de saúde destas pessoas sejam efetivamente contempladas, ressalta-se a importância de fortalecer a rede conforme diretrizes propostas em portaria e, ao mesmo tempo, respeitar e dar visibilidade aos movimentos micropolíticos já existentes nos territórios, na condição de uma Rede Viva.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde, Pessoas com Deficiência, Assistência à Saúde, Regionalização, Integralidade em Saúde

## Abstract

The healthcare network for disabled people within the Unified Health System aims to guarantee the integrality of care and equity in the attention to people with disabilities. The objective of this study was to analyze the implementation process of this network in a regional health system in Rio Grande do Sul. An exploratory study was used to conduct a case study, with questionnaires and interviews of 49 individuals to map, describe and analyze (the context, relations and perceptions) the different actors involved in the implementation process of the network. Data of the questionnaires, considered in absolute and relative frequencies and the interviews were analyzed through Content Analysis. The results revealed the existence of movements that report a Living Healthcare Network in permanent construction, in a gradual process of incorporation of its guidelines, although specialized rehabilitation services are still emphasized as care centralizers. In order to effectively address the necessary healthcare for these people, it is important to strengthen the network according to the proposed guidelines in the ordinance and, at the same time, to respect and give visibility to the micropolitical movements already existing in the territories, as a Living Network.

**Key words:** Unified Health System, Disabled Persons, Delivery of Health Care, Regional Health Planning, Integrality in Health

## INTRODUÇÃO

O direito universal à saúde, consolidado a partir do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou a incorporação das necessidades das Pessoas com Deficiência (PcD) às políticas públicas de saúde. Porém, historicamente, a maioria das iniciativas no campo da atenção à saúde voltadas a esse público têm sido isoladas e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, não promovendo uma articulação consistente dos pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em uma atenção fragmentada e pouco eficaz<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>. De

acordo com o Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>3</sup> em 2010, 23,9% da população brasileira declarou possuir algum tipo de deficiência e 23,8% no Rio Grande do Sul. Já na 28ª Região de Saúde deste estado, 30,81% da população declarou algum tipo de deficiência, sendo mais frequente a deficiência visual (16,26%), seguida pelas deficiências motora/física (7,73%), auditiva (5,41%) e mental/intelectual (1,41%)<sup>3</sup>.

Assim, tem-se o desafio de concretizar uma política pública capaz de responder de modo ampliado às necessidades de saúde desta população, que articule os distintos níveis de atenção, visando a integralidade, através de um cuidado em rede que atravesse os diversos serviços de saúde, implicando em conexões e comunicações fundamentais para o bom desempenho do SUS<sup>4,5</sup>.

Para isso, o cuidado às Pessoas com Deficiência deve ser pensado em Redes de Atenção à Saúde<sup>6</sup>, em função das necessidades da população, das demandas regionais e dos arranjos territoriais, permitindo que a atenção em saúde esteja focada no contexto do território e dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral a estas pessoas<sup>1</sup>.

Neste contexto, foi instituída, através da Portaria 793 de 24 de abril de 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, objetivando ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação das PcD e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e a integração destes pontos nos territórios<sup>7</sup>.

A implementação desta política, como meio de ampliar a capacidade de acolhimento, cuidado à saúde e qualidade de vida das PcD, exige pesquisas, debates e reflexões contínuas sobre os desenhos da rede nas diferentes realidades regionais, frente à diversificação e dimensões do Brasil<sup>8</sup>. Deste modo, estudar seu processo de implementação em uma Região de Saúde específica justifica-se devido às singularidades que as RAS apresentam nos diferentes

territórios. Assim, para que a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência seja qualificada, torna-se fundamental conhecer a realidade, promover a discussão e reflexão sobre o tema, a fim de fornecer elementos para o planejamento de ações e definição de prioridades para implementação de políticas públicas, facilitando e subsidiando a tomada de decisões, preparando o sistema de saúde para o enfrentamento qualificado das deficiências, além de contribuir para a valorização da coordenação e continuidade do cuidado<sup>9</sup>.

Deste modo, como principal referencial teórico norteador deste estudo, adotou-se a perspectiva de Redes de Atenção à Saúde (RAS) definidas na Portaria nº 4.279/10<sup>6</sup> como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (p.88).

Assim, o objetivo deste estudo foi analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, tendo em vista a necessidade do Brasil se reconhecer em suas regiões para fortalecer e qualificar a atenção à saúde das Pessoas com Deficiência.

## **MÉTODOS**

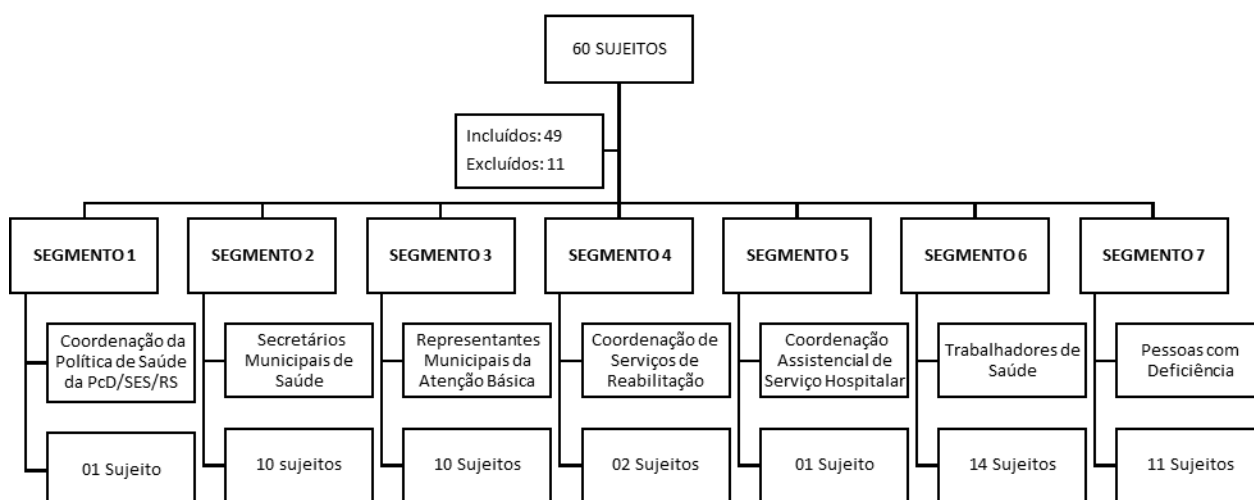
Por meio de uma pesquisa exploratória, realizou-se um estudo de caso, fazendo uso de estratégias de investigação quantitativa e qualitativa para mapear, descrever e analisar o contexto, relações e percepções a respeito do tema<sup>10</sup>.

A pesquisa foi realizada na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada na região central deste estado, com uma população de 327.158 habitantes<sup>3</sup> distribuída em treze municípios. A rede de atenção à saúde desta região se organiza desde a atenção básica à saúde até a média e alta complexidade, possuindo 51 Estratégias de Saúde da Família (ESF), 44



Unidades Básicas de Saúde (UBS), 09 equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 01 serviço de Reabilitação Física, 02 serviços de Reabilitação Intelectual e 03 hospitais gerais com 80 leitos ou mais.

A amostra foi composta por 60 sujeitos pertencentes a sete segmentos envolvidos na atenção à saúde das Pessoas com Deficiência e que representam os diferentes níveis de participação nos distintos contextos municipais e regional, permitindo melhor apreensão da rede sob diferentes perspectivas, conforme a realidade da qual os sujeitos falam e/ou atuam. Houve exclusão de 11 sujeitos, devido a não devolução de instrumento de coleta. Foi considerado, em uma amostragem intencional, um conjunto de informantes que possibilitou a apreensão de semelhanças e diferenças nas respostas, bem como um número de sujeitos suficiente para permitir a reincidência das informações<sup>10</sup>, conforme ilustrado na Figura 1:



**Figura 1** Divisão da amostra por segmentos

Os sujeitos dos segmentos 1 ao 5 foram os titulares dos referidos cargos ou seus representantes legais quando da coleta de dados. Para o segmento 06 foram selecionados representantes de cada componente da RCPCD, sendo 13 trabalhadores da Atenção Básica, 02 de Serviços de Reabilitação e 01 de instituição hospitalar. Os sujeitos do segmento 7 foram

indicados pelos Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMPEDE) ou coordenadores de Serviços de Reabilitação.

Para a coleta de dados, realizada entre o período de maio a outubro de 2016, foram utilizados dois instrumentos em momentos distintos, diferenciados para cada segmento de sujeitos: questionários e entrevistas semiestruturadas. Inicialmente, foi realizada testagem piloto para avaliação dos instrumentos, quanto à sua apresentação e compreensão, não havendo necessidade de adequações. Após, foram aplicados os questionários, objetivando a elaboração de um panorama geral referente a implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde. Na sequência, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 sujeitos, as quais foram gravadas em mídia digital mediante consentimento prévio e transcritas em sua íntegra.

Para a análise, os dados dos questionários foram considerados em frequências absolutas e relativas e a análise de dados das entrevistas deu-se por meio da técnica de Análise de Conteúdo, com apresentação de trechos das entrevistas realizadas. Conforme preconiza a Análise de Conteúdo, no presente estudo cumpriu-se as seguintes etapas: pré-análise com leitura compreensiva dos textos transcritos; exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto por meio da elaboração de categorias de análise e agrupando trechos de depoimentos significativos; tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos dados<sup>10</sup>. Este processo culminou em duas categorias temáticas: Movimentos de uma Rede Viva de Cuidados nos Territórios (a qual deu origem a duas subcategorias: Estrutura Operacional e Modelo de Atenção; Fluxos Assistenciais e Articulação da Rede) e (Im)possibilidades da Rede.

Em cumprimento aos requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo 1.300.666/15 e todos os participantes assinaram o Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido. Para garantir o anonimato dos participantes, as narrativas foram identificadas com o uso de letras, acompanhadas de numeração: Coordenação Estadual da Política de Saúde da PcD/SES/RS (C), Secretários Municipais de Saúde (S), Representantes da Atenção Básica (B), Coordenação de Serviços de Reabilitação (R), Coordenação Assistencial de Hospital (H), Trabalhadores de Saúde (T) e Pessoas com Deficiência ou seus representantes legais (P).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos sujeitos participantes do estudo é do sexo feminino (71,5%), com predomínio de idade entre 29 e 50 anos (59,19%). A maior parte apresenta Ensino Superior (24,5%) ou Pós-Graduação (47%). A tabela 1 apresenta o perfil dos sujeitos, subdivididos nos 7 segmentos:

**Tabela 1** Perfil dos Sujeitos

| SEGMENTO            | 1 |     | 2 |    | 3  |     | 4 |     | 5 |     | 6  |       | 7 |       | TOTAL |      |
|---------------------|---|-----|---|----|----|-----|---|-----|---|-----|----|-------|---|-------|-------|------|
|                     | n | %   | n | %  | n  | %   | n | %   | n | %   | n  | %     | n | %     | n(%)  |      |
| <b>Sexo</b>         |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       |   |       |       |      |
| Feminino            | 1 | 100 | 6 | 60 | 10 | 100 | 2 | 100 | 1 | 100 | 11 | 78,5  | 4 | 36,36 | 35    | 71,5 |
| Masculino           |   |     | 4 | 40 |    |     |   |     |   |     | 3  | 21,5  | 7 | 63,64 | 14    | 28,5 |
| <b>Idade (anos)</b> |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       |   |       |       |      |
| 0 -17               |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       | 4 | 36,36 | 4     | 8,1  |
| 18 –28              |   |     |   |    | 1  | 10  |   |     |   |     | 3  | 21,5  | 1 | 9,09  | 5     | 10   |
| 29 –39              |   |     | 2 | 20 | 6  | 60  |   |     | 1 | 100 | 5  | 35,7  | 2 | 18,18 | 16    | 33   |
| 40 a 50             |   |     | 4 | 40 | 2  | 20  |   |     |   |     | 5  | 35,7  | 2 | 18,18 | 13    | 26,5 |
| 51 a 60             | 1 | 100 | 1 | 10 | 1  | 10  | 2 | 100 |   |     | 1  | 7,14  | 1 | 9,09  | 7     | 14,3 |
| Mais de 60          |   |     | 3 | 30 |    |     |   |     |   |     |    |       | 1 | 9,09  | 4     | 8,10 |
| <b>Escolaridade</b> |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       |   |       |       |      |
| Não                 |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       | 3 | 27,27 | 3     | 6,1  |
| Escolarizado        |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       | 5 | 45,45 | 5     | 10,2 |
| Ensino Fundamental  |   |     |   |    |    |     |   |     |   |     |    |       |   |       |       |      |
| Ensino Médio        |   |     | 3 | 30 |    |     |   |     |   |     |    |       | 3 | 27,27 | 6     | 12,2 |
| Ensino Superior     |   |     | 4 | 40 | 2  | 20  |   |     |   |     | 6  | 42,85 |   |       | 12    | 24,5 |
| Pós Graduação       | 1 | 100 | 3 | 30 | 8  | 80  | 2 | 100 | 1 | 100 | 8  | 57,15 |   |       | 23    | 47   |
| <b>TOTAL</b>        |   | 01  |   | 10 |    | 10  |   | 02  |   | 01  |    | 14    |   | 11    |       | 49   |

A seguir são apresentadas as duas categorias originadas a partir da análise de dados. Ressalta-se a inter-relação entre as duas categorias de análise deste texto, as quais estão apresentadas de maneira separada para uma melhor compreensão dos aspectos fundamentais abordados em cada uma delas. Contudo, destaca-se que a conformação da rede, apresentada e discutida na primeira categoria, está diretamente relacionada aos limites e potencialidades, apresentados na segunda categoria, não podendo, portanto, ser entendidas de maneira isolada, assim como são as Redes Vivas, em um permanente movimento de ir e vir, de construção e desconstrução de suas interfaces.

### **Movimentos de uma Rede Viva de Cuidados nos Territórios**

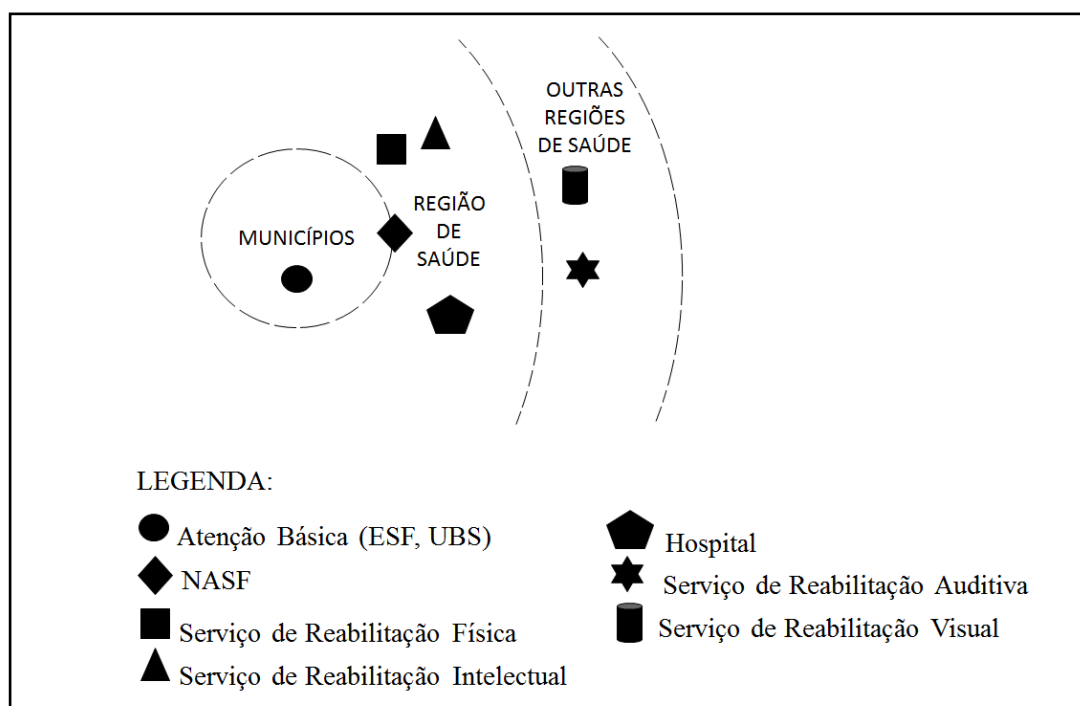
Esta categoria temática apresenta a conformação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na região estudada, dando visibilidade aos movimentos que ali ocorrem nos processos de cuidado às PcD, na perspectiva de uma Rede Viva. Entende-se Rede Viva como o modo com que se produzem as conexões de indivíduos e coletivos, em diferentes contextos de grupalidade e modos de viver socialmente<sup>11</sup>. Devido à dimensão dos dados, de modo a melhor elucidá-los, foram criadas duas subcategorias, com o referencial de Rede Viva transversalizando o processo de análise de ambas.

Assim, as análises aqui expostas através das subcategorias (Estrutura Operacional e Modelo de Atenção; Fluxos Assistenciais e Articulação da Rede) buscam tensionar as diretrizes propostas pela política que institui a RCPCD<sup>7</sup> e os movimentos que singularizam o cotidiano dos territórios visando a integralidade da atenção às PcD. Deste modo, o intuito foi (re)conhecer as infinitas e mutantes formas de conexão na rede e, assim, abrir-se para a criação de múltiplas formas de produção de cuidado e acolhimento, trazendo para a cena toda a radicalidade do campo da vida e da ética, ao tipo de aposta que a rede de cuidados afirma e tensiona<sup>12</sup>.

### *Estrutura Operacional e Modelo de Atenção*

Esta subcategoria apresenta a conformação da RCPCD na região estudada, com enfoque para a sua estrutura operacional e o modelo de atenção vigente e/ou predominante, sendo analisados a maneira como a rede se organiza e os modos de produção de cuidado.

Em relação a estrutura operacional, esta rede constitui-se por diferentes pontos de atenção à saúde, com enfoque nos serviços especializados de reabilitação como centralizadores do cuidado. Destaca-se que, na região estudada, a assistência em saúde às pessoas com deficiências física e intelectual possui serviços especializados de referência com sede na própria região de saúde, enquanto a assistência às pessoas com deficiências auditiva e visual apresenta serviços de referência em outras regiões de saúde, conforme demonstrado no diagrama abaixo (Figura 2):



**Figura 2** Estrutura Operacional da RCPCD na 28ª Região de Saúde/RS

A proposta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS prevê que os cuidados a estas pessoas devam ser organizados a partir de três componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação, Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência,

articulados entre si, garantindo a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos pontos de atenção<sup>7</sup>. Assim, conforme a figura 2 é possível perceber que estes três componentes estão presentes na RCPCD da região estudada.

No que tange às ações direcionadas às PcD na região, dentre os gestores municipais, coordenadores de serviços (Atenção Básica, Especializada e Hospitalar) e trabalhadores de saúde, 76% responderam que realizam ou são realizadas ações em saúde voltadas às PcD em seus respectivos serviços e/ou municípios, enquanto 19% responderam que não e 5% não souberam responder. Dentre os que afirmaram a existência de ações, as mais citadas foram, respectivamente, reabilitação (69%) e tratamento (56%), seguidas por ações de promoção à saúde (47%), prevenção de doenças (44%), educação em saúde (44%) e outras ações (19%).

Emergiu, a partir da análise dos dados, um movimento para a reorganização da atenção, que contemple a integralidade e considere as vulnerabilidades deste grupo ou população e suas necessidades, conforme diretrizes preconizadas para as Redes de Atenção à Saúde<sup>6</sup>. Ao mesmo tempo, alguns sujeitos apontaram para a inexistência de ações voltadas especificamente para a saúde das PcD, ilustrada pelo trecho de entrevista a seguir:

*“Ações específicas não. Não existe um programa de atendimento específico pra eles [PcD].”*  
(B<sub>1</sub>)

Identificou-se também que, embora muitos sujeitos, ao responderem de imediato sobre a inexistência de tais atividades, perceberam, no decorrer da coleta de dados que, mesmo que não instituídas e/ou formalmente caracterizadas, são realizadas diversas ações no âmbito da atenção à saúde destes sujeitos, produzindo assim, novos sentidos à sua prática profissional ou de gestão, conforme ilustrado pelo depoimento:

*“A gente não tem um protocolo pronto no papel, mas as ações são feitas, quando tu te dá conta ela tá sendo realizada. Só que a gente não se dá conta que ela já existe. Temos, só que ela tá ali, no dia a dia, essa prioridade existe.”* (S<sub>1</sub>)

A esse respeito, é comum que os trabalhadores de saúde, gestores e coordenadores de serviços estejam promovendo o cuidado das PcD, mas, paradoxalmente, não percebiam isso, evidenciando, desta maneira, a construção de uma rede através de movimentos que permeiam o cotidiano dos encontros. Deste modo, percebe-se a criação de arranjos singulares na conformação da rede, os quais buscam abranger as necessidades dos usuários, apontando para o fato de que, como uma Rede Viva de Cuidados, a RCPCD na região estudada está se estabelecendo a partir de suas necessidades locais/territoriais e em função das características loco-regionais presentes.

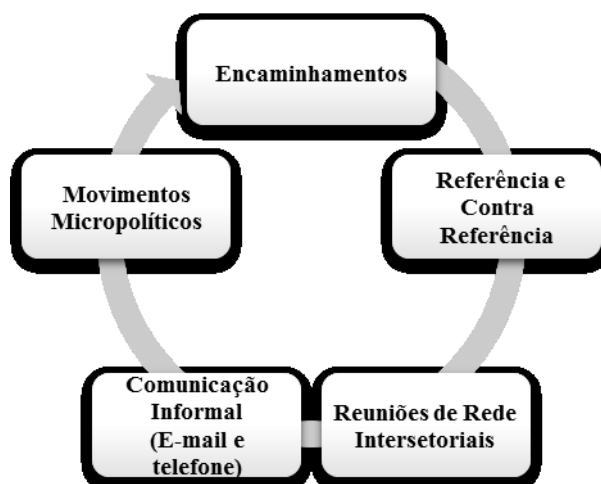
Sobre o modelo de atenção adotado, destacou-se o predomínio de um modelo hegemônico, centrado na doença e na oferta de serviços e procedimentos. Assim como em estudo que analisou o papel da atenção primária no cuidado às PcD<sup>13</sup>, percebeu-se, na realidade estudada, o imaginário de que estas pessoas devem ser acompanhadas predominantemente por serviços especializados de reabilitação, o que desconsidera o sujeito e sua singularidade para além da deficiência. Estes centros especializados são pontos de atenção para ações específicas, além de serem espaços de articulação com os outros pontos de atenção do SUS, caracterizando-se assim como “nós da rede”, sendo estratégicos para a qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às PcD, inclusive no que se refere ao acolhimento das diferenças e da humanização da atenção<sup>1</sup>. Entretanto, a procura crescente por tais serviços gera extensas filas de espera e, por consequência, demora no atendimento, ou até mesmo dificuldades ou barreiras de acesso às ações e serviços de reabilitação.

A proposta descrita pela Portaria 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS<sup>7</sup>, torna-se uma possibilidade de construção de novas práticas de atenção em diferentes cenários. Nesta direção, percebe-se o movimento, principalmente dos trabalhadores da saúde, em estabelecer novas conexões, de forma a

trabalhar multiplicidades, trazendo para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos, como uma Rede Viva de Cuidados em constante produção<sup>11</sup>.

### *Fluxos Assistenciais e Articulação da Rede*

Esta subcategoria apresenta os fluxos assistenciais existentes na RCPCD da região estudada, com enfoque para os mecanismos de articulação da mesma. Dentre os sujeitos questionados, 59% afirmaram conhecer algum instrumento que oriente o fluxo dos usuários na rede, sendo os mais citados os protocolos de encaminhamentos (38%) e documentos de Referência/Contra Referência (29%). A figura 3 apresenta as principais ferramentas utilizadas para a organização dos fluxos e articulação da rede e seus distintos atores:



**Figura 3** Ferramentas utilizadas para a organização dos fluxos e articulação da RCPCD

Os fluxos assistenciais se encontram, em sua maioria, fundamentados na prática cotidiana do encaminhamento, o qual ocorre quando um ponto da rede não consegue contemplar as necessidades dos usuários:

*“Eles são atendidos na UBS [Unidade Básica de Saúde] e se não for possível o atendimento aqui, os profissionais fazem o devido encaminhamento de acordo com as referências.” (B<sub>1</sub>)*

Os mecanismos de Referência e Contra Referência são modos de organização dos serviços através da configuração de redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento. Nesta compreensão, deve-se reafirmar a perspectiva de seu



desenho lógico, permitindo encaminhamentos resolutivos dentre os diferentes equipamentos de saúde e, ao mesmo tempo, fomentar a criação de vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes<sup>14</sup>.

Assim, entende-se que a resolução das necessidades de saúde das PcD são importantes para os sujeitos da pesquisa, e estes se movimentam em busca de alternativas para que isto se efetive, através de estratégias de articulação dos diversos pontos da rede de atenção. Entretanto, a trajetória destas pessoas nos serviços de saúde ainda está focada, mais do que em suas necessidades de saúde, na oferta de serviços e procedimentos disponíveis, culminando em uma atenção muitas vezes fragmentada e que não garante a continuidade e integralidade do cuidado. A maneira pela qual os formulários de encaminhamentos e os documentos de referência e contra referência são utilizados, refletem um modelo hierarquizado, que não favorece a relação interprofissional e o trabalho em rede.

No que diz respeito às dificuldades nos fluxos assistenciais, a falta de integração entre os seus diversos componentes (Atenção Básica, Especializada e Hospitalar) foi justificada por alguns sujeitos da pesquisa devido à grande demanda dos trabalhadores em seus locais de atuação:

*“Então hoje o que eu vejo, é cada um fazendo o seu trabalho, devido ao fluxo grande de cada um na sua área e essa integração a gente tá pecando.” (S<sub>1</sub>)*

Ao mesmo tempo, ainda que incipientes, emergem alguns movimentos no sentido de favorecer essa integração, tais como reuniões de rede e encontros intersetoriais, de modo a promover um cuidado integral e articulado:

*“O que a gente tá percebendo: aos pouquinhos a rede funciona melhor. Por exemplo, essa semana eu já participei de uma reunião de rede, onde estavam os serviços todos envolvidos,*

*saúde, assistência, em relação a uma demanda, enfim, a uma paciente. Então aos pouquinhos vai indo, mas a gente tá sempre ali né, provocando, buscando.” (T<sub>1</sub>)*

Considerando as especificidades que a vivência da deficiência impõe, as necessidades das PcD estão para além da saúde, sendo as ações intersetoriais imprescindíveis para atender integralmente estas pessoas<sup>15</sup>. Desta maneira, a rede deve se caracterizar pela relação de interdependência que se estabelece entre seus componentes, devido aos interesses e objetivos comuns<sup>16</sup>. Assim, torna-se necessária a coordenação entre diferentes profissionais e serviços para uma abordagem integral destes sujeitos, de maneira que a fusão de ações promova a qualidade de vida e inclusão das PcD na sociedade<sup>17</sup>, respeitando as diversidades territoriais e culturais. Compreendeu-se que, mais do que uma diretriz formal da rede, esta articulação intra e entre redes depende de iniciativas e movimentos individuais dos trabalhadores que atuam nos diversos serviços, compondo, desta maneira, uma rede viva e em constante mutação:

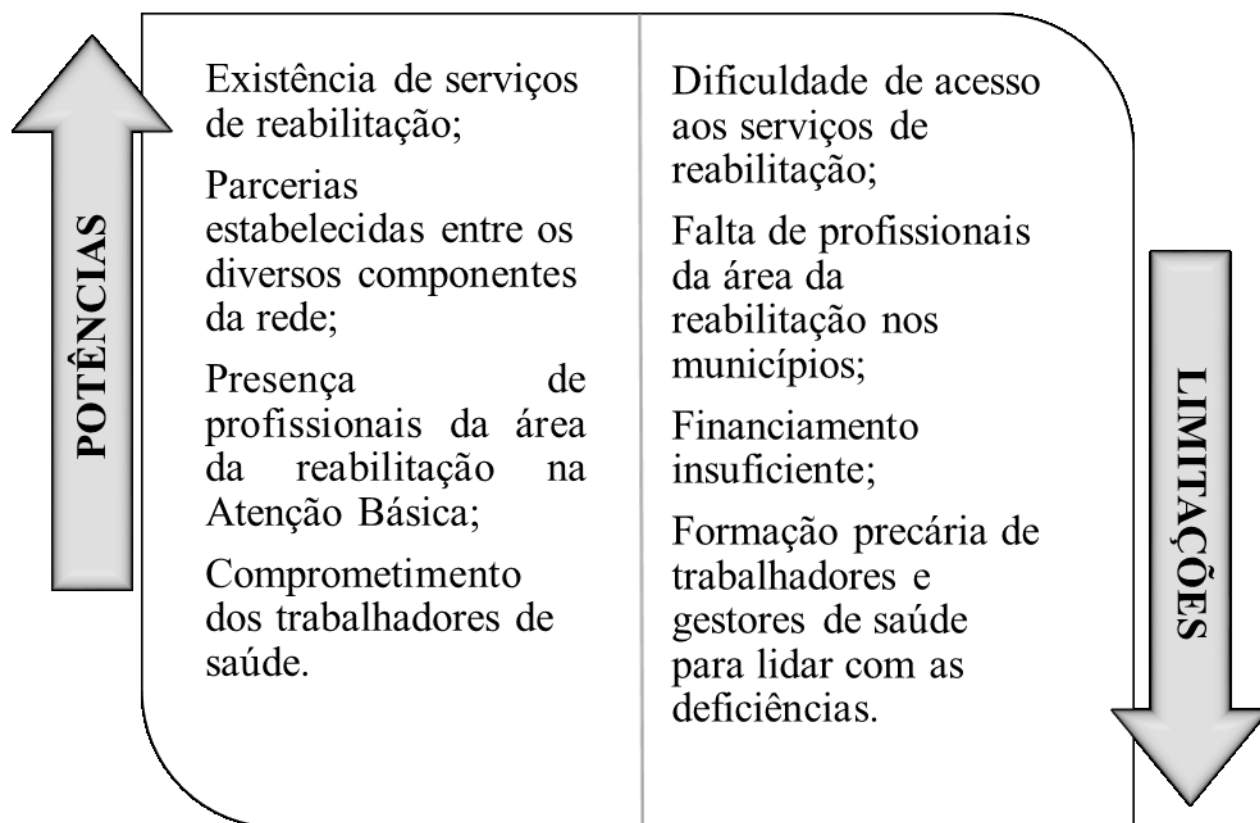
*“É uma coisa que eu percebo assim, que depende das pessoas, das pessoas que estão nos serviços. Às vezes o serviço não participa, não vai, porque às vezes as pessoas que estão lá não percebem a importância disso, e outros têm as pessoas que fazem as coisas acontecer.” (T<sub>1</sub>).*

Desta maneira, valorizam-se os encontros ocorridos no cotidiano das relações, destacando-se a importância dos movimentos micropolíticos para a implementação da RCPCD e qualificação do cuidado.

### **(Im)possibilidades da rede**

Esta categoria buscou analisar e refletir sobre as potências, limitações e perspectivas da RCPCD na região estudada. Ressalta-se que, ao mesmo tempo em que algumas questões foram apontadas como potências por alguns sujeitos, também surgiram como limitações para

outros, sob outra perspectiva. A Figura 4 destaca as principais potências e fragilidades apontadas pelos sujeitos do estudo:



**Figura 4** Potências e Limitações da RCPCD

Dentre as potencialidades, a mais citada (21% dos sujeitos) foi a existência de serviços de reabilitação de referência, ressaltando-se, assim, o lugar fundamental destes serviços na implementação da RCPCD na região estudada:

*“Bom, acho que a nossa região, ela é muito bem assessorada. Se não me falha a memória, ela tem todas as áreas pras PcD: a física, a intelectual, a auditiva não me lembro se tá aqui”.*

(R<sub>2</sub>)

Este reconhecimento aos serviços especializados de reabilitação pode ser decorrente do fato de que, antes da atual política, que estimula o cuidado em rede, a maioria das ações em saúde voltadas às PcD estavam restritas a estes serviços, vinculados à atenção especializada. Por outro lado, a dificuldade de acesso e extensas filas de espera para estes

serviços foi apontada como o principal limitador na atenção à saúde das PcD na região, por 31% dos sujeitos:

*“Mesmo que pra gente pareça rápido, pra quem precisa continua sendo demorado. Acho que o desafio principal é diminuir as filas pros serviços de reabilitação.” (B1)*

Inúmeros fatores estão envolvidos na problemática do acesso à atenção especializada, existindo registros de longa espera para atendimento em algumas especialidades, além de outras questões que impossibilitam o seguimento do tratamento, tais como a insuficiência de recursos financeiros para ampliação da capacidade de atendimento e a falta de transporte adaptado, sobretudo em se tratando de uma população com deficiência ou mobilidade reduzida<sup>13</sup>.

Para que a RCPCD cumpra seu papel, torna-se necessária uma clara definição e conhecimento público da missão assistencial de cada ponto de atenção, bem como dos fluxos entre os serviços<sup>18</sup>. Esta constatação coloca em discussão o lugar que a Atenção Básica ocupa para o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde, questionando-se o seu papel como base do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora das redes<sup>19</sup>.

Neste sentido, foi citada por 16% dos sujeitos, como potencialidade da rede em alguns municípios, a inserção de profissionais da área da reabilitação na Atenção Básica, como fisioterapeutas e fonoaudiólogos, seja na composição de equipes mínimas ou compondo os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). A inclusão de tais profissionais neste nível de atenção possibilita uma relação muito próxima com os usuários, especialmente aqueles com alguma deficiência, permitindo identificar riscos e possibilidades de intervenções da equipe junto aos indivíduos e suas famílias, baseadas em um cuidado à saúde que respeite a dimensão dialógica do encontro<sup>20</sup>. Assim, o atendimento desses usuários ao nível de Atenção Básica, quando possível, pode representar um elemento facilitador do acesso ao cuidado às PcD,

diminuindo a demanda reprimida nos setores especializados em função do modelo assistencial tradicional que não permite a integralidade na atenção às Pessoas com Deficiência.

Para isso é preciso, além da inclusão destes profissionais, a efetivação de novos dispositivos e tecnologias para o cuidado em saúde. Uma potente estratégia para superar a dificuldade de acesso e ampliar as possibilidades de atenção a estes sujeitos pode ser a utilização da ferramenta do Apoio Matricial, a ser desenvolvido tanto pelos serviços de reabilitação quanto pelos NASF. O Apoio Matricial traz uma proposta inovadora e potente para a transformação do modelo assistencial, alterando metodologias de trabalho, através de mecanismos de personalização, diálogo, decisão compartilhada, responsabilização e compromisso entre as equipes e apoiadores<sup>21</sup>.

Em contrapartida, a contratação destes profissionais ainda é uma realidade distante para muitos locais, sendo destacada por 23% dos sujeitos a ausência de profissionais da área de reabilitação nos municípios como fator limitante para uma atenção integral. Destaca-se que os municípios estudados são, em sua maioria, de pequeno porte, e, conforme alguns gestores de saúde, a inserção de tais profissionais originaria mais despesas:

*“Então tudo esbarra na burocracia, porque espaço físico a gente tem bastante, mas nós precisamos dos profissionais. Profissional tem custo né?” (S<sub>1</sub>).*

Neste sentido, um grande empecilho apresentado por 13% dos sujeitos para a efetiva implementação da RCPCD, sobretudo para gestores e coordenadores de serviços, é a insuficiência de recursos financeiros para investimentos, execução de ações e, principalmente, para a ampliação das equipes de saúde:

*“O nosso maior problema hoje é financeiro, nós teríamos que contratar mais uma fono, teríamos que contratar mais uma fisio, mais uma terapeuta ocupacional, a demanda tem, mas a situação financeira não nos permite.” (R<sub>1</sub>)*

Além de insuficientes, frequentemente os recursos do SUS não estão alinhados com os objetivos das RAS, havendo predomínio das formas de pagamento por procedimentos que incentivam a prestação de serviços de maior densidade tecnológica em detrimento de serviços mais custo-efetivos e necessários do ponto de vista sanitário. Assim, torna-se urgente incentivar modos de financiamento que priorizem os cuidados preventivos e a atenção que gere valor aos usuários<sup>22</sup>.

O comprometimento dos trabalhadores da rede também foi uma das potencialidades apontadas, salientando que o foco na melhoria do processo de trabalho influencia positivamente o acolhimento e cuidado integral a estas pessoas:

*“Pelo menos o que a gente tem percebido, na saúde pública, uma busca por parte dos profissionais de saúde, em se inteirar dessa questão da deficiência.” (P<sub>1</sub>)*

Entretanto, os limites dos trabalhadores e gestores para lidar com as deficiências também foram destacados:

*“Às vezes a gente vai atender mas não sabe lidar com a dificuldade do outro e acaba ficando sem saber o que fazer.” (B<sub>1</sub>)*

Desta maneira, a qualificação dos profissionais para trabalhar com PcD foi apontada como uma importante ação para a melhoria da atenção à saúde destas pessoas por 19% dos sujeitos do estudo. Neste contexto, foi ressaltada a necessidade de uma maior sensibilidade e humanização nos serviços de saúde, favorecendo a implicação de todos os envolvidos no cuidado às PcD, sobretudo dos profissionais de saúde, a fim de que se produzam práticas de cuidado mais humanizadas:

*“O que eu acho que falta é um pouco mais de sensibilidade nos serviços, de não ser só mais um número e sim em levar em consideração que é uma pessoa.” (T<sub>1</sub>)*

Ressalta-se a importância de atores com conhecimento e habilidades específicas implicados com a implantação das RAS na região, como os gestores públicos, técnicos,

trabalhadores de saúde e usuários<sup>23</sup>. As possibilidades de formação e a promoção de estratégias de educação permanente dos profissionais que atuam com PcD merecem destaque, sendo inclusive uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência<sup>7</sup>.

Tanto quanto as articulações macropolíticas, devem ser evidenciados também os movimentos micropolíticos empregados para a articulação desta rede, sendo apontadas como importante potencialidade as parcerias estabelecidas entre os diversos serviços e atores:

*“Mesmo com essas dificuldades todas, a gente tem bons serviços, a gente tem essa rede, esses contatos então, quando precisa realmente a gente consegue agilizar, os serviços estão, como eu vou dizer, abertos a essas demandas.” (T<sub>1</sub>)*

Os movimentos micropolíticos acontecem no agir do trabalho vivo, nos encontros em espaços formais e informais, entre os próprios trabalhadores, gestores e usuários, os quais produzem novos arranjos em suas ações, conversações e encontros<sup>24</sup>. Estes movimentos, apesar de não formalizados, dão vida e fluidez à rede de atenção. Assim sendo, as interações e tessituras que se dão no cotidiano das relações, reafirmam o pressuposto da existência de uma Rede Viva e em constante mutação.

Ao ampliar a compreensão sobre a complexa realidade da saúde de uma região é possível elaborar projetos mais condizentes e potentes para intervir no sistema de saúde regional<sup>23</sup>. A implementação da RCPCD deve garantir a integralidade do cuidado, através do fortalecimento e integração das ações de saúde em todos os seus componentes, além de colocar a agenda das PcD de modo transversal no SUS, usando as redes a favor do acolhimento e cuidado que esta população necessita, como direito inquestionável de todo cidadão brasileiro<sup>8</sup>.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma rede que garanta a integralidade do cuidado às Pessoas com Deficiência precisa dispor de ações e serviços articulados entre si que favoreçam as parcerias entre os diversos serviços e atores da rede, financiamento adequado, além do comprometimento de trabalhadores e gestores de saúde para lidar com as deficiências. Para que as necessidades de saúde destas pessoas sejam efetivamente contempladas, ressalta-se a importância de fortalecer a rede conforme diretrizes definidas e, ao mesmo tempo, respeitar e dar visibilidade aos movimentos singulares existentes, na condição de uma Rede Viva de Cuidados, salientando que esta deve ser tecida nos encontros cotidianos entre gestores, trabalhadores e usuários.

A análise dos dados revelou uma RCPCD em construção na região estudada, ocorrendo um processo gradual de incorporação de suas diretrizes no cuidado às PcD. E, mais do que isso, percebeu-se que esta se configura como uma Rede Viva de Cuidados, em permanente movimento e se delineando conforme as necessidades da população com deficiência do território, criando arranjos próprios através de constantes movimentos macro e micropolíticos, que buscam contemplar a integralidade da atenção à saúde.

Destaca-se que as questões relativas à assistência às pessoas com deficiências física, intelectual e auditiva apareceram reiteradamente entre os sujeitos do estudo. Já a questão da deficiência visual, não foi citada pelos sujeitos. Compreende-se, diante desta constatação, a necessidade de se colocar em debate a saúde das Pessoas com Deficiência visual, pois, apesar de ser a deficiência que apresenta maior prevalência, tanto a nível regional quanto nacional, as políticas públicas de saúde voltadas a estes indivíduos ainda são ignoradas por uma grande parcela da população. Há de se considerar também que a região não possui serviço de referência para esta deficiência, o que contribui para o seu desconhecimento por grande parte de trabalhadores, gestores, usuários e serviços de saúde.



Desta maneira, o presente estudo pode contribuir no sentido de considerar e valorizar uma Rede Viva de Cuidados em permanente movimento, além de promover discussões e reflexões sobre a temática da saúde das Pessoas com Deficiência, possibilitando a todos os atores que reconheçam, repensem e aprimorem suas práticas, contribuindo para transformações e inovações no campo da saúde da Pessoa com Deficiência.

## REFERÊNCIAS

1. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52): 207-210.
2. World Health Organization. The World Bank. *World report on disability*. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em 02 out. 2016.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*: Banco de Dados agregados do IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em 04 jun. 2015.
4. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cien Saude Colet* 2007; 12(4): 965-971.
5. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R. *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco, 2003.
6. Brasil. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 30 dez. Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em 22 out. 2016.

7. Brasil. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.

Disponível em: <

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 22 out. 2016.

8. Mendes VLF. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 37-68.

9. Hoffmann K, Stein KV, Maier M, Rieder A, Dorner TE. Access points to the different levels of health care and demographic predictors in a country without a gatekeeping system. Results of a cross-sectional study from Austria. *Eur J Public Health* 2013; 23(6): 933 – 939.

10. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2014.

11. Merhy EE, Gomes MPC, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Franco TB. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Saúde debate* 2014; 52: 153-164.

12. Abrahão AL, Merhy EE, Cerqueira Gomes MP, Tallemberg C, Souza Chagas M, Rocha M, Santos NLP, Silva E, Vianna L. O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: Cerqueira Gomes MP, Merhy EE, organizadores. *Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p.155-70.

13. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):177 – 188.
14. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4ª Edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008.
15. Othero MB, Ayres JRCM. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40): 219-233.
16. Santos L, Andrade LOM. Redes no SUS: marco legal. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS*. Campinas: Saberes; 2013. p. 22-34.
17. Cilleros MVM, Gómez MCS. Análisis cualitativo de tópicos vinculados a la calidad de vida en personas con discapacidad. *Cien Saude Colet* 2016; 21(8): 2365-2374.
18. Magalhães Junior, HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Saúde debate* 2014; 52: 15-37.
19. Brasil. Portaria 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). *Diário Oficial da União* 2011; 21 out. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em 13 out. 2016.
20. Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2016; 20(56):89-98.

21. Castro CP, Campos GWS. Apoio Matricial como articulador das relações interprofissionais entre serviços especializados e atenção primária à saúde. *Physis* 2016; 26(2): 455-481.
22. Mendes EV. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate* 2014; 52: 38-49.
23. Silva SF. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. *Saúde debate* 2014; 52: 165-176.
24. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento - uma política de reconhecimento e cooperação, ativando os encontros do cotidiano no mundo do trabalho em saúde, questões para os gestores, trabalhadores e quem mais quiser se ver nisso. *Saúde em Redes* 2015; 1(1): 07-14.

CD, ELG, SBFK participaram de todas as etapas de pesquisa e de redação do manuscrito.

**ARTIGO 2**

Texto completo do artigo original: “Pessoas com Deficiência: sentidos e implicações nos processos de cuidado em saúde”, a ser publicado na Revista Cadernos de Saúde Pública (ISSN 0102-311X), QUALIS - CAPES A2 na área Interdisciplinar e, em anexo, Cópia das Normas completas da Revista da publicação do artigo (ANEXO 4).

**Pessoas com Deficiência: sentidos e implicações nos processos de cuidado em saúde**  
**People with Disabilities: significance and Implications in Health Care Processes**

Camila Dubow

Edna Linhares Garcia

Suzane Beatriz Frantz Krug

**RESUMO**

Devido a heterogeneidade de necessidades das Pessoas com Deficiência, as ações em saúde voltadas a esse segmento da população constituem-se a partir de um mosaico de diferentes abordagens de representações sociais e sentidos atribuídos à deficiência. Este estudo teve como objetivo conhecer e analisar os sentidos produzidos acerca da deficiência e suas implicações nos processos de cuidado em saúde. De caráter exploratório e abordagem qualitativa, participaram 49 sujeitos envolvidos na atenção à saúde de Pessoas com Deficiência em uma Região de Saúde do Rio Grande do Sul. Foram realizados questionários e entrevistas e os dados foram analisados através de Software para criação de Nuvem de Palavras e técnica de Produção de Sentidos. Os dados revelaram uma concepção sobre deficiência que remete ao modelo biomédico, sobressaindo os sentidos de dificuldade, incapacidade, limitação e dependência. A insegurança das equipes e serviços de saúde ao lidar com as deficiências refletem em dificuldades na assistência e convívio com as diferenças. Ao mesmo tempo, alguns sentidos indicaram uma nova maneira de conceber a deficiência, que passa a ser vista como mais uma característica do ser humano, com necessidades singulares. A forma de compreender a deficiência repercute diretamente nos processos de cuidado, impactando nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. Assim, este estudo revelou a importância de conhecer os sentidos da deficiência, de modo a auxiliar na compreensão de suas necessidades de saúde e possibilidades de assistência, proporcionando, desta maneira, um cuidado resolutivo, equânime e integral.

**Palavras-Chave:** Pessoas com Deficiência, Assistência Integral à Saúde, Sistema Único de Saúde

**ABSTRACT**

Due to the heterogeneity of the needs of people with disabilities, health actions towards this segment of the population are based on a mosaic of different approaches of social representations and inferences attributed to disability. This study aimed to know and analyze

the senses produced about disability and its implications in health care processes. From an exploratory and qualitative approach, 49 individuals were involved in the healthcare of people with disabilities in a Regional health system in Rio Grande do Sul. Questionnaires and interviews were conducted and data were analyzed through Word Cloud software and Sense Production technique. The data revealed a concept about disability that refers to the biomedical model, highlighting the senses of difficulty, incapacity, limitation and dependence. The insecurity of the staff and the health services in dealing with disabilities reflects difficulties in supporting and living with differences. At the same time, some senses have indicated a new way of conceiving disability, which is now seen as more of a characteristic of the human being with unique needs. The way to understand disability directly affects the care processes, impacting on the ways of organizing health care processes for these individuals. Thus, this study revealed the importance of knowing the implications of the disability to have a better understanding of people needs and care possibilities, thus providing a resolute, equitable and integral care.

**Key-words:** Disabled Persons, Comprehensive Health Care, Unified Health System

## INTRODUÇÃO

Mais de um bilhão de pessoas apresentam alguma deficiência a nível mundial, sendo que cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais expressivas<sup>1</sup>. No Brasil, de acordo com o último Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)<sup>2</sup> em 2010, 23,9% da população total, ou seja, 45.606.048 brasileiros declararam possuir algum tipo de deficiência investigada – visual, auditiva, motora/física, mental/intelectual. No Rio Grande do Sul o índice é de 23,8% e na 28ª Região de Saúde deste Estado, local onde foi realizado o presente estudo, 30,81% da população declarou possuir algum tipo de deficiência, sendo mais frequente a deficiência visual (16,26%), seguida pelas deficiências motora/física (7,73%), auditiva (5,41%) e mental/intelectual (1,41%)<sup>2</sup>.

A concepção de deficiência vem se modificando ao longo dos anos, acompanhando as mudanças ocorridas na sociedade e as conquistas alcançadas pelas Pessoas com Deficiência (PcD)<sup>3</sup>. O conceito de deficiência percorreu um longo caminho nas diferentes sociedades, passando por distintos significados, desde o discurso místico até a compreensão como patologia ou manifestação da diversidade humana<sup>4</sup>.

Mesmo com inegáveis avanços na concepção de deficiência e aprimoramento das políticas públicas relacionadas a esta temática, as PcD ainda possuem muitas necessidades de

saúde não satisfeitas, com barreiras no acesso aos serviços e, consequentemente, mais problemas de saúde não resolvidos<sup>5</sup>. Nos últimos anos, o governo brasileiro começou a aproximar-se desta problemática e, em 2012, publicou a Portaria 793/2012, que cria a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>6</sup>. A implementação desta rede ampliou a visibilidade da questão da deficiência, até então às margens das políticas de âmbito mais geral do SUS<sup>7</sup>. Sua proposta anuncia mudanças significativas nos modos de pensar e agir no campo da atenção à saúde das PcD<sup>8</sup>, almejando um cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar<sup>9</sup>.

Neste contexto, a concepção e os sentidos produzidos a respeito de deficiência são fundamentais para o funcionamento do sistema de saúde, constituindo-se em um horizonte de racionalidades sob o qual os serviços e os processos de trabalho são organizados. Assim, a forma de compreender e produzir sentidos acerca da deficiência tem implicação direta nos processos de cuidado, repercutindo nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. As representações sociais da deficiência tornam a atenção à saúde destas pessoas ainda mais complexa, revelando a necessidade em conhecer os seus sentidos para os diversos atores implicados nos processos de cuidado, de modo a atender as necessidades de saúde das PcD<sup>10</sup>.

Partindo da definição de “sentido” como uma construção social por meio da qual as pessoas constroem os termos e lidam com as situações e fenômenos a sua volta<sup>11</sup>, este artigo objetiva conhecer e analisar os sentidos produzidos acerca da deficiência e suas implicações nos processos de cuidado, por atores implicados com a atenção à saúde de Pessoas com Deficiência.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de abordagem qualitativa, realizada na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul, localizada na região central deste estado, abrangendo uma população de 327.158 habitantes, distribuída em treze municípios<sup>2</sup>. De uma amostragem intencional de 60 sujeitos pertencentes a sete segmentos envolvidos com a atenção à saúde de Pessoas com Deficiência na referida Região de Saúde, 11 sujeitos foram excluídos devido a não devolução de instrumento de coleta.

Desta maneira, participaram 49 sujeitos, assim distribuídos: 01 Coordenador da Política Estadual da Saúde da Pessoa com Deficiência do Estado do Rio Grande do Sul (Segmento 1), 10 Secretários Municipais de Saúde (Segmento 2), 10 Representantes de



Atenção Básica (Segmento 3), 02 Coordenadores de Serviços Especializados em Reabilitação (Segmento 4), 01 Coordenador Assistencial de Serviço Hospitalar (Segmento 5), 14 Trabalhadores de Saúde (Segmento 6) e 11 Pessoas com Deficiência ou seus representantes legais (Segmento 7). Os sujeitos dos segmentos 1 ao 5 foram os titulares dos referidos cargos ou seus representantes legais quando da coleta de dados. Para o segmento 06 foram selecionados 13 trabalhadores de Atenção Básica, 02 de Serviços de Reabilitação e 01 de Instituição Hospitalar, contemplando, desta forma, representação de todos os componentes da RCPCD. Os sujeitos do segmento 7 foram indicados pelos Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa com Deficiência (COMPEDE) ou coordenadores de Serviços de Reabilitação.

A coleta de dados foi realizada entre maio e outubro de 2016, em duas etapas. Na primeira etapa, os 49 sujeitos preencheram um formulário que questionava quais as três palavras que lembravam ao ouvir o termo “Pessoa com Deficiência”. Todas as palavras foram inseridas em software específico (WordClouds.com) para contagem de suas frequências e criação de Nuvem de Palavras.

A fim de complementar as informações, em um segundo momento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 12 sujeitos, questionando-lhes a concepção que possuem sobre deficiência. As entrevistas foram gravadas em mídia digital mediante consentimento prévio e transcritas em sua íntegra. Para a análise de dados das entrevistas foi empregada a técnica de Produção de Sentidos, com base na proposta teórico-metodológica de Spink e Lima (2000)<sup>12</sup>. Os dados foram dispostos em mapas de associação de ideias preservando as sequências das falas, culminando em duas categorias de análise, originadas dos sentidos produzidos vinculados com o objetivo do estudo, a saber: Sentidos da Deficiência; Implicações dos Sentidos de Deficiência nas Práticas de Cuidado e Atenção à Saúde.

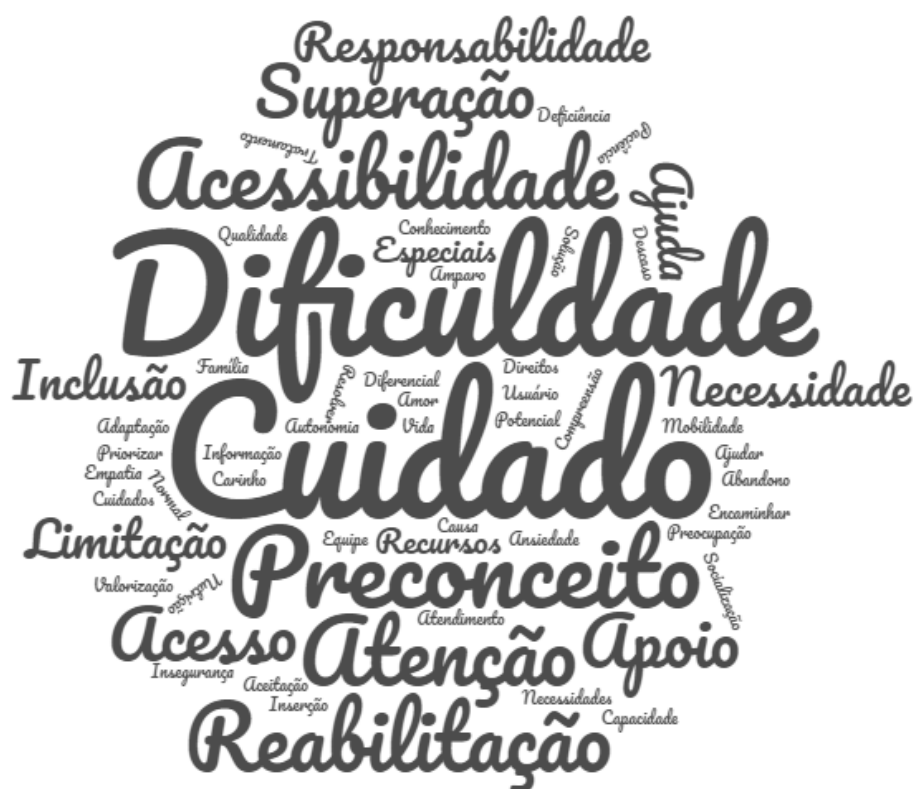
O estudo cumpriu os requisitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul, sob o protocolo 1.300.666/15 e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o intuito de garantir o anonimato dos participantes, suas falas foram identificadas com o uso de letras, acompanhadas de uma numeração: Coordenador Estadual (C), Secretários Municipais de Saúde (S), Representantes da Atenção Básica (B), Coordenadores de Serviços de Reabilitação (R), Coordenador Assistencial de Hospital (H), Trabalhadores de Saúde (T) e Pessoas com Deficiência ou seus representantes (P).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir são apresentadas as duas categorias temáticas originadas a partir da análise de dados. A primeira, denominada “Sentidos da Deficiência”, busca conhecer os sentidos produzidos perante a deficiência pelos sujeitos do estudo. Já a segunda, denominada “Implicações dos Sentidos de Deficiência nas Práticas de Cuidado e Atenção à Saúde” visa analisar o modo como os sentidos da deficiência impactam nos processos de cuidado à saúde voltados às Pessoas com Deficiência.

### Sentidos da Deficiência

Esta categoria temática apresenta as concepções e os sentidos produzidos pelos sujeitos do estudo perante a deficiência. Ao questioná-los sobre as três palavras que lembravam ao ouvir o termo “Pessoa com Deficiência”, as mais frequentes foram, respectivamente: Cuidado (citada por 10 sujeitos), Dificuldade (citada por 9 sujeitos), Preconceito (citada por 6 sujeitos), Acessibilidade e Reabilitação (ambas citadas por 5 sujeitos). A Figura 1 apresenta a Nuvem de Palavras originada a partir deste questionamento, sendo que as palavras em maior amplitude são as que apareceram com maior frequência:



**Figura 1** Nuvem de palavras: Sentidos da Deficiência

Ao aprofundar a questão por meio de entrevista, sobressaíram sentidos semelhantes aos obtidos através da Nuvem de Palavras, com destaque para as impressões de incapacidade e limitação funcional, dificuldade e dependência, ilustradas pela seguinte fala:

*“Pra mim é aquele que sozinho não consegue o suporte que ele deveria ter, um normal, vamos dizer assim. Essa pessoa depende de outro, depende de cuidado, de medicação. Sempre precisa de alguém pra dar suporte para que a vida dele, social e familiar, seja amenizada perante aquela situação que ele se encontra ali.” (S1)*

Observou-se, a partir dos sentidos produzidos, grande enfoque na incapacidade funcional destes indivíduos, remetendo à concepção de um modelo tradicional de deficiência, no qual o sujeito precisa de habilidades extras para superar dificuldades e realizar suas ações<sup>10</sup>. Esta visão pode se justificar pelo fato de que, historicamente, a deficiência foi vista como sinônimo de incapacidade, inclusive pela legislação brasileira, que por muito tempo considerou as PcD incapacitadas para a vida independente. Este enfoque destaca as limitações e restrições para realizar ou participar de atividades cotidianas, ressaltando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo com determinado problema de saúde e seus fatores contextuais<sup>13</sup>.

Também emergiram sentidos que traduzem a dificuldade em verbalizar o que seria uma Pessoa com Deficiência, deixando entrever constrangimentos e receios frente à diversidade, demonstrando as limitações e fragilidades que o trabalhador de saúde possui no cuidado às PcD:

*“É uma pessoa que tenha...é difícil conceituar deficiência (silêncio). É alguém que tenha, não é uma necessidade especial, mas que de alguma forma...nossa como é difícil (risos)”. (T3)*

Percebe-se que, por mais antigas que as condições que envolvem as deficiências sejam, ainda não é uma questão natural para a sociedade e, de maneira mais específica, para os trabalhadores de saúde, demonstrando a importância de se falar sobre as diferenças no cotidiano dos serviços de saúde.

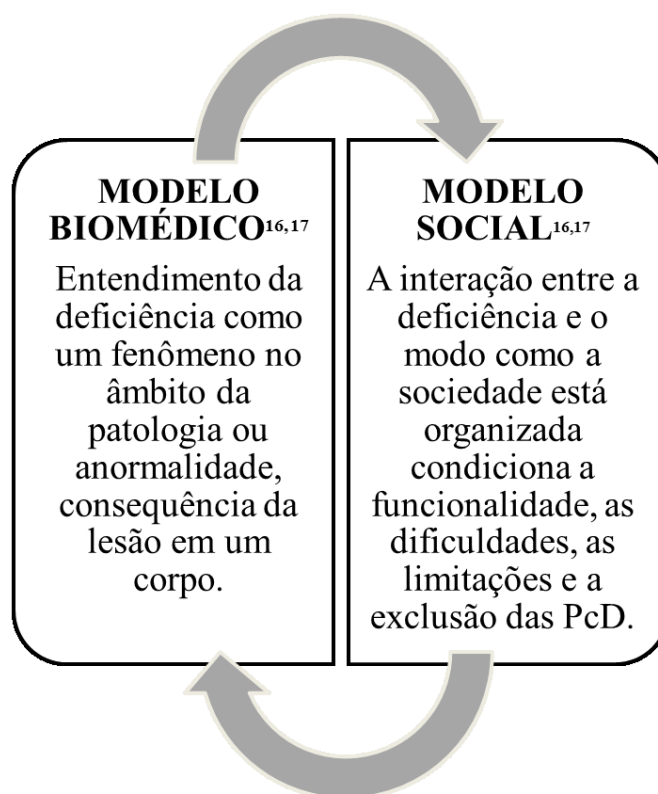
A presença de estigmas e estereótipos também se destacou entre as percepções dos sujeitos do estudo:

*“O que vem pra maioria é o estereótipo, aquela coisa que é visível, como a deficiência física”. (P1)*

Mesmo com importantes avanços, ainda é marcante na sociedade, frente às PcD, a presença do estigma, definido por Goffman<sup>14</sup> como um sinal ou marca que torna visível para as outras pessoas alguma característica extraordinária em algum indivíduo que o diferencia da

maioria. Para que uma sociedade seja inclusiva, deve acolher a todos, respeitando suas diferenças, particularidades e limitações. Todavia, muitas sociedades ainda não estão preparadas para lidar com as diferenças, resultando em preconceito e discriminação, que promovem estigmas e criam estereótipos<sup>15</sup>. Por não serem explicitamente visíveis ou mensuráveis, as atitudes que colocam a deficiência como estigma podem ser de difícil reconhecimento, inclusive para quem as pratica, devido à dificuldade em lidar com as diferenças.

Percebe-se, com isso, que a concepção de deficiência nas políticas públicas de saúde ainda não rompeu com a racionalidade sustentada pelo modelo biomédico. Por outro lado, existe um forte movimento teórico e político de crítica a este modelo, denominado modelo social da deficiência<sup>16, 17</sup>. Estes modelos estão descritos na Figura 2:



**Figura 2** Modelos Biomédico e Social da Deficiência

Dissociar o campo da doença do campo da deficiência é fundamental, pois a ruptura com o olhar exclusivamente médico, marcado pela dicotomia entre normal e patológico, é um importante avanço proporcionado no campo da deficiência pelos teóricos do modelo social, permitindo recusar a descrição do corpo com impedimentos como patológico<sup>18</sup>.

Apesar de a maioria dos sujeitos da pesquisa apontarem as limitações das PcD, também emergiram sentidos que colocam a deficiência como mais uma característica do ser

humano com necessidades singulares, porém que não tornam estas pessoas diferentes das demais, de tal modo que as diferenças não sejam vistas como limitantes da vida social:

*“São pessoas que têm algum diferencial. Na realidade todos nós temos. Eu também tenho as minhas dificuldades, cada um tem as suas, porém as PcD talvez tenham isso um pouco mais acentuado que outras pessoas. Então assim, como existem pessoas obesas, existem pessoas loiras, morenas, enfim, existem as pessoas que têm algum tipo de deficiência.” (T<sub>1</sub>)*

A compreensão sobre a deficiência mudou radicalmente nos últimos quarenta anos, sendo que a partir dos anos 1970 vem ocorrendo um deslocamento gradual do saber médico para os saberes das ciências sociais e a deficiência passa a ser vista como um aspecto da diversidade humana<sup>16</sup>. Desta maneira, aos poucos, a deficiência deixa de ser sinônimo de desvantagem natural, ao desmedicalizar o corpo deficiente através da redução do enfoque sobre o modelo médico e, desta maneira, transferindo para as sociedades a responsabilidade em promover igualdade entre pessoas com e sem deficiência<sup>19</sup>.

Neste contexto, no âmbito da saúde, a criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) propôs que a deficiência fosse vista pelos serviços de saúde através de um modelo dinâmico, interativo e biopsicossocial, compreendendo funcionalidade e deficiência como interações dinâmicas entre problemas de saúde e fatores contextuais, pessoais e ambientais<sup>20</sup>. Em consonância, o conceito de deficiência proposto pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência<sup>21</sup>, foi fundamentado no modelo social da deficiência, ao ressaltar a interação dos impedimentos com barreiras que podem obstruir a participação plena e efetiva das PcD na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

Recentemente entrou em vigor a Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência), que considera 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”<sup>22</sup> (p. 02).

Deste modo, a interação entre a deficiência e o modo como a sociedade está organizada condiciona a funcionalidade, as dificuldades, as limitações e a exclusão destas pessoas<sup>17</sup>. A presença de barreiras, tanto físicas quanto atitudinais, também foram ressaltadas pelos sujeitos da pesquisa:

*“Hoje a gente percebe que isso pode ser muito um condicionamento social, ou seja, a deficiência está muito mais nas barreiras que a sociedade coloca do que propriamente*

*naquela pessoa. Então, a medida que vai diminuindo essas barreiras, tu percebe que as pessoas até então incapazes, se mostram como capazes.” (P1)*

Assim, a deficiência não deve se resumir apenas ao que o olhar médico descreve, mas se relacionar principalmente com a restrição à participação plena provocada pelas barreiras sociais, sendo que o aumento destas é proporcional ao aumento das restrições impostas aos indivíduos com impedimentos corporais<sup>19</sup>. Entretanto, de maneira geral, a sociedade não está preparada para receber estas pessoas, que enfrentam diversas barreiras para a utilização de serviços e espaços públicos. Com frequência, se percebe a presença de barreiras com relação a atitudes (medo, desconhecimento, falta de expectativas, estigma, preconceito), ao meio ambiente (inacessibilidade física) e institucionais (discriminações de caráter legal) que impedem a plena participação das PcD<sup>17</sup>.

Atualmente, a questão da acessibilidade tem sido muito discutida, com predomínio de abordagem sobre as barreiras físicas que impedem a inclusão das PcD de maneira plena na sociedade. Contudo, devem ser debatidas também, especialmente nos serviços de saúde, a presença das barreiras atitudinais, expressas pelas atitudes ou comportamentos que impedem ou prejudicam a participação social da Pessoa com Deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais<sup>22</sup>. Assim, as mobilizações produzidas perante as frequentes situações de desigualdades, injustiças e dificuldades na atenção à saúde das PcD podem contribuir significativamente na construção de práticas mais humanizadas e abertas à diversidade.

### **Implicações dos Sentidos de Deficiência nos Processos de Cuidado à Saúde**

Esta categoria temática busca refletir sobre a maneira como os sentidos da deficiência impactam nos processos de cuidado à saúde voltados às Pessoas com Deficiência. Observou-se neste estudo que, frequentemente, são supervalorizados os aspectos orgânicos, em detrimento das necessidades que existem além dos impedimentos físicos, remetendo, desta maneira, ao modelo médico da deficiência. Assim, muitas vezes, não é evidenciado o modo como estes indivíduos realizam o cuidado de si, como interagem com os outros e suas práticas socioculturais. Porém, é fundamental, para um cuidado qualificado, a ampliação do olhar perante às PcD, de modo a contemplar suas singularidades, conforme expresso pelo fragmento de entrevista a seguir:

*“Nessa área da saúde tem que se ampliar o olhar, tem que se aprofundar o conhecimento e ampliar os mais variados tipos de atendimentos. Porque as necessidades também variam muito, uns precisam mais, cada caso precisa ser avaliado individualmente.” (P<sub>1</sub>)*

O debate sobre deficiência é antigo, porém as necessidades das PcD não têm sido uma prioridade na maioria das sociedades. Os cuidados em saúde, do diagnóstico ao tratamento, bem como a integração na sociedade têm sido fragmentados e desorganizados, apontando para a necessidade de elaboração de uma nova forma de pensar a respeito da atenção à saúde destas pessoas<sup>23</sup>. O imaginário social e cultural, permeado de preconceitos e estereótipos em relação às PcD, contribuem para aumentar a complexidade da atenção à saúde desta população<sup>24</sup>. A presença de estigmas e as relações marcadas pelo poder biomédico são fatores que interferem negativamente para um cuidado efetivo à saúde das PcD<sup>25</sup>, além de deixar os trabalhadores inseguros ao lidar com as especificidades deste grupo populacional, ilustrado pela seguinte narrativa:

*“E a nossa falta de saber como lidar com esse usuário, não tem preparação. Pelo menos eu, na minha formação acadêmica, não tive preparação pra isso, o curso não nos prepara pra atingir esse tipo de público.” (B<sub>1</sub>)*

Deste modo, percebeu-se um obstáculo proveniente de um discurso derivado do imaginário de que as deficiências demandariam complexidades adicionais no cuidado à saúde, resultante do desconhecimento e falta de experiência no trato com as PcD<sup>26</sup>. Por isso, é importante que os serviços de saúde estejam preparados e sensibilizados para lidar com as diversas necessidades das PcD, entendendo que, embora tenham algumas restrições, devem ter sua autonomia e capacidade de autocuidado preservados, conforme destacado por um sujeito da pesquisa:

*“É alguém que dispense um olhar diferenciado nosso, não aquele olhar com um cunho de pena, sabe, que me parece que às vezes a maioria das pessoas tem. Mas não, é uma necessidade real de tu ter atenção do que essa pessoa precisa para ter a vida dela mais adequada possível.” (H<sub>1</sub>)*

Outro sentido que emergiu dos discursos foi o desconforto, insegurança e desinformação frente às questões que envolvem as deficiências:

*“Eu acho que a tua entrevista fez eu ver o quanto a gente não sabe sobre a deficiência. Porque eu tive dificuldade até pra definir o que é uma pessoa deficiente. Me senti assim, pra ti ver, a gente não sabe nem definir, quanto mais lidar com isso”. (T<sub>3</sub>)*

Estes sentimentos perante a deficiência frequentemente surgem pelo desconhecimento e ansiedade com o que é estranho e diferente. Deste modo, a mudança de paradigma deve ser

estimulada na população em geral e, principalmente, entre aqueles que cuidam desses indivíduos, como por exemplo, os trabalhadores de saúde<sup>23</sup>. Por isso, destaca-se a importância de falar sobre a questão da deficiência em diversos espaços, tanto de formação quanto de atendimento à saúde:

*“Eu acho que tem que discutir mais, tem que falar, tem que abrir, tu tem que ter coragem de falar: olha, eu não consigo falar com uma pessoa que nasceu com uma deficiência em um membro porque mexe comigo, sei lá, mas a gente tem que falar pra conseguir entender, se eu não falo eu não tiro dúvida, eu não compreendo e aí eu fico sempre tratando como diferente”. (H1)*

Este fragmento demonstra que as Pessoas com Deficiência não são valorizadas em suas diversidades, sendo muitas vezes reduzidas a um elemento comum em suas identidades. Porém, a diferença não deve ser vista como uma característica geral a serviço da variabilidade do conceito, mas como puro acontecimento, que diferencia e desloca os significados a ela comumente atribuídos em prol da variação, da multiplicidade e do inédito<sup>27</sup>.

As práticas de atenção à saúde dessas pessoas ainda são herdeiras de uma cultura de segregação e fragmentação do trabalho, na qual cada deficiência é trabalhada apenas nela mesma, praticamente como uma área de especialidade fechada sobre si<sup>28</sup>. Tanto as políticas públicas quanto as práticas de saúde ainda percebem a diferença a partir do olhar da normalidade. Ao normatizar a atenção à saúde em serviços organizados por tipos de deficiência, pode-se negligenciar a atenção em rede, distanciando-se de um cuidado integral, especialmente na atenção básica e na urgência e emergência<sup>7</sup>. Frequentemente, quem cuida de um problema não cuida de outro, fazendo com que essa segregação normativa e programática não agregue qualidade ao cuidado às PcD, as quais acessam diversos serviços sem ter a resolução de suas necessidades<sup>28</sup>.

A mudança de compreensão sobre a deficiência, de uma perspectiva puramente biomédica para a compreensão como questão social, reforça a ideia da deficiência não como um atributo individual, mas como resultado de uma sociedade despreparada para a diversidade humana<sup>19</sup>. Assegurar uma vida digna às PcD não se resume apenas à oferta de bens e serviços médicos, exige também a eliminação de barreiras e a garantia de um ambiente social acessível<sup>29</sup>. Assim, a deficiência não deve ser matéria exclusiva dos saberes biomédicos, mas principalmente de ações políticas e de intervenção do Estado, rompendo com o ciclo de segregação e opressão<sup>16</sup>.

Desde sua criação, o Sistema Único de Saúde ressalta o conceito de integralidade e equidade na assistência à população, contudo percebem-se fragilidades na organização e



operacionalização destes princípios na atenção à saúde das PcD<sup>30</sup>. A insatisfação com os modos de atenção à saúde de tais pessoas é ilustrada pelo depoimento de um usuário, expresso a seguir:

*“E outra coisa que eu percebo: vai pro atendimento do neuro ou do psiquiatra, se queixa ‘ai ele se agita demais’ e aí o que eles fazem? Aumentam a medicação. E daí o que acontece? Entopem de medicação, só medicação, só medicação. E ainda quando agita demais? Aumenta a dose.” (P<sub>1</sub>)*

Promover a equidade significa acolher as especificidades e diferenças, tratando-as como tal, evitando que o acolhimento de diferenças e de necessidades específicas acarrete em uma espécie de inclusão excludente, isto é, aquela que formalmente respeita direitos, porém mantém a discriminação e exterioridade, especialmente porque impede ou limita a relação entre as diferenças no campo social<sup>31</sup>. Assim, para responder com equidade e integralidade às demandas de saúde das Pessoas com Deficiência, é primordial que as ações se façam de modo articulado e transversal a todas as demais iniciativas de estímulo à pertença, ao convívio, à circulação social, à aprendizagem, ao desenvolvimento pessoal e à construção de projetos de felicidade<sup>28</sup>.

Assim, apesar de possuir diretrizes definidas em políticas públicas, a assistência à saúde das PcD suscita alguns questionamentos sobre o cuidado que vem sendo prestado a este público<sup>25</sup>. As leis são necessárias, porém não são suficientes para superar a insegurança ao lidar com PcD e alterar valores sociais, sentidos e afetividades construídos no cotidiano das relações. A utilização dos serviços de saúde está relacionada à história de cada um dos sujeitos e aos sentidos construídos cotidianamente em seus modos de andar a vida, envolvendo diretamente a questão da deficiência, mas também os cuidados gerais com sua saúde, como qualquer cidadão<sup>24</sup>. Deste modo, a atenção à saúde das PcD baseada no modelo biopsicossocial pode representar um espaço promissor para o estabelecimento de novas práticas e combinações tecnológicas que incorporem contexto às noções de deficiência e limitação funcional, além de proporcionar melhor comunicação e funcionamento em rede<sup>32</sup>.

É num cotidiano carregado de subjetividades que as Pessoas com Deficiência estão escrevendo a sua história. Muitas vezes se percebe nos serviços de saúde uma insuficiência de abertura e de escuta, além do desconhecimento sobre as necessidades deste grupo populacional. Por isso, é fundamental entrar em contato com as PcD e conhecer, além de suas necessidades singulares, também as suas capacidades e potencialidades<sup>26</sup>, conforme destacado por um sujeito entrevistado:

*“Hoje, acho que falta uma sensibilidade da comunidade, da sociedade, em ver a pessoa, não esquadrinhar ela num quadradinho, numa identidade única, normal, dita normal, mas deixar ela ter a sua identidade própria, o que vai dar possibilidade de condições pra que ela se desenvolva.” (R<sub>2</sub>)*

Muitas das dificuldades vivenciadas pelas PcD estão para além da deficiência, envolvendo questões macrossociais, como o acesso à educação, lazer, cultura, transporte e emprego<sup>24</sup>. Nesta direção, para a implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no território nacional têm sido considerados, além dos desafios implicados com a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS, dimensões específicas direcionadas às mudanças das práticas e do modelo de atenção, rompendo com a lógica da institucionalização, isolamento social e da fragmentação do cuidado<sup>8</sup>. Percebeu-se, através dos sentidos produzidos pelos sujeitos da pesquisa, o impacto positivo da implementação desta rede, promovendo gradativamente uma ampliação e qualificação do cuidado proporcionado, ilustrado pela narrativa a seguir:

*“Bom, eu acho que a atenção às Pessoas com Deficiência, ela evoluiu muito nos últimos anos, a partir da inclusão dela como uma política, a Política da Pessoa com Deficiência. Se a gente pensar o serviço de quinze anos atrás pra hoje, é completamente diferente, antes era só concessão de órteses e próteses, e ‘te vira lá fora’. E a política trouxe esse acolhimento, trouxe essa composição maior, de assegurar as PcD as possibilidades. E aí, o que é o ideal: a inclusão, reabilitação, autonomia, independência, todos aqueles parâmetros.” (R<sub>2</sub>)*

A lógica de cuidados pensada em rede instituída pela RCPCD, com serviços organizados em linhas de cuidado e em função das necessidades da população e dos territórios é fundamental, ampliando as possibilidades de equidade e do cuidado integral às PcD<sup>6</sup>. A integralidade, como conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema<sup>33</sup>, pode ser entendida como uma ação social resultante da interação permanente entre os atores associados à relação demanda e oferta nos planos individuais e sistêmicos de atenção à saúde, devendo ser considerados tanto os aspectos objetivos quanto os aspectos subjetivos do cuidado<sup>34</sup>.

Neste sentido, destaca-se a importância de se ampliarem as possibilidades da Pessoa com Deficiência ser/estar no mundo como sujeito de direitos, já que muitas vezes o acesso a diversos direitos conquistados permanece falho<sup>24</sup>. O processo de inclusão das PcD e a atenção integral à sua saúde implica, muito mais do que leis e documentos formais, em uma sensibilização e mudança de atitude frente a estas pessoas, valorizando suas subjetividades.

Assim, as mobilizações produzidas perante as frequentes situações de desigualdades, injustiças e dificuldades na atenção à saúde das Pessoas com Deficiência podem contribuir significativamente na construção de práticas mais humanizadas e abertas à diversidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As questões de saúde das PcD são extremamente complexas, necessitando diferentes tipos de abordagens. Porém, muitos obstáculos se colocam para a sua consolidação, como a excessiva ênfase dada aos aspectos biológicos, negligenciando o subjetivo; a visão fragmentada do sujeito; a hierarquização de saberes e práticas; além de obstáculos culturais, sociais e institucionais.

Observou-se, neste estudo, grande enfoque nos aspectos orgânicos e na incapacidade das PcD, levando à concepção de um modelo tradicional de deficiência, conhecido como modelo biomédico. A compreensão da deficiência constitui um horizonte de racionalidade permeado por conhecimentos técnicos e científicos, e, ao mesmo tempo, engloba valores relacionais, como crenças e valores sociais. Para que se consiga proporcionar uma atenção à saúde de qualidade a estas pessoas, devem ocorrer mudanças na formação dos profissionais, na organização dos serviços e na própria cultura da sociedade.

Refletir sobre a realidade da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência implica repensar os lugares de produção das subjetividades e a experiência da deficiência para os diversos atores envolvidos neste processo. A forma de compreender a deficiência repercute diretamente nos processos de cuidado, impactando nos modos de organizar os processos de atenção à saúde a estes indivíduos. Assim, este estudo revelou a importância de conhecer os sentidos da deficiência para os diversos atores implicados nos processos de cuidado de Pessoas com Deficiência, de modo a atender suas reais necessidades de saúde e proporcionando, desta maneira, um cuidado resolutivo, equânime e integral.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Bank. *World report on disability*. Genebra, 2011. Disponível em: <[http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)>. Acesso em 22 out. 2016.8
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2010*: Banco de Dados agregados do IBGE. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>>. Acesso em 04 out. 2016.

3. Krahn GL, Walker DK, Correa-de-Araujo R. Persons With Disabilities as an Unrecognized Health Disparity Population. *Am J Public Health* 2015; 105(52), Sup. 2:5198- 5206.
4. Santos WR. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis* 2008; 18(3): 501-519.
5. Tomlinson M, Chan KY, Rudan I, Saxena S. Research priorities for health of people with disabilities: an expert opinion exercise. *Lancet* 2009; 374(9704): 1857-1862.
6. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2015; 19(52): 207-210.
7. Rocha DC, Carmo D, Kielmann S. A Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência e a desfragmentação da atenção à saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 69-85.
8. Mendes VLF. Saúde Sem Limite: implantação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. *Saúde debate* 2014; 52:146-152.
9. Brasil. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr. 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 13 set. 2016.
10. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface (Botucatu)* 2009; 13(28):177 – 188.
11. Spink MJ, Medrado B. Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ. (Org.) *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 41-61.
12. Spink MJ, Lima H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: Spink MJ (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 93-122.
13. Leonardi M, Bickenbach J, Kostanjsek N, Chatterji S. The definition of disability: what is in a name? *The Lancet* 2006; 368(9543): 1219 – 1221.
14. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos; 2012.

15. Sassaki RK. *Inclusão: Construindo uma sociedade para todos*. Rio de Janeiro: Wva; 2010.
16. Diniz D. *O que é deficiência*. 3a. ed. São Paulo: Editora Brasiliense (Coleção Primeiros Passos); 2012.
17. Lanna Júnior MCM (Org.). *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.
18. Gaudenzi P, Ortega F. Problematicando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10): 3061-3070.
19. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10): 3007-3015.
20. World Health Organization. *The International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva, 2001.
21. Organização das Nações Unidas. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez 2006.
22. Brasil. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). *Diário Oficial da União* 2015; 07 jul. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm)>. Acesso em 08 out. 2016.
23. Goldson E. Deficiência, família e sociedade: novas formas de pensar sobre um velho debate. *Cien Saude Colet* 2016; 21(10):3303-3307.
24. Othero MB, Ayres JRCM. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. *Interface (Botucatu)* 2012; 16(40): 219-33.
25. Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)* 2016; 20(56):89-98.
26. Mendes VLF. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: a construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 37-68.
27. Deleuze G. *Diferença e Repetição*. Rio de Janeiro: Graal; 1988.
28. Pasche DF. Políticas públicas integradas e integradoras. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 11-36.

29. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Revista internacional de direitos humanos* 2009; 6(11):65-77.
30. Santos LFM, Bento PASS, Telles AC, Rodrigues RF, Xavier RB. Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. *Rev Enferm UFPE on line* 2013; 7(7):4775-81.
31. Souza LAP. O outro do outro: biopotência da diferença na saúde das pessoas com deficiência. In: Brasil. Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014, p. 131-150.
32. Alves MA, Ribeiro FF, Sampaio RF. Potencial de mudança nas práticas de saúde: a percepção de trabalhadores de uma Rede de Reabilitação em (trans)formação. *Fisioter Pesqui* 2016; 23(2):185-192.
33. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 20 set. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em 02 out. 2016.
34. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: Abrasco, 2001.

CD, ELG, SBFK participaram de todas as etapas de pesquisa e de redação do manuscrito.

**CAPÍTULO IV**  
**NOTA À IMPRENSA**

## NOTA À IMPRENSA

O Programa de Pós-Graduação/Mestrado em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) divulga os resultados da pesquisa “Análise da implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul”. Esta pesquisa é resultado da dissertação da mestranda Camila Dubow, sob orientação da Dra. Suzane Beatriz Frantz Krug e co-orientação da Dra. Edna Linhares Garcia.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde é uma política pública que busca qualificar a atenção à saúde por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para Pessoas com Deficiência. Neste contexto, o estudo realizado objetivou analisar a implementação desta política pública de saúde em treze municípios da 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul. A pesquisa foi realizada com quarenta e nove sujeitos envolvidos com a atenção à saúde de Pessoas com Deficiência, como por exemplo, Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Serviços, Trabalhadores de Saúde e Pessoas com Deficiência. Estas pessoas responderam questionários e entrevistas, buscando dar visibilidade ao processo de atenção à saúde destas pessoas na região.

Como resultados, a pesquisa demonstrou que esta política de saúde está buscando suprir as demandas da população assistida, criando arranjos territoriais próprios, que buscam contemplar a integralidade da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência. Existem diferentes pontos de atenção para atendimento de saúde a estas pessoas, com enfoque nos serviços especializados de reabilitação. Os aspectos positivos mais citados entre os participantes da pesquisa foram a existência de serviços de reabilitação, o comprometimento dos trabalhadores de saúde, as parcerias estabelecidas entre os diversos serviços e trabalhadores da rede e a presença de profissionais da área da reabilitação (como Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos) nos municípios. Já entre os limites apontados, destacaram-se o financiamento insuficiente, extensas listas de espera e demanda reprimida para os serviços de reabilitação, além de fragilidades na formação de trabalhadores e gestores de saúde para lidar com as deficiências.

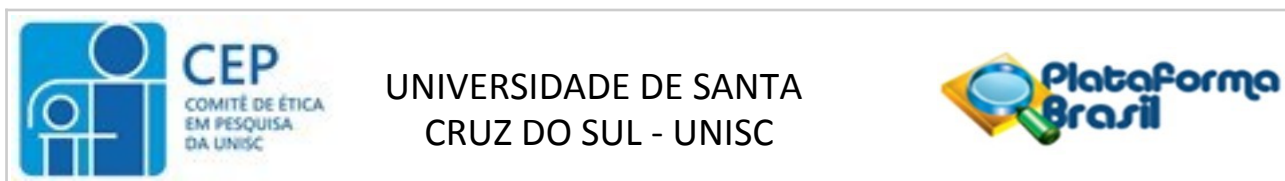
Desta maneira, a pesquisa permitiu conhecer a realidade regional da atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, fornecendo elementos para o planejamento de ações, definição de prioridades e aprimoramento de políticas públicas para o enfrentamento qualificado das deficiências.



## **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Aprovação do Comitê de Ética



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**Pesquisador:** Camila Dubow **Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 50351815.0.0000.5343

**Instituição Proponente:** Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:**

1.300.666

**Apresentação do**

**Projeto:**

Este projeto intitulado "ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 28ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL" faz parte do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE - MESTRADO ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar o processo de implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência na 28ª Região de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, sob a ótica de seus distintos atores.

**Objetivos específicos**

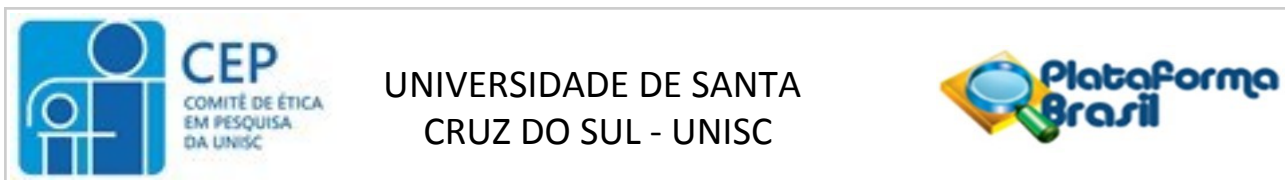
- Conhecer o significado de deficiência para os diversos atores implicados com a atenção à saúde das pessoas com deficiência;

**Endereço:** Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

**Bairro:** Universitario **CEP:** 96.815-900

**UF:** RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

**Telefone:** (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 1.300.666

- Caracterizar a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência nessa região de saúde;
- Identificar as ações em saúde desenvolvidas no Sistema Único de Saúde para as pessoas com deficiência;
- Reconhecer as potencialidades, fragilidades e necessidades em relação à assistência em saúde às pessoas com deficiência;
- Identificar perspectivas da atenção à saúde às pessoas com deficiência no cenário estudado

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A presente pesquisa não apresenta risco aos sujeitos envolvidos.

Benefícios: A pesquisa visa através da discussão e reflexão sobre o tema, almeja-se a realização de um Fórum sobre a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência,

em parceria com o Mestrado em Promoção da Saúde/UNISC e 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, a fim de socializar, fortalecer e aproximar o debate acadêmico com a gestão da referida política pública de saúde, contemplando temas prioritários para o planejamento regional.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Fundamentação teórica da pesquisa bem realizada.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Estão corretos.

#### **Recomendações:**

Adicionar no projeto um outro critério de exclusão(se recusarem a assinar o TCLE), além dos sujeitos que por algum motivo não consigam se comunicar para a realização das técnicas de coleta de dados, desde que não possuam responsável legal que possa representá-lo(a).

não

#### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Somente a recomendação.

#### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto aprovado e em condições de ser executado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo                     | Postagem   | Autor | Situação |
|----------------|-----------------------------|------------|-------|----------|
| Informações    | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P | 21/10/2015 |       | Aceito   |



UNIVERSIDADE DE SANTA  
CRUZ DO SUL - UNISC



|                    |                   |          |  |  |
|--------------------|-------------------|----------|--|--|
| Básicas do Projeto | ROJETO_598808.pdf | 20:14:28 |  |  |
|--------------------|-------------------|----------|--|--|

Continuação do Parecer: 1.300.666

|                                                           |                |                        |              |        |
|-----------------------------------------------------------|----------------|------------------------|--------------|--------|
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termo.pdf      | 21/10/2015<br>20:13:06 | Camila Dubow | Aceito |
| Folha de Rosto                                            | CAMILA.pdf     | 20/10/2015<br>14:31:29 | Camila Dubow | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projeto.pdf    | 06/10/2015<br>20:58:49 | Camila Dubow | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.pdf       | 05/10/2015<br>19:51:04 | Camila Dubow | Aceito |
| Cronograma                                                | cronograma.pdf | 05/10/2015<br>19:41:58 | Camila Dubow | Aceito |
| Orçamento                                                 | orcamento.pdf  | 05/10/2015<br>17:30:43 | Camila Dubow | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | carta.PDF      | 05/10/2015<br>17:27:45 | Camila Dubow | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA CRUZ DO SUL, 28 de Outubro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Ingo Paulo Kessler**  
**( Coordenador )**

## ANEXO 2

### Normas da Revista Ciência & Saúde Coletiva



### Revista Ciência e Saúde Coletiva

#### • INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

#### • Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos

autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

- **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, [www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

- **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No

momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

- **Apresentação de manuscritos**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos. 2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.

5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.

7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-

chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

- **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

#### • **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

#### • **Ilustrações**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático.

Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.



- **Agradecimentos**

- 1.Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
- 2.Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
- 3.O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

- **Referências**

1.As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*

2.Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF”<sup>11</sup> ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza<sup>4</sup>, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3.As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4.Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5.O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1.Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, OliveiraFilho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2.Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

### 3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

### 4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

### 5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

## **Livros e outras monografias**

### 6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

### 7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

### 8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

### 9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

### 10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

### 11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

## 12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

### **Outros trabalhos publicados**

## 13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

## 14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

## 15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

## 16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em:

<http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

## 17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

**ANEXO 3****Comprovante de Submissão de Artigo para a Revista Ciência & Saúde Coletiva**

11/01/2017 ScholarOne Manuscripts



Ciência &amp; Saúde Coletiva

[Home](#)

---

Thank you for your submission

---

Submitted to  
Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID  
CSC-2017-0070

Title  
Saúde da Pessoa com Deficiência: movimentos nos territórios de uma Rede Viva de Cuidados

Authors  
DUBOW, CAMILA  
Garcia, Edna  
Krug, Suzane

Date Submitted  
11-Jan-2017

---

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2017. All Rights Reserved.  
ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are  
registered trademarks of ScholarOne, Inc. ScholarOne  
Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) | [System Requirements](#) | [Privacy Statement](#) | [Terms of Use](#)

<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>

11/01/2017 ScholarOne Manuscripts

## ANEXO 4

### Normas da Revista Cadernos de Saúde Pública

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP ([leia mais](#)).

#### 1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEQUENTES SEÇÕES

1.1 - Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 - Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 - Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 - Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prosperto/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês ([leia mais](#));

1.5 - Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras ([leia mais](#));

1.6 - Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 - Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 - Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 - Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 - Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

#### 2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

2.3 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.4 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.5 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.6 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

#### 3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 - Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 - Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaio Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do

International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 - As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

- Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
- ClinicalTrials.gov
- International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
- Netherlands Trial Register (NTR)
- UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)
- WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

#### 4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 - Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 - Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 - No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

#### 5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 - Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

#### 6. COLABORADORES

6.1 - Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 - Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

6.3 - Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

#### 7. AGRADECIMENTOS

7.1 - Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

#### 8. REFERÊNCIAS

8.1 - As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos (Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos). Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 - Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 - No caso de usar algum software de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

#### 9. NOMENCLATURA

9.1 - Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

#### 10. ÉTICA EM PESQUISAS ENVOLVENDO SERES HUMANOS

10.1 - A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em

1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 - Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 - Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 - Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 - O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## 11. PROCESSO DE SUBMISSÃO ONLINE

11.1 - Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 - Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 - Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em "Cadastre-se" na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em "Esqueceu sua senha? Clique aqui".

11.4 - Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em "Cadastre-se" você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## 12. ENVIO DO ARTIGO

12.1 - A submissão on-line é feita na área restrita de gerenciamento de artigos <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a "Central de Autor" e selecionar o link "Submeta um novo artigo".

12.2 - A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP. O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 - Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 - O título completo (no idioma original do artigo) deve ser conciso e informativo, e conter, no máximo, 150 caracteres com espaços.

12.5 - O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 - As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde BVS.

12.7 - Resumo. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.7.1 - Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. (leia mais - link resumo)

12.8 - Agradecimentos. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 - Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 - Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 - O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1MB.

12.12 - O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 - O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 - Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".



- 12.15 - Ilustrações. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).
- 12.16 - Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse esse limite.
- 12.17 - Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.
- 12.18 - Tabelas. As tabelas podem ter até 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.
- 12.19 - Figuras. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de Satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.
- 12.20 - Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.
- 12.21 - Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.22 - As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.
- 12.23 - Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).
- 12.24 - As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.
- 12.25 - Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.
- 12.26 - Formato vetorial. O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.
- 12.27 - Finalização da submissão. Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".
- 12.28 - Confirmação da submissão. Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a secretaria editorial de CSP por meio do e-mail: [msp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:msp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### 13. ACOMPANHAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO DO ARTIGO

- 13.1 - O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.
- 13.2 - O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### 14. ENVIO DE NOVAS VERSÕES DO ARTIGO

- 14.1 - Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/> do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o link "Submeter nova versão".

### 15. PROVA DE PRELO

- 15.1 - A prova de prelo será acessada pelo(a) autor(a) de correspondência via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>). Para visualizar a prova do artigo será necessário o programa Adobe Reader ou similar. Esse programa pode ser instalado gratuitamente pelo site: <http://www.adobe.com/products/acrobat/readstep2.html>.
- 15.2 - Para acessar a prova de prelo e as declarações, o(a) autor(a) de correspondência deverá acessar o link do sistema: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/aceso/login>, utilizando login e senha já cadastrados em nosso site. Os arquivos estarão disponíveis na aba "Documentos". Seguindo o passo a passo:
- 15.2.1 - Na aba "Documentos", baixar o arquivo PDF com o texto e as declarações (Aprovação da Prova de Prelo, Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica) e Termos e Condições);
- 15.2.2 - Encaminhar para cada um dos autores a prova de prelo e a declaração de Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
- 15.2.3 - Cada autor(a) deverá verificar a prova de prelo e assinar a declaração Cessão de Direitos Autorais (Publicação Científica);
- 15.2.4 - As declarações assinadas pelos autores deverão ser escaneadas e encaminhadas via sistema, na aba "Autores", pelo autor de correspondência. O upload de cada documento deverá ser feito no espaço referente a

cada autor(a);

15.2.5 - Informações importantes para o envio de correções na prova:

15.2.5.1 - A prova de prelo apresenta numeração de linhas para facilitar a indicação de eventuais correções;

15.2.5.2 - Não serão aceitas correções feitas diretamente no arquivo PDF;

15.2.5.3 - As correções deverão ser listadas na aba "Conversas", indicando o número da linha e a correção a ser feita.

15.3 - As Declarações assinadas pelos autores e as correções a serem feitas deverão ser encaminhadas via sistema (<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/publicar/br/acesso/login>) no prazo de 72 horas.