

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

JULIANA PEÇANHA PIASSI

**UM OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESPÍRITO SANTO**

VITÓRIA/ES

2021

JULIANA PEÇANHA PIASSI

**UM OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – Emescam como requisito para a obtenção do Grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maressa Cristiane Malini de Lima

Área de concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Serviço Social, Processos Sociais e Sujeitos de Direito.

VITÓRIA/ES

2021

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

P581o Piassi, Juliana Peçanha
Um olhar sobre o serviço de reabilitação para pessoa com
deficiência em um município no sul do Espírito Santo / Juliana
Peçanha Piassi. - 2021.
112 f.: il.

Orientadora: Profa. Dra. Maressa Cristiane Malini de Lima.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2021.

1. Pessoas com deficiência. 2. Políticas públicas de saúde –
Espírito Santo (Estado). 3. Acesso aos serviços de saúde. 4.
Reabilitação física – pessoas com deficiência. 5. Atenção
primária à saúde. I. Lima, Maressa Cristiane Malini de. II. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória,
EMESCAM. III. Título.

CDD 615.82

JULIANA PEÇANHA PIASSI

**UM OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO NO
SUL DO ESPÍRITO SANTO**

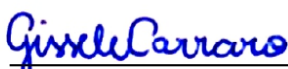
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 05 de maio de 2021.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Maressa Cristiane Malini de Lima
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Gisele Carraro
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM



Prof. Dr. Michell Pedruzzi Mendes Araújo
Universidade Federal de Goiás – UFG

Dedico o trabalho ao meu Deus amado, que me sustentou, me deu forças e sabedoria para cumprir essa jornada. Sem Ele eu não estaria aqui. Aos meus pacientes, meus filhos e toda a minha família.

Agradeço a Deus por me fazer chegar até aqui.
É tudo por Ele e para Ele.

Sou grata também aos meus familiares por todo o suporte durante minhas ausências, meus ajudadores, conselheiros e amigos em todas as horas.

Agradeço aos meus amigos que tiveram participação na minha angústia em terminar a pesquisa, o quanto me ouviram e ampararam com um ombro ou conselho.

Agradeço algumas amigas em especial, como Ingridi, Luciene, Tereza Cristina, que puderam me dar um norte, me auxiliar com suas sugestões, opiniões, ideias e amizade.

Agradeço à banca por me proporcionar conhecimentos, aos meus mestres, que foram me formando e transformando ao longo do caminho, à minha orientadora Maressa Malini, por toda a sua paciência com minhas dúvidas, incertezas e ansiedade, à coordenadora do mestrado e à professora Gissele Carraro pelo apoio.

Aos meus companheiros de mestrado, pelas alegrias, pela companhia, pelas caronas, lanches, almoços que tornaram a caminhada mais leve e satisfatória.

Aprendi que um homem só tem o direito
de olhar um outro de cima para baixo
para ajudá-lo a levantar-se.

Gabriel García Marquez

RESUMO

Introdução: Pessoas com deficiência enfrentam, no Brasil e no mundo, inúmeros obstáculos em sua trajetória buscando melhorias para a qualidade de vida, sofrendo ainda preconceitos, violação dos direitos e exclusão social o que causa desgaste emocional e prejuízos à sua saúde. A reabilitação física ofertada pela rede pública de saúde tem a finalidade de proporcionar às pessoas com deficiência as condições necessárias para o pleno bem-estar físico e emocional e oportuniza o acesso e a inclusão na sociedade como um todo. **Objetivos:** desnudar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais da saúde na estrutura dos serviços de reabilitação para pessoas com deficiência na Rede de Atenção Básica e Especializada do município de Presidente Kennedy/ES à luz das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. **Método:** esta pesquisa consiste em um estudo descritivo de abordagem quantitativa – qualitativa ou de enfoque misto e foi dividida em duas etapas. Na primeira etapa foi feito um levantamento de dados dos profissionais atuantes na reabilitação através de uma pesquisa no banco de dados do DATASUS (CNES e, posteriormente, foi utilizado um questionário semiestruturado (Google forms) com uma pergunta aberta aos profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia atuantes nas unidades pesquisadas relatando as dificuldades e facilidades encontradas para realizar o atendimento às pessoas com deficiência. Na segunda etapa foram avaliadas as 5 (cinco) Unidades de Estratégia em Saúde da Família (ESF) cadastradas no Ministério da Saúde e o Centro de Fisioterapia Municipal através de um roteiro de acessibilidade (ABNT/MS). **Resultados:** A pesquisa realizada no site do DATASUS (CNES) mostrou o quantitativo de profissionais da reabilitação (17), predominantemente feminino (12), com idade entre 31 e 44 anos, maioria de fisioterapeutas (10), com carga horária predominante de 20 horas semanais e vínculos por processo seletivo simplificado (15). Os profissionais relataram possuir dificuldades relativas à infraestrutura, capacitação profissional e acessibilidade e como facilidades, a oferta de profissionais (equipe multidisciplinar completa) e a proximidade de acesso aos serviços nas unidades. Quanto à pesquisa de acessibilidade realizada nas ESF'S e no Centro de Fisioterapia constatou a ausência dos padrões normativos (NBR 9050/ABNT) na construção e reforma dos mesmos segundo o que a legislação determina. **Conclusão:** Com os resultados aferidos

constatou-se que apesar do número de profissionais e da facilidade no acesso aos serviços de reabilitação, a ingerência e/ou desconhecimento na aplicação de Políticas Públicas de Saúde voltadas para a efetividade e eficácia no processo de reabilitação de pessoas com deficiência na gestão de resultados, contradizem a real aplicabilidade entre a gestão pública de saúde e o que preconiza a “Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência” no município em tela.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoas com deficiência. Acesso aos serviços de saúde. Políticas Públicas de Saúde. Reabilitação. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Introduction: People with disabilities face, in Brazil and in the world, numerous obstacles in their trajectory seeking improvements to the quality of life, still suffering prejudices, violation of rights and social exclusion which causes emotional stress and damage to their health. The physical rehabilitation offered by the public health system aims to provide people with disabilities with the necessary conditions for their full physical and emotional well-being and to provide access and inclusion in society as a whole. Objectives: to unveil and analyze the difficulties and facilities found by health professionals in the structure of rehabilitation services for people with disabilities in the Primary and Specialized Care Network of the municipality of Presidente Kennedy/ES in the light of the guidelines of the Policy National Health of Persons with Disabilities. Method: this research consists of a descriptive study of quantitative approach - qualitative or mixed focus and was divided into two stages. In the first stage, a data collection of professionals working in rehabilitation was performed through a survey in the DATASUS database (CNES and, subsequently, a semi-structured questionnaire was used (Google Forms) with an open question to professionals of Physiotherapy, Phonoaudiology and Psychology working in the researched units reporting the difficulties and facilities found to provide care to people with disabilities. In the second stage were evaluated the 5 (five) Family Health Strategy Units (FHS) registered in the Ministry of Health and the Municipal Physiotherapy Center through an accessibility script (ABNT/MS). Results: The research performed on the DATASUS website (CNES) showed the quantitative of rehabilitation professionals (17), predominantly female (12), aged between 31 and 44 years, most of physical therapists (10) with a predominant workload of 20 hours per week and simplified selection process links (15). The professionals reported having difficulties related to infrastructure, professional training and accessibility and as facilities, the offer of professionals (complete multidisciplinary team) and the proximity of access to services in the units. Regarding the accessibility research carried out in the FHS's and in the Physiotherapy Center, the absence of normative standards (NBR 9050/ABNT) in the construction and reform of the same according to what the legislation determines. Conclusion: With the measured results it was found that despite the number of professionals and ease of access to rehabilitation services,

interference and/or ignorance in the implementation of Public Health Policies aimed at the effectiveness and effectiveness in the rehabilitation process of people with disabilities in the management of results, contradict the real applicability between public health management and what advocates the "National Health Policy of the Person with Disabilities" in the municipality on screen.

KEYWORDS: People with disabilities. Access to health services. Public Health Policies. Rehabilitation. Primary Health Care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Presidente Kennedy	25
Figura 2 – Desenvolvimento da análise de conteúdo	35
Figura 3– Folder SUS Pessoas com Deficiência	49
Figura 4 - Pessoas com deficiência por idade	52
Figura 5– Índice geral das pessoas com deficiência	53
Figura 6– Gráfico por tipo e grau de deficiência no Brasil	54
Figura 7– Regiões brasileiras com maior e menor número de pessoas com deficiência	55
Figura 8 - Mapa de Presidente Kennedy com as ESF's demarcadas	69
Figura 9 – Fotos das entradas das unidades Santa Lúcia e Sede	72
Figura 10 – Foto da chegada da Unidade Santa Lúcia	73
Figura 11 – Placa sinalização estacionamento para pessoa com deficiência	73
Figura 12 - Sinalização estacionamento para pessoas com deficiência	74
Figura 13 - Fotos Entradas das Unidades Sede, Jaqueira e Santa Lúcia	75
Figura 14 - Fotos dos corredores internos Unidades Sede, Santa Lúcia, Jaqueira e Mineirinho	76
Figura 15 - Fotos das portas das Unidades Sede e Jaqueira	77
Figura 16 - Fotos dos banheiros das unidades Jaqueira, Sede, Mineirinho	77
Figura 17 - Fotos das Recepções das Unidades Sede e Santa Lúcia	78

LISTA DE QUADROS

<u>Quadro 1– Profissionais da reabilitação de Presidente Kennedy.....</u>	59
<u>Quadro 2- Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa - Presidente Kennedy, 2020.....</u>	60
<u>Quadro 3 – Categorias emergentes da pesquisa com profissionais da equipe multidisciplinar responsável pela reabilitação do município de Presidente Kennedy - ES.....</u>	61
<u>Quadro 4 - Avaliação de Acessibilidade das Unidades de Estratégia em Saúde da Família – Presidente Kennedy.....</u>	68

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABBR	Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência
CONASS	Conselho Nacional de Secretarias de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência
EAB	Equipe de Atenção Básica
EABP	Equipe de Atenção Básica Prisional
ESB	Equipe em Saúde Bucal
ESF	Estratégia em Saúde da Família
ESFR	Equipes de Atenção Básica para Populações Específicas, Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
ECR	Equipes de Consultório na Rua
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICIDH	International Classification of Impairment, Disabilities and Handcaps
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IJSN	Instituto Jones dos Santos Neves
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
NBR	Norma Técnica Brasileira
ONU	Organização das Nações Unidas
PCD	Pessoas com Deficiência
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PIB	Produto Interno Bruto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCSPD	Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência
SIA	Símbolo Internacional de Acesso
SUS	Sistema Único de Saúde
WG	Washington Group

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....	19
1.2 JUSTIFICATIVA.....	21
2. OBJETIVOS.....	23
2.1 OBJETIVO GERAL.....	23
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
3 METODOLOGIA.....	24
3.1 O CONTEXTO DO LOCAL.....	24
3.2 TIPO DE PESQUISA.....	26
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	27
3.3.1 Critérios de inclusão.....	27
3.3.2 Critérios de exclusão.....	27
3.4 MÉTODO, TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	28
3.4.1 Coleta de dados no DATASUS.....	28
3.4.2 Coleta de dados sobre as dificuldades e facilidades no atendimento aos pacientes com deficiência do município pelos profissionais da reabilitação. . .	31
3.4.3 Observação de Campo com Roteiro de acessibilidade adaptado.....	32
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	32
3.6 QUESTÕES ÉTICAS.....	35
4 REVISÃO DA LITERATURA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	37
4.1 DEFICIÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL.....	37
4.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA.....	46
4.4 REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA.....	50
5 CAPÍTULO 1 – O OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS.....	58

<u>6 CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E ESTRUTURA DE REABILITAÇÃO</u>	67
<u>6.1 CATEGORIAS AVALIADAS NA PESQUISA ATRAVÉS DO ROTEIRO DE ACESSIBILIDADE ADAPTADO</u>	71
<u>6.1.1 Dados estruturais e recursos humanos das Estratégias em Saúde da Família pesquisadas</u>	78
<u>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	82
<u>REFERÊNCIAS</u>	84
<u>APÊNDICE</u>	92
<u>APÊNDICE A – ROTEIRO DO FORMULÁRIO DE QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS</u>	92
<u>APÊNDICE B - ROTEIRO BÁSICO PARA VISITA CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY</u>	95
<u>ANEXOS</u>	104
<u>ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY</u>	104
<u>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – EMESCAM</u>	105
<u>ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES</u>	108

1 INTRODUÇÃO

A Lei Brasileira da Inclusão, 13.146, aprovada em 06 de julho de 2015 pelo governo federal considera, no seu Art. 2º:

[] 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 igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015, p.1).

Pessoas com deficiência, que sofrem o estigma da segregação em todos os tempos, vêm enfrentando inúmeros obstáculos em sua trajetória em busca de melhoria na qualidade de vida, tendo que enfrentar, além da deficiência, a discriminação e a desigualdade de direitos em relação aos não deficientes, quando equiparadas ao acesso dos serviços de saúde, educação, emprego e devido a essa realidade, essa luta passou a ter um viés cada vez mais voltado para os direitos humanos, pois, apesar de haver no Brasil, atualmente, uma legislação rica e inclusiva, na prática, não é isso o que encontramos (LANNA JÚNIOR; MARTINS, 2010).

Segundo os dados obtidos pela Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, no Censo de 2010 do IBGE, no Brasil haviam 45.623.910 pessoas com algum tipo de deficiência, que representava 23,92% da população. Entretanto uma mudança na linha de corte do Censo em 2018, para uma nova adequação, identificou um quantitativo de 12.748.663 pessoas, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2010).

O IBGE utilizava como marco de conceitos para a realização de pesquisa e investigação de pessoas com deficiência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), porém, para nivelar os números com os institutos internacionais, passou a revisar as pesquisas através do Grupo de Washington para estatísticas para Pessoas com Deficiências ou Washington Group of Disability Statistics (WG). A linha de corte utilizada para a reformulação foi retirada do modelo de perguntas usado pelo censo. Anteriormente, era tida como padrão a pergunta (1) que falava sobre incapacidades, porém, em 2018, foi revisto e definido que seria utilizada a questão (2) de dificuldade auditiva, para que fossem igualadas

às estatísticas internacionais. Sendo assim, foi redefinido o padrão e um novo número estatístico é tido como referência atualmente no Brasil. O Washington Group foi implantado com o objetivo de aprimorar os métodos estatísticos, através de uma padronização dos conceitos, métodos e definições para que houvesse uma maior integração entre os diferentes países que compõem a Comissão de Estatística das Nações Unidas (CENU) e o IBGE participa deste grupo representando o país desde a formação do primeiro, em 2001 (BRASIL, 2018).

Bernardes *et al.* (2009) ressaltam que as pessoas com deficiência são uma parcela da sociedade com características diversificadas e possuem particularidades que reúnem vários tipos de deficiências, seja ela física, sensorial, intelectual e mental, ou até mais de uma delas juntas em um mesmo indivíduo e, por isso, as políticas de saúde devem envolver uma gama de necessidades que abranjam essas questões, para que o acompanhamento e o tratamento sejam iniciados o quanto antes, assim que seja diagnosticada a potencial lesão.

Quando não há esse devido cuidado, possivelmente haverá o comprometimento do prognóstico, o que pode vir a causar uma queda na qualidade de vida, causando transtorno no convívio pessoal, exclusão social e até mesmo impossibilitando uma possível inserção no mercado de trabalho. Para tanto há a necessidade de investimento e organização na aplicação de recursos, que se originam de debates e estudos das Políticas Públicas direcionadas para o setor.

Uma das queixas recorrentes, em relação à problemática da pessoa com deficiência, que surgem em debates e discussões da sociedade, diz respeito ao tema de acessibilidade e sua aplicabilidade como fator importante no pleno direito de ir ao encontro de serviços essenciais que necessitam no cotidiano. Ressaltam Mariana e Suzana Pimentel (2018) em seu artigo que fala sobre acessibilidade como Direito Fundamental, que olhar para o acesso somente como o de transpor obstáculos de mobilidade, limita e minimiza as dificuldades encontradas, porém, quando se fala em acesso, pode-se pensar também em disponibilidade e facilidade em obter serviços com qualidade. Dizer que um paciente não tem acesso ao tratamento por falta de qualidade estrutural e organizacional traz um olhar diferenciado sobre

acessibilidade, à medida que descortina uma realidade que se apresenta com frequência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

No que diz respeito à questão de direitos relativos às pessoas com deficiência, de fato há uma ausência de consciência social e prática, um desconhecimento sobre as questões que envolvem as necessidades concretas de uma pessoa com deficiência, principalmente em relação aos direitos de saúde (BRIGNOL *et al.*, 2018).

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

O direito à saúde ainda é prerrogativa de poucos, mesmo que na teoria seja universal, porém, deve ser visto como direito adquirido e plenamente gozado por todos os cidadãos, segundo o que defende o documento da Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), no seu artigo XXV, que preconiza que toda pessoa tem o direito de promover e assegurar o bem-estar e a saúde de sua família, incluso também nessa prerrogativa a alimentação, vestuário, moradia e assistência médica (ONU, 1948).

No panorama brasileiro, a noção de direito de saúde surgiu à medida que eclodiu o movimento da Reforma Sanitária que ocorreu no fim da década de 70 com a participação de atores sociais emergentes que buscavam o exercício do direito social e da cidadania, trazendo como ideologia do movimento o conceito de saúde como questão política e social, reivindicando o acesso aos serviços e a luta pela integração na atenção à saúde, no final da ditadura militar. Esse movimento tomou grandes proporções e culminou na formação de um grupo que envolvia gestores, governo e participação social (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

Paim, em seu livro de síntese e crítica sobre a Reforma Sanitária Brasileira, editado pela Fundação Oswaldo Cruz, explica que a reforma foi um movimento intelectual da academia, um movimento de gestão direta dos serviços, tanto no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) quanto nos governos estaduais e municipais, além de revoltas sociais, de civis trabalhadores, de movimentos populares e também da participação da política formal que culminaram com as condições políticas para a Reforma Sanitária (PAIM, 2007).

Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, houve uma maciça aprovação das diretrizes oriundas do movimento da Reforma Sanitária com grande participação popular em todo o país e, como consequência, a criação do Sistema Único de Saúde dentro do texto da Constituição Federal Brasileira em 1988 que, em seu Art.196 destaca que saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Ainda no texto da Constituição, no Art. 197, enfatiza-se que “a fiscalização, regulamentação e controle das ações e serviços de saúde serão realizados pelo Poder Público e será executado por terceiros, possivelmente pessoa física ou jurídica privada” (BRASIL, 1988).

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, voltada a esse público, tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, não promovendo uma articulação consistente entre os pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco eficaz (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Segundo Pereira e Machado (2016), a rede pública, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada, é a maior responsável em receber os pacientes com deficiência e realizar a comunicação com os outros níveis de Atenção. É através das APS's que se articulam as conexões com os níveis Secundário e Terciário, onde há o acesso à complexidade, porém, uma grande parte dos pacientes que buscam os serviços ofertados pelo SUS ainda encontram um atendimento deficitário, inadequado, em desacordo com as Políticas aplicadas pelo Ministério da Saúde (MS) que dizem respeito ao atendimento aos pacientes com algum tipo de deficiência, e vários desafios necessitam ainda de serem vencidos, como indica o documento lançado no I Seminário Nacional sobre Deficiência e

Funcionalidade transitando do modelo Médico para o Biopsicossocial, realizado em 21 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014).

A realidade vivida atualmente no serviço de saúde, em relação à integração social dentro da concepção de rede de serviços especializados em reabilitação, se mostra em desajuste ao apresentar deficiências na gestão pública, comprovando a falta de planejamento que compreende aspectos variados, como a adequação dos espaços físicos, de materiais, equipamentos, além da falta de capacitação dos profissionais para realizar uma assistência digna às pessoas com deficiência.

Diante da realidade desnudada, o estudo em tela traz como problematização a necessidade de demonstrar que os serviços de reabilitação para pessoas com deficiências, ofertados atualmente na rede pública municipal de saúde do município de Presidente Kennedy no sul do estado do Espírito Santo/ES, encontram-se fora dos padrões adotados pela Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

1.2 JUSTIFICATIVA

Profissionais como médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais são alguns dentre tantos especialistas importantes para o sucesso da reabilitação de pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

Amorim, Liberali e Medeiros Neta (2018) afirmam que estes profissionais encontram muitas vezes obstáculos e desafios para o ideal atendimento dos pacientes como: as dificuldades no sistema de referência na rede de atenção à saúde; a ausência de diretrizes claras, construídas conjuntamente entre especialistas, generalistas e gestores; a sobrecarga de trabalho e a ausência de reconhecimento e suporte por parte da gestão, além do número insuficiente de profissionais apoiadores, da coesão, comunicação e integração ineficiente entre as especialidades e profissões e a falta de capacitação permanente; deficiência de espaço físico para realização de reuniões; a terceirização dos profissionais; a formação biomédica dos profissionais da atenção primária; a desarticulação das políticas públicas, produzindo obstáculos à autonomia do sujeito e sua reabilitação.

Ciente que o conhecimento científico adquirido aliado à pesquisa da realidade produz ferramentas para a elaboração de propostas e diretrizes coerentes e assertivas na aplicação das políticas públicas, este estudo justifica-se pela atuação na área da Fonoaudiologia, a qual tenho dedicação e amor por mais de 18 anos de atendimento e paixão pela história de pessoas com deficiência; a profissão me proporcionou a oportunidade de acompanhar a vida de crianças, adolescentes e adultos com deficiência, observando suas dificuldades em realizar o tratamento adequado e o acompanhamento necessários à manutenção de sua qualidade de vida, participando do sofrimento e da angústia dos pacientes e dos familiares quando não obtém, da Rede Pública de Saúde, o adequado atendimento às suas necessidades especiais.

Com a realização desta pesquisa surgiram dados que podem contribuir de maneira social e teórica e que fomentem o desenvolvimento de novas ações que busquem adequar os serviços de forma eficiente para as pessoas com deficiência na esfera municipal e que os mesmos sigam as normativas e propostas encontradas na Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde e colocadas em prática através da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCSPD) e que os resultados aqui alcançados provoquem transformações na estrutura organizacional dos atendimentos em reabilitação.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Este estudo tem o objetivo de desnudar e analisar as dificuldades e facilidades encontradas pelos profissionais na estrutura dos serviços de reabilitação de pessoas com deficiência na Rede de Atenção Básica e Especializada do município de Presidente Kennedy/ES à luz das diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos para a realização deste projeto são:

- Analisar a Política Pública Nacional de Saúde para Pessoas com Deficiência e a história da Deficiência no Brasil;
- Caracterizar a equipe de reabilitação voltada para pessoas com deficiência nas unidades de saúde do município;
- Analisar as facilidades e dificuldades para atendimento de pessoas com deficiência na visão dos profissionais de saúde, responsáveis pelo serviço de reabilitação do município;
- Avaliar a acessibilidade e as estruturas físicas para reabilitação das pessoas com deficiência no serviço de saúde do município.

3 METODOLOGIA

3.1 O CONTEXTO DO LOCAL

A pesquisa foi realizada no município de Presidente Kennedy, com área territorial de 583.932 Km² (BRASIL, 2010), localizado no sul do Estado do Espírito Santo/ES. Sua população atual é estimada em 11.742 pessoas. Sua fundação iniciou-se com a vinda do Padre José de Anchieta para o Espírito Santo e aqui encontrou uma boa parte da tribo dos índios Puris e Botocudos, no ano de 1658. Padre Anchieta construiu uma igreja na planície de Muribeca e mais tarde algumas instalações, onde se deu o início da catequização dos índios do lugar. Já em 1702, outro padre jesuíta veio para a região, padre André de Almeida, e fundou uma das maiores fazendas da região, a Fazenda Muribeca (IBGE, 2017).

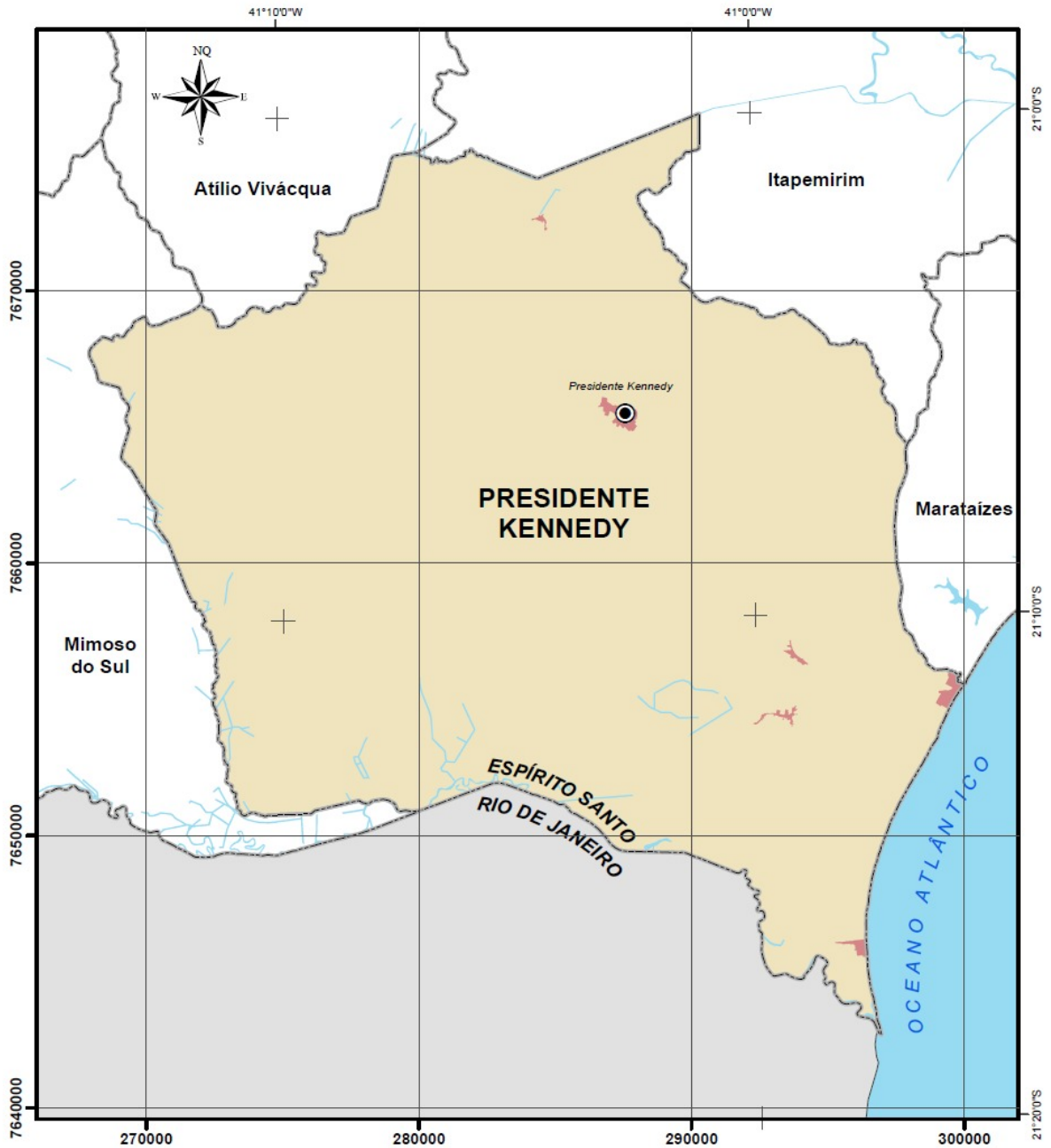
Presidente Kennedy foi emancipado de Itapemirim em 30 de dezembro de 1963 com a Lei Estadual nº 1918 e que passou a vigorar em 4 de abril de 1964, tornando-se de fato emancipado. Com o assassinato do presidente norte-americano John F. Kennedy, fato que abalou o mundo, o deputado estadual Adalberto Simão Nader tomou a iniciativa de sugerir que se homenageasse o político que criou a Aliança para o Progresso, programa de ajuda aos países do 3º Mundo (PMPK, 2017).

De acordo com dados do IBGE (2018), é a cidade com maior PIB per capita do país (R\$ 583.171,85) devido ao repasse dos recursos dos *royalties* do petróleo, porém, seu IDH (0,657) é um dos mais baixos do país. Sua economia é, em sua grande maioria, ligada a agricultura e pecuária, cultivo de mandioca, maracujá, cana-de-açúcar, leite, mamão e da exploração de petróleo. O município é o maior produtor de leite do estado do Espírito Santo, com destaque para a região oeste (IBGE, 2018).

A cidade enfrenta muitos desafios, entre os quais, aumentar o índice de desenvolvimento humano (IDH) e criar infraestrutura básica em todo o município, como também fomentar a criação de polos industriais e aumentar a oferta de emprego para a população, que em sua maioria ainda dependente da prefeitura e dos programas de auxílio do governo federal e municipal para a camada de baixa renda.

Abaixo segue mapa do município de Presidente Kennedy:

Figura 1 - Mapa de Presidente Kennedy



Fonte: Instituto Jones Santos Neves

O cenário do estudo apresentado foi concentrado na Secretaria de Saúde Municipal, que abriga o Programa de Saúde da Família, representado pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF) cadastradas no Ministério da Saúde e no Centro de Atendimento de Fisioterapia, que presta atendimento fisioterápico como suporte às

estratégias. Nestes estabelecimentos estão localizados os profissionais responsáveis pela reabilitação de pessoas com deficiência do município.

3.2 TIPO DE PESQUISA

Esta pesquisa consiste em um estudo descritivo de abordagem quanti-qualitativa ou de enfoque misto. Segundo Araújo, Oliveira e Rossato (2017), a pesquisa qualitativa baseia-se em interpretar e compreender, abrange conteúdos não quantificáveis, é uma abordagem construída a partir de diversos atores com diferentes visões e características.

Prates (2012) atribui a Marx o uso dos dados quantitativos e qualitativos como complementares um ao outro, sendo utilizado como contraprovas históricas em sua obra *O Capital* (1989). Para a autora, uma pesquisa quanti-qualitativa ou mista deve ter um contexto de interpretação diferenciado dos estudos classificados tão somente como quantitativos e qualitativos. A autora entende que este tipo de pesquisa deve abordar as características de ambos, ainda que um possa sobressaltar-se ao outro e sendo assim realizado demonstram ter mais fidedignidade ao método marxiano de investigação.

Taquette e Minayo (2014) ressaltam a pesquisa qualitativa em saúde, pois é aquela que se preocupa com os fatos, a história, através dos detalhes, as relações entre indivíduos, das razões, dos valores e ações, e tem na resposta o objetivo principal para auxiliar na assistência ao indivíduo.

De acordo com Taquette e Minayo (2016), na pesquisa qualitativa a qualidade substitui a quantidade, é uma introspecção no interior dos participantes. A quantidade de pessoas participantes não se faz mais significativa, só que elas expressam o conteúdo, pois podemos ver o fato a ser analisado de forma mais ampla e fidedigna, sem se ater a generalizações.

Figueiredo, Chiari e Goulart (2013), baseando-se na pesquisa empírica, nos mostram que o pensamento quando se torna realidade em discurso, passa a ser qualificável e quando este é um pensamento coletivo, pode também ser considerado

uma variável quantitativa, pois expressará de maneira mais concreta os pensamentos e ideias dos indivíduos.

Como Minayo nos mostra em seu livro *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (2013), a pesquisa qualitativa vem para solucionar perguntas únicas, se mostra com uma realidade que não se quantifica. É uma realidade de significados, um comportamento de espaço mais intenso das relações, dos processos e dos fenômenos. Não há um lugar-comum entre "qualitativo-quantitativo", em que um é o subjetivo e outro o concreto. Sua diferença está na natureza. A pesquisa qualitativa trata de significados e significantes, onde analisa e compreende as relações humanas. Pesquisas qualitativas e quantitativas se complementam justamente por interagirem.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Esta pesquisa foi conduzida com profissionais de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicologia, responsáveis por realizar os serviços de reabilitação nas unidades de saúde da família e no Centro de Fisioterapia do município de Presidente Kennedy/ES.

3.3.1 Critérios de inclusão

Foram incluídos nesta pesquisa profissionais ativos da Secretaria de Saúde que atuam no serviço de reabilitação de pessoas com deficiência, lotados nas cinco Unidades de Saúde da Família cadastradas no Ministério da Saúde como Estratégia de Saúde da Família e no Centro de Fisioterapia. Dentre estes profissionais, há aqueles que atuam em mais de uma Unidade de Saúde.

3.3.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os profissionais que no momento da coleta de dados se encontravam afastados do trabalho por motivos pessoais ou de saúde e também, por norma, a profissional que está realizando a pesquisa.

3.4 MÉTODO, TÉCNICA E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo foram utilizadas pesquisa na base de dados do DATASUS, aplicação de um questionário estruturado aos profissionais responsáveis pela reabilitação de pessoas com deficiência no município avaliado e observação de campo com roteiro adaptado para realização de avaliação da acessibilidade.

3.4.1 Coleta de dados no DATASUS

Para realização da pesquisa de dados dos profissionais de cada unidade de saúde, foi consultado o site do Ministério da Saúde (DATASUS) do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Abaixo encontra-se o passo a passo para localização dos mesmos:

1) Tela Inicial

The screenshot shows the homepage of the CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) website. The header includes the CNES logo and the text 'Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde'. Below the header, there is a navigation bar with links for 'Área Restrita', 'Perguntas Frequentes', and 'Contato'. A central banner features the text 'Cartão Nacional de Saúde' and a graphic of a card. The main content area is divided into three columns: 'ACESSO RÁPIDO' (Quick Access) with links for 'Consultas', 'Cronograma', 'Desativar Cadastro', 'Obter CNES', 'Obter Usuário/Senha', 'TABNET CNES', and 'Wiki CNES'; 'INFORMES' (News) with a list of recent updates; and 'LEGISLAÇÃO' (Legislation) with a link to a 2021 Portaria. A search bar is located in the top right corner.

2) Na tela inicial clica-se no campo Consultas

The screenshot shows the CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) website. The header includes the logo and navigation links. A search bar is present. Below the header, there is a navigation menu with 'Consultas' highlighted. Other menu items include 'Cronograma', 'Desativar Cadastro', 'Obter CNES', 'Obter Usuário/Senha', 'TABNET CNES', and 'Wiki CNES'. A 'DOWNLOADS' section is also visible.

3) Logo após no campo Estabelecimentos

This screenshot shows the 'Consultas' page on the CNES website. The 'Estabelecimentos' option is highlighted in the sub-menu. Other options in the sub-menu include 'Identificação', 'Desativados', 'Expirados', 'Rejeitados', and 'Extração'.

4) Irão surgir vários campos, clicar no campo Identificação

The screenshot displays the 'CONSULTA ESTABELECIMENTO - IDENTIFICAÇÃO' form. It includes several input fields and dropdown menus for filtering search results:

- Atende SUS:** Radio buttons for 'Todos', 'Sim', and 'Não'.
- Estado:** Dropdown menu with 'Selecione' selected.
- Município:** Dropdown menu with 'Selecione' selected.
- Gestão:** Dropdown menu with 'Selecione' selected.
- Natureza Jurídica(Grupo):** Dropdown menu with 'Selecione' selected.
- Nome Fantasia/Nome Empresarial/CNES/CNPJ/CPF:** Text input field.
- Pesquisar:** Search button.

5) No campo Identificação irão surgir alguns campos de múltipla escolha, como no campo Estado, selecionar Espírito Santo, no campo Gestão, selecionar municipal, no campo município, selecionar Presidente Kennedy e por fim, no campo Natureza Jurídica (Grupo), selecionar Administração Pública

BRASIL CORONAVÍRUS (COVID-19) Simplifique! Participe Acesso à informação Legislação Canais

Ir para o conteúdo Ir para o menu Ir para a busca Ir para o rodapé

ACESIBILIDADE ALTO CONTRASTE MAPA DO SITE

Buscar no Portal

Área Restrita Perguntas Frequentes Contato

Bem vindo ao nosso novo site! As funcionalidades que ainda não foram implementadas neste site, estão disponíveis aqui.

PÁGINA INICIAL > CONSULTAS > CONSULTA ESTABELECIMENTO

CONSULTA ESTABELECIMENTO - IDENTIFICAÇÃO

Atende SUS: Todos Sim Não

Estado: ESPIRITO SANTO Município: PRESIDENTE KENNEDY

Gestão: MUNICIPAL Natureza Jurídica(Grupo): ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Nome Fantasia/Nome Empresarial/CNES/CNPJ/CPF

Pesquisar

6) Clicar em Pesquisar. Irá aparecer uma tela com os cadastros de todos os estabelecimentos de Saúde do município.

BRASIL CORONAVÍRUS (COVID-19) Simplifique! Participe Acesso à informação Legislação Canais

Ir para o conteúdo Ir para o menu Ir para a busca Ir para o rodapé

ACESIBILIDADE ALTO CONTRASTE MAPA DO SITE

Buscar no Portal

Área Restrita Perguntas Frequentes Contato

Bem vindo ao nosso novo site! As funcionalidades que ainda não foram implementadas neste site, estão disponíveis aqui.

PÁGINA INICIAL > CONSULTAS > CONSULTA ESTABELECIMENTO

CONSULTA ESTABELECIMENTO - IDENTIFICAÇÃO

Atende SUS: Todos Sim Não

Estado: ESPIRITO SANTO Município: PRESIDENTE KENNEDY

Gestão: MUNICIPAL Natureza Jurídica(Grupo): ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Nome Fantasia/Nome Empresarial/CNES/CNPJ/CPF

Pesquisar

Nome Fantasia/Nome Empresarial

Registros por Página: 10

UF	Município	CNES	Nome Fantasia	Natureza Jurídica(Grupo)	Gestão	Atende SUS	DETALHES
ES	PRESIDENTE KENNEDY	920706	CENTRO MUNICIPAL DE ESPECIALIDADES DE PRESIDENTE KENNEDY	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	+ -
ES	PRESIDENTE KENNEDY	2549119	PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	+ -
ES	PRESIDENTE KENNEDY	7593236	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE DE PRESIDENTE KENNEDY	ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA	M	SIM	+ -

7) Logo após, clicar no campo da Unidade de Saúde a ser pesquisada:

Dados estabelecimento

Nome UNIDADE DE SAUDE DE BOA ESPERANCA CNES 920706 CNPJ

Nome Empresarial PRESIDENTIA MUNICIPAL DE PRESIDENTE KENNEDY Natureza Jurídica(Grupo) ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA

Logradouro BOA ESPERANCA Número Complemento

Bairro ZONA RURAL Município 320430 - PRESIDENTE KENNEDY UF ES

CEP 28300-000 Telefone 2839915-3899 Dependência MANTICA Regional de Saúde

Tipo de Estabelecimento CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA Subtipo de Estabelecimento Gestão MUNICIPAL

Horário de funcionamento

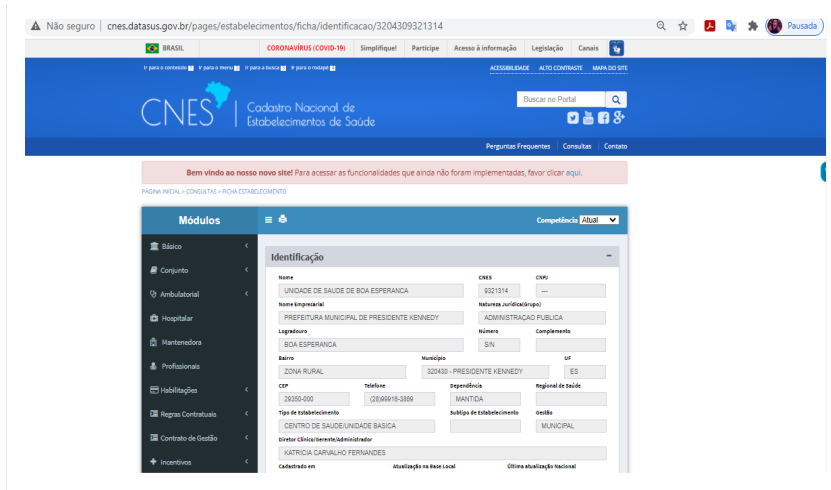
Ir para Fiche Fechar

11 2

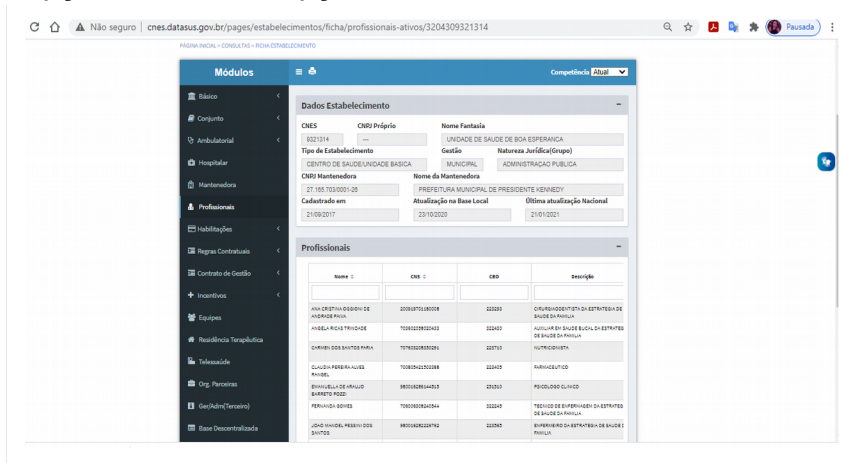
Voltar para o topo

Serviços Redes Sociais RSS Sobre o site

8) Nesta tela, clique no lado direito no canto da tela, no campo Ir para Ficha.



9) Nesta tela estão disponibilizados vários dados sobre a unidade a ser pesquisada, inclusive os cadastros de profissionais. No lado esquerdo da tela estão algumas opções. Clicar na opção Profissionais.



10) Nesta tela estão os nomes dos profissionais ativos que trabalham na unidade. Com os cadastros pesquisados, foi possível chegar aos nomes dos profissionais e por fim no quantitativo atuante na secretaria de saúde.

3.4.2 Coleta de dados sobre as dificuldades e facilidades no atendimento aos pacientes com deficiência do município pelos profissionais da reabilitação

Para ter acesso aos pensamentos e opiniões dos profissionais que atendem a reabilitação no município, foi criado um questionário com uma única questão, que

provocasse esses atores para saber quais eram as dificuldades e as facilidades enfrentadas por eles no dia a dia do atendimento às pessoas com deficiência dentro do ambiente de trabalho nas unidades de saúde.

O questionário foi disponibilizado inicialmente impresso e enviado a cada profissional para que fosse respondido, porém, com o início da pandemia causada pelo Novo Coronavírus e, conseqüentemente com o fechamento de todo o comércio e estabelecimentos (*lockdown*), ficou impossibilitado o acesso aos mesmos, visto que o atendimento presencial estava suspenso e muitos profissionais trabalhando em casa. Para que fosse facilitado o acesso a estes profissionais, foi criado um formulário na plataforma de internet Google Forms, com espaço para preenchimento de dados pessoais e com a pergunta em questão (APÊNDICE B).

3.4.3 Observação de Campo com Roteiro de acessibilidade adaptado

O acesso é um fator primordial para que os usuários do sistema de saúde possam usufruir de todos os serviços oferecidos. Como intuito de obter um quadro sobre a estrutura dos estabelecimentos de saúde do município em pauta, foi criado um roteiro de coleta de dados sobre as condições em que se encontram essas unidades, no que diz respeito à acessibilidade.

O roteiro utilizado foi adaptado de um roteiro usado como referencial para avaliação de prédios urbanos. Todos os roteiros avaliam se as edificações estão de acordo com o conjunto de normas técnicas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). A ABNT tem um conjunto de regras na Norma Regulamentadora 9050 sobre prédios e edificações.

Foram utilizados critérios de avaliação de acessibilidade adaptados de Manuais de Acessibilidade do Ministério da Saúde, regulamentados pela NBR 9050 (ABNT), (APÊNDICE A), onde foram apresentados dados de acessibilidade e estruturas físicas do serviço de saúde do município. Todas as unidades passaram por avaliação, com uso de trena profissional para medição das estruturas, seguindo os parâmetros contidos no roteiro já finalizado.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados na pesquisa documental, na observação de campo e nas entrevistas estão organizados e foram submetidos à análise e interpretação por meio da técnica de análise de conteúdo, de acordo com a metodologia proposta por Bardin. Segundo Laurence Bardin (2011, p. 47), a análise de conteúdo consiste em:

[...] conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo acontece em 3 fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na pré-análise se dá a fase organizacional. Tem como objetivo realizar um sistema das ideias e propostas iniciais. Possui 3 missões: escolha dos documentos, formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores que fundamentarão a interpretação final (BARDIN, 2011).

A exploração do material, quando bem realizada a primeira fase, consiste em codificação, decomposição em função de algumas regras previamente formuladas. E por fim a fase de tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação dos dados tabulados e codificados nas fases anteriores. Os resultados brutos serão tratados com o objetivo de se tornarem significativos para a pesquisa.

A primeira fase de análise do conteúdo da pesquisa foi caracterizada pela tabulação dos dados, transcrição integral, leitura “flutuante” das respostas dos participantes e primeira impressão das mesmas (corpus da pesquisa) para posterior análise do conteúdo das 14 amostras recebidas após envio dos formulários via e-mail.

A pergunta aberta trazia como tema as facilidades e dificuldades no atendimento de pessoas com deficiência no município pela equipe em pauta, e os mesmos dissertaram livremente sobre o assunto.

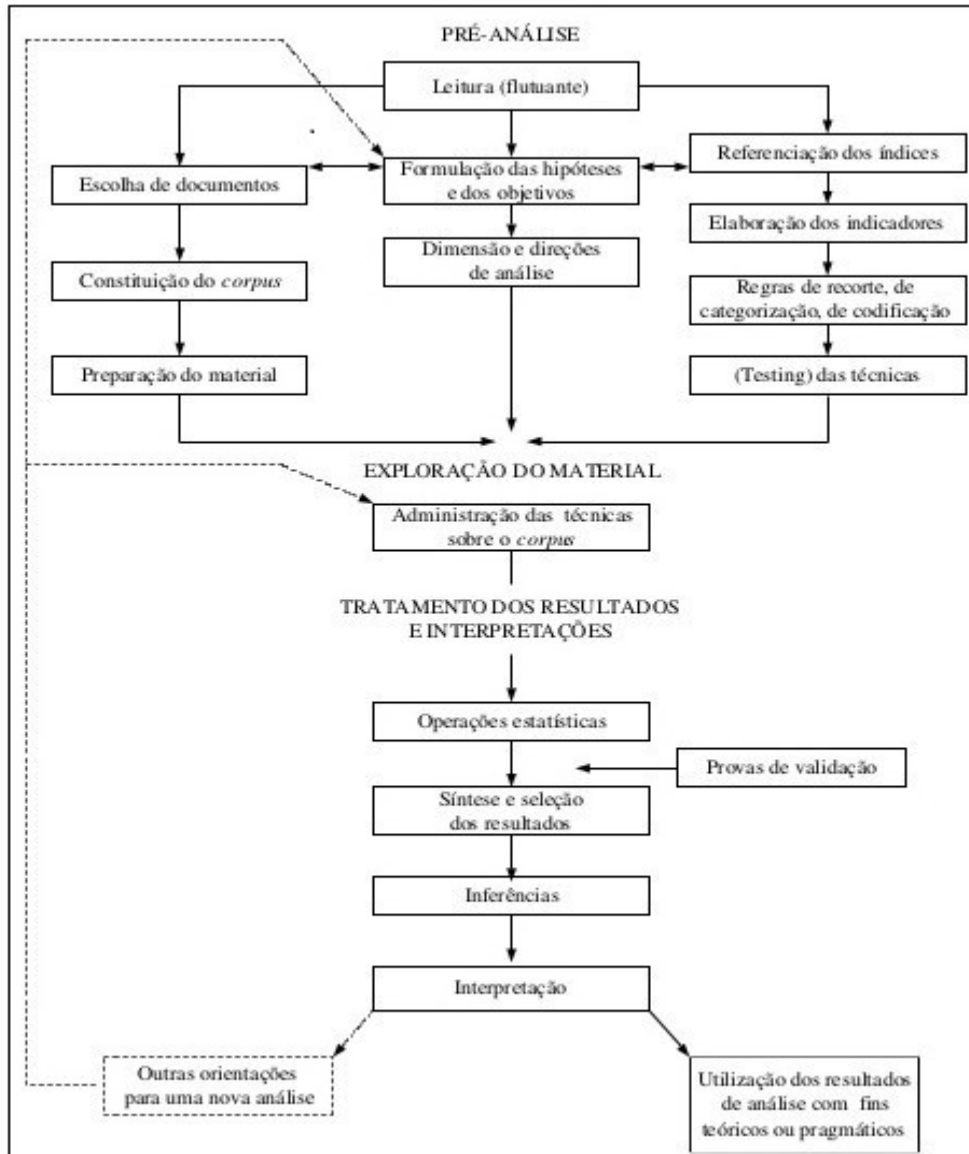
Durante a segunda fase, que é determinada pela exploração do material, há novamente uma leitura das respostas e então realizada a etapa de categorizar as questões apresentadas pelos participantes em 5 categorias cujo o tema de discussão se dá por critério semântico, por serem as mais citadas, realizando uma junção das unidades com um título retirado das respostas em comum. As categorias foram agrupadas de acordo com os temas correlatos, possibilitando a inferência e analisados um por um.

Posteriormente houve uma pré-seleção de fragmentos dos conteúdos das entrevistas segundo as categorias após elaboração de uma grade de análise, o que permitiu compor as categorias permitindo análise: *Infraestrutura, Equipamentos e Materiais, Capacitação, Equipe Multidisciplinar e Acesso*.

A terceira e última fase se cumpriu com a avaliação dos resultados já relacionados e categorizados e posterior realização de correlação das categorias com marcos teóricos que permitiram embasamento para o corpo do estudo (busca de artigos científicos e teses através de palavras-chave) o que possibilitou uma fundamentação teórica e deu norte ao desenvolvimento de críticas e sugestões, cumprindo assim o processo final da análise.

Na próxima página está localizado o organograma de desenvolvimento de análise de conteúdo criado por Laurence Bardin (2011):

Figura 2 – Desenvolvimento da análise de conteúdo



Fonte: Bardin (2011)

3.6 QUESTÕES ÉTICAS

Essa pesquisa foi baseada na Resolução 466/2, do Conselho Nacional de Saúde e do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) que normatiza pesquisa com seres humanos, e foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa da Emescam na

Plataforma Brasil. As informações coletadas foram acessadas com exclusividade pelos pesquisadores e permanecerão arquivadas por 5 anos.

O estudo apresentou como risco o constrangimento e o tempo do sujeito para responder ao questionário aplicado. O estudo realizado apresenta uma análise concreta da percepção da realidade vivida pelos profissionais atuantes na reabilitação das pessoas com deficiência sobre a falta de Políticas Públicas voltadas para a efetividade e eficácia dos recursos estruturais e materiais disponibilizados nas unidades básicas e centros de especialidades. A pesquisa foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 10/10/2019, através do Parecer favorável Número 3.669.361 que atestou não haver riscos que impossibilitassem a realização da mesma.

4 REVISÃO DA LITERATURA: POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

4.1 DEFICIÊNCIA E INCLUSÃO SOCIAL NO BRASIL

Ao longo das últimas décadas houve uma mudança de paradigma quanto às questões relacionadas às pessoas com deficiência, tanto no âmbito legislativo quanto no modelo de saúde proposto em alguns países, incluindo o Brasil. A noção de deficiência atualmente é vista como inerente à condição do homem, pois aborda uma gama de formas de deficiências.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu Relatório Mundial sobre a Deficiência, em 2012, reconhece que a deficiência seja um “conceito em evolução”, porém ressalta também que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária (OMS, 2012).

Alguns pesquisadores como Oliver, Barnes e Mercer, Hanh e Thomas mostram que durante a Revolução Industrial houve um avanço na tentativa de inclusão dos deficientes, porém, havia discriminação e a não aceitação, pois as pessoas com deficiência ainda não faziam parte do convívio social. A promoção de ações para esse público-alvo geralmente tinha um cunho assistencialista, por motivos religiosos ou de caridade. Os movimentos econômicos e sociais que vieram junto com o capitalismo industrial culminaram em políticas e práticas discriminatórias. A industrialização, o avanço do capitalismo e a crescente urbanização mudaram os padrões de trabalho agravando já essa condição social. Com o advento das “Grandes Guerras”, houve uma sensibilização em relação aos civis e militares feridos, o que causou uma politização da deficiência na metade do século passado, em países como a Suécia, Reino Unido, EUA e Japão (OLIVER; BARNES, 2012).

A necessidade da sociedade em configurar e igualar comportamentos, padronizando a produtividade, faz com que haja gradativamente uma diferenciação entre os seres, desqualificando quem não se encaixa no padrão estabelecido, trazendo consigo um

olhar de segregação e preconceitos enraizados no mundo social (FERNANDES; LIPPO, 2013).

Fernandes (2017) ainda defende que a teoria marxista prega que as relações sociais são baseadas em uma estrutura que produz desigualdades enormes, e explica que os indivíduos estão excluídos, abandonados, postos à deriva. O coletivo despreza e minimiza as individualidades, destroem e privam de qualidade de vida aquele que não se adequa à sociedade. Expõe ainda, que esse processo não se origina de um processo natural, e sim, de uma determinante organização social que altera e intervém nos grupos sociais.

De acordo com Fernandes e Pinheiro (2015), o acesso universal é preconizado em várias legislações, inclusive nos documentos da ONU, porém, ainda não é colocado em prática por via de regra e sim, como exceção. Para alguns autores, acessibilidade refere-se conjuntamente ao meio físico e aos serviços de informação e comunicação, podendo também ser aplicada no contexto da sociedade, implicando em acesso à equiparação de oportunidades e inclusão.

Toda política voltada para defender as questões relativas às pessoas com deficiência deveria abordar a questão do acesso universal. Há uma urgência em renovar a concepção do acesso, pois ainda se faz presente na sociedade uma marca de segregação. As instituições sociais devem se renovar e adequar-se aos avanços do homem. O mundo atual foi concebido e planejado para receber “seres perfeitos”, onde não existem pessoas com características diferenciadas. O mundo é irreal, exigente de perfeição, quando sabemos que a realidade é bem diferente e segregada e opressora. Novas políticas devem ser formuladas e pensadas com o intuito de quebrar barreiras e transpor obstáculos, para isso, movimentos surgiram para tentar amenizar essas disparidades (FERNANDES; LIPPO, 2012).

Bernardes *et al.* (2014) pontuam que a noção de deficiência presume uma diversidade de conceitos, que vão do técnico ao assistencialista. Hoje ainda existem na sociedade indivíduos com deficiência que se apresentam na condição de penalizados, porém, o olhar piedoso vem dando lugar à igualdade de direitos, em

parte como resultado de uma mudança paradigmática, onde sai o olhar de preconceito e entra a inclusão e a participação na sociedade.

Em 10 de dezembro de 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, foi o primeiro marco legal que atestou os direitos humanos e, conseqüentemente, os direitos da pessoa com deficiência. A partir disto foi garantido o exercício de direitos à nacionalidade, de acesso ao serviço público, ao trabalho, à educação, à proteção dos direitos morais, à vida, à liberdade, à segurança pessoal e à dignidade sem qualquer distinção de raça, cor, sexo, idioma, opinião pública ou outra natureza. No dia 9 de dezembro de 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) instituiu a Resolução nº 30/84, conhecida também como a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências. Através dessa Resolução foram dados os mesmos direitos civis e políticos das pessoas sem deficiência ao grupo de pessoas com deficiência, incluindo o acesso aos serviços de saúde (OLIVEIRA; GARCIA, 2017).

O ano de 1981 ficou reconhecido como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente pela ONU, o que colocou em discussão, entre os países-membros, a situação da população com deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento. O principal desdobramento foi a aprovação, pela Resolução nº 37/52, realizada em 3 de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências (ONU, 1982). Durante esses anos foram realizados eventos para discussão sobre os direitos das pessoas com deficiência, entre estes os mais relevantes foram o I, II e III Encontros Nacionais de Entidades de Pessoas Deficientes (1980;1981; 1983).

Nestes encontros reuniram-se várias entidades de pessoas com deficiências do Brasil com o objetivo de organizar a luta pelos direitos. As iniciativas desses grupos foram começando aos poucos, originando-se dos interesses específicos de cada tipo de deficiência. Esses movimentos mudaram o olhar sobre os direitos e as necessidades para que não tivessem mais um viés caritativo ou assistencialista (AMORIM; RAFANTE; CAIADO, 2019).

Em junho de 1994, entre os dias 7 e 10, foi realizada na Espanha, em Salamanca, uma assembleia que estruturava uma Ação em Educação Especial, adotada pela Conferência Mundial em Educação Especial, em cooperação com a UNESCO. A Declaração de Salamanca refere-se aos Princípios, Política e Prática em Educação Especial e a partir da qual se assegurou que a educação de pessoas com deficiência fosse parte integrante do sistema educacional. Com a Declaração de Salamanca foi reafirmado o compromisso com a Educação para Todos, reconhecendo a necessidade da inclusão de pessoas com deficiência no sistema regular de ensino.

No ano de 2001, realizou-se a Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência, denominada também Convenção de Guatemala, que instituiu o Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, o qual define que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as demais pessoas, incluindo o direito de não ser submetida a qualquer forma de discriminação com base na sua deficiência. Por meio do Decreto Legislativo nº 186, foi aprovado o texto da ONU referente à Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007 (BRASIL, 2008).

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi incorporada à legislação brasileira, com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º da Constituição brasileira, e quando feito, reconheceu um instrumento que gera maior respeito aos Direitos Humanos. O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. A incorporação à Constituição Federal do texto referente a essa Convenção instituiu um marco legal quanto ao direito da pessoa com deficiência e fez com que o Brasil passasse a ser reconhecido pelas mudanças provocadas, relativas à ascensão da promoção e garantia dos direitos individuais e coletivos para efetivação da sua inclusão social (BRASIL, 2008).

O modelo de abordagem da deficiência visto como biomédico começou a ser questionado e o modelo social ganhou destaque e importância a partir da resolução

de 2001, da Organização Mundial de Saúde (OMS), quando apresentou uma revisão da *International Classification of Impairment, Disabilities and Handcaps* (ICIDH). Trata – se de uma nova abordagem para o olhar biomédico. No modelo social é reconhecido o caráter social e político da deficiência com base na publicação da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (CIF), documento desenvolvido pela Organização das Nações Unidas (ONU) através de cientistas sociais liderados por Philip Wood, da Universidade de Manchester (EUA), que padronizam a linguagem nos conceitos de saúde e de seus estados relacionados e avaliam o indivíduo ou a sua incapacidade dentro do seu meio ambiente. A CIF representa uma nova visão de classificação de deficiências, uma mudança de paradigma que se tornou um instrumento conciso e objetivo para avaliação e análise de condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social. Esse novo conceito foi realizado a partir de pesquisas e estudos de profissionais, incluindo médicos, acadêmicos e, especialmente, pessoas com deficiência (OMS, 2012).

O olhar da CIF abriu espaço para a mudança de estrutura no tratamento da pessoa com deficiência para a necessidade de uma equipe multiprofissional em substituição à visão única médica. As deficiências, de acordo com o CIF, compreendem funcionalidade e deficiência como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto pessoais quanto ambientais (OMS, 2012).

No Brasil, a partir da aprovação da Constituição de 1988, iniciou-se o processo de mudança de visão que se propagou através dos anos na sociedade como um todo, com mudanças substanciais nas áreas dos direitos humanos e sociais, porém, ainda havia a falta de acesso a serviços básicos, como educação, saúde, trabalho, entre outros. Muitos desses atores da luta da pessoa com deficiência ainda desconheciam seus direitos e encontravam-se excluídos do convívio e da participação efetiva na sociedade. Havia a necessidade de uma conscientização massiva da parte dos grupos interessados para uma verdadeira inclusão social e concreto exercício de cidadania plena. Quando um grupo de pessoas com deficiência se organizou, finalmente como movimento social, eclodiu a necessidade de se mudarem as nomenclaturas, pois a atual passava uma imagem negativa e excludente. A expressão “pessoas deficientes” foi extinta porque passava a imagem de que a deficiência era parte do corpo humano e caracterizava o indivíduo. A partir disso

passou-se a usar a expressão “pessoa portadora de deficiência”, usada na Constituição Federal, e ao longo dos anos foram incorporadas várias outras denominações até se chegar ao termo usado atualmente “pessoa com deficiência” (LANNA JÚNIOR, 2010).

Sendo pessoas com deficiência ou não, mesmo ainda que vistos dessa maneira, são seres diferentes, porém, estão num mesmo grupo humano, seres sociais que se possuem particularidades, não se faz justo ter que enquadrá-los numa mesma categoria ou padronizá-los, independente de suas individualidades. Devido ao estigma de se moldar ao todo, em um sistema que não admite diferenças, formamos barreiras que impedem a verdadeira expressividade de suas intenções e pensamentos (FERNANDES, 2002). Ainda Fernandes, em sua tese de doutorado “A diversidade da condição humana: deficiências/diferenças na perspectiva das relações sociais” esclarece que:

[...] é preciso aprender a considerar e analisar toda a amplitude das peculiaridades na questão de todas as deficiências. Na expectativa da perfeição muito se negou a existência de diferenciações básicas entre os seres e daquilo que nós podemos nomear “defeito”. O que se considera defeito tem como parâmetro o “perfeito” e o esperado em relação à característica da maioria dos indivíduos. A realidade inverte tal expectativa, porque o sonho da perfeição é apenas um sonho e não um fato experienciado no cotidiano do real. Na busca do conhecimento não generalizante reconhecer-se-ão as especificidades das deficiências e suas diversidades (FERNANDES, 2002, p. 32).

Os preconceitos criados no social são resultados de todo o processo que cria a norma e a partir dela o que fica fora é desvio. Sendo assim, será julgado como inadequado e indesejável. A condição da deficiência é situada em uma categorização carregada de desqualificação e menos-valia na escala social. Na condição da deficiência, por ser mais acentuada a diferença, os impedimentos e as barreiras presentes no social são mais drásticas.

4.2 O PAPEL DO ESTADO E DA SOCIEDADE NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Para que haja mudança na realidade social em que essas pessoas vivem, é necessário que o Estado crie programas e ações voltados para esse público e que

estejam de acordo com suas necessidades básicas. O governo, como ponto de partida, tem o dever de proporcionar condições à população de estarem inseridos num contexto de igualdade e é através da criação de políticas públicas que ocorre a transformação na sociedade como um todo.

De acordo com Souza (2006), o tema política pública surgiu pela primeira vez nos EUA, sem estabelecer relação com a base do governo, dentro do meio acadêmico e veio da necessidade de se estudar as relações entre políticas e sociedade. Nasceu como uma área subjugada às Ciências Políticas. No governo, a introdução das políticas públicas se deu com a Guerra Fria, por fim, chegando então, às áreas de Política Social. Alguns estudiosos então, como H. Laswell (1936), Simon (1957), Lindblom (1979) e Easton (1965), discutiram as bases e aplicabilidades das políticas na sociedade (*policy sciences*) e são considerados fundadores das Políticas Públicas.

Os anos 80 marcam o início dos estudos em políticas públicas no Brasil. São estudados e analisados trabalhos de políticas, principalmente, sociais, visto que o momento no país era conturbado com o fim da era Vargas e do militarismo, os quais deixaram uma herança de industrialização e desenvolvimento que acarretaram problemas sociais e culminaram em lutas na sociedade. As Ciências Sociais buscaram capacitar os atores da sociedade pós-militar às nuances e efetividades das políticas do governo. O momento era transformador, buscou-se uma reforma no Estado para democratizar o acesso aos serviços básicos. Há uma “dívida social” a ser paga à sociedade. O marco consolidador da regulação de direitos humanos para a sociedade brasileira se dá então com a aprovação da Constituição Federal, em 1988, após grande movimento da sociedade como um todo (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007).

Nas últimas décadas vêm sendo construídas e implantadas ações e normas para serem instrumentos de subsídio na formulação de políticas públicas para as pessoas com deficiência, no que diz respeito aos fatores sociais e estruturais, os quais são resultados de luta e movimentos da sociedade civil organizada.

No ano de 1986 foi criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) e só então houve o reconhecimento pelo Estado Brasileiro do interesse da população aos direitos das pessoas com deficiência. A criação do CORDE foi um momento crucial na ação do governo voltada para os direitos da pessoa com deficiência. Até então, o Estado brasileiro promovia apenas ações isoladas, por setor, posteriormente, a coordenadoria foi elevada a Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, em outubro de 2009. Já em agosto de 2010 ganhou o status de Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (RESENDE; VITAL, 2008).

No ano de 1999, com o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, o governo regulamentou a Lei nº 7.853/89 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, compreendendo o conjunto de orientações normativas com o objetivo de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência. Entre as diretrizes principais, têm-se: a inclusão da pessoa com deficiência com respeito às suas peculiaridades, em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, à saúde, ao trabalho, à edificação pública, à Previdência Social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, ao esporte e ao lazer (BRASIL, 1999).

Em 2000, o governo federal aprovou a Lei nº 10.098 de 19 de dezembro, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, mediante a supressão de barreiras e de obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifícios e nos meios de transporte e de comunicação. Lei essa que transformou os padrões estruturais e deu a oportunidade de acesso para milhões de pessoas com deficiência (BRASIL, 2000).

Em resposta às solicitações da sociedade para uma melhor organização e administração dos direitos de saúde da pessoa com deficiência, o governo federal instituiu, posteriormente ao Decreto nº 3.298, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência que foi aprovada, na forma de anexo, pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Essa política é até hoje um norteador nas ações

implementadas pelo governo federal no que diz respeito à agenda da pessoa com deficiência e objeto do estudo presente. É uma ferramenta importante, que veio de encontro às necessidades das pessoas com deficiência e suas questões de saúde pública no Brasil. A partir dela abriram-se um grande espectro de possibilidades, pois seus propósitos incluem os direitos à prevenção, à proteção da saúde, incluindo também, a reabilitação para melhoria da qualidade de vida com o objetivo de incluir socialmente esse público (BRASIL, 2002).

Após a implantação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, novas perspectivas surgiram para consolidar ações de combate à exclusão social e que fomentaram uma possível criação e regulação de um estatuto próprio para as pessoas com deficiência no país, que levou, recentemente, à aprovação do “Estatuto da Pessoa com Deficiência”, atualizado em julho de 2015, numa ação do governo federal para regulamentar e legislar sobre os direitos, especificamente, do grupo em questão, criando a “Lei Brasileira de Inclusão”. A Lei 13.146/2015 veio com o intuito de 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 (BRASIL, 2015).

No Art. 28 do Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), em seu Parágrafo Único diz que o conjunto de ações, programas e serviços, prestados por órgãos e instituições constituintes do SUS, destinados à prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa com deficiência, incluirá, dentre outros:

- I - atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover;
- II - serviços de saúde, que considerem as especificidades de gênero, inclusive de saúde sexual e reprodutiva, com ênfase nos serviços especializados no tratamento, habilitação e reabilitação;
- III – estabelecimento de normas éticas e técnicas, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das especificidades das pessoas com deficiência, a serem observadas pelos profissionais de saúde no seu atendimento;

IV – elaboração e implementação, com a participação dos seus destinatários, de políticas e programas de saúde visando a prevenção, o diagnóstico precoce e prevenção de agravos à saúde da pessoa com deficiência, inclusive através de campanhas de vacinação;

V – garantia de informação adequada e acessível às pessoas com deficiência e a seus familiares sobre sua condição de saúde (BRASIL, 2015).

Estas garantias foram importantes para regulamentar e concretizar, na legislação brasileira, o direito à inclusão no meio social das pessoas com deficiência com igualdade, cidadania e respeito. A verdadeira inclusão vem da capacitação para participação.

4.3 DEFICIÊNCIA FÍSICA E SAÚDE PÚBLICA

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) voltada para edificações e mobiliários, entre outros, define a deficiência como uma redução ou limitação das condições de percepção das características do ambiente ou de mobilidade e de utilização de edificações, espaço, mobiliário urbano e elementos, em caráter temporário ou permanente. A acessibilidade produz autonomia e independência, o que promove a verdadeira inclusão social (ABNT, 2014).

Segundo Brignol *et al.* (2018), a deficiência física contempla fatores que influenciam a interação entre um indivíduo e seu ambiente, seja pessoal ou entorno e, para isso, faz-se necessário discutir como tema de direitos humanos, pois segue o princípio de que todos têm os mesmos direitos em obter as condições para desenvolver suas aptidões e funcionalidades, sem exclusão.

O Estado Brasileiro defendia o conceito de deficiência que foi aprovado pela ONU e a partir disto, foram criadas e implementadas as políticas públicas de saúde para esses atores, pois as condições para construção destas políticas remetem a conceitos que definem as questões de inclusão e exclusão dos beneficiários dessas políticas (BRASIL, 2010).

Para que uma política pública de saúde fosse eficiente e capaz de suprir as necessidades da população das pessoas com deficiência, havia a necessidade de realizar uma devida integração das redes que faziam parte dos serviços de cuidado do SUS. Estes serviços de saúde necessitaram ser organizados dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que foram criadas no final do ano de 2010, como resultado de um acordo tripartite que envolveu Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS, quando ocorreu a aprovação da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelecendo as diretrizes para a criação e organização das Redes no âmbito do SUS. As Redes visam suprir a carência dos serviços de saúde em suas demandas regionais e com conhecimento total e abrangente dos territórios que fazem parte do seu mapa, elucidando assim, com mais clareza, as necessidades da população e formando um mapa de risco das áreas com incidência de pessoas com deficiência (DUBOW, GARCIA; KRUG, 2018).

O documento do SUS conceitua as Redes de Atenção à Saúde 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 (BRASIL, 2010, p.7).

O diagnóstico da Rede, a adesão e contratualização dos pontos de atenção, a implantação e acompanhamento do grupo são fases da operacionalização das Redes e os componentes estão articulados entre si como garantia da integralidade e do acesso a cada ponto (MENDES, 2011).

A integração entre sociedade civil e as instituições governamentais e não governamentais foram fundamentais para o desenvolvimento destas ações de política de saúde, incluindo a promoção e capacitação dos recursos humanos com equipes especializadas e treinadas, assim como o fomento em pesquisas direcionadas às pessoas com deficiência. O Ministério da Saúde foi o grande responsável pela coordenação da implantação, acompanhamento e monitorização da Política de Saúde direcionada para pessoas com deficiência e, com o apoio dos Estados e municípios, realiza a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, que segue as ações da Rede de Cuidados (TUON; CERETTA, 2017).

Através das Estratégias de Saúde da Família (ESF) é feita a monitorização do território de saúde, com ações e acompanhamento da população pela Equipe Básica. É na ESF que o paciente com deficiência entra na rede de assistência para obter os serviços voltados às suas necessidades. Junto à equipe básica estão os profissionais da área da reabilitação, que dão suporte aos pacientes acompanhados pela equipe básica e que fazem o acompanhamento dos pacientes crônicos atendidos pelas ESF's. Para dar apoio às estratégias de saúde da família na Rede, ampliando a cobertura da Atenção Básica e aumentando sua resolutividade, o governo também criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) como serviço agregador de especialidades e dando possibilidade às gestões municipais de trabalharem com integralidade através da aprovação da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2009).

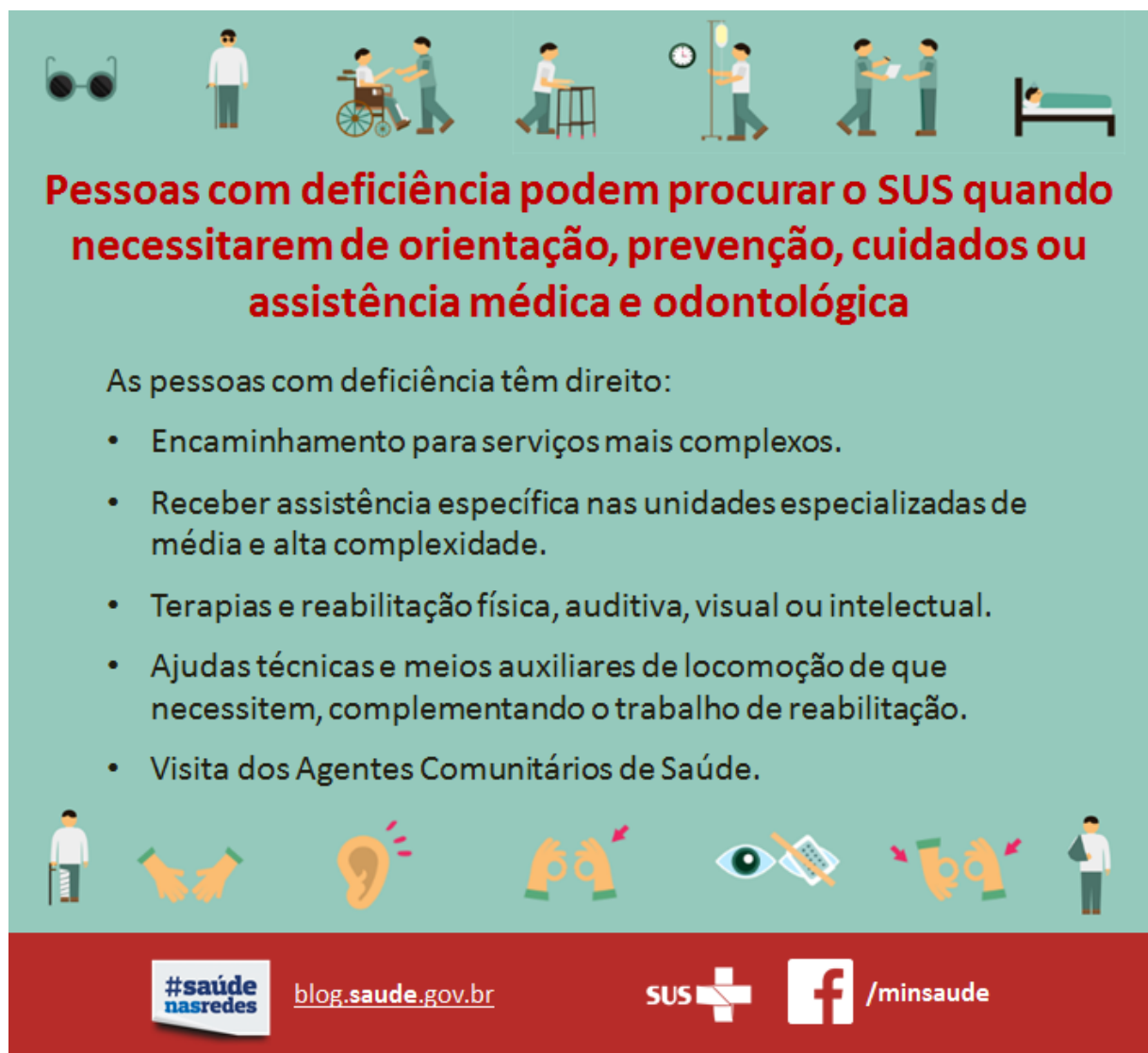
Em vista da necessidade de uma melhor abrangência e articulação dos pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência, visto que ainda era realizado de forma fragmentada, o governo federal aprovou a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012 numa ação conjunta de mais de 15 ministérios e do CONADE. Esta Portaria instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, (Plano Viver sem limites), no âmbito do Sistema Único de Saúde, cujos objetivos são a ampliação e o acesso ao atendimento às pessoas com deficiência pelo SUS (BRASIL, 2012).

Além dos serviços disponíveis para a Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou também os Centros de Reabilitação na Atenção Especializada, dentro da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, que têm funcionamento concomitante aos das ESF's e dos demais serviços de reabilitação nela disponibilizados (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem como objetivo a promoção de ações voltadas para a prevenção e o diagnóstico preventivo de deficiências em todas as suas etapas no atendimento ao paciente, desde o pré-natal até o adulto. Os componentes da Rede deverão estar alinhados e com a garantia de integração e acesso aos pontos de atenção para que haja igualdade na oferta dos serviços de reabilitação que visam à prevenção de agravos, reabilitação e até mesmo compensação de funções perdidas.

Para que as pessoas com deficiência possam ter um acesso livre aos tratamentos de reabilitação, há a necessidade de se promover, no ambiente das unidades de saúde, o acesso universal aos espaços físicos de tratamento e aos encaminhamentos para os outros níveis de atenção. O exercício da plena cidadania só é possível com uma inclusão justa, sem discriminação social ou física e para as pessoas com deficiência, baseado nos conceitos que hoje temos de acesso, ainda temos um grande caminho a ser percorrido.



Figura 3– Folder SUS Pessoas com Deficiência



Pessoas com deficiência podem procurar o SUS quando necessitarem de orientação, prevenção, cuidados ou assistência médica e odontológica

As pessoas com deficiência têm direito:

- Encaminhamento para serviços mais complexos.
- Receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade.
- Terapias e reabilitação física, auditiva, visual ou intelectual.
- Ajudas técnicas e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação.
- Visita dos Agentes Comunitários de Saúde.

#saúde nasredes blog.saude.gov.br SUS   /minsaude

4.4 REABILITAÇÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Reabilitar é o ato de cuidar para possibilitar habilidades para pessoas que necessitam de suporte para enfrentar obstáculos no cotidiano. Para reabilitar e também dar habilidade para alguém é crucial que haja a formação de equipes multidisciplinares com profissionais de fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, nutrição, entre tantos que atendem a esse público com necessidades diversas. Os profissionais que se encontram nos serviços de saúde necessitam estar preparados para atender essa população e que possuam adaptações ambientais e acesso aos produtos, materiais e equipamentos de tecnologia adaptados e direcionados a esses pacientes, melhorando então a eficiência do atendimento de reabilitação (BRASIL, 2008).

Para Silva *et al.* (2012), a reabilitação é a área que possibilita aos pacientes com deficiência a reaprendizagem de movimentos importantes na rotina do dia a dia, transpondo barreiras e facilitando assim sua vida. Reabilitar é habilitar novamente um movimento que foi perdido, e isso só é possível quando há uma boa equipe multidisciplinar, com profissionais de diversas áreas, entre elas, humanas, biológicas e exatas.

A reabilitação no Brasil começou a ser discutida na década de 50 devido à necessidade de reabilitar pacientes acometidos de poliomielite, quando estudantes de medicina e alguns especialistas da área médica trouxeram dos Estados Unidos e da Europa os métodos e práticas em reabilitação que eram usados em pacientes acometidos por deficiência resultantes de feridas de guerra. Os métodos eram empregados nos centros de reabilitação que promoveram a criação de organizações semelhantes no mundo inteiro, inclusive no Brasil, como por exemplo, o Instituto Pestalozzi de Canoas (RS), inspirado no trabalho e biografia do pedagogo suíço Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827), o movimento ganhou impulso definitivo com a educadora e psicóloga russa Helena Antipoff, que trabalhou na Escola de Aperfeiçoamento de Belo Horizonte, como convidada do governo mineiro. Marcou o campo da assistência social, da educação e da institucionalização dos serviços voltados para as pessoas com deficiência no Brasil. Foi ela, inclusive, quem colocou

o termo “excepcional”, no lugar das expressões “deficiência mental” e “retardo mental”, que eram falados para se referir às crianças com deficiência intelectual. Para ela, a origem da deficiência vinculava-se à condição de excepcionalidade socioeconômica ou orgânica.

No ano de 1932, Helena Antipoff criou a Sociedade Pestalozzi de Belo Horizonte. Em 1945, foi fundada a Sociedade Pestalozzi do Brasil; em 1948, a Sociedade Pestalozzi do Estado do Rio de Janeiro e, em 1952, a Sociedade Pestalozzi de São Paulo. Outra instituição importante, fundada em 1954, foi a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), considerada o primeiro centro de reabilitação no Brasil, a partir da iniciativa do arquiteto Fernando Lemos, que possuía um filho com sequelas de poliomielite e teve ajuda com o aporte financeiro de um grupo de empresários de diversos setores da sociedade civil. Também no ano de 1954, foi fundada a Associação de Amigos e Pais de Excepcionais (APAE), no Rio de Janeiro, que atualmente conta com 23 federações estaduais e duas mil APAES espalhadas pelo país realizando trabalho de reabilitação (LANNA JÚNIOR, 2010).

Tuon e Ceretta (2017) defendem em um estudo recente sobre a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, que as principais causas de deficiência podem ser:

- Transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou da assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva;
- Doenças transmissíveis e doenças crônicas não transmissíveis;
- Perturbações psiquiátricas;
- Abuso de álcool e de drogas;
- Desnutrição (principalmente na infância);
- Traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito.

As causas mais crescentes de deficiência, hoje, entre a população vêm através dos agravos causados por males crônicos, como os casos de hipertensão arterial e diabetes, ou os causados por Alzheimer e alguns tipos de câncer.

Um gráfico do IBGE do Censo de 2010 nos mostra a proporção de pessoas com deficiência em relação a faixa etária, no Brasil:

Figura 4 - Pessoas com deficiência por idade



Fonte: IBGE (2010)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência considera as deficiências, além daquelas previstas na Lei n.º 10.690, de 16 de junho de 2003, as que possuem limitações ou incapacidade para o desempenho de atividade e enquadra-se nas seguintes categorias:

Física – Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de 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, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Auditiva – Perda bilateral, parcial ou total, de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500HZ, 1.000HZ, 2.000Hz e 3.000Hz.

Visual – Cegueira na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais o somatório da medida do campo visual, em ambos os olhos, for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

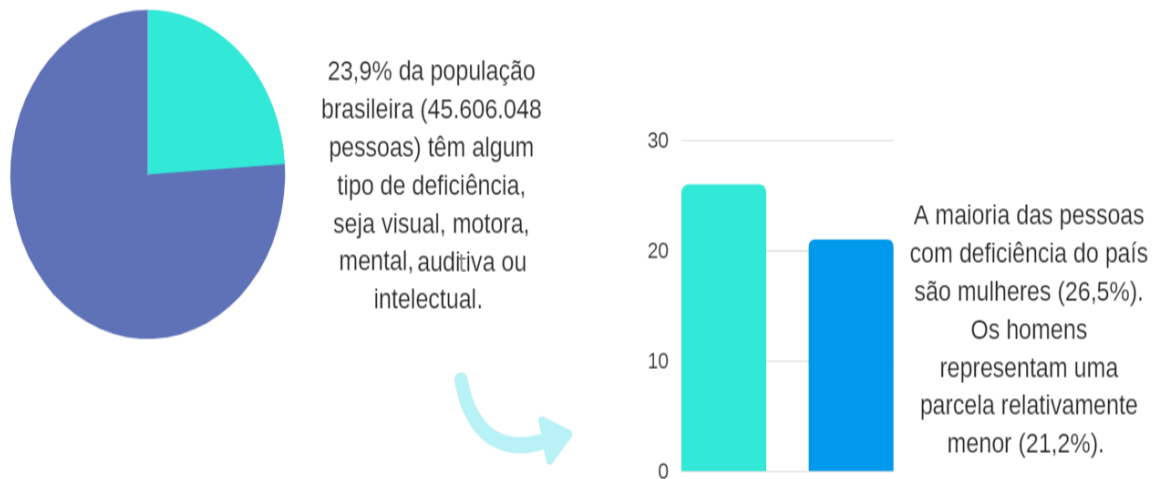
Mental – Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

Múltipla – Associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 2002).

No total do país, os números obtidos pelo IBGE demonstram que 23,9% da população apresenta algum tipo de deficiência, como pode ser observado na Figura 5 abaixo:

Figura 5– Índice geral das pessoas com deficiência

Os índices gerais das pessoas com deficiência



Fonte: Censo IBGE (2010).

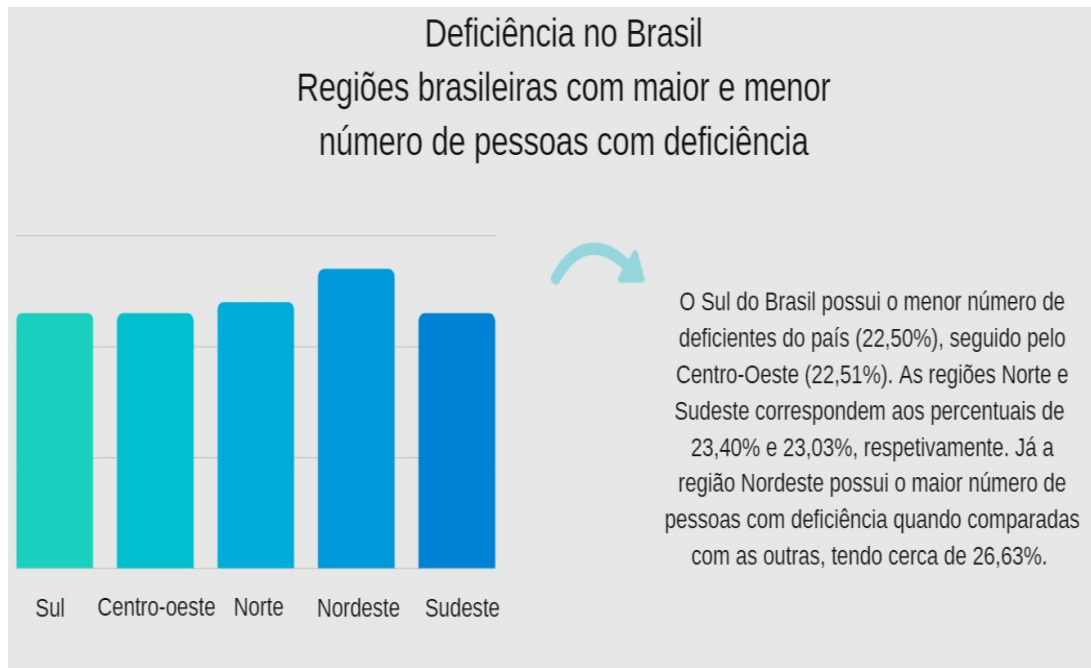
O censo do IBGE de 2010 também caracterizou os tipos de deficiência no Brasil pelo grau de gravidade das mesmas, como mostra a Figura 6 abaixo:

Figura 6– Gráfico por tipo e grau de deficiência no Brasil

Fonte: Censo 2010 – IBGE.

De acordo com o IBGE, no Censo de 2010, entre as regiões do Brasil, o Nordeste foi a região com a maior incidência de pessoas com deficiência (26,6%) e as regiões Sul e Centro-Oeste ficaram entre as de menor prevalência (22,5%). Os estados de menor prevalência foram de Roraima e Santa Catarina com 21,3%, respectivamente, e o de maior foi Rio Grande do Norte com 27,9% (IBGE, 2012) como mostra a figura abaixo:

Figura 7– Regiões brasileiras com maior e menor número de pessoas com deficiência



Fonte: Censo IBGE (2010)

Para Trombetta *et al.* (2015), alguns estudos mostram que toda ação e planejamento voltados para a pessoa com deficiência passam pelos níveis da saúde, e são prestados pelo mesmo em níveis de atenção, como já preconiza o Ministério da Saúde, indo da Atenção Básica até as especialidades, com os Centros de Reabilitação. Toda atenção voltada para esse grupo de pessoas têm o principal propósito: reabilitar para integrar à sociedade, dentro dos seus limites e capacidades funcionais, além de também visar à proteção e prevenção de novos agravos e promoção de saúde.

Identificar e mapear o número de pessoas com deficiência em um território é importante para ser usado como ferramenta na gestão e organização da agenda de ações voltadas para reabilitação, principalmente, na atenção primária.

A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência que está integrada à Atenção Básica e a Atenção Especializada, que compõem a Rede, tem como papel principal a oferta de serviços de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências e conta com os seguintes pontos de atenção: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências, que já existiam na data da publicação da portaria); Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Também podem contar com Oficina Ortopédica, fixa ou itinerante (BRASIL, 2012).

Como nos mostra Machado *et al.* (2018) em seu artigo sobre integralidade, os estabelecimentos de saúde devem estar preparados para serem uma porta de entrada para o usuário na Rede, dando os primeiros atendimentos e orientações e realizando os devidos encaminhamentos aos serviços especializados na rede de cuidados da pessoa com deficiência, promovendo assim a integração entre os serviços, a articulação e planejamento de ações de prevenção, promoção de saúde e o adequado tratamento para reabilitação das funções, direcionando o paciente à equipe integrada.

O CER é um dos pontos de atenção ambulatorial especializada em reabilitação, autorizados a realizar do diagnóstico ao tratamento, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, servindo de referência no território, e pode ser organizado em: CER II – com dois serviços de reabilitação habilitados; CER III – com três serviços de reabilitação habilitados; CER IV – com quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados (CARDOSO, 2017).

O gestor em saúde deve decidir se habilitará as unidades que queiram ser equipadas e que se enquadrem nos requisitos e assim, procurar oferecer o acesso físico e adaptado às pessoas com deficiências, e que se enquadrem às normas técnicas da ABNT para Acessibilidade a Edificações, Espaço, Mobiliário e Equipamentos Urbanos (ABNT NBR-9050, de 31 de maio de 2014); da Resolução – RDC nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; da Resolução - RDC nº 192 ANVISA, de 28 de junho de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 sobre o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e

Oficinas Ortopédicas e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

A intenção é que o usuário seja atendido no serviço mais próximo à sua residência e para que isso ocorra deverão estar organizados na sua região de saúde, com uma infraestrutura completa e equipe multidisciplinar capacitada dando assistência e reabilitação em conjunto aos demais pontos da atenção básica, hospitalar e emergencial. A estrutura organizacional é crucial para o bom funcionamento dos serviços de reabilitação. O perfil epidemiológico, no território abrangido, junto aos recursos e materiais disponíveis e a educação permanente dos profissionais gerarão melhores resultados no serviço ofertado, resultando em melhor qualidade de vida e possibilidade de autonomia à pessoa com deficiência.

De acordo com Goulart e Anderle (2020), a OMS diagnosticou as falhas dos serviços de reabilitação em um relatório em 2011 que são entre outras: ausência de prioridade e de políticas que sejam específicas para reabilitação, brechas na integração entre os sistemas de saúde e sociais envolvidos, capacitação dos profissionais, equipamentos adequados, infraestrutura, além de financiamento desorganizado ou inexistente. Os programas do governo tentam reduzir essas barreiras e coordenar os serviços, porém, ainda há um abismo entre oferta e procura para o acesso adequado dos usuários.

5 CAPÍTULO 1 – O OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY-ES NA VISÃO DOS PROFISSIONAIS

Reabilitar a pessoa com deficiência física consiste em dar plena assistência à saúde e tem como foco o ato de promover o desenvolvimento das capacidades funcionais do indivíduo em todas as suas nuances para alcançar a qualidade de vida para o verdadeiro ato de inclusão (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

De acordo com Machado *et al.* (2018) treinar novas habilidades e funções para pessoas com deficiências é a responsabilidade da reabilitação, e é o que possibilita transpor as barreiras encontradas no dia a dia. Para a habilitação dessas pessoas e recuperação de funções que foram perdidas é necessário o treino diário com uma equipe multidisciplinar competente e especializada, composta por profissionais que trabalhem integralmente. Infelizmente, na saúde pública brasileira esses serviços ainda se encontram fragmentados, descentralizados e desintegrados, o que ocasiona a perda de informações e prejuízo na rede e serviços.

O trabalho multiprofissional se faz indispensável quando se pensa em reabilitação física e é parte fundamental no enfrentamento das dificuldades e necessidades da saúde. Essa organização multidisciplinar faz parte da organização da rede de reabilitação, contribuindo para o prolongamento da expectativa de vida e melhoria da qualidade e independência dos pacientes (PEDUZZI *et al.*, 2018).

A pesquisa aqui relatada vem discutir a infraestrutura do serviço de reabilitação da pessoa com deficiência do município de Presidente Kennedy/ES na visão dos profissionais responsáveis pelos atendimentos realizados nas unidades básicas de

saúde e centro de fisioterapia. Traz o questionamento sobre a realidade vivida por estes profissionais, suas inseguranças, insatisfações e anseios na busca por uma oferta de qualidade no serviço de reabilitação deste município. O instrumento de coleta de dados da pesquisa foi um formulário digital (google forms) disponibilizado por e-mail aos profissionais participantes. Todos os profissionais que participaram desta pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para Loch-Neckel, *et al.* (2009), conhecer o profissional, suas características e habilidades nas ações dos serviços de saúde é crucial para um trabalho multidisciplinar efetivo. A troca de experiências e informações sobre condutas e pareceres possibilitam a organização do trabalho e é necessária quando falamos de construir uma postura coerente e efetiva em relação às atitudes e tomada de decisões sobre os serviços de saúde.

Para conhecer melhor os profissionais, foram então coletados dados sociodemográficos e realizada uma pergunta aberta: Quais as facilidades e as dificuldades para a reabilitação de pacientes com deficiência no município?

Para tanto foi realizado um levantamento no quadro de profissionais que atuam no município e foi avaliado que este é composto por Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos e Psicólogos que são efetivos, empossados através de concurso público municipal ou contratados via processo seletivo simplificado (designação temporária). As cargas horárias abrangem de 20 a 40 horas semanais. O trabalho se divide em atendimento aos pacientes nas Unidades e no Centro de Fisioterapia, incluindo também, atendimento domiciliar àqueles que não podem se locomover até os locais. O Quadro 1 apresenta os profissionais que compõe o serviço de reabilitação atual no município de Presidente Kennedy-ES (DATASUS, 2020).

Quadro 1– Profissionais da reabilitação de Presidente Kennedy

PROFISSIONAIS	Nº
Psicólogos	5
Fonoaudiólogos	2
Fisioterapeutas	10
TOTAL	17

Fonte: DATASUS (CNES) 2020 – elaborado pelo autor.

A gestão municipal dispõe de carros e motoristas nas unidades para fazer o traslado dos pacientes e dos profissionais. Os usuários têm livre acesso à marcação de consultas nas agendas dos profissionais de reabilitação das unidades e no Centro de Fisioterapia. Todos os agendamentos são realizados via encaminhamento médico ou especializado, e as consultas são agendadas na própria recepção das unidades.

Os dados sociodemográficos coletados nesta pesquisa demonstraram que o grupo de profissionais entrevistados é constituído predominantemente por mulheres (12) com idade entre 31 e 44 anos, e a maior oferta é de profissionais da Fisioterapia (Quadro 2).

Quadro 2- Caracterização dos profissionais de saúde participantes da pesquisa - Presidente Kennedy, 2020

Identificação	Idade	Sexo	Profissão	Local de Trabalho
Profissional 1	44	Masculino	Psicólogo	UBS
Profissional 2	36	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 3	43	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 4	33	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 5	40	Masculino	Psicólogo	UBS
Profissional 6	40	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 7	42	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 8	35	Feminino	Fisioterapeuta	UBS
Profissional 9	42	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 10	37	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 11	36	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia
Profissional 12	32	Feminino	Psicólogo	UBS
Profissional 13	31	Feminino	Fonoaudiólogo	UBS
Profissional 14	38	Feminino	Fisioterapeuta	Centro de Fisioterapia

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

5.1 ANÁLISE DAS CATEGORIAS APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS DA REABILITAÇÃO

A realização da análise do conteúdo sobre as facilidades e dificuldades em reabilitar os pacientes com deficiência física no município de Presidente Kennedy/ES emergiu algumas categorias que se destacaram pela frequência em que foram relatadas pelos profissionais participantes. No Quadro 3 são apresentadas as categorias emergentes citadas nas respostas da pesquisa.

Quadro 3 – Categorias emergentes da pesquisa com profissionais da equipe multidisciplinar responsável pela reabilitação do município de Presidente Kennedy - ES

PROFISSIONAIS	CATEGORIAS EMERGENTES	
	Dificuldades	Facilidades
Fisioterapeutas	Infraestrutura Equipamentos e materiais Capacitação	Equipe multidisciplinar Transporte público (carro) Autonomia no trabalho
Fonoaudiólogos	Participação das famílias Infraestrutura Equipamentos e materiais	Profissionais nas unidades do interior (proximidade)
Psicólogos	Infraestrutura Acesso nas vias públicas Assistencialismo	Não foi citada nenhuma

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

5.1.1 Facilidades no atendimento aos pacientes com deficiência no município de Presidente Kennedy

Os profissionais citaram como ponto positivo o quantitativo de profissionais contratados para o atendimento aos pacientes, o que facilitaria o acesso aos serviços. São muitos fisioterapeutas e psicólogos no atendimento direto aos usuários, em todas as unidades há pelo menos um fisioterapeuta e no Centro de Fisioterapia há 5 profissionais disponíveis. Os dois fonoaudiólogos se dividem entre as cinco unidades pesquisadas.

“O município tem muitos profissionais celetistas (contratados) para atendimento no esf (domiciliar) e no núcleo de apoio da educação, facilitando assim o acesso do paciente ao tratamento, que antes se tornava inviável pela dificuldade de chegar até o centro de fisioterapia ou até o destino do tratamento” (Quadro 2 – profissional 7).

“O município possui uma equipe de profissionais especializado e capacitados para atendimento” (Quadro 2 - profissional 4).

“A acessibilidade que os pacientes possuem, transporte sanitário até a unidade de atendimento, equipe multidisciplinar completa, quantidade suficientes de profissionais para realizar o atendimento em reabilitação” (Quadro 2 – profissional 5).

“Equipe multidisciplinar completa, quantidade suficientes de profissionais para realizar o atendimento em reabilitação” (Quadro 2 - Profissional 6).

Pinho (2006 apud SILVA E SANTOS, 2012) defende que o trabalho em equipe é estratégico no sentido de trazer uma nova visão do próprio trabalho, também com objetivo de ponderar e avaliar os serviços de cada profissional e suas ações, analisando ainda a individualidade de cada membro e também enquanto equipe, para que a comunicação seja fácil e frequente.

Para Peduzzi *et al.* (2020), o trabalho em equipe é imprescindível, e também se mostra importante para enfrentar a problemática que vem dos vários níveis de complexidade, quer seja dos serviços de saúde, que demandam uma abordagem ampla, quer seja da organização dos sistemas de saúde dispostos em rede. Quando um serviço de saúde se organiza baseado em suas equipes, há a possibilidade de acompanhar e monitorar os territórios e seus usuários de maneira mais efetiva, que estão crescendo devido a mudanças de regiões, com aumento da expectativa de vida e também do perfil da epidemiologia, que muda devido ao aumento das doenças crônicas.

Os profissionais foram unânimes em afirmar que a maior vantagem do município é a possibilidade de contar com uma equipe multidisciplinar completa e atuante, mesmo sem condições adequadas, segundo o que os mesmos relataram. São muitos profissionais atendendo diversos tipos de patologias no município e constataam que um ponto positivo da gestão é a oferta de profissionais disponíveis para atendimento.

“Conseguem fácil o serviço de reabilitação, sem ter que ficar por muito tempo em fila de espera” (Quadro 2 – profissional 9).

“Acredito que como facilidade está a disponibilidade da minha especialidade nas estratégias de saúde da família, mais próximo dos domicílios dos pacientes, com fácil acesso” (Quadro 2 – profissional 13).

“A pessoa com deficiência no município de Presidente Kennedy não precisa se deslocar de sua Unidade Básica de referência para ter acesso à assistência farmacêutica, fisioterápica, psicoterápica e fonoaudiológica, visto que essas especialidades compõem as equipes da Estratégia da Família (no município citado)” (Quadro 2 – profissional 3).

5.1.2 Dificuldades no atendimento aos pacientes com deficiência no município de Presidente Kennedy

Uma das primeiras questões levantadas pelos profissionais foi a infraestrutura, várias vezes citada para demonstrar a ausência de um local adequado para realizar os atendimentos aos pacientes. A maioria dos profissionais entrevistados relatou estar insatisfeito com a estrutura disponível para o atendimento, sendo que dos 14 entrevistados, 8 citaram a falta de estrutura como um problema e impedimento ao bom atendimento, assim como esses profissionais relatam:

“Locais sem estrutura, não planejadas e mal adaptadas, com poucos recursos para o atendimento dos deficientes” (Quadro 2 - Profissional 12).

“Dificuldade: Espaço Físico” (Quadro 2 – profissional 11).

“A grande dificuldade é com estrutura física, locomoção dos pacientes e carro para atendimento domiciliar” (Quadro 2 – profissional 6).

“Estrutura Física para o tratamento em reabilitação” (Quadro 2 – profissional 5).

“O município tem grande arrecadação dos royalties poderia oferecer aos munícipes um centro de reabilitação moderno e qualificado” (Quadro 2 – profissional 8).

De acordo com Moreira *et al.* (2017), é evidente, no dia a dia da Atenção Básica, a necessidade de aprimorar as características físicas e estruturais e também na obtenção de equipamentos e materiais referidos para as práticas em saúde. As equipes de profissionais das unidades sentem a necessidade e a insatisfação no decorrer do trabalho, visto que a proposta é voltada para uma assistência integral ao indivíduo, à família e à comunidade e muitas vezes não é o que ocorre. A estratégia demanda mínimas condições de estrutura, imprescindíveis para a execução das ações que vão muito além do modelo biomédico adotado.

Donabedian (1988) propôs que, para se avaliar a qualidade de um serviço de saúde, é necessário se ater a 3 quesitos que, segundo ele, revelam as condições reais para melhoria dos serviços prestados. São eles: a estrutura, o processo e os resultados, segundo o autor em seu estudo *The Quality of care? How can be Assessed? de 1988. Para Donabedian*, as características da estrutura irão influenciar os resultados dos serviços à medida que são parte importante na construção do desenvolvimento dos processos de cuidado.

Os profissionais relataram, em suas respostas, a falta de materiais adequados para se prestar um bom atendimento aos usuários do serviço de saúde. A ausência de equipamentos novos e materiais com tecnologia moderna influencia na capacidade de atender plenamente um paciente com deficiência física, como mostra o depoimento destes profissionais, que relata que, apesar de terem aporte financeiro suficiente para oferecer um atendimento de ponta, não o realizam devido a ingerência dos recursos disponíveis:

“Falta de interesse de construir um centro de tratamento qualificado para atendimento dos pacientes, sendo assim, transportam os pacientes deficientes até a cidade vizinha para realizar alguns atendimentos especializados (como hidroterapia, equoterapia e outros) que o município jamais teve” (Quadro 2 - profissional 9).

“Locais sem estrutura, não planejadas e mal adaptadas; com poucos recursos para o atendimento dos deficientes” (Quadro 2 – profissional 2).

A ausência de um programa de capacitação voltado para os profissionais da reabilitação foi um dos pontos mais comentados pelos profissionais do município. A gestão em saúde não disponibiliza cursos ou treinamentos que possam possibilitar e promover um ganho em qualidade no tratamento de pessoas com deficiência. Há a necessidade de se realizar um planejamento de cursos e capacitações que possibilitem a inovação e a melhoria nos serviços realizados, como nos mostram esses profissionais da Fisioterapia:

“Falta de incentivo de capacitações pertinentes a ampla área da Fisioterapia, onde pudesse os Fisioterapeutas atenderem a demanda de acordo com as especializações para maior eficácia na evolução do tratamento; Reuniões mensais de equipe para estudo de casos clínicos para que a troca facilitasse o aprendizado mútuo” (Quadro 2 - profissional 8).

“Não capacita os profissionais da saúde para um bom atendimento aos pacientes” (Quadro 2 - profissional 9).

Desde o ano de 1994, o Ministério da Saúde (MS) vem realizando a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) com o objetivo de reorganizar a atenção básica e surgiram vários desafios durante esse período. Um deles é o de desenvolver recursos humanos, a capacitação dos profissionais para conduzir novas práticas com o intuito de reformular a situação sanitária do país. Para trabalhar na formação e educação permanente, o Ministério da Saúde criou os Polos de Capacitação, Forma-

ção e Educação Permanente de Pessoal para Saúde da Família, com parcerias e convênios com Secretarias Estaduais de Saúde e/ou Secretarias Municipais para implementar programas focados no pessoal que trabalha na prestação de serviços em saúde da família (BRASIL, 2004).

O programa foi instituído com o objetivo de integrar ensino-serviço devido a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde da família. Em contrapartida, o Ministério da Saúde, em 2000, destinou incentivos financeiros às universidades e escolas de saúde pública de todo o Brasil, para promover a oferta de cursos de graduação *lato sensu*, em especialização e residência multiprofissional em saúde da família. Estas medidas visaram então, a remodelação do perfil dos profissionais da Atenção Básica (FERREIRA; SCHIMITH; CÁCERES, 2010).

O Ministério da Saúde instituiu o programa de educação continuada e estão disponíveis via *online* diversos cursos de aprimoramento, especialização e capacitação com temas variados, abrangendo patologias comumente encontradas no atendimento dos usuários de saúde. São cursos promovidos em parcerias com instituições de ensino e disponibilizados aos profissionais que atuam na saúde. De acordo com os depoimentos dos profissionais, pode-se notar o desconhecimento dos mesmos em relação às plataformas de ensino disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e de fácil acesso a qualquer interessado.

Nesse sentido, o que se nota é a ausência de informação e integração entre a gestão e os profissionais diretamente ligados aos serviços de saúde do município.

Foi relatado também, por um profissional, a ausência de acessibilidade no restante da cidade, como vemos abaixo:

“Como facilidade, não consigo visualizar grandes pontuações, já que as dificuldades encontradas são muitas como falta de adaptação e acessibilidade na grande maioria dos segmentos como calçadas, equipamentos públicos, estabelecimentos comerciais, restaurantes, ônibus. Talvez como ponto positivo seja uma maior conscientização das necessidades destes pacientes no município, procurando desta forma, incluir estas pessoas ao que o município tem a oferecer, para contribuir com sua reabilitação” (Profissional 1).

Definir acesso como acessibilidade é um equívoco. A acessibilidade fica caracterizada quando se dá o ajustamento entre a oferta e a busca de serviços básicos de saúde pela população. A identificação de obstáculos em diversas dimensões, sejam elas geográficas, culturais, econômicas, sociais, entre outras, ocorre quando aplicamos o princípio da acessibilidade (MISSEL; COSTA; SANFELICE, 2017).

Moreira *et al.* (2017) verificaram, em um estudo realizado no interior de Minas Gerais em 2015, que uma grande parte das unidades do município investigado não apresentam espaço adequado para atendimento de pessoas com deficiência e também para idosos. Esclarecem que as UBS's devem estar preparadas para dar cobertura no atendimento a esses pacientes, promovendo a acessibilidade para estabelecer o acesso aos serviços de saúde. Dessa maneira é crucial que as unidades disponibilizem ambientes adaptados e adequados, inclusive no que se refere a material, equipamentos e instrumentos que vão promover a atenção humanizada e integral a todos os tipos de pacientes, principalmente, os com deficiência.

Para poder avaliar melhor os serviços de saúde na Atenção Básica e destinar recursos para seu desenvolvimento, o Ministério da Saúde criou um sistema de avaliação das estratégias com o objetivo de ampliar o acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O programa vem trazer uma garantia para promover o atendimento de nível nacional, regional e local, de maneira uniforme, permitindo assim melhor transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde (MENDES, 2011).

6 CAPÍTULO 2 - AVALIAÇÃO DA ACESSIBILIDADE E ESTRUTURA DE REABILITAÇÃO

O acesso em saúde significa promover facilidade aos usuários em utilizar os serviços da rede. Segundo Pedraza *et al.* (2018), analisar a acessibilidade utilizando diversas metodologias é importante para o pleno conhecimento da realidade e qualificação dos serviços voltados para a saúde.

Segundo Amaral *et al.* (2017), ter acesso às estruturas de serviços de saúde é primordial para a qualidade de vida dos usuários. Este acesso deve se estender a todos os níveis estruturais, seja nos espaços, ambientes, transportes, comunicação e práticas tecnológicas, promovendo assim, em termos de igualdade, todos os serviços e acessos às pessoas em todos os níveis.

Para avaliar acessibilidade e estrutura de reabilitação no município de Presidente Kennedy, foi realizada uma pesquisa para avaliar a estrutura física das 5 unidades básicas de saúde e do Centro de Fisioterapia onde são realizados os tratamentos de

reabilitação de pessoas com deficiência. Com o intuito de se conhecer a equipe de profissionais que atuam atualmente na Secretaria de Saúde, foi feita uma busca no banco de dados do SUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de saúde (CNES), para que fosse catalogado o total de profissionais envolvidos no serviço de reabilitação atual do município.

Segundo o site do CNES, na Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy estão cadastrados 17 profissionais atuantes no momento da pesquisa. Estes profissionais estão distribuídos nas Estratégias de Saúde da Família (base e apoio) e no Centro de Fisioterapia Municipal, conforme ilustrado na Figura 8.

O município de Presidente Kennedy tem, atualmente, 12 unidades básicas de saúde cadastradas no Programa de Saúde da Família e, aprovadas como Estratégia em Saúde da Família, são somente 5 unidades, localizadas nas localidades de Sede, Marobá, Jaqueira, Mineirinho e Santa Lúcia. As demais unidades são mantidas pela gestão municipal e servem como apoio das estratégias. A pesquisa de acessibilidade está sendo realizada somente nas estratégias cadastradas no governo federal, a critério de inclusão. As demais não foram avaliadas por não serem unidades base (DATASUS).

Figura 8 - Mapa de Presidente Kennedy com as ESF's demarcadas



Fonte: Instituto Jones dos Santos Neves (2020).

Para avaliar a acessibilidade e a estrutura física das unidades onde ocorrem os atendimentos de reabilitação, foi formulado um roteiro de avaliação adaptado de um Manual de Acessibilidade (BRASIL, 2008) para unidades básicas, feito pelo Ministério da Saúde, contendo recomendações de estrutura física de unidades básicas e de um Roteiro de Acessibilidade baseado na Norma Técnica Brasileira (NBR) 9050, que fornece parâmetros de acessibilidade aceitáveis elaborado pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) com o intuito de realizar um comparativo ao que é preconizado e aprovado pelo governo federal para estrutura de instalações de saúde (BRASIL, 2008).

Nos manuais pesquisados é possível encontrar recomendações para execução de projetos de unidades de saúde seguindo os parâmetros exigidos pelo Ministério da Saúde, protocolados pela NBR 9050 da ABNT e originalmente aprovados na Lei nº 10.098/2000, que regulamenta os padrões de acessibilidade em prédios públicos.

Segundo Manual de Acessibilidade do Ministério da Saúde que normatiza as Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2009, p.4), acessibilidade é:

[...] um atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, como também nos serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural.

Este documento vem com o objetivo de apresentar financiamento para promoção de acessibilidade em Unidades Básicas de saúde, visando uma reformulação nos padrões urbanos, recomendando também, aos municípios, que realizem projetos e construções com os parâmetros adequados ao atendimento dos padrões de acesso.

Estes parâmetros são encontrados no Manual de Estrutura Física das Unidades de Saúde/Saúde da Família, que teve sua reedição no ano de 2008 através da Secretaria de Atenção à Saúde. Este Manual orienta as ações dos gestores e profissionais para programar e elaborar projetos de reforma, ampliação e construção de novas unidades, seguindo os padrões de acessibilidade (BRASIL, 2008).

O Manual de Normas é baseado nas referências da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, no Decreto Federal nº 5.296/2004, e também no conjunto de Normas de Acessibilidade da Associação Brasileira de Acessibilidade – ABNT, (NBR 9050) - Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos e outras leis federais, estaduais, municipais e normas brasileiras.

O papel da ABNT (Associação Brasileira de Normas Técnicas) em seu Manual de Acessibilidade é estabelecer critérios e parâmetros técnicos para a realização de projetos, construções, instalações e adaptação de edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos promovendo condições de acessibilidade no transporte, comunicação e prestação de serviços (BRASIL, 2008).

Com o objetivo de avaliar se as Unidades de Saúde e o Centro de Fisioterapia estão de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério de Saúde e dentro dos parâmetros da normativa da ABNT, todas as 5 unidades foram devidamente medidas de acordo com o Roteiro de Acessibilidade Adaptado (APÊNDICE A) sendo dividido em tópicos (calçadas, estacionamento, entradas e saídas, circulação interna, portas e aberturas, sanitários e vestiários, mobiliários) a serem avaliados como acessíveis ou não acessíveis para atendimento ao público com necessidades especiais. Os resultados coletados estão apresentados no Quadro 4 abaixo:

conclusão

MOBILIÁRIO												
Telefone Público		X		X	X			X		X		X
Bebedouros	X		X		X			X		X		X
Assentos Recepção		X		X		X		X		X		X
Balcão de atendimento		X		X		X		X		X		X

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

Arruda, Maia e Alves (2018) alegam que o acesso à saúde é um dos pontos mais importantes quando levamos em consideração a qualidade de vida dos pacientes. A facilidade ao acesso à saúde vai determinar inclusive nas questões de mortalidade e expectativa de vida. É um elemento vital do sistema, que visa a organização dos serviços de saúde, é a porta de entrada para tudo o que vai se suceder a partir daí.

Segundo a Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000 (BRASIL, 2000) que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência de deficiência ou com mobilidade reduzida, diz em seu Art. 2º que:

I - acessibilidade: é a possibilidade e condição de alcance para utilização com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida;

II - barreiras: qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas, classificadas em:

a) barreiras arquitetônicas urbanísticas: aquelas existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;

b) barreiras arquitetônicas na edificação: as existentes no interior dos edifícios públicos e privados;

c) barreiras arquitetônicas nos transportes: as existentes nos meios de transportes;

d) barreiras nas comunicações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa (BRASIL, 2000).

6.1 CATEGORIAS AVALIADAS NA PESQUISA ATRAVÉS DO ROTEIRO DE ACESSIBILIDADE ADAPTADO

As categorias avaliadas durante a realização da pesquisa nas Unidades de Saúde e no Centro de Fisioterapia estão discutidas para melhor entendimento e validação dos resultados. De acordo com as recomendações constantes no Manual de Acessibilidade para Unidades Básicas de Saúde (2012), as informações essenciais aos espaços internos e externos das edificações devem ser sinalizadas de forma visual, tátil, gestual e sonora. Precisam ser autoexplicativas e de fácil leitura a todos, inclusive para pessoas com deficiência. Toda informação deve ser posicionada para que a identificação das funções e serviços disponibilizados nos ambientes seja fácil. Em edificações públicas deverão ser sinalizados os elementos essenciais, tais como: acesso, recepção, portas, circulação horizontal e vertical, sanitários e rotas de fuga. São elas:

a) Calçadas

A NBR 9050/ABNT define como **Rota Acessível** o trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, que liga todos os ambientes, externos ou internos de espaços e edificações, e que também pode ser usado de forma independente, com autonomia e segurança por todas as pessoas, inclusive aquelas com deficiência (BRASIL, 2012).

Durante a pesquisa foi observado que nas 5 unidades de saúde são encontradas calçadas com piso demarcado, porém, sem respeitar a inclinação, já no Centro de Fisioterapia, a calçada é de padrão normal, sem acessibilidade. A largura média encontrada é de 1,30m, estando dentro da média. Observa-se a demarcação de obstáculos, porém, fora dos níveis em todo o percurso. A maioria das calçadas analisadas não apresentou rampa de acesso, somente as unidades de Santa Lúcia e Mineirinho reformadas recentemente.

Figura 9 – Fotos das entradas das unidades Santa Lúcia e Sede



Fonte: Elaborada pela autora (2020)

b) Estacionamento

Foi observada somente uma unidade com estacionamentos, a unidade da Sede possui dois estacionamentos, porém, nenhum com vagas demarcadas para pessoa com deficiência e sem sinalização obrigatória. Atualmente só um estacionamento na unidade Sede está aberto devido às obras no entorno da unidade que impedem o acesso ao outro. Nenhum destes está sinalizado adequadamente. O piso do estacionamento que está em uso não é antiderrapante nem sinalizado e não nivelado como exigido pelo Manual de Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde, do Ministério da Saúde. Nas unidades de Marobá, Santa Lúcia, Mineirinho e no Centro de Fisioterapia não há estacionamento nos entornos das unidades.

Figura 10 – Foto da chegada da Unidade Santa Lúcia



Fonte: Elaborada pela autora (2020)

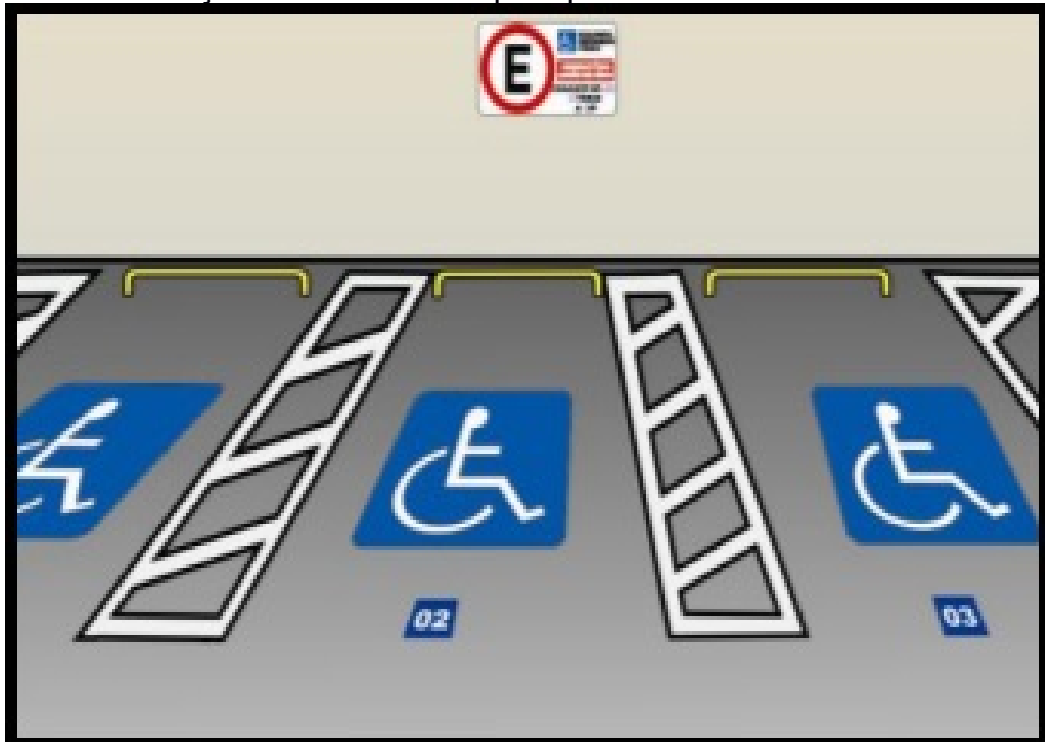
Segundo o Decreto Federal 5.294/2004, é assegurada no mínimo 1 vaga em locais próximos à entrada principal ou ao elevador, de fácil acesso à circulação de pedestres, com especificações técnicas de desenho e traçado conforme o estabelecido nas normas técnicas de acessibilidade da ABNT e nos estacionamentos externos ou internos das edificações de uso público ou de uso coletivo, ou naqueles localizados nas vias públicas, serão reservados, pelo menos, 2% (dois por cento do total de vagas) para veículos que transportem pessoa com de deficiência física ou visual (BRASIL, 2004).

Figura 11 – Placa sinalização estacionamento para pessoa com deficiência



Fonte: Manual de acessibilidade de Unidades Básicas de Saúde (2012).

Figura 12 - Sinalização estacionamento para pessoas com deficiência



Fonte: Manual de acessibilidade de Unidades Básicas de Saúde (2012)

c) Entradas e Saídas

Em relação ao critério de Entradas e Saídas, todas as unidades pesquisadas possuem duas entradas, sendo que a central é destinada aos usuários e a lateral é, preferencialmente, usada pelos funcionários, exceto o Centro de Fisioterapia. Os vãos e portas foram colocados de acordo com os parâmetros da NBR 9050 (0,90m no mínimo), porém, não apresentam piso antiderrapante nem piso tátil. Nas 5 unidades, as entradas possuem escadas e as rampas não têm corrimão. No Centro de Fisioterapia a entrada é fora dos padrões de acessibilidade, pois o local é alugado pela prefeitura e não foi planejado para ser clínica de atendimento. As unidades não possuem catraca e o acesso às dependências é controlado pelos funcionários da recepção e vigilantes. As rampas de acesso não atendem aos padrões de acessibilidade recomendados, pois não apresentam corrimão e nem piso antiderrapante com sinalização.

Segundo o Manual de Acessibilidade nas Unidades Básicas de Saúde, os degraus e escadas deveriam estar associados à rampa ou equipamento de transporte vertical. Os corrimãos deveriam ser instalados, em rampas e escadas, em ambos os lados, a duas alturas: 0,92m e 0,70m do piso, medidos da face superior do corrimão até o piso. Eles deveriam ser contínuos, sem interrupção nos patamares das escadas. Os corrimãos laterais devem prolongar-se pelo menos 30cm antes do início e após o término da escada, sem interferir com áreas de circulação (BRASIL, 2012).

Figura 13 - Fotos Entradas das Unidades Sede, Jaqueira e Santa Lúcia



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

d) Circulação Interna

Os corredores das unidades pesquisadas são amplos, porém, não há demarcação de barreiras e rotas, nem sinalização, conforme recomenda o Manual de Acessibilidade (BRASIL, 2012). Nenhum corredor ou escada apresentam corrimão e o piso não é antiderrapante, nem sinalizado. Não há capachos nas portas de acesso às salas. No Centro de Fisioterapia não há demarcação de corredores, são 2 salões amplos com os equipamentos dispostos para o melhor atendimento ao público.

Figura 14 - Fotos dos corredores internos Unidades Sede, Santa Lúcia, Jaqueira e Mineirinho



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

e) Portas e aberturas

As portas das entradas principais são de vidro, amplas e permanecem abertas durante todo o expediente de trabalho das 7 às 16 horas. Não há rotas sinalizadas. Os vãos das portas são amplos, porém as portas não têm sinalização. As maçanetas são do tipo tradicionais, alavancas, somente as das entradas principais são do tipo vertical, com puxadores e estão na altura padronizada entre 0,90 e 1,10m. Os dispositivos estão a uma altura fora dos padrões exigidos, como os interruptores (0,60 a 1,00m). Não há visores de porta e não há alarmes.

De acordo com o Manual de acessibilidade (BRASIL, 2012), as portas precisam apresentar condições de serem abertas com um único movimento e as alavancas acessíveis na altura entre 0,90 e 1,10m. Também precisam estar localizadas em rotas acessíveis e é recomendado que tenham na parte de baixo algum revestimento que seja resistente a impactos de bengalas, muletas ou cadeiras de rodas, a uma altura de 0,40m do chão.

Figura 15 - Fotos das portas das Unidades Sede e Jaqueira



Fonte: Elaborada pela autora (2020)

f) Sanitários e vestiários

Nas unidades existem banheiros para funcionários e usuários. O banheiro para idosos e pessoas com deficiência da Unidade Sede encontra-se interditado devido à uma infiltração no teto, o que ocasionou a queda do gesso e sem previsão de reforma. Nos banheiros de uso comum as portas são de padrão comum, menores que as portas de acessibilidade exigidas. Não há barras de apoio, nem sanitários adaptados. As torneiras são de acionamento manual, de padrão comum, a altura das papeleiras (1,30m) e saboneteiras é fora dos padrões determinados. Não possuem espaço de manobras e sinalização. O lavatório é mais alto que o padrão exigido (0,80m), assim como os interruptores.

Figura 16 - Fotos dos banheiros das unidades Jaqueira, Sede, Mineirinho



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

g) Mobiliários

O Manual de Acessibilidade (BRASIL, 2012) recomenda que todos os elementos do mobiliário interno, como móveis, bebedouros, guichês, balcões de atendimento entre outros, devem estar em locais acessíveis, garantindo às pessoas com deficiência as áreas de aproximação e manobra e as faixas de alcance manual, visual e auditivo.

Em relação aos mobiliários pesquisados, observou-se que os telefones públicos estão nas recepções ou nas entradas das unidades, fora dos prédios, em uma altura não recomendável a cadeirantes, não possuem adaptação para deficientes visuais ou auditivos. Os balcões nas entradas não possuem a altura recomendada, encontram-se mais alto que o recomendado em todas as unidades pesquisadas.

Conforme recomendado pela ABNT na NBR 9050, deverão ser sinalizados com piso tátil de alerta todos os obstáculos suspensos entre 0,60 m e 2,10 m de altura do piso acabado, que tenham o volume maior na parte superior do que na base. A superfície a ser sinalizada deve exceder em 0,60m a projeção do obstáculo, em toda a superfície ou somente no perímetro desta (BRASIL, 2012).

Figura 17 - Fotos das Recepções das Unidades Sede e Santa Lúcia



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

6.1.1 Dados estruturais e recursos humanos das Estratégias em Saúde da Família pesquisadas

No decorrer da pesquisa foi observado que em todas as unidades de saúde e no Centro de Fisioterapia há a ausência da maioria dos critérios de acessibilidade exigidos pela lei federal 10.900/2000, o que desperta a necessidade de reformulação das estruturas de serviços de saúde oferecidos. Os dados foram coletados no site do DATASUS, MS (BRASIL, 2020).

1) Estratégia em Saúde da Família Sede

A unidade de Saúde da Sede é a maior do município de Presidente Kennedy, e fica no Centro da cidade e foi cadastrada em 17 de dezembro de 2003 como estratégia em saúde. Possui 2 equipes de Saúde da Família (médico, enfermeiro, dentistas, técnico em enfermagem, auxiliar de dentista), 7 agentes de saúde e conta com sala de vacina (enfermeiro e 2 técnicas em enfermagem) e auditório. A equipe de reabilitação que atende atualmente conta com 1 fonoaudiólogo, 2 fisioterapeutas e 3 psicólogos. O fonoaudiólogo realiza atendimento ambulatorial, domiciliar e triagens neonatais (Teste de Orelhinha). Os fisioterapeutas atendem somente em domicílio, pois a unidade não possui sala de fisioterapia. O psicólogo atende somente na modalidade ambulatorial. A unidade possui também 1 nutricionista para atendimento ambulatorial. A unidade ainda possui 2 motoristas que dirigem 1 carro e 1 van para atender as demandas das equipes, 1 gerente administrativo, 1 recepcionista, 2 auxiliares de limpeza e 1 vigilante. Conta com recepção, sala de triagem, sala de curativo, 2 salas para atendimento médico, 2 salas de dentista, auditório, 7

banheiros em uso e 1 interditado (banheiro adaptado), cozinha, sala de terapia, sala de vacina, 2 salas de enfermagem, 2 salas de atendimento geral (nutrição, psicologia e fonoaudiologia), sala de administração e 2 estacionamentos.

2) Estratégia em Saúde da Família Santa Lúcia

A unidade de Santa Lúcia fica no interior de Presidente Kennedy, na comunidade de Santa Lúcia, cadastrada em 17 de dezembro de 2003, conta com 1 equipe de Saúde da Família completa com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 2 agentes de saúde, 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo e 1 farmacêutico. Estes profissionais realizam atendimento tanto ambulatorial quanto domiciliar. A unidade também conta com 1 motorista, 2 auxiliares de limpeza e 1 recepcionista, 1 gerente administrativo e 1 vigilante.

Esta unidade foi reformada recentemente e conta com a melhor estrutura, porém, não baseada nos critérios de acessibilidade atualmente preconizados. Conta com recepção, sala de atendimento médico, sala de triagem, sala de curativo, cozinha, banheiro para funcionários e pacientes, sala de fisioterapia, sala de dentista, sala da enfermagem com almoxarifado e sala da farmácia.

3) Estratégia em Saúde da Família Mineirinho

A unidade Cícero Batista fica na localidade de Mineirinho, a uns 6 km de distância do Centro de Presidente Kennedy. Foi cadastrada como Saúde da Família em 23 de abril de 2007 e conta com 1 equipe em Saúde da Família composta por 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista e 6 agentes de saúde. Na equipe de apoio tem 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 farmacêutico, além de 1 motorista, 1 recepcionista e 1 gerente administrativo.

A unidade possui recepção, banheiros públicos feminino e masculino, sala de triagem, sala de curativo, sala de enfermagem, sala de atendimento médico, auditório, cozinha, banheiro de funcionários, área externa, sala de dentista.

4) Estratégia em Saúde da Família Jaqueira

A unidade Eliomar Barreto dos Santos fica localizada na entrada da comunidade de Jaqueira, que foi cadastrada em 03 de dezembro de 2004 como Estratégia em Saúde da Família. Possui 17 profissionais atuando, entre eles: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 técnico em enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 5 agentes de saúde, 1 gerente, 1 motorista, 1 nutricionista e 1 farmacêutica. Possui recepção, banheiro público para pacientes, sala de enfermagem, sala de atendimento médico, auditório, sala de farmácia, sala de triagens e curativo, sala de dentista, cozinha, 2 banheiros para funcionários.

5) Estratégia em Saúde da Família Marobá

A unidade de Marobá fica localizada na Praia de Marobá no centro da localidade. Conta com 1 equipe completa de PSF com 1 médico, 1 dentista, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 auxiliar de dentista, 5 agentes de saúde, 1 auxiliar de enfermagem, 1 gerente e 1 motorista. Também atendem na unidade 1 fisioterapeuta, 1 psicólogo, 1 fonoaudiólogo, 1 nutricionista e 1 farmacêutico. A unidade possui recepção, banheiros públicos feminino e masculino, sala de triagem, sala de enfermagem, sala de curativos, sala de atendimento médico, sala de atendimento geral, sala de dentista, banheiros de funcionários masculino e feminino, cozinha e garagem.

6) Centro de Fisioterapia

O Centro de Fisioterapia fica localizado no centro de Presidente Kennedy, conta com 6 fisioterapeutas que atuam ambulatoriamente em patologias neurológicas e motoras. Possui também 1 coordenador, 1 recepcionista e 1 carro com motorista. O Centro possui 2 salões amplos onde estão os equipamentos e materiais para atendimento ao público e também conta com 1 recepção, cozinha adaptada e banheiro para funcionários e pacientes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui realizado trouxe a possibilidade de desnudar as dificuldades e facilidades em se realizar a reabilitação para pessoas com deficiência no município de Presidente Kennedy no interior do Espírito Santo. Através das pesquisas realizadas, ficou claro que a luta pela igualdade de direitos sociais e de saúde desses atores ainda está longe de ter um fim. Os problemas encontrados no decorrer da pesquisa, como falta de acesso e estrutura de atendimento dentro dos padrões preconizados pelas políticas públicas nacionais demonstram que as mudanças e transformações a serem realizadas ainda são muitas e só reforçam o fato de que a qualidade de vida que pessoas com deficiência almejam ainda é uma utopia.

No Brasil, a luta pela igualdade de direitos de saúde ainda é tema de debates sociais, a desigualdade está em todos os níveis do sistema de saúde, ainda que um dos pilares do Sistema Único de Saúde seja a equidade na cobertura e no acesso aos serviços pelos usuários. Pessoas com deficiência deveriam ter os mesmos direitos do que as que não possuem deficiência, porém não têm acesso a esses serviços de forma ampla e integral.

Ao longo dos anos as transformações ocorridas nas políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência proporcionaram uma legislação rica e abrangente, porém, as políticas ainda não são corretamente implementadas e cumpridas na prática. Muito foi conquistado desde a implantação do SUS, após a Reforma Sanitária, contudo ainda podemos perceber que as políticas públicas não são implementadas corretamente de maneira eficaz e efetiva.

No primeiro capítulo foi abordada a questão dos profissionais atuantes no município. Nessa primeira parte foram revelados dados sobre os profissionais envolvidos na reabilitação, suas características e avaliações sobre a estrutura do serviço ofertado pelo município. Os profissionais responderam a uma pergunta aberta onde relataram respostas, que depois de analisadas, mostraram que o município ainda necessita de infraestrutura adaptada e material para a equipe trabalhar com mais eficiência e ofertar um serviço de melhor qualidade, além de capacitação e integralidade no serviço. Em relação às facilidades, os profissionais apontaram o quantitativo de trabalhadores disponíveis no atendimento e a facilidade em obter acesso aos mesmos.

No segundo capítulo foi avaliada a estrutura física das unidades de atendimento e Centro de Fisioterapia com o objetivo de revelar os possíveis problemas de acessibilidade que podem dificultar o acesso aos serviços. As unidades foram medidas e analisadas com base em roteiros registrados, que mostraram que o problema da acessibilidade é grande e ainda carece de soluções e alternativas com urgência.

Com a realização do estudo, veio o convite da Secretaria de Saúde de Presidente Kennedy para que esta profissional assumisse a representação do Grupo Condutor Regional Sul do ES para Implementação da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, onde serão realizadas reuniões e encontros com o objetivo de desenvolver a rede de serviços regionais no Sul do Estado do Espírito Santo, implementando ações, políticas públicas e melhorando o sistema de atendimento da rede.

A visibilidade da pesquisa proporcionou também o convite para encontros com representantes da Câmara Municipal de Presidente Kennedy junto à procuradoria desta casa para rever e implementar a legislação sobre acessibilidade nos prédios públicos do município.

Toda a pesquisa mostrou para o poder público que são muitos os desafios para se chegar à oferta de um serviço de qualidade e que esteja dentro dos padrões ideais que preconiza a legislação atual. A gestão municipal tem um longo trabalho pela frente e esta pesquisa tem o objetivo de fornecer dados para que a mudança seja efetiva.

REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. **NBR 10520**: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2000.

AMORIM, Érico Gurgel; LIBERALI, Rafaela; MEDEIROS NETA, Olívia Moraes. Avanços e Desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **Revista HOLOS**, [S.1], v.1, p 224-236, fev. 2018. ISSN 1807-1600. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775> Acesso em: 30 abr. 2019.

AMORIM, Joyce Fernanda Guirlanda de; RAFANTE, Heulália Charalo, CAIADO, Kátia Regina Moreno. A organização política das pessoas com deficiência no Brasil e suas reivindicações no campo educacional. **Revista Educação Especial**, v. 32, e108/, p. 1-26, 2019. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/51927> Acesso em: 19 jul. 2020.

ARAÚJO, Cláudio Márcio de; OLIVEIRA, Maria Cláudia Santos Lopes de; ROSSATO, Maristela. O Sujeito na Pesquisa Qualitativa: Desafios da Investigação dos Processos de Desenvolvimento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 33, e33316, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100702&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 mar. 2021

ARRUDA, Natália Martins; MAIA, Alexandre Gori; ALVES, Luciana Correia. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00213816, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000605003&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 out. 2020.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. São Paulo: Edições 70, 2011.

OLIVER, Michael; BARNES, Colin. **The News politics of disablement**. New York: Palgrave Macmillan, 2012.

BERNARDES, Liliane Cristina Gonçalves et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, fev. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 ago. 2019.

BERNARDES, Carolina Luiza et al. Agravos à saúde dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição pública de ensino. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 677-683, ago. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000400677&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, Disponível em: Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. 18 jul. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. SUS. Brasília, Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm#:~:text=D3298&text=DECRETO%20N%C2%BA%203.298%2C%20DE%2020,prote%C3%A7%C3%A3o%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 24 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acessibilidade em Unidades Básicas de Saúde**. Brasília, 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/sismob/recomendacoes_acessibilidade.pdf. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. **Decreto-legislativo nº 186, de 2008**. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/congresso/dlg/dlg-186-2008.htm. Acesso em: 18 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família – 2. ed. – Brasília, 2008. 52 p.** (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.** 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 16p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0327_M.pdf. Acesso em: 17 jun. 2019.

BRASIL. **Portaria 1.060, de 5 de junho de 2002.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 25 mai 2020.

BRASIL. **Lei nº 10.690, de 16 de junho de 2003.** Reabre o prazo para que os Municípios que refinanciaram suas dívidas junto à União possam contratar empréstimos ou financiamentos, dá nova redação à Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.690.htm#:~:text=1o%20%C3%A9%20considerada%20pessoa,simult%C3%A2nea%20de%20ambas%20as%20situa%C3%A7%C3%B5es. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Departamento de Gestão da Educação na Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 14 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Resultados Preliminares da Amostra/Censo 2010.** Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília. 2010. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm. Acesso em: 28 abr. 2019.

BRASIL. DATASUS. **Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.** Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: 22 ago. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência Comentada.** Brasília, 2008. Disponível em: http://www.stf.jus.br/repositorio/cms/portaITvJustica/portaITvJusticaNoticia/anexo/Convencao_Comentada.pdf. Acesso em: 04 ago. 2019.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. Organização das Nações Unidas – ONU. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm Acesso em: 3 maio 2019.

BRASIL. **Portaria 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). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 abr. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Brasília 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 10 maio 2018.

BRASIL. **Seminário Nacional sobre Deficiência e Funcionalidade transitando do modelo Médico para o Biopsicossocial, realizado em 21 de novembro de 2014**.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. 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, 20 dez. 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm. Acesso em: 25 ago. 2019.

BRASIL. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 3 maio 2019.

BRIGNOL, Paula *et al.* Viver com deficiência física e o papel da rede de apoio. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, e. 195, 2018. Acesso em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1957/1946>; Acesso em: 21 maio 2020.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: How can it be assessed? **JAMA**, V. 260, N. 12, p. 1743-7448, 1988. Doi: 10.1001/jama.88.03410120089033. Acesso em: 16 fev. 2021.

DUBOW, Camila; GARCIA, Edna Linhares; KRUG, Suzane Beatriz Frantz. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 455-467, jun. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000200455&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021.

FERNANDES, Idília. Dialética dos Grupos na Perspectiva da Diversidade Humana e da Sociedade de Classes. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 1, p. 142-159, 13 jul. 2017. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/27514>. Acesso em: 09 out 2020.

FERNANDES, Idília. A diversidade da condição humana: deficiências/diferenças na perspectiva das relações sociais. 2002. 244 f. **Tese (Doutorado em Serviço Social)** – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2002. Disponível em: [Tese_de_Doutorado_2003_Idilia_Fernandes.pdf](#). Acesso em: 18 ago. 2020.

FERNANDES, Idília; LIPPO, Humberto. Política de acessibilidade universal na sociedade contemporânea. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 281 - 291, 20 dez. 2013. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/14819/10740>. Acesso em: 17 abr. 2021.

FERNANDEZ, Idília; PINHEIRO, Humberto Conceição Lippo. O desafio da acessibilidade universal para as políticas públicas contemporâneas. *In*: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, Maranhão, 2015. **Anais....** Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo8/o-desafio-da-acessibilidade-universal-para-as-politicas-publicas-contemporaneas.pdf> Acesso: 18 ago. 2020.

FERREIRA, Maria Evanir Vicente; SCHIMITH, Maria Denise; CACERES, Nilton Carlos. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, ago. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500035&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 14 fev. 2021. .

FIGUEIREDO, Marília Z. A.; CHIARI, Brasília M.; GOULART, Bárbara N. G. de. Discurso do Sujeito Coletivo: uma breve introdução à ferramenta de pesquisa qualiquantitativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 25, n. 1, abr. 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/14931>. Acesso em: 3 ago. 2020.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de; ANDERLE, Paula. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. **CoDAS**, São Paulo, v. 32, n. 2, e20190120, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822020000200201&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021.

HOCHMAN, Gilberto; ARRETCHE, Marta Teresa da Silva; MARQUES, Eduardo Cesar. **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: 10 jul. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.- **Cidades**, 2017. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/historico>. Acesso em: 3 fev. 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.- **Cidades: Presidente Kennedy. Panorama**. 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/es/presidente-kennedy/panorama>. Acesso em: 3 fev. 2021.

IJSN. Instituto Jones dos Santos Neves. **Painel de Indicadores - PIB Municipal. Presidente Kennedy, Espírito Santo**. 2018. Disponível em: <http://www.ijsn.es.gov.br/indicadores/pib-municipal>. Acesso em: 3 fev. 2021.

LANNA JÚNIOR, MARTINS Mário Cléber. **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. Disponível em: https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/211/o/Hist%C3%B3ria_do_Movimento_Pol%C3%ADtico_das_Pessoas_com_Defici%C3%Aancia_no_Brasil.pdf?1473201976 Acesso em: 28 set. 2019.

MACHADO, Wiliam César Alves et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 27 ago. 2018.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed., **São Paulo**: Hucitec, 2013.

MISSEL, Aline; COSTA, Cassia Cinara da; SANFELICE, Gustavo Roes. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 575-597, ago. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000200575&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021.

MOREIRA, Kênia Souto et al. Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e equipamentos para ações na Atenção Básica. **Cogitare Enfermagem**, v. 22, n. 2, jun. 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51283>. Acesso em: 17 out. 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: **SEDPcD**; 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf?sequence=4. Acesso em: 23 ago. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos do Homem**. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III) da Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Ministério da Justiça. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/direitoshumanos/declaracao>. Acesso em: 07 ago. 2019.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Resolução 37/52, de 3 de dezembro de 1982**. Institui o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: http://www.faders.rs.gov.br/index.php?id=externo&link=http://www.educacaoonline.pro.br/doc_programa_de_acao.asp. Acesso em: 18 abr. 2021.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2007. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2020.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2020.

AMARAL, Adáise Passos Souza et al. Acessibilidade nas unidades de saúde da família. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 11, p. 4638-4644, out. 2017. ISSN 1981-8963. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231204>>. Acesso em: 13 jun. 2021. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i11a231204p4638-4644-2017>.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 923-933, mar. 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300923&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 1 nov. 2020.

PEDUZZI, Marina et al. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0024678, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000400401&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 out. 2020.

PEREIRA, Juarez de Souza. MACHADO, William César Alves. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online], v. 26, n. 03, p. 1033-1051, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000301033. Acesso em: 24 jun. 2019.

PIMENTEL, Mariana Couto; PIMENTEL, Susana Couto. Acessibilidade como um Direito Fundamental: uma análise à luz das leis federais brasileiras. **Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 13, n. 1, p. 75-102,

maio 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/download/27961/pdf>. Acesso em: 25 ago. 2019.

PMPK – 2017 - Presidente Kennedy (ES). **Prefeitura**, 2017. Disponível em: <http://presidentekennedy.es.gov.br/pagina/5/Historia.html>. Acesso em: 23 jul. 2017.

PRATES, Jane Cruz. **O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária.** Disponível em: https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/7985/2/O_metodo_marxiano_de_investigacao_e_o_enfoque_misto_na_pesquisa_social_uma_relacao_necessaria.pdf. Acesso em: 25 jun. 2020.

PRESIDENTE KENNEDY (ESPÍRITO SANTO). In: WIKIPÉDIA, a enciclopédia livre. Flórida: Wikimedia Foundation, 2019. Disponível em: <>. Acesso em: 09 ago 2020.

RESENDE, Ana Paula Crosara de; VITAL, Flávia Maria de Paiva. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada.** Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008. Disponível em: <https://prceu.usp.br/usplegal/wp-content/uploads/2014/10/A-conven%C3%A7%C3%A3o-sobre-os-direitos-das-pessoas-com-defici%C3%Aancia-comentada.pdf>. Acesso em: 4 jun. 20

SILVA, Gelson Aguiar da et al. Avaliação funcional de pessoas com lesão medular: utilização da escala de independência funcional - MIF. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 4, p. 929-936, dez. 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000400025. Acesso em: 4 jun. 2020.

SILVA, Lucimara Alves; SANTOS, Jair Nascimento. Concepções e práticas do trabalho e gestão de equipes multidisciplinares em saúde. **Revista de Ciências da Administração.** Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2012v14n34p155/23433> Acesso em: 18 out 2020.


SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, n.16, p. 20-45, dezembro de 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a03n16>. Acesso em: 6 maios 2020.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 417-434, jun. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200417&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 17 abr. 2021.

TAQUETTE, Stella Regina; MINAYO, Maria Cecília. Ensino-Aprendizagem da Metodologia de Pesquisa Qualitativa em Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, n. 1, p. 60 – 67, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbem/v39n1/1981-5271-rbem-39-1-0060.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2021.

TROMBETTA, Ana Paula et al. Experiências da equipe de centro de reabilitação - o real do trabalho como questão ética. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 446-453 set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0446.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2020.

TUON, Lisiane; CERETTA, Luciane Bisognin. **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. Tubarão, SC: Copiart, 2017.



Um olhar sobre o serviço de reabilitação para pessoas com deficiência em um município do Sul do ES

*Obrigatório

Endereço de e-mail *

Seu e-mail _____

ACEITO *

CONCORDO

NÃO CONCORDO

ACEITO *

CONCORDO

NÃO CONCORDO

APÊNDICE

APÊNDICE
A
ROTEIRO
DO

FORMULÁRIO DE QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS



EMESCAM

Tradição e Conhecimento em Saúde

INICIAIS: *

Sua resposta

DATA *

Data

dd / mm / aaaa

IDADE: *

Sua resposta

LOCAL DE TRABALHO: *

Sua resposta

SEXO: *

- Feminino
- Masculino

Pergunta1) Quais são as facilidades e as dificuldades para a reabilitação de pacientes com deficiência no município? *

Sua resposta

Enviar

Página 1 de 1

APÊNDICE B - ROTEIRO BÁSICO PARA VISTORIA CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DE ACESSIBILIDADE EM UNIDADES DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY

Aluna responsável: Juliana Peçanha Piassi

Orientadora: Prof^a Dr^a Maressa Cristiane Malini Lima

Local da pesquisa: _____

Data: _____

DESCRIÇÃO DE ACORDO COM A NORMA TÉCNICA/LEGISLAÇÃO	SIM	NÃO
--	-----	-----

1) CALÇADAS

- a) possui faixa livre para pedestre com largura mínima de 1,5 metro sendo admissível 1,20metros?
- b) A inclinação transversal de, no máximo, 3%?
- c) é nivelada com os lotes vizinhos?
- d) os desníveis entre o lote e o nível da calçada são vencidos sempre no interior do lote?
- e) O nível da calçada respeita sempre o meio-fio instalado, sem sobreposição de piso ou descaracterização deste nível?
- f) A inclinação longitudinal da calçada acompanha sempre o reide da via?
- g) os lotes e edificações localizam-se em ruas cuja inclinação da via é menor que 14%?
- h) na ausência da linha guia (estacionamento, acessos, etc.) existe sinalização com piso tátil (recomendado o direcional) para balizamento das pessoas com deficiência visual?
- i) Obstáculos aéreos, como marquises, placas, toldos e vegetação estão localizados a uma altura superior a 2.10m?
- j) é livre de obstáculos no piso que comprometa a rota acessível?

1.1 QUANTO AO PISO UTILIZADO:

- a) É antiderrapante?
- b) É contínuo, sem ressaltos ou depressões?
- c) É regular, estável e não trepidante?

2) ESTACIONAMENTO

- a) Verifique se as vagas reservadas estão de acordo com as normas de acessibilidade:
- b) Estão localizadas próximas ao acesso principal do edifício?
- c) Possuem dimensões mínimas de 2,50 m por 5,50 m, com faixa adicional de 1,20 m?
- d) Possuem sinalização horizontal de 1,70 m por 1,70 m pintada no piso?
- e) A sinalização está em conformidade com as dimensões e cores padronizadas?
- f) Possuem rebaixamento de guia no alinhamento da faixa de circulação no caso de vaga externa?
- g) Quantas vagas existem no local?
- h) Destas, quantas são consideradas acessíveis?
- i) O número de vagas reservadas está de acordo com as exigências?
- j) As vagas adaptadas estão localizadas em rota acessível?

3) ENTRADAS E SAÍDAS

Verifique se as entradas e saídas estão de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Os pisos possuem superfície regular, firme, contínua, estável e antiderrapante sob quaisquer condições climáticas?
- b) Possuem percurso livre de obstáculos, com largura mínima de 1,20 m?
- c) As grelhas e juntas de dilatação são transversais à direção do movimento, embutidas no piso e com vão máximo de 1,5 cm?
- d) No caso de catracas ou cancelas, ao menos uma é acessível às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida?
- e) Em edificações novas: todas as entradas e saídas estão em nível ou possuem rampas ou equipamentos eletromecânicos?
- f) Em edificações existentes: a distância máxima de percurso real da entrada principal (não acessível) até a entrada acessível é inferior a 50 m?
- g) Possuem piso tátil de alerta para sinalização e indicação de desnível?

- h) Possuem piso tátil de alerta para obstáculos suspensos a mais de 60 cm do piso?
- i) Possuem Símbolo Internacional de Acesso - SIA para indicar, localizar e direcionar adequadamente a pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida para a rota acessível?

Verifique se a rampa de acesso à edificação está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) A rampa possui largura mínima de 1,20 m/?
- b) O patamar possui no mínimo 1,20 m de comprimento?
- c) A rampa possui inclinação máxima de 8,33%, atendendo ao desnível máximo por segmento de rampa exigido? (Obs.: a inclinação de 8,33% significa que são necessários 12 m de rampa)
- d) Possui paredes laterais ou rodapé como guia de balizamento?
- e) A rampa possui piso tátil de alerta com largura entre 0,25 m e 0,60 m, localizado antes do início e após o término da rampa?
- f) O piso tátil de alerta está distante no máximo 0,32 m do início e do final da rampa?

Verifique se o corrimão da rampa está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) A rampa possui corrimão contínuo nos dois lados?
- b) Há sinalização em Braille informando sobre os pavimentos, no início e no final da rampa, instalada na face superior do prolongamento horizontal do corrimão?
- c) Este corrimão é duplo com alturas respectivas de 0,70 m e 0,92 m?
- d) Possui prolongamento de 0,30 m nas extremidades, mantendo as mesmas alturas?
- e) Possui diâmetro entre 3,0 cm e 4,5 cm?
- f) Permite passagem contínua da mão?
- g) Nas rampas com mais de 2,40 m de largura há um corrimão central, além dos laterais?

Verifique se a escada de acesso à edificação está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) A escada possui largura mínima de 1,20 m?
- b) O patamar possui comprimento mínimo de 1,20 m?
- c) Todos os degraus possuem sinalização visual em cor contrastante nas bordas do piso, com comprimento mínimo de 20 cm e largura entre 2 cm e 3 cm?
- d) A escada possui espelho vazado?

Verifique se o piso tátil da escada está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) A escada possui piso tátil de alerta com largura entre 0,25 m e 0,60 m localizado antes do início e após o término da escada?
- b) Este piso tátil está distante no máximo 0,32 m do início e após o fim da escada?
- c) Verifique se o corrimão da escada está de acordo com as normas de acessibilidade:
- d) A escada possui corrimão contínuo nos dois lados?
- e) Há sinalização em Braille informando sobre os pavimentos, no início e no final da escada, instalada na face superior do prolongamento horizontal do corrimão?
- f) Este corrimão possui altura de 0,92 m?
- g) Possui prolongamento de 0,30 m nas extremidades, mantendo a altura de 0,92cm?
- h) Possui diâmetro entre 3,0 cm e 4,5 cm?
- i) Permite passagem contínua da mão?
- j) Na escada com mais de 2,40 m de largura há um corrimão central, além dos laterais?

4) CIRCULAÇÃO INTERNA

Verifique se a circulação interna está de acordo com as normas de acessibilidade:

Tipo de uso do corredor

Extensão do corredor: Largura mínima admitida (Sim) (Não) não é o caso ()

Comum Até 4,00 m 0,90 m Comum Até 10,00 m 1,20 m Comum Público Superior a 10,00m 1,50 m 1,50 m

- a) O piso possui superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição?
- b) Os capachos estão embutidos no chão, não ultrapassando 0,5 cm de altura?
- c) Os tapetes são evitados nas rotas acessíveis?
- d) As barreiras suspensas (orelhões, balcões, bebedouros, fundo de escada, etc.) abaixo de 2,10 m, na rota acessível, são sinalizadas com piso tátil de alerta ou possuem barreira arquitetônica em sua projeção?
- e) Existe rota acessível para pessoas em cadeira de rodas interligando os pavimentos de uso coletivo ou público?
- f) Os desníveis entre 0,5 cm e 1,5 cm possuem acabamento chanfrado na proporção de 1:2?

5) PORTAS E ABERTURAS

Verifique se as portas estão de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Nos ambientes comuns, como sanitários, salas de reunião, saídas de emergência e outros, as portas possuem sinalização visual e tátil?
- b) Todas possuem área de aproximação lateral (60 cm para puxar e 30 cm para empurrar)?
- c) Todas possuem fácil abertura, não exigindo esforços para utilização?
- d) Em portas de correr, os trilhos ou guias inferiores estão nivelados com a superfície do piso ou com desnível inferior a 0,5 cm?
- e) Verifique se os vãos estão de acordo com as normas de acessibilidade:
- f) Todas as portas e vãos de passagem possuem largura livre mínima de 0,80 m?
- g) Verifique se as maçanetas estão de acordo com as normas de acessibilidade:
- h) Todas as maçanetas são do tipo alavanca? Estão a uma altura entre 0,90 m e 1,10 m do piso acabado?
- i) Verifique se os puxadores (barras com diâmetro entre 3,0 e 4,5 cm) estão de acordo com as normas de acessibilidade:

- j) Todas as portas de sanitários, vestiários e salas acessíveis possuem puxador horizontal? Estão a uma altura de 0,90 m de eixo a piso? O comprimento é igual à metade da largura da porta, com comprimento mínimo de 40cm?
- k) Verifique se os visores das portas estão de acordo com as normas de acessibilidade:
 - l) Possuem altura inferior iniciando entre 0,40 m e 0,90 m?
 - m) Possuem altura superior no mínimo a 1,50 m do piso acabado?
 - n) Possuem largura mínima de 0,20 m?
 - o) Verifique se os dispositivos foram instalados de acordo com as normas de acessibilidade:
 - p) Todos os dispositivos abaixo estão instalados nas alturas corretas, como indicado na tabela? Dispositivos Variação de altura (Local de manuseio) Sim Não Não é o caso Interruptor 0,60 m 1,00 m Campainha/alarme 0,60 m 1,00 m Tomada 0,40 m 1,00 m Comando de janela 0,60 m 1,20 m Maçaneta de porta 0,80 m 1,00 m Registro 0,80 m 1,20 m Interfone 0,80 m 1,20 m Quadro de luz 0,80 m 1,20 m

6) SANITÁRIOS E VESTIÁRIO

Verifique se o sanitário adaptado está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Está localizado em rota acessível e devidamente sinalizado?

Verifique se o boxe adaptado de sanitários está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Possui no mínimo uma peça por pavimento adequada ao uso da pessoa com deficiência?
- b) O sanitário acessível possui um dispositivo de sinalização de emergência ao lado da bacia, a uma altura de 40 cm do piso acabado?
- c) Nas edificações existentes: O sanitário acessível possui dimensão mínima de 1,50 m x 1,50 m? A porta possui 0,80 m de vão livre?
- d) Possui área de manobra que permita rotação de 180 (1,20 m x 1,50 m)?

Verifique se a bacia sanitária está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Possui área de transferência lateral, diagonal e perpendicular?
- b) As bacias de sanitário acessível possuem 0,46 m de altura, da borda superior do assento ao piso acabado?
- c) As barras de apoio possuem altura e dimensões adequadas?
- d) A papelreira embutida da bacia acessível:
- e) Está localizada a uma altura de 0,50 m a 0,60 m do piso acabado? Possui distância máxima de 0,15 m da borda frontal da bacia?
- f) A papelreira sobreposta da bacia acessível:
- g) Está localizada a uma altura de 1,00 m a 1,20 m do piso acabado?
- h) Possui distância máxima de 0,15 m da borda frontal da bacia?

Verifique se o lavatório está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Possui área de aproximação frontal para usuários em cadeiras de rodas?
- b) Possui comandos de torneira do tipo monocomando, alavanca ou sensor eletrônico?
- c) Está instalado entre 0,78 m e 0,80 m do piso em relação a sua face superior?
- d) Permite altura livre de 0,73 m, sem colunas ou gabinetes, com proteção para o sifão e a tubulação?
- e) O lavatório possui barra de apoio na horizontal na altura adequada (entre 0,78 m e 0,80 m)?
- f) O espelho do sanitário acessível:
- g) Possui a borda inferior na altura de no máximo 0,90 m em relação ao piso acabado? (Obs.: Quando inclinado a 10°, a borda inferior está na altura de, no máximo, 1,10 m em relação ao piso acabado?)

Verifique se o mictório está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) O mictório acessível possui área de aproximação frontal? Possui barras verticais com comprimento mínimo de 0,70m e altura de 0,75cm do piso?
- b) Possui afastamento máximo entre as barras de 0,60 m? A borda frontal do mictório está instalada a uma altura entre 0,60 m e 0,65 m?

7) MOBILIÁRIO

Verifique se o telefone público está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Há pelo menos 1 telefone acessível, com os comandos entre 0,80 m e 1,20 m do piso?
- b) O telefone possui área de aproximação frontal e lateral?
- c) Há piso tátil de alerta em sua projeção?

Verifique se os bebedouros estão de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Pelo menos 50% dos bebedouros, por pavimento, são acessíveis?
- b) Possuem área de aproximação frontal a pessoas em cadeira de rodas, com bica na face frontal?
- c) Possuem altura inferior livre de, no mínimo, 0,73 m e altura da bica de, no máximo, 0,90 m do piso?
- d) Bebedouros do tipo garrafão, filtros e similares, possuem dispositivo de acionamento a uma altura de 0,80 m a 1,20 m do piso?
- e) Os copos estão instalados a uma altura de 0,80 m a 1,20 m do piso?

Verifique se os assentos fixos da recepção estão de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Ao lado dos assentos de espera há um módulo de referência, em rota acessível?

Verifique se o balcão de atendimento está de acordo com as normas de acessibilidade:

- a) Possui altura máxima de 0,90 m do piso na face superior e altura livre inferior de 0,73 m?
- b) Possui atendimento com largura mínima de 0,90 m?

- c) Possui recuo de 0,30 m para aproximação do cadeirante? Possui direcionamento em piso tátil desde a entrada da PRM até o balcão de atendimento?

SINALIZAÇÃO PISO

ANEXOS

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE KENNEDY

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS – EMESCAM

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: UM OLHAR SOBRE O SERVIÇO DE REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM UM MUNICÍPIO NO SUL DO ESPÍRITO SANTO.

Pesquisador: Maressa Malini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 23229719.8.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.669.361


Apresentação do Projeto:

Este trabalho tem o objetivo de analisar o serviço de reabilitação para pessoa com deficiência, em um município de pequeno porte (Presidente Kennedy), em termos de estrutura e oferta de serviços à luz da Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Em um primeiro momento, será apresentado o que diz a política pública da Pessoa com deficiência. A segunda etapa será realizada no banco de dados da Secretaria de saúde do Município e observação de campo com roteiro. Por fim, será realizada uma entrevista semiestruturada e apresentados as facilidades e dificuldades para a reabilitação dos pacientes com necessidades especiais na visão dos profissionais de saúde responsáveis pelo serviço de reabilitação do município. Esta pesquisa é de abordagem qualitativa, descritiva, com uso das técnicas de base na análise documental, observação de campo e entrevista semiestruturada.

Objetivo da Pesquisa:

O trabalho tem como objetivo primário analisar o serviço de reabilitação da Rede de Atenção Básica e Especializada, de um município de pequeno porte, para pessoa com deficiência em termos de estrutura e oferta de serviços à luz da Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Os objetivos Secundários são: Analisar e compreender as políticas públicas para pessoas com deficiência; Avaliar acessibilidade, estruturas físicas, ações e oferta de serviços voltados para reabilitação das pessoas com deficiência no serviço de saúde do município; Analisar as facilidades e dificuldades

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
 CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
 MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
 EMESCAM**


Continuação do Parecer: 3.669.361

dos pacientes na visão dos profissionais de saúde responsáveis pelo serviço de reabilitação do município.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O estudo apresenta como risco o constrangimento e o tempo do sujeito para responder ao questionário aplicado, e como benefícios, a apresentação uma análise concreta da percepção da realidade vivida pelos profissionais atuantes na reabilitação das pessoas com deficiência sobre a falta de Políticas Públicas voltadas para a efetividade e eficácia dos recursos estruturais disponibilizados nas unidades básicas e centros de especialidades.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, com benefícios direto para o município e atende a quase todos os critérios éticos propostos pela CONEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1406086.pdf	10/10/2019 18:44:45		Aceito

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES**