



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)
FACULDADE DE MEDICINA - CAMPUS DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ISABELLE FROTA RIBEIRO QUEIROZ

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

SOBRAL - CE

2022

ISABELLE FROTA RIBEIRO QUEIROZ

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família. Linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS).

Orientadora: Dr^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.

Coorientador: Mestre João Paulo Carneiro Marques.

SOBRAL - CE

2022

ISABELLE FROTA RIBEIRO QUEIROZ

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação Universidade Federal
do Ceará Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Q44a Queiroz, Isabelle Frota Ribeiro.
Atenção primária à saúde das pessoas com deficiências / Isabelle Frota
Ribeiro Queiroz. – 2022. 80 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral,
Programa de Pós-Graduação em Biotecnologia, Sobral, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas..

1. Saúde da pessoa com deficiência. 2. Atenção primária à saúde. 3. Informação em
saúde. I. Título.

CDD 660.6

ISABELLE FROTA RIBEIRO QUEIROZ

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 30 /09/2022

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

Prof.^a Dra. Maria Adelane Monteiro da Silva
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador Interno

Prof.^a Dra. Verônica Mazza de Azevedo
Universidade Federal do Paraná – UFPR
Examinador Externo

À Deus, que sem sua presença em minha vida, nada seria possível. Aos meus pais, Michele e Girlando, minhas irmãs Lara e Zeneida, meus avós e meus tios por toda a ajuda e força para que esse momento fosse concretizado. Durante estes últimos anos muitos obstáculos surgiram, mas graças a Deus e a vocês consegui enfrentá-los e superá-los.

AGRADECIMENTOS

Nos últimos anos venho acreditando que cada acontecimento tem um verdadeiro propósito na minha vida. E tudo acontece no tempo certo e quando menos esperamos, pois, os planos de Deus são perfeitos.

Primeiramente eu agradeço a Deus, pois foi através do maior obstáculo da minha vida que eu pude renovar a minha fé, me reerguer e recomeçar a vida com uma nova perspectiva que eu jamais poderia imaginar que seria capaz de superar. E, também por sempre cuidar de mim e da minha família em cada detalhe. Aos meus pais Michele e Girlando que são os meus pilares. Sempre foram grandes exemplos para a minha vida, pois através das suas lutas diárias, cuidam tão magistralmente da minha família. E por serem os principais incentivadores dos meus sonhos e objetivos de vida. Tudo o que eu sou hoje, tudo o que eu já conquistei e o que ainda conquistarei é por vocês. Às minhas irmãs Zeneida por sempre estar presente em todos os momentos e por ser uma grande incentivadora e acreditar que eu sou capaz de tudo. À minha irmã Lara que eu tenho como filha, pois mesmo com a sua deficiência e limitações, ela é capaz de me proporcionar a maior felicidade do mundo. Aos meus avós Zeneida e Deusimar, obrigada pelo incentivo e por acreditarem no meu potencial. À minha avó Eunice que não se encontra presente materialmente, mas que para sempre estará em meu coração. Obrigada por toda preocupação e ajuda nos momentos difíceis. Às minhas tias Magna e Esmeralda por suas palavras de motivação que sempre foram essenciais para a minha caminhada. Aos meus sobrinhos e afilhados Sophia e Gabriel, foram os maiores e melhores presentes que recebi na minha vida.

À minha orientadora professora Cibelly que foi durante estes últimos anos meu suporte e incentivo. Que me incentivou nas inúmeras vezes que eu pensei em desistir. Que compartilhou comigo seus conhecimentos e me fortaleceu na construção da minha trajetória. Agradeço, também, a paciência e as palavras que me ajudaram a continuar firme, enquanto tudo parecia desmoronar.

À minha mais que amiga, Manoelise, que tive o prazer e a oportunidade de conhecer desde a infância. Que sempre esteve presente em todos os momentos e que de certa forma me ajudou a superar todos os momentos difíceis. Pela amizade dedicada durante tantos anos e os que ainda virão pela frente. Por todas as palavras de incentivo e por todos os conselhos.

Aos meus colegas e companheiros de trabalho da difícil e desafiante tarefa de ser gerente de um Centro de Saúde da Família, Jéssika, Mônica, Leandro, Angeline e Elizeudo.

À minha segunda família, o CSF Junco, onde eu passo a maior parte do meu tempo e tenho o prazer de conviver com profissionais de excelência. Vocês são inspirações e exemplos de seres humanos.

Grata a Atenção Primária à Saúde de Sobral, que tem papel importante no meu desempenho e desenvolvimento profissional.

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota”.

Madre Teresa de Calcutá.

RESUMO

A deficiência é reconhecida pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas como um conceito em evolução, que resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e eficaz na sociedade de forma igualitária. A crescente demanda por informação em saúde, especialmente em relação à pessoa com deficiência vem aumentando os desafios inerentes à sua utilização para subsidiar a tomada de decisões, fomento de recursos e políticas públicas. Desse modo, o objetivo foi analisar como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, a qual foi realizada entrevista. O campo de investigação foi o município de Sobral cujo lócus para o desenvolvimento foi representado pelos Centros de Saúde da Família da sede e dos distritos do município. Os participantes do estudo foram 67 participantes, sendo gerentes ou profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde. Para a coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com o auxílio de perguntas norteadoras com esses profissionais. Para a análise dos dados, foi utilizada a Técnica da Análise Temática proposta por Bardin (2016) com o suporte do *softwareR*, versão 4.1.1. Estudo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa sob número do Parecer: 5.408.891. A partir de então, foi possível analisar as respostas dos profissionais de saúde em cinco classes temáticas, que evidenciam situações diversas da atenção à pessoa com deficiências na APS. Na categoria *Conhecimento dos profissionais de saúde sobre deficiência*, observa-se um conhecimento superficial sobre o tema. Já em relação a categoria *Políticas públicas voltadas às pessoas com deficiências*, é perceptível o desconhecimento das principais políticas pelos profissionais entrevistados. No que se refere a *identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências*, percebe-se que a identificação das pessoas com deficiências é realizada, na maioria das vezes, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo o registro das informações limitadas ao CDS e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) do sistema E-Sus. Ressaltando-se a inexistência de um formulário ou sistema próximo para o registro dessas informações. Em relação ao *acompanhamento e fluxo de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde (RAS)*, a prática ainda ocorre, preferencialmente na atenção especializada, o qual implica diretamente na busca pela qualidade da atenção à saúde dessas pessoas na APS, uma vez que torna-se necessário a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Na categoria *A importância das informações em saúde para o acompanhamento das pessoas com deficiências*, embora os profissionais de saúde

reconheçam a importância das informações para um cuidado integral, ainda se observa uma necessidade de implementação de estratégias que visem a melhoria dos registros. Assim, a atenção às pessoas com deficiências revela-se, na prática, uma atenção fragilizada e fragmentada, apresentando expressivas limitações e com necessidade de implementar um modelo de atenção que atenda a integralidade das pessoas com deficiências.

Palavras-Chave: Saúde da Pessoa com Deficiência; Atenção Primária à Saúde; Informação em Saúde.

ABSTRACT

Disability is recognized by the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities as an evolving concept, which results from the interaction between people with disabilities and behavioral and environmental barriers that prevent their full and effective participation in society on an equal basis. The growing demand for health information, especially in relation to people with disabilities, has increased the challenges inherent in its use to support decision-making, promotion of resources and public policies. Thus, the objective was to analyze how health information is recorded and monitored for people with disabilities within the scope of Primary Health Care. This is an exploratory and descriptive research with a qualitative approach, in which interviews were carried out. The field of investigation was the municipality of Sobral, whose locus for development was represented by the Family Health Centers at the headquarters and districts of the municipality. The study participants were 67 participants, being managers or health professionals who work in Primary Health Care. For data collection, semi-structured interviews were carried out with the help of guiding questions with these professionals. For data analysis, the Thematic Analysis Technique proposed by Bardin (2016) was used with the support of software R, version 4.1.1. Study approved by the Research Ethics Committee under Opinion number: 5,408,891. From then on, it was possible to analyze the responses of health professionals in five thematic classes, which highlight different situations of care for people with disabilities in PHC. In the category Knowledge of health professionals about disability, superficial knowledge on the topic is observed. Regarding the category Public policies aimed at people with disabilities, the lack of knowledge of the main policies by the professionals interviewed is noticeable. Regarding the identification and recording of health information for people with disabilities, it is clear that the identification of people with disabilities is carried out, in most cases, by Community Health Agents (CHA), with the recording of information being limited. to the CDS and Electronic Citizen Record (PEC) of the E-Sus system. It should be noted that there is no form or system nearby for recording this information. In relation to monitoring and referral flow in the Health Care Network (RAS), the practice still occurs, preferably in specialized care, which directly implies the search for quality health care for these people in PHC, as it becomes if necessary, the integrality and longitudinality of care. In the category The importance of health information for monitoring people with disabilities, although health professionals recognize the importance of information for comprehensive care, there is still a need to implement strategies aimed at improving records. Thus, care for people with disabilities proves, in practice, to be fragile and fragmented care,

presenting significant limitations and with the need to implement a care model that meets the entirety of people with disabilities.

Keywords: Health of Persons with Disabilities; Primary Health Care; Health Information.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Divisão dos Territórios adscritos da ESF de Sobral – CE, 2022.....	36
Figura 2 – Fluxograma dos profissionais das perdas do estudo.....	42
Figura 3 – Nuvem de Palavras sobre o entendimento dos profissionais sobre deficiência.....	46
Figura 4 – Frequência e Associação das palavras.....	47
Figura 5 – Dendograma sobre o questionamento “Qual o seu entendimento sobre deficiência?”	48
Figura 6 – Nuvem de Palavras acerca do conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências.....	50
Figura 7 – Frequência e Associação das palavras acerca do conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências.	50
Figura 8 – Dendograma sobre o questionamento “Quais políticas públicas você conhece voltadas para as pessoas com deficiências?”.....	52
Figura 9 – Nuvem de Palavras acerca do conhecimento dos profissionais sobre a identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências.	54
Figura 10 – Frequência e Associação das palavras sobre o conhecimento dos profissionais sobre a identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências.	54
Figura 11 – Dendograma sobre o conhecimento dos profissionais sobre a identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências.	58
Figura 12 – Nuvem de Palavras sobre o Fluxo de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde.	59
Figura 13 – Dendograma sobre o sobre o sobre o Fluxo de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde	63
Figura 14 – Nuvem de Palavras sobre a importância das informações em saúde para o acompanhamento das pessoas com deficiências na APS.....	64

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa	38
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das Equipes de Saúde por Centros de Saúde da Família de Sobral Ceará até julho/ 2022.....	34
Tabela 2 – Características dos participantes dos Centros de Saúde da Família (CSF). Sobral-CE, 2022.	43

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	Aproximação com o objeto de estudo	17
1.2	Contextualização do problema	18
1.3	Justificativa e relevância	22
2	OBJETIVO.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	Considerações Sobre a Pessoa com Deficiência	25
3.1.1	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	27
3.1.2	<i>Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde</i>	29
3.2	Atenção primária à Saúde e Tecnologias da Informação.....	31
4	PERCURSO METODOLÓGICO	33
4.1	Tipo de pesquisa.....	33
4.2	Período e cenário da pesquisa.....	34
4.3	Participantes da pesquisa.....	36
4.4	Coleta de dados	37
4.5	Análise dos dados.....	38
4.5.1	<i>Primeira fase: pré-análise</i>	38
4.5.2	<i>Segunda fase: exploração do material.....</i>	39
4.5.3	<i>Terceira fase: tratamento dos resultados, inferência e interpretação.....</i>	39
4.6	Aspectos éticos.....	40
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	42
5.1	Caracterização dos participantes	42
5.2	Análise das Categorias Abstraídas.....	45
5.2.1	<i>Conhecimento dos profissionais sobre deficiência</i>	45
5.2.2	<i>Políticas voltadas às pessoas com deficiências</i>	49
5.2.3	<i>Identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências na APS.....</i>	53
5.2.4	<i>A importância das informações em saúde para o acompanhamento das pessoas com deficiências na APS</i>	64
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	67
	REFERÊNCIAS.....	69

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
.....	76
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO	77
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	78

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

A minha vida sempre foi regada por diversas experiências com pessoas com deficiências. Na infância tive a oportunidade de conhecer o amor mais puro e sincero, que se deu a partir do nascimento da minha irmã caçula. Esta nasceu com deficiências física e intelectual. A partir disso, eu pude acompanhar toda a trajetória de sua evolução. E percebi o enorme cuidado da minha mãe pensando nos mínimos detalhes para que as fragilidades da minha irmã fossem fortalecidas. E, tudo isso baseado no acompanhamento longitudinal, onde muitas vezes estava mais interligado a atenção especializada.

Já em 2002, minha mãe passou a trabalhar na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Desde então, sempre estive presente nessa escola e convivendo com pessoas com os mais diversos tipos de deficiências. Sendo que essas pessoas sempre tinham algo a nos mostrar, sendo capazes de enxergar um mundo muito diferente da realidade, mas que são essenciais.

Com o meu ingresso na vida acadêmica, fui selecionada para ser bolsista do PET epidemiologia, o qual permitiu conhecer e desenvolver atividades relacionadas às notificações de doenças e agravos à saúde, fazendo com que crescesse minha afinidade com a epidemiologia.

Somente no ano de 2018, após a aprovação no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC), me inseri no Grupo de Pesquisa e Estudos em Vulnerabilidade e Saúde (GEVS), na linha temática da Pessoa com Deficiência. Um tema diferente do que vinha trabalhando, mas que me permitiu uma reaproximação de toda a minha vivência pessoal, onde tive a oportunidade de desenvolver pesquisas e me aproximar das abordagens teóricas e metodológicas.

No último período da graduação, fui impactada com uma doença autoimune rara, a qual me deixou impossibilitada de realizar desde as atividades de vida diária simples, quanto as mais complexas, como: pentear o cabelo, escovar os dentes e andar. Foi um impacto muito grande e, este me proporcionou vivenciar mais pessoalmente o que é ser uma pessoa com deficiência no mundo onde estamos inseridos. Durante o meu processo de adoecimento, procurei o serviço da atenção primária para ter atendimentos adequados, pois não dispunha de recursos suficientes para esse acompanhamento na rede particular. E para a minha surpresa, percebi que era um serviço falho, desarticulado e com muitas limitações, os quais dificultaram o meu acompanhamento de forma longitudinal e integral. Sendo necessário recorrer a parentes

com recursos para que eu pudesse me recuperar. Pois seria um processo demorado e lento. Consegui me graduar 18 meses após o adoecimento, mesmo com algumas sequelas motoras.

Após a graduação, passei no processo seletivo para entrevistadora do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). E, durante as visitas técnicas em diversas cidades do Ceará e, também, nas entrevistas aos usuários, percebia algumas limitações no que concerne tanto à estrutura física, quanto ao acompanhamento das pessoas com deficiências, não tendo a importância e visibilidade necessárias.

Após o encerramento do PMAQ, fui aprovada na seleção para gerente de um Centro de Saúde da Família em um município da região Norte do Estado do Ceará. Durante esse período de aproximação com o tema, passei a perceber no ambiente de trabalho, a ausência de informações reais das pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. Isso passou a me inquietar bastante, pois, enquanto gerente, eu precisava de informações adequadas para planejar estratégias para aquele público-alvo que não estava tendo a atenção que merecia. E, mesmo com o E-SUS, sistema do Ministério de Saúde para o cadastro individual de pessoas no território, não era possível obter um levantamento fidedigno desse dado.

Dessa maneira, toda a minha experiência de vida, quanto o meu percurso acadêmico e de trabalho foram fundamentais para o encontro com o meu objeto de estudo. Nesse contexto, inserido no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF) e a partir de exaustivas leituras, foi possível amadurecer o meu olhar para o objeto de pesquisa. Propõe-se identificar como acontece o registro das informações em saúde das pessoas com deficiências, bem como o seu acompanhamento na Atenção Primária à Saúde (APS).

Nesta perspectiva, ao considerar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como coordenadora da atenção às pessoas com deficiências no Sistema Único de Saúde (SUS), justifica-se o desenvolvimento desta pesquisa de dissertação do MASF, articulada a linha de pesquisa Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde (GSSS), uma vez que a avaliação da atenção às pessoas com deficiências trará subsídios para a gestão do cuidado e organização da rede de atenção às pessoas com deficiências, pautados na integralidade do cuidado.

1.2 Contextualização do problema

A deficiência é reconhecida pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas como um conceito em evolução, que resulta da interação entre pessoas com deficiência e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua participação plena e efetiva na sociedade de forma igualitária (WHO, 2012). Sendo

considerada, ainda, segundo a legislação brasileira, como a perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (Brasil, 2010a).

No entanto, a definição de deficiência ainda é desafiadora, pois congrega elementos complexos, dinâmicos, multidimensionais e questionáveis, sendo histórica e socialmente determinada (WHO, 2012). Não se pode falar o termo de forma abstrata e generalista, mas sim, em pessoas com deficiência, que são das mais diversas sociedades, classes sociais e culturas. Portanto, deve-se cuidar de cada pessoa com deficiência de forma individual, sabendo que esta possui uma história de vida única, coletivamente compartilhada; e que a sociedade em que vive, determinará com maior ou menor intensidade, as possibilidades dela enfrentar essa condição e as limitações as quais estará submetida, a partir de uma ideia historicamente determinada sobre o que é ser deficiente e quais pessoas são consideradas assim (Singh, 2015).

Nesse contexto, houve a transição da deficiência de uma perspectiva individual e médica para uma perspectiva estrutural e social, traduzindo-se como a mudança de um modelo médico para um modelo social no qual as pessoas são vistas como deficientes pela sociedade e não devido a seus corpos (Oliver, 1990).

O Relatório Mundial sobre a Deficiência (WHO, 2012), compêndio das melhores evidências disponíveis sobre a prevalência e a situação das pessoas com deficiência no mundo atual, ilustra a relação entre deficiência, pobreza e vulnerabilidade, apontando como as pessoas com deficiência apresentam perspectivas de saúde pouco favoráveis, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica restrita, e índices de pobreza mais elevados em comparação às pessoas que não têm deficiência.

Além disso, os custos sociais e econômicos da deficiência são significativos, mas difíceis de quantificar. Eles incluem custos diretos e indiretos, alguns cobertos pelas pessoas com deficiência e suas famílias, amigos e empregadores, e alguns pela sociedade. Muitos desses custos devem-se a ambientes inacessíveis e poderiam ser menores em um cenário mais inclusivo (WHO, 2012).

Porém, a inclusão destas pessoas, o acesso à saúde e educação, pressupõe o conhecimento de seu perfil epidemiológico, respondendo, minimamente, sobre quem é esta parcela populacional e quais são suas principais características, a fim de que, intenção e gesto se aproximem nas políticas a elas direcionadas. Este entendimento é fundamental para o aperfeiçoamento das políticas públicas, pois permite propor medidas específicas de prevenção, controle, ou erradicação de agravos à saúde (Almeida Filho; Rouquayrol, 2009).

No Brasil, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), cerca de 45.606.048 brasileiros, o equivalente a 23,9% da população total, vivem com algum tipo de deficiência, abrangendo deficiências visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência dessas deficiências varia de acordo com sua natureza: a deficiência visual é a mais comum, afetando 18,6% da população brasileira; em segundo lugar, está a deficiência motora, presente em 7% da população; seguida pela deficiência auditiva, afetando 5,10%; e, por último, a deficiência mental ou intelectual, atingindo 1,40% da população.

Os dados do censo mostraram que a deficiência atinge as pessoas em qualquer idade, quer seja de forma congênita ou adquirida ao longo da vida. O contingente populacional que teve pelo menos uma das deficiências investigadas pelo Censo de 2010 revela que sua prevalência é bastante alta na população brasileira e se distribui por todos os grupos etários. No entanto, os dados demonstram acentuado aumento nas faixas etárias de 5 a 9 anos e de 40 a 44 anos (IBGE, 2010).

Das pessoas com deficiência, 38.473.702 residiam em áreas urbanas e 7.132.347 em áreas rurais. A Região Nordeste destaca-se por abrigar municípios com os maiores índices de população com pelo menos uma das deficiências investigadas. De acordo com dados do IBGE (2010), o Ceará registra pelo menos 2.340.150 pessoas com deficiência, ocupando o terceiro lugar entre os estados brasileiros nesse aspecto. Além disso, o percentual da população do estado com algum tipo de deficiência (27,69%) supera tanto a média nordestina (26,63%) quanto a nacional (23,92%).

Em Sobral, Ceará, segundo dados da Secretaria de Educação, em 2018, encontravam-se matriculadas na escola pública de ensino 733 crianças em idade escolar com algum tipo de deficiência, guardando as seguintes proporções: 1,1% (física); 1,7% (auditiva); 1,6% (visual); 61,7% (intelectual); 5,4% (múltipla) e, por fim, os transtornos globais do desenvolvimento, incluindo Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Rett, Asperger e Transtorno Dissociativo de Identidade (28,5%).

Apesar da magnitude, não há consenso sobre definições e pouca informação comparável internacionalmente sobre a incidência, distribuição e tendências da deficiência. Há escassos documentos com compilação e análise do modo em que os países desenvolvem políticas e respostas para abordar as necessidades das pessoas com deficiência (WHO, 2012).

Destacando-se a lacuna do setor saúde no processo de identificação e acompanhamento das pessoas com deficiência em caráter municipal, os registros acontecem em sua maioria nos locais de atenção especializada, que atendem e acompanham esse público, como Centro de Reabilitação, Policlínica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e algumas

Organizações Não-governamentais do Terceiro Setor, a exemplo da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

Nesse sentido sendo os serviços de Atenção Primária à Saúde, principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, fundamentado na cobertura universal e oferta de serviços integrais, organizados a partir das Redes de Atenção à Saúde (Santos; Almeida, 2018), favorecem as articulações entre os serviços, potencializando o cuidado integral (Condeles *et al.*, 2019).

Para que a prevenção e a promoção da saúde sejam realizadas de forma adequada, é necessário o conhecimento sobre a doença e os fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de complicações, sendo importante a atuação conjunta entre a equipe de saúde, familiares e pessoas com deficiências na atenção primária para promover a participação, inclusão social e educação em saúde (SBC, 2010).

Esses equipamentos de saúde necessitam de articulação interinstitucional para que se possa qualificar o acompanhamento dessas pessoas, dificultando, muitas vezes, o acesso à reabilitação de crianças que constituem filas de espera para o atendimento de suas necessidades por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

Deste modo, faz-se necessário reunir informações para responder as perguntas relacionadas às causas desencadeantes da deficiência, bem como as principais necessidades dessa parcela da população e, assim, promover políticas públicas efetivas. Diferentemente de países que possuem centros de estudos e linhas de pesquisa voltadas exclusivamente para a condição social da deficiência, no Brasil ainda são escassas as investigações destinadas a este tema (Merberandes; Araújo, 2012).

O conjunto de saberes e a forma de utilização deste conhecimento na atenção a saúde desta população requer tecnologias apropriadas. Segundo Merhy (2002) as tecnologias podem ser classificadas como leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves são as das relações; as leve-duras são as dos saberes estruturados, tais como as teorias, e as duras são as dos recursos materiais. Segundo Gonçalves (1994) o termo tecnologia não se restringe ao seu significado mais comum, ligado a equipamentos e materiais para maior produtividade de uma atividade, mas é também um conjunto de saberes produzidos em momentos históricos específicos presentes no mundo do trabalho.

A tecnologia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde é um conjunto de instrumentos e materiais do trabalho. Neste sentido, a tecnologia é analisada tanto como saber quanto por seus desdobramentos materiais e não-materiais na produção dos serviços de saúde. As práticas do trabalho devem incluir diversas tecnologias de maneira adequada,

conforme as necessidades de saúde, que são as ações e os serviços de saúde dos quais os sujeitos precisam para ter melhores condições de vida, sem prejuízo do atendimento que requer tecnologias materiais (Gonçalves, 1994).

Além disso, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) se configuram como uma estrutura capaz de garantir a obtenção e a transformação de dados em informação. Assim, as informações são coletadas, processadas, armazenadas e compartilhadas com o objetivo de auxiliar no processo decisório em saúde, uma vez que contribui para a produção de conhecimentos sobre as condições de vida e saúde da população, sobre morbimortalidade e seus fatores de risco, entre outros. Assim sendo, a utilização dessas informações permite a otimização dos processos gerenciais e assistenciais, inclusive no cuidado direto ao paciente (Pinochet; Lopes; Silva, 2014), o que possibilita o direcionamento de ações e recursos no enfrentamento dos problemas sanitários (Araújo; Razzolini, 2017).

Nessa perspectiva, entendemos por SIS não somente as ferramentas voltadas para as instituições e profissionais de saúde, mas também os sistemas voltados para os pacientes, tais como o prontuário eletrônico do paciente, a telemedicina e todo um conjunto de instrumentos de base tecnológica desenhados para a prevenção, diagnóstico, tratamento, monitoramento e gestão da saúde do paciente. Sendo assim, Os SIS são sistemas formais e tecnológicos utilizados, na área da saúde, em âmbito institucional, para fins de prestação de cuidados de saúde ou para fins administrativos e de gestão de serviços relacionados com exames auxiliares de diagnóstico, serviços de enfermagem e de terapias de apoio aos tratamentos, entre outros (Araújo; Razzolini, 2017).

Diante da necessidade de identificar as informações das pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde, para qualificar o cuidado a esse público específico, coloca-se a seguinte indagação: Como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

Assim, tem-se como objeto de estudo, o processo de registro de informações e acompanhamento das pessoas com deficiências na APS.

1.3 Justificativa e relevância

Há um consenso sobre a importância central da informação para avaliar o sucesso das políticas de saúde. Este consenso se manifesta não apenas na literatura especializada, mas, também, em relatórios e recomendações de Conferências de Saúde, oficinas de trabalho do Sistema Único de Saúde e eventos de sociedades científicas. Informações epidemiológicas,

financeiras, orçamentárias, legais, normativas, socioeconômicas, demográficas e sobre recursos físicos e humanos, oriundas de dados de qualidade são capazes de revelar a realidade de serviços e ações de saúde e a situação de saúde da população, evidenciando vantagens e problemas de prioridades e investimentos definidos (Novaes, 1996).

Desta forma, a demanda por informação em saúde vem aumentando os desafios inerentes à sua utilização para subsidiar a tomada de decisões no sistema de saúde brasileiro. Destaca-se aqui o fato de que as avaliações do processo de trabalho em saúde, além de permitirem correções de trajetória, apresentam um papel fundamental na capacitação de recursos humanos e na democratização do conhecimento (Brook, 1996).

Evidências sólidas ajudam a tomar decisões bem assertivas sobre programas e políticas públicas para pessoas com deficiência, bem como compreender o número de pessoas com deficiências e suas circunstâncias, podem melhorar os esforços para remover as barreiras incapacitantes e prover serviços para permitir que as pessoas com deficiência participem mais (WHO, 2012).

Observa-se, no dia a dia da atenção básica que a informatização é uma ferramenta essencial para o profissional de saúde, pois as Tecnologias de Informação (TI) facilitam o desenvolvimento do processo para a documentação informatizada, por meio de um software, buscando aperfeiçoar o modo de gerar e comunicar a informação entre a equipe, visando diminuir consideravelmente a distância entre administrar e cuidar (Sperandio; Évora, 2005).

Nessa perspectiva, as informações sobre as pessoas com deficiências, atualmente, são derivadas de censos, pesquisas populacionais, registros de dados administrativos e nos serviços de atenção especializada. Com isso, esse tipo de informação acaba por gerar lacunas no que concerne a identificação das limitações existentes na pessoa com deficiência, bem como o seu acompanhamento de forma longitudinal. Além disso, identificar de que forma esses dados são registrados, processados, transformados em informações e, onde podem ser encontrados, é imprescindível para a efetividade do cuidado pautado na necessidade de saúde da pessoa com deficiência.

2 OBJETIVO

Analisar como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Considerações Sobre a Pessoa com Deficiência

Historicamente, os mais diversos tratamentos, terminologias e direitos foram conferidos às pessoas com deficiência, sob a ótica e justificativa dos valores históricos, sociais e políticos vigentes em determinadas épocas. Na Grécia antiga, a condição física do ser humano era essencial, principalmente considerando que eles enfrentavam constantes guerras, dessa forma as cidades-estados, voltavam a educação das crianças e jovens para atividades físicas, a exemplo dos espartanos. Essa concepção os levava a explorar o extremo do corpo, direcionando sua vida para o treinamento pesado, envolvendo desde mulheres a crianças, onde era comum a política da eugenia, com a proposta de fortalecimento das mulheres para que elas gerassem filhos fortes e saudáveis, além do abandono das crianças fracas ou deficientes (Monteiro, 2009).

Em Esparta e Atenas crianças com deficiências física, sensorial e mental eram consideradas subumanas, o que legitimava sua eliminação e abandono. Tal prática era coerente com os ideais atléticos, de beleza e classistas que serviam de base à organização sociocultural desses dois locais. Em Esparta eram lançados do alto dos rochedos e em Atenas eram rejeitados e abandonados nas praças públicas ou nos campos (Rodrigues, 2008).

Os gregos eram severos em seus conceitos apesar de serem os primeiros a implantar posteriormente a ideia de assistencialismo. Quanto aos romanos, à postura em relação à deficiência também era de discriminação e preconceito. Garcia (2010) afirma que na Roma Antiga, nobre e plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência.

Em Roma, também não se reconhecia valores em crianças “defeituosas”, mas havia um outro recurso além da execução que era o de abandonar as crianças nas margens dos rios ou em locais sagrados para serem recolhidas por famílias da plebe (Negreiros, 2014).

Na Idade Média a crença e as tentativas de explicar a deficiência mediante o sobrenatural se intensificaram. A prática da magia e as relações com o demônio fortaleceram-se como dogmas, e o homem passou a ser considerado um ser submetido a poderes invisíveis, tanto para o bem como para o mal. Em consequência disso, havia interpretações diferentes para os indivíduos não considerados normais, dependendo do tipo de deficiência apresentada. Os psicóticos e epiléticos eram considerados possuídos pelo demônio, alguns estados de transe eram aceitos como possessão divina e os cegos eram reverenciados como videntes, profetas e adivinhos (Granemann, 2005).

Nesse mesmo período, alguns eram segregados, exorcizados, esconjurados, apedrejados e mortos nas fogueiras da Inquisição por conta de tais concepções. Entretanto, com o estabelecimento do Cristianismo, os deficientes começaram a ser vistos como possuidores de alma e, portanto, filhos de Deus, não devendo mais, por isso serem exterminados. O direito à vida lhes foi preservado e o descumprimento desse preceito era considerado um grande pecado. Assim, essas pessoas não eram mais abandonadas, mas acolhidas por instituições de caridade, ou seja, começaram a ser tiradas do isolamento total para serem alojadas em asilos e em instituições especializadas (Granemann, 2005).

Dessa forma, observa-se que historicamente as pessoas com deficiência têm em sua maioria sido atendidas através de soluções segregacionistas, tais como instituições de abrigo e escolas especiais (Parmeter, 2008). No entanto, as respostas à deficiência têm mudado desde os anos 1970, estimuladas em grande parte pela organização das pessoas que possuem alguma deficiência, e pela crescente tendência de se encarar a deficiência como uma perspectiva de direitos humanos (WHO, 2012).

Segundo o Relatório Mundial da Deficiência (WHO, 2012) iniciativas nacionais e internacionais tais como as Regras Padrões sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, das Nações Unidas têm incorporado os direitos humanos das pessoas com deficiência, culminando em 2006 com a adoção da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD).

Atualmente, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, adota o mesmo conceito da Convenção Internacional da ONU sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Esse novo conceito definido nesta convenção incorpora na tipificação das deficiências, além dos aspectos físicos, sensoriais, intelectuais e mentais, a conjuntura social e cultural em que o cidadão com deficiência está inserido, vendo nestas o principal fator de cerceamento dos direitos humanos que lhe são inerentes (BRASIL, 2015).

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Brasil, 2015).

No que diz respeito a essa definição, Reges, Araújo Pessoa, Vilhena (2016) fomentam a discussão de que a deficiência se caracteriza por meio do contato com o meio social, possuindo barreiras que impossibilitam a participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Neste contexto, Resende e Vital (2008) reconhecem que as políticas mudaram em prol das comunidades e da inclusão educacional, e as soluções focadas na medicina deram lugar

a abordagens mais integrativas reconhecendo que as pessoas se tornam incapacitadas devido a fatores ambientais e por causa de seus corpos. Muito mais atual e dinâmica é a compreensão da deficiência como parte da área de desenvolvimento social e de direitos humanos, conferindo-lhe uma dimensão mais personalizada e social.

Esta concepção traduz a noção de que a pessoa, antes de sua deficiência, é o principal foco a ser observado e valorizado, assim como sua real capacidade de ser o agente ativo de suas escolhas, decisões e determinações sobre sua própria vida. Portanto, a pessoa com deficiência, é, inicialmente, uma pessoa com uma história de vida que lhe confere a realidade de possuir uma deficiência, além de outras experiências de vida, como estrutura familiar, contexto sociocultural e nível econômico. E como pessoa, é ela quem vai gerir sua própria vida, mesmo que a deficiência, física, sensorial ou intelectual, imponha limites (Resende; Vital, 2008). Esta compreensão devolve à pessoa com deficiência uma posição ativa, que normalmente é desconsiderada social e culturalmente, representando-a com uma mobilidade que lhe é negada, e retirando-a da condição de precisar ser tutelada pelas instituições ou pelo estado.

Em se tratando de Legislação voltada à pessoa com deficiência, mas em um contexto da saúde, a Constituição Federal de 1988 em seu artigo 23, Capítulo II determina que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com deficiências. Nesse sentido, o Ministério da Saúde expediu uma série de atos legais para viabilizar a organização da assistência e da reabilitação para essa população. São portarias, resoluções e instruções normativas que regulamentam a assistência, na perspectiva da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência, inaugurando um modelo assistencial pautado na abordagem multiprofissional e multidisciplinar, com ênfase nas ações de promoção à saúde, na reabilitação e na inclusão social (Brasil, 1988; Brasil, 2006).

A seguir citam-se as principais legislações em saúde brasileiras voltadas aos direitos da pessoa com deficiência:

3.1.1 Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência

Políticas de saúde voltadas para pessoas com deficiência podem ser compreendidas como expressão de processos de exclusão e silêncio impostos por relações culturais e políticas existentes em cada formação social. As mudanças nos termos e a variedade de acepções para se referir às pessoas com deficiência demonstram não apenas as disputas engendradas por essas

relações, mas também o interesse dos formuladores de políticas e dos pesquisadores na superação dos modelos conceituais que perpetuam desigualdades e fomentam processos de exclusão. Entre os modelos conceituais mais difundidos estão o proposto por Saad Nagi, o Modelo Biomédico, o Modelo Social e o Modelo Biopsicossocial. Esse último, preconiza que uma pessoa ou um grupo possa ser identificado por suas ‘capacidades’ e ‘incapacidades’ de acordo com os valores predominantes em cada contexto social. O problema em questão não está mais restrito ao corpo, mas diz respeito às interações entre condições de saúde, atividades, participação social, fatores pessoais e ambientais e as funções do corpo (Mota; Bousquat, 2021).

Políticas públicas devem ser criadas para contribuir com a execução das leis, instituindo intervenções nos diversos setores da sociedade, sendo essenciais para o alcance da saúde. Garantir o direito de todos de ter acesso à saúde, incluindo as pessoas com deficiência, ainda é um desafio (Aguiar et al., 2021).

A maioria das iniciativas no campo da atenção à saúde voltada a esse público ainda tem sido isolada e em desacordo com os princípios de integralidade, equidade e acesso qualificado e universal à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco inclusiva. A perspectiva da integralidade e da equidade no cuidado em saúde no SUS define que o atendimento em saúde aos indivíduos ocorra de acordo com suas necessidades (particularidades) e articulado a todos os níveis de complexidade do sistema (Brasil, 2008). Diante disso, são necessárias políticas públicas de saúde específicas e eficazes para que esse grupo possa ter uma assistência em saúde qualificada.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), instituída em 2002, destaca que uma pessoa com deficiência, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, também pode ser acometida por doenças e agravos comuns às demais pessoas, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência (Brasil, 2008).

Está voltada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), e caracteriza-se por reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil. Assim, define, como seus propósitos gerais, um amplo leque de possibilidades que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenção de agravos que determinam o aparecimento de deficiências (Brasil, 2010b).

Suas principais diretrizes, a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão e incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade

de vida, a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde, a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos, e a organização e funcionamento dos serviços (Brasil, 2010b).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2010b) contou, na sua formulação, com ampla participação de representantes de instituições profissionais e de usuários, vinculados à questão. É um instrumento orientador das ações do setor Saúde para esse segmento populacional e para este propósito está pautada no processo de promoção da saúde, considerando, sobretudo, a possibilidade de efetiva articulação entre os diversos setores do governo e a efetiva participação da sociedade. Além disso, o alcance do propósito desta Política requer a criação de ambientes favoráveis à saúde das pessoas com deficiência e a adoção de hábitos e estilos saudáveis, tanto por parte destas pessoas, quanto daquelas que convivem com elas, os quais constituem condições indispensáveis para a qualidade de vida buscada por esse processo (Brasil, 2010b).

3.1.2 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde

Diante dessa realidade, com o objetivo de ampliar e qualificar o atendimento de pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2012a).

A RCPD foi instituída pela Portaria N° 793, de 24 de abril de 2012 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Por meio dessa Rede, busca-se promover o acesso à saúde e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência, seja qual for seu tipo, de forma completa no SUS. A Rede objetiva também, desenvolver ações de prevenção e identificação precoce de deficiências nas diferentes fases da vida. Dentre os componentes dessa rede de cuidados estão: Atenção Básica que conta com a Unidade Básica de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Odontológica; Atenção Especializada em Reabilitação, formado por ações de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospitais de Emergência (Brasil, 2012c).

O Ministério da Saúde oferece, por meio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, diversas ações práticas e financeiras, como: construção, ampliação e reforma e aquisição de equipamentos para os centros especializados em reabilitação e oficinas

ortopédicas; oficinas ortopédicas itinerantes terrestres e fluviais; veículos adaptados para o transporte de pacientes aos centros de reabilitação; equipamentos para a realização de triagem auditiva neonatal em maternidades de alto risco (convênios via SICONV/SISPAG/GESCON) e incentivo financeiro mensal para o atendimento a pessoas com deficiência nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A organização de redes regionalizadas e integradas de atenção é uma estratégia de estruturação dos sistemas de saúde para enfrentar os problemas decorrentes da segmentação e fragmentação dos cuidados à saúde. As redes têm por referência territórios e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; os serviços de saúde ou pontos da rede devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e o sistema de governança (Silva; Évora; Cintra, 2015). A RCPD é um arranjo institucional que busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS), mas são escassos os estudos sobre sua implementação.

No entanto, sua construção trata de um processo complexo, muitas vezes entremeadado por barreiras tanto socioculturais quanto operacionais. Além disso, o conceito ampliado de saúde associado aos preceitos de integralidade, universalidade e descentralização propostos pelo Sistema Único de Saúde, tornam imprescindível o conhecimento da estruturação dessa Rede nas esferas estaduais, visando, assim, o adequado funcionamento de todo o sistema (Gryschek, 2014).

São diretrizes da rede para as pessoas com deficiência: respeito aos direitos humanos; promoção da equidade; enfrentamento aos estigmas e preconceitos; garantia do acesso e da qualidade dos serviços; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; diversificação das estratégias de cuidado; desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social; ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada; promoção de estratégias de educação permanente; e desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular; desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (Brasil, 2012a).

3.2 Atenção primária à Saúde e Tecnologias da Informação

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde, sendo formada de várias ações de promoção e proteção de saúde, na esfera individual e coletiva, funcionando como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. Sendo a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, orientando-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, cuidado, integralidade, atenção, responsabilização, humanização e equidade (BRASIL, 2021).

Desse modo, a APS gera uma grande quantidade de informações dos usuários do SUS exigindo dos profissionais da atenção básica um zelo e cuidado com o tratamento desses dados, de modo que não ocorra extravio e divergência nas informações dos pacientes. Com isso, o Ministério da Saúde passou a utilizar tecnologia da informação como estratégia para o processamento, armazenamento e coleta de dados, objetivando melhorar a gestão das informações da APS a nível nacional (Brasil, 2004).

Os sistemas de informação em saúde auxiliam os profissionais no planejamento e na gestão dos dados, possibilitando o aprimoramento das ações desenvolvidas, uma vez que são capazes de oferecer suporte na tomada de decisão (Cavalcante *et al.*, 2018).

O e-SUS APS é uma estratégia elaborada pelo Ministério da Saúde para reestruturar as informações da atenção primária à saúde em nível nacional, através da modernização das plataformas tecnológicas e da informatização das Unidades Básicas de Saúde (UBS), com a premissa de que melhorar a gestão da informação é um pilar fundamental na qualidade do atendimento à população. Dessa forma, o objetivo dessa estratégia é trazer a tecnologia da informação para o centro da gestão da informação na APS como apoio e suporte aos municípios e serviços de saúde, possibilitando uma gestão mais efetiva, melhorando a qualidade da entrega para com os usuários (Brasil, 2020).

Nessa conjuntura, para tornar mais eficiente a gestão e o trabalho das equipes de saúde, foram desenvolvidos dois softwares de coleta de dados: o sistema com Coleta Simplificado de Dados (CDS) e o sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) (Brasil, 2020). É através dessas aplicações que as informações são coletadas e enviadas ao Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB), permitindo acompanhar o histórico de atendimento dos usuários da APS, assim como a produtividade de cada profissional (Brasil, 2014). Vale enfatizar que as duas aplicações possibilitam o envio das mesmas informações ao SISAB, distinguindo apenas no modo de envio (Brasil, 2017).

Neste sentido, a informação é tida como uma estrutura complexa e elemento que precede a comunicação, a tecnologia, o conhecimento e a ação, sendo imprescindível no contexto da saúde (Jesus *et al.*, 2014). Os registros das informações expressam o reflexo da avaliação do profissional quanto ao cliente e demonstram a eficiência do cuidado ofertado, assim como a conformidade do trabalho executado (Franco; Akemi; D’Inocento, 2012). Nesse contexto, dados são como uma matéria prima sobre a qual trabalha-se para produzir informações que traduzam conhecimento, interpretação e juízo sobre determinada situação (Maia; Valente, 2018).

Nesta perspectiva, o processo de cuidado cada vez mais tem se apoiado no uso das tecnologias, que possuem múltiplas funções e efeitos, em consequência de seu desenvolvimento, adoção e uso para qualificar a assistência à saúde. Estamos cercados pelas tecnologias nos espaços de produção de saúde. Sejam elas: prontuários, fichas, mapas de atendimento, checklists para o controle de qualidade, organogramas, instrumentos, protocolos e muitos outros (Netto; Dias; Goyanna, 2015).

Esse instrumento norteia o processo de cuidado, servindo a uma finalidade específica, subsidiando e constituindo-se para o registro de informações em saúde (Netto; Dias; Goyanna, 2015). O registro eletrônico de enfermagem é um exemplo do desenvolvimento de tecnologia para a saúde, permitindo acesso imediato às informações (Baillie *et al.*, 2013). Facilitando, ainda, o acesso, a legibilidade e a recuperação das informações. Passando a melhorar a eficiência e a qualidade dos cuidados e a velocidade da comunicação, além de evitar a duplicação das informações necessárias (Sheikh *et al.*, 2013; Zwaanswijk *et al.*, 2011).

Nesta perspectiva, os registros realizados por profissionais de saúde operacionalizam o processo da informação em saúde, o qual conduz ao conhecimento dos resultados obtidos com os cuidados prestados pela equipe de saúde envolvida, além de facilitar a tomada de decisões e de propiciar melhor coordenação e continuidade das ações em saúde (Maia; Valente, 2018).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, a qual foi realizada por intermédio da aplicação de um questionário eletrônico, para identificar o processo de registro das informações em saúde, bem como, o acompanhamento das pessoas com deficiências, na Atenção Primária à Saúde.

As pesquisas exploratórias são aquelas realizadas em áreas e sobre problemas em que se deseja conhecer o fenômeno, proporcionando maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado (Richardson, 1999). Estas possibilitam ao pesquisador aproximar-se de um objeto de pesquisa ainda pouco conhecido, com o objetivo de explorar os seus significados e o contexto da investigação, buscando aprofundar o conhecimento em torno da realidade. E, também, compreendendo como o fenômeno acontece e descrevendo sua relação com as pessoas e os diversos aspectos envolvidos (Triviños, 1987).

A pesquisa é descritiva, pois deseja compreender como o fenômeno acontece, além de descrever sua relação com as pessoas e os diversos aspectos envolvidos. Esse tipo de estudo pretende apresentar os fatos e fenômenos de determinada realidade (Triviños, 1987). Ou seja, retrata as características de indivíduos, situações ou grupos, mostrando a frequência com que ocorrem determinados fenômenos e o estabelecimento das relações entre as variáveis identificadas (Polit; Beck, 2004).

A pesquisa pauta-se, ainda, no modelo qualitativo, no sentido de validar a experiência humana, respeitando a subjetividade e a perspectiva de cada participante, sem omitir o rigor e a objetividade, mas com métodos claros e específicos, e com o objetivo de legitimar que a experiência humana não pode ser retida aos métodos nomotéticos de analisá-la e descrevê-la (Chizzotti, 2017). Pois, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Portanto, preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações sociais (Minayo, 2001).

Utiliza-se a pesquisa qualitativa, principalmente, em investigações que pretendem entender a natureza da subjetividade humana em situações específicas, ou em estudos que buscam explorar esferas do conhecimento que ainda estão em fase de florescimento, nos quais se procura encontrar novas formas de saber (Strauss; Corbin, 1998).

4.2 Período e cenário da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida de dezembro de 2021 a julho de 2022, considerando todas as suas etapas, desde a elaboração do projeto, submissão e aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

O estudo foi realizado em Sobral, cidade localizada na Mesorregião Noroeste do Estado do Ceará, com área de 2.123 km², uma população de 212.718 habitantes, constituindo-se como campo desta pesquisa, mais especificamente a ser desenvolvida na Atenção Primária à Saúde do município de Sobral, Ceará. O município de Sobral é referência para a Macrorregião da Saúde do Estado do Ceará, abrangendo 55 municípios, com atendimento a mais de 1.500.000 usuários do Sistema Único de Saúde (Sobral, 2022).

O Sistema Municipal de Saúde de Sobral está organizado por uma rede de serviços próprios, conveniados e contratados. A Atenção Primária à Saúde (APS) é constituída a partir da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 38 Centros de Saúde da Família (CSF) distribuídos entre 23 CSF na Sede e 15 CSF nos distritos, com um total de 76 equipes de saúde da família, conforme apresentado na Tabela 1 (Sobral, 2022).

Tabela 1 – Distribuição das Equipes de Saúde por Centros de Saúde da Família de Sobral Ceará até julho/ 2022.

Centro de Saúde da Família	Localização	Equipes de			
		Saúde da Família	Médicos	Enfermeiros	Gerentes
1. Alto da Brasília	Sede	02	02	02	01
2. Alto do Cristo	Sede	02	02	02	01
3. Aprazível	Distrito	02	02	02	01
4. Aracatiçu	Distrito	02	02	02	01
5. Baracho/ São Francisco	Distrito	01	01	01	01
6. Bilheira	Distrito	01	01	01	01
7. Bonfim	Distrito	01	01	01	01
8. Caic	Sede	03	03	03	01
9. Caioca	Distrito	01	01	01	01
10. Caiçara	Sede	03	03	03	01
11. Campo dos Velhos	Sede	03	03	03	01
12. Caracará	Distrito	01	01	01	01
13. Centro	Sede	02	02	02	01
14. Coelce	Sede	04	04	04	01

Centro de Saúde da Família	Localização	Equipes de			
		Saúde da Família	Médicos	Enfermeiros	Gerentes
15.Cohab II	Sede	02	02	02	01
16.Cohab III	Sede	02	02	02	01
17.Conjunto Santo Antônio	Sede	02	02	02	01
18.Dom Expedito	Sede	02	02	02	01
19.Estação	Sede	02	02	02	01
20.Expectativa	Sede	04	04	04	01
21.Jaibaras	Distrito	03	03	03	01
22.Jordão	Distrito	01	01	01	01
23.Junco	Sede	03	03	03	01
24.Padre Palhano	Sede	03	03	03	01
25.Patos	Distrito	01	01	01	01
26.Patriarca	Distrito	01	01	01	01
27.Pedrinhas	Sede	02	02	02	01
28.Rafael Arruda	Distrito	01	01	01	01
29.Recanto	Sede	01	01	01	01
30.Salgado dos Machados	Distrito	01	01	01	01
31.Sinhá Sabóia	Sede	03	03	03	01
32.Sumaré	Sede	02	02	02	01
33.Tamarindo	Sede	02	02	02	01
34.Taperuaba	Distrito	02	02	02	01
35.Terrenos Novos 1	Sede	04	04	04	01
36.Terrenos Novos 2	Sede	01	01	01	01
37.Torto	Distrito	01	01	01	01
38.Vila União	Sede	02	02	02	01
Total		76	76	76	38

Fonte: CNES (2022); Sobral (2022).

De acordo com os critérios de elegibilidade do estudo, participaram 67 profissionais de 31 Centros de Saúde da Família (CSF), divididos em 19 CSF na sede e 12 distritos. Sendo os participantes 44 enfermeiros, 10 gerentes e 13 médicos.

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário eletrônico (<https://forms.gle/o3NfPmfopqq6MnBa6>), pois possibilita atingir um quantitativo expressivo de participantes, mesmo que estejam dispersas numa área geográfica extensa, além disso possibilita um tempo menor para a finalização das respostas, além de não ser necessário o envolvimento do entrevistador durante as respostas. Fachin (2005, p. 147) afirma que “o questionário consiste num elenco de questões que são apreciadas e submetidas a certo número de pessoas com o intuito de obter respostas para a coleta de informações”. Além da necessidade de o número de questões serem reduzidas e apresentar forma de redação simples, completa e clara, com o intuito de prender a atenção do pesquisado.

A elaboração do instrumento de coleta de dados foi baseado no alcance do objetivo da pesquisa, sendo dividido em dois blocos de questões: o primeiro refere-se às características pessoais dos respondentes, quanto ao sexo, idade, tempo de graduação, titulação e tempo de atuação na Atenção Primária à Saúde (APS), a fim de delimitar o perfil dos participantes; o segundo grupo é direcionado para a elucidação do registro das informações em saúde das pessoas com deficiências e, também saber de que forma é realizado o acompanhamento dessas pessoas na APS, ao longo do tempo.

Após a aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa, deu-se início a coleta dos dados. Onde foi enviado e-mail, no mês de abril de 2022 para os profissionais dos 38 CSF, com um convite explicativo para participação da pesquisa e anexado um link para acesso ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual tinha um prazo de cinco dias para resposta a partir da data do recebimento do e-mail. Após a identificação dos profissionais que aceitaram participar da pesquisa, foi realizada uma nova etapa, onde foi enviado um link de acesso ao questionário (Quadro 1), este teve um prazo de dez dias para que os participantes pudessem responder com segurança, no momento que fosse mais adequado e de acordo com a sua disponibilidade.

Quadro 1 – Instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa.

Questionário
1. Qual o seu entendimento sobre deficiência?
2. Quais políticas voltadas à pessoa com deficiência você conhece?
3. Como se dá o processo de identificação e acompanhamento das pessoas com deficiência na área de adscrição da sua equipe de saúde?
4. Como são registradas as informações de saúde das pessoas com deficiência? Existe um formulário específico? Qual? Que informações são inseridas? Tem um sistema específico? Quem registra essas informações? Os profissionais que registram são submetidos a algum tipo de capacitação?
5. Considerando que a Estratégia Saúde da Família é a coordenadora do cuidado, como o acompanhamento às pessoas com deficiências é estruturado?
6. Quais serviços de atendimento à pessoa com deficiência você conhece em Sobral? Como se dá o encaminhamento para esses serviços?
7. Na sua opinião, como as informações sobre as pessoas com deficiência podem contribuir para qualificar o acompanhamento dessas pessoas no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

Fonte: autora.

4.5 Análise dos dados

A análise tem como finalidade elucidar os dados coletados, tendo em vista os aspectos sociais, históricos e filosóficos no período da coleta e anteriores a ela, procurando ampliar o conhecimento adquirido sobre o tema estudado. Consiste, ainda, em examinar, categorizar, classificar em tabelas, testar, ou do contrário, recombinar as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo (Minayo, 2001).

Para tratamento dos dados qualitativos, empregou-se, neste estudo, a análise de conteúdo. E, para o suporte no processo de análise, foi utilizado o software R como uma ferramenta de organização, análise e compreensão das informações obtidas, com a finalidade de facilitar o entendimento dos resultados. Dessa forma, o processo de análise foi organizado em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2011).

4.5.1 Primeira fase: pré-análise

Na primeira fase, foi realizada uma leitura flutuante dos dados coletados a partir das respostas dos profissionais de saúde ao questionário, onde a unidade de análise deste estudo está relacionada ao registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências, na Atenção Primária à Saúde.

Bardin (2011) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo.

4.5.2 Segunda fase: exploração do material

Em seguida, foi realizada a exploração do material, a qual consistiu na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações e categorias simbólicas ou temáticas.

Bardin (1977) define codificação como a transformação, por meio de recorte, agregação e enumeração, com base em regras precisas sobre as informações textuais, representativas das características do conteúdo. Nesta segunda fase, foi realizada a codificação para formulação das categorias de análise, utilizando as indicações trazidas pela leitura geral. Nesse sentido, tornaram-se unidades de registro, os trechos e/ou parágrafos de cada entrevista. Estas foram agrupadas tematicamente em categorias iniciais, intermediárias e finais, as quais possibilitaram as inferências.

4.5.3 Terceira fase: tratamento dos resultados, inferência e interpretação

A partir de então, deu-se a terceira fase que compreendeu no tratamento dos resultados, inferência e interpretação, captando os conteúdos manifestos e latentes contidos em todas as entrevistas coletadas. A análise comparativa foi realizada ressaltando os aspectos considerados semelhantes e os que foram concebidos como diferentes. Utilizou-se o software R, versão 4.1.1 como uma ferramenta para a análise das entrevistas.

O R é um software de código aberto e gratuito, capaz de realizar vários tipos de análise de dados por ser possível importar, facilmente, materiais de uma ampla variedade de fontes, incluindo arquivos de textos. Além de compilar e rodar em diversas plataformas e sistemas similares. Ele é bastante difundido como um programa estatístico, porém, realiza várias outras tarefas, como por exemplo análises de bioinformática, incluindo alinhamento de sequências e comparação com bases de dados, modelagem, produção de mapas, dentre outros. De um modo geral, o R é uma ferramenta excelente para armazenar e manipular dados, realizar cálculos, realizar testes estatísticos, análises exploratórias e produzir gráficos.

O programa possibilita a criação de diferentes análises textuais, desde as mais simples às mais complexas, além de organizar a distribuição do vocabulário de forma simples, compreensível e visualmente clara (Camargo; Justo, 2013).

Dessa forma, todas as respostas dos questionários foram transcritas e passaram pelas adequações necessárias para a realização da análise, resguardando o texto como ele foi produzido pelo participante. Nessa perspectiva, as falas foram transcritas e tabuladas em uma planilha eletrônica, no software Microsoft Excel 2013, posteriormente importadas para o software R para a realização das análises.

Com isso, foi possível realizar a análise de agrupamento (cluster), uma das análises multivariadas exploratórias mais simples, a qual gera um dendrograma de relações entre as unidades amostrais, baseado na similaridade ou dissimilaridade (distância) entre elas.

A análise de Clusters de Palavras (Kabacoff, 2022) também foi realizada para verificar o padrão de associação entre as palavras, auxiliando, assim, na interpretação das falas dos participantes do estudo. O programa estatístico R foi utilizado, no qual o *packagem*, destinado para análises textuais, foi empregado para a realização das referidas análises. Bem como o *package word cloud* para a elaboração da nuvem de palavras.

As nuvens de palavras foram elaboradas, as quais destacam as palavras mencionadas mais frequentes. Sendo verificadas, ainda, a frequência de tais palavras, bem como, as que apresentavam maiores valores de associação (VA) com as mais frequentes. Tal valor varia entre 0 e 1, e quanto maior mais forte a associação, mais próximo de 1 (Kwartler, 2017).

A nuvem de palavras organiza de forma aleatória as palavras com maior frequência, enquanto o dendrograma realiza classificação da frequência por classes de palavras que estão se relacionando diretamente (Camargo; Justo, 2013).

A Nuvem de Palavras organiza-se em um gráfico em função de sua frequência. Dessa forma, as palavras mais ao centro do gráfico e maiores apresentam frequência maior. Por outro lado, palavras mais próximas da periferia do gráfico e menores possuem menor frequência. Nessa perspectiva, ela possibilita uma percepção rápida acerca do conteúdo, possibilitando um primeiro contato do leitor com o tema (Camargo; Justo, 2013).

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, o qual incorpora, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do trabalho (Brasil, 2012b).

Neste contexto, o presente estudo foi submetido à avaliação da Comissão Científica da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral e, posteriormente, à sua autorização, com emissão da Carta de Anuência, foi cadastrado na Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisas. Assim, a pesquisa apresentou parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) sob número do Parecer: 5.408.891, em 15 de maio de 2022.

Os participantes foram informados acerca dos objetivos da pesquisa e, após aceitarem participar do estudo, assinaram, de forma eletrônica, o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), através da plataforma *Google Forms*, conforme Resolução 466/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Dessa maneira, a pesquisa apresentou riscos mínimos no que concerne a aplicação do questionário e manuseio das suas respostas. Todavia, os riscos foram minimizados a partir da codificação das informações, de maneira a preservar o sigilo e a confidencialidade das mesmas e escolha do local de realização do questionário de acordo com a disponibilidade e comodidade do participante.

A pesquisa apresentou benefícios indiretos, no que se refere a contribuir para a compreensão da atenção às pessoas com deficiências no referido município, o que poderá subsidiar a gestão do cuidado e a implementação de um modelo de atenção que atenda de forma integral as necessidades dos usuários que têm alguma deficiência.

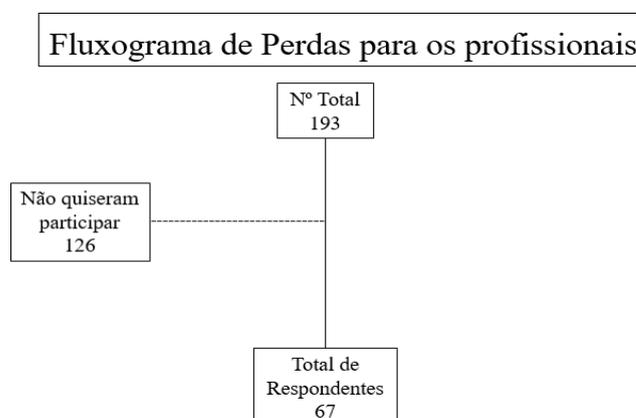
Para garantir o anonimato dos participantes, foram utilizadas as letras E (enfermeiro), M (médico) e G (gerente) para identificar e garantir o sigilo dos participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

5.1 Caracterização dos participantes

No período do estudo foram elegíveis 193 profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, sendo as categorias médicos, enfermeiros e gerentes dos 38 Centros de Saúde da Família (CSF). Após todos os profissionais terem sido convidados a participarem da pesquisa, 67 profissionais de 31 CSF se enquadraram nos critérios de elegibilidade, alcançando-se uma taxa de resposta de 34,7%. Amostra de 81,6% de profissionais que participara, constituindo em um importante dado, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma dos profissionais das perdas do estudo.



Legenda: Fluxograma de perdas para os profissionais de saúde.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base nos dados coletados, foi possível traçar o perfil dos participantes do estudo. Entre os profissionais incluídos na pesquisa, destacou-se que a maioria são enfermeiros, totalizando 44 (65,7%), seguidos por 13 médicos (19,4%) e 10 gerentes (14,9%). Um aspecto notável é a significativa predominância feminina entre os profissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde, independentemente da área de especialização, com 55 mulheres (82%) em comparação com apenas 12 homens (18%) entre os participantes (conforme mostrado na Tabela 2).

Tabela 2 – Características dos participantes dos Centros de Saúde da Família (CSF). Sobral- CE, 2022.

Características	Frequência (n)
Sexo	
Feminino	55
Masculino	12
Idade	
20 a 29	18
30 a 39	30
40 a 49	12
50 a 59	07
Formação profissional	
Assistente Social	03
Enfermagem	48
Fisioterapia	02
Nutrição	01
Medicina	13
Atuação	
Gerente	10
Enfermeiro	44
Médico	13
Titulação acadêmica	
Graduação	20
Especialização	42
Mestrado	05
Tempo de Atuação na APS (anos)	
> 1 ano	08
1 a 05	27
06 a 10	14
11 a 20	12
21 a 30	06

Fonte: Dados da pesquisa.

Esse achado conjectura, de maneira expressiva, a presença de mulheres como trabalhadoras do segmento da saúde, fato crescente nos últimos anos, somados a um entendimento socialmente construído de que o gênero feminino, que exerce o papel do cuidado e, conseqüentemente, escolhe preferencialmente a área da saúde como meio de trabalho (Alves; Penna; Brito, 2004). A relação artificial estabelecida entre a função profissional e a dominância de determinado sexo sustenta-se em um ideal de aptidões naturais, que são justificadas a partir de características orgânicas, anatômicas ou comportamentais dos sujeitos, paralelamente

desistoricizam a construção social das desigualdades relacionais de poder entre os gêneros, mantendo-os segmentados e/ou com remunerações díspares (Dias, 2013).

Em relação à faixa etária, a idade é em média de 35,6 anos, predominante entre os adultos jovens de 30 a 39 anos. Também foi possível observar que a maioria dos participantes possuem de um a dez anos de atuação na APS, sendo um total de 40 profissionais (59,7%). Destes, 35 (52,3%) estão há menos de cinco anos atuando na APS. E, a maioria, 42 participantes (62,7%) possuem especialização.

A idade pode estar relacionada com a experiência profissional, mas não se pode afirmar que a experiência, isoladamente, seja um preditor de conhecimentos, atitudes e práticas adequados. Uma maior experiência sugere que o profissional teve mais oportunidade de ter contato com o problema e/ou de receber treinamento em serviço (GONÇALVES, 1994).

Também observa-se que seja uma área onde existe uma grande rotatividade de profissionais, visto que a maioria possui pouco tempo de atuação. A rotatividade de profissionais, sobretudo na APS, é vivenciada em vários territórios brasileiros. Segundo Medeiros *et al* (2010), fatores como precarização do trabalho, fragmentação da formação, ausência de vínculo com a comunidade e más condições de trabalho são fatores determinantes.

Sendo o entendimento de que os trabalhadores da saúde, assim como a saúde, constituem um bem público, pressupondo a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador e do seu trabalho: plano de cargos, carreiras e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação do trabalho; educação permanente; humanização da qualidade do trabalho, dentre outros (Machado; Ximenes, 2018).

Dos 38 Centros de Saúde da Família (CSF), participaram do estudo, profissionais de 31 CSF, acarretando uma boa amostra da realidade da atenção à pessoa com deficiência na Atenção Primária à Saúde no município de Sobral. Pois foi possível analisar os dados de pelo menos um profissional da maioria dos CSF. Sendo Alto da Brasília, Aprazível, Aracatiaçu, Baracho, Bonfim, Caic, Caioca, caiçara, Campo dos Velhos, Caracara, Centro, Coelce, Cohab 2, Cohab 3, Dom Expedito, Estação, Expectativa, Jaibaras, Jordão, Junco, Padre Palhano, Patos, Patriarca, Pedrinhas, Salgado dos Machados, Santo Antônio, Sumaré, Tamarindo, Taparuaba, Terrenos Novos 1, Terrenos Novos 2.

5.2 Análise das Categorias Abstraídas

Com vistas a responder ao problema e objetivo da pesquisa, os referidos dados coletados previamente foram analisados, por meio da análise de conteúdo, conforme Bardin (2011) e com o suporte do *Software R*.

O processo de formação das categorias se concretizou conforme orientado por Bardin (1977), após a seleção do material e a leitura flutuante. E, a partir das respostas dos profissionais, emergiram cinco categorias: “Conhecimento dos profissionais sobre Deficiência”; “Políticas públicas voltadas às pessoas com deficiências”; “Identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências na APS”; “Fluxo de encaminhamento nas Redes de Atenção”; “A importância das informações em saúde para o acompanhamento das pessoas com deficiências”. Por meio da análise temática de conteúdo, foi feita a descrição e correlação dos dados.

5.2.1 *Conhecimento dos profissionais sobre deficiência*

A nuvem de palavras é a mais simples forma de representar, graficamente, as palavras em função da frequência com que aparecem no texto analisado. Conforme é possível identificar, os vocábulos em maior destaque nas respostas foram: física, mental, limitação, intelectual, ausência e vida (Figura 3). Analisando essas palavras, consegue-se perceber que as palavras “física”, “mental” e “intelectual” são representações que estão relacionadas aos tipos de deficiência. Já as palavras “vida”, “limitação” e “ausência” encontram-se atreladas ao contexto da definição de deficiência. Percebe-se, assim, que existe uma pequena confusão sobre o significado de pessoa com deficiência, onde são citadas, em sua maioria, palavras que definem os tipos de deficiências.

Figura 3 – Nuvem de Palavras sobre o entendimento dos profissionais sobre deficiência.



Fonte: Dados da pesquisa.

Também foi possível verificar a frequência das palavras mais usadas pelos profissionais para descrever o entendimento acerca do que seria deficiência. Dessa forma, as dez palavras que tiveram maior destaque foram: “física”, “mental”, “intelectual”, “vida”, “limitação”, “ausência”, “pessoa”, “atividades”, “perda” e “qualquer”, como mostrado na Figura 3. Além disso, pode-se verificar a associação de palavras para aquelas com uma maior frequência nas respostas, em que quanto mais próximo de um, maior é o valor de associação.

Ainda houve um predomínio do pronome “qualquer”, sendo mais fortemente associado às palavras “tipos” e “outros”, o que pode suscitar que os profissionais construíram seus discursos acerca dos tipos de deficiência, podendo ser considerado um fator limitante para o acompanhamento das pessoas com deficiências na Atenção Primária à Saúde, visto que os profissionais carecem de entendimento sobre a definição de deficiência. Por outro lado, constitui um ponto positivo, uma vez que se consegue conhecer quem são essas pessoas por meio dos seus aspectos limitantes, podendo ser possível realizar uma assistência adequada.

Figura 4 – **Frequência** e Associação das palavras.

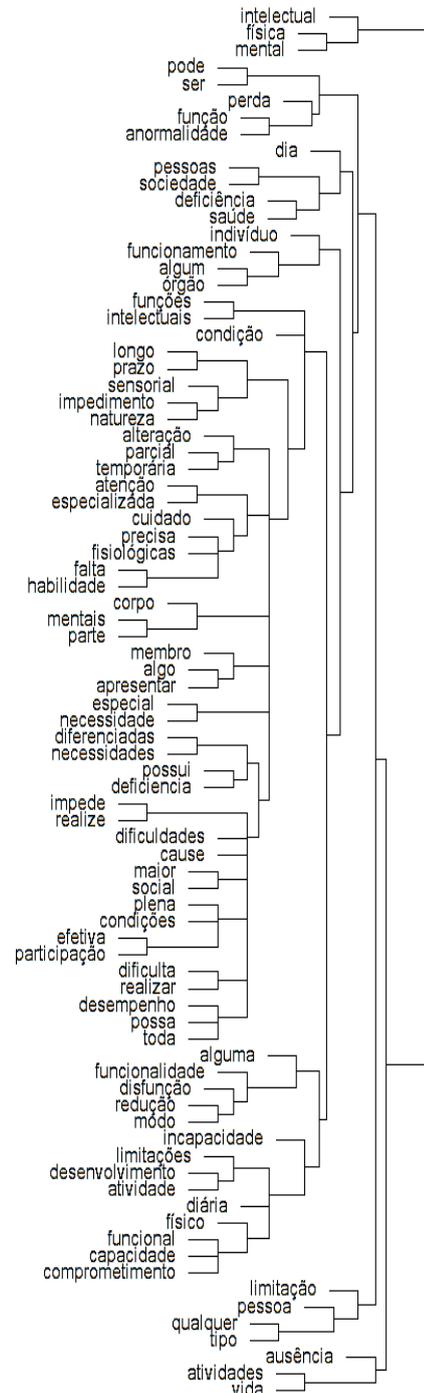
Frequência e Associação de Palavras			
Palavra	<i>f</i>	PA	VA
1. Física	22	Mental	0.55
		Intelectual	0.54
2. Mental	19	Física	0.55
		Alteração	0.35
3. Intelectual	13	Física	0.54
		Pessoas	0.51
4. Vida	12	Diária	0.54
		Atividades	0.46
5. Limitação	11	Temporária	0.40
		Tipo	0.37
6. Ausência	11	Funcionamento	0.49
		Órgão	0.46
7. Pessoa	11	Anormalidade	0.34
		-	-
8. Atividades	10	Diária	0.60
		Vida	0.46
9. Perda	10	Anormalidade	0.52
		Mentais	0.42
10. Qualquer	9	Tipo	0.61
		Outros	0.60

PA = Palavra associada. VA = Valor de associação

Fonte: Dados da pesquisa.

Foi realizada a análise de Clusters de Palavras, onde foram identificados agrupamentos por assuntos das palavras mais frequentes, para verificar o padrão de associação entre elas. Após a análise, identificou-se no dendograma (Figura 4) as palavras que emergiram das falas dos participantes que foram construídas ao se questionar o entendimento dos profissionais sobre deficiência. Analisando o dendograma da esquerda para a direita, é possível verificar o agrupamento das palavras “intelectual”, “física” e “mental”, em que se verificam os tipos de deficiência. Pode-se perceber, ainda, que as palavras “limitação”, “pessoa”, “qualquer” e “ausência”, estão associadas à definição de deficiência. Esses achados também foram identificados na nuvem de palavras, bem como na frequência e associação delas.

Figura 5 – Dendograma sobre o questionamento “Qual o seu entendimento sobre deficiência?”



Fonte: Dados da pesquisa.

Os discursos, a seguir, retratam o pouco conhecimento dos profissionais sobre deficiência:

“Tenho pouco conhecimento, mas observo que ainda é muito carente. Os direitos não são respeitados” (E05)

“Pessoas que devem ser atendidas com equidade” (G03)

A necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para o adequado conhecimento da definição de pessoas com deficiência. Para que sejam capazes de perceber essas pessoas, de organizar e planejar ações que possam responder às necessidades individuais e do coletivo. Por meio de espaços de capacitação e estratégias para reflexão diante dos problemas e desafios da saúde pública nos municípios e regiões, é possível enfrentar o desafio de produzir transformações nas práticas profissionais e na própria organização do trabalho (Batista; Gonçalves, 2011).

a educação permanente em saúde é uma condição para o desenvolvimento de uma escuta qualificada e de uma produção das aprendizagens de cuidado, relativas à intervenção no andar da vida individual e coletiva. Deverá, portanto, ser orientada pela maior resolutividade dos problemas de saúde das populações, ocupando um lugar central e finalístico, nas políticas de saúde, permitindo a construção da acessibilidade da atenção e do sistema de saúde, incluindo às pessoas com deficiências, entendidos como cidadãos de direitos (Ceccim, 2005).

5.2.2 Políticas voltadas às pessoas com deficiências

Políticas públicas devem ser criadas para contribuir com a execução das leis, instituindo intervenções nos diversos setores da sociedade, sendo essenciais para o alcance da saúde. Garantir o direito de todos de ter acesso à saúde, incluindo as pessoas com deficiência, ainda é um desafio (AGUIAR et al, 2021).

Ao analisar a nuvem de palavras gerada pelo questionamento das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências, destacam-se os termos “deficiência”, “política”, “pessoa”, nacional e “acessibilidade” (Figura 6). É possível identificar, também, os termos de correlação entre as palavras dos textos que foram mais usados na análise, sendo identificada a correlação mínima.

Figura 6 – Nuvem de Palavras acerca do conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências.



Fonte: Dados da pesquisa.

Outras palavras como: “cotas”, “acesso”, “vagas”, “garantia” e “benefício” foram usados de forma a tentar demonstrar a atuação das políticas públicas que os profissionais conhecem.

Figura 7 – Frequência e Associação das palavras acerca do conhecimento dos profissionais sobre as políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiências.

Frequência e Associação de Palavras			
Palavra	<i>f</i>	PA	VA
1. Deficiência	26	Pessoa	0.59
		Política	0.46
2. Pessoa	18	Deficiência	0.59
		Nacional	0.55
3. Política	17	Nacional	0.71
		Pessoa	0.54
4. Acessibilidade	11	Algumas	0.57
		Deficiências	0.57

Frequência e Associação de Palavras			
Palavra	f	PA	VA
5. Nacional	11	Política	0.71
		Pessoa	0.55
6. Pessoas	10	Adaptado	0.42
		Voltadas	0.42
7. Cotas	8	Concursos	0.69
		Prioridades	0.48
8. Atenção	6	Pessoa	0.40
		Brasil	0.39
9. Inclusão	5	Apoiar	0.75
		Apropriados	0.75
10. Saúde	5	Exemplo	0.62
		Brasil	0.43

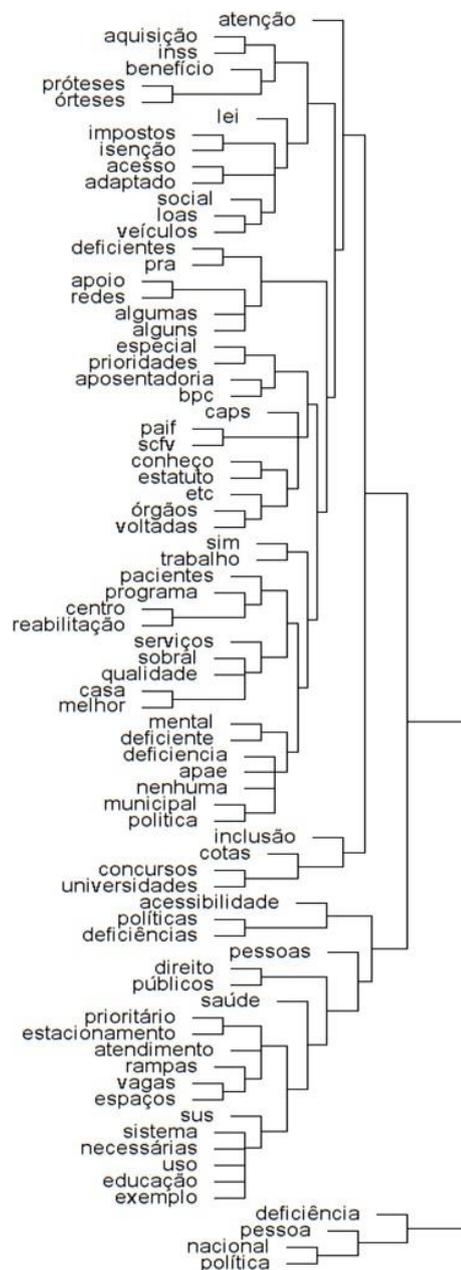
Fonte: Dados da pesquisa.

Das palavras que obtiveram uma maior frequência, o termo “Nacional” apresentou um valor de associação de 0,71 em relação à palavra “política”. A partir disso, percebe-se que as respostas vão ao encontro com o conhecimento dos profissionais de saúde acerca das políticas públicas para pessoas com deficiências, onde utilizam essas palavras para tentarem definir o que e quais são essas políticas.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (Portaria MS/GM n 1.060, de 5 de junho de 2002) estabelece como propósitos gerais: “proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências” Entre as diretrizes da referida política, está a “melhoria paulatina do acesso às estruturas físicas, às informações e aos bens e serviços disponíveis aos usuários com deficiências no SUS, de modo a atender às necessidades particulares de todos os membros da sociedade (Brasil, 2009).

Assim, no Dendograma verifica-se a formação de nove agrupamentos, conforme apresentado na Figura 8. Identifica-se ainda, que em todas as categorias iniciais existem associações de palavras o que gera uma vasta rede de relações entre as categorias. Todavia, a categoria inicial “Atenção” não apresenta esta similaridade de codificação.

Figura 8 – Dendograma sobre o questionamento “Quais políticas públicas você conhece voltadas para as pessoas com deficiências?”



Fonte: Dados da pesquisa.

A análise dos termos presentes no dendrograma apontam padrões de palavras das diversas políticas voltadas para as pessoas com deficiências que foram citadas pelos profissionais, as quais refletem as suas formas, potencializando a acessibilidade desse público aos diversos setores. Os agrupamentos “aquisição, INSS e benefício”; “próteses e órteses”; “impostos, isenção, acesso e adaptado”, constituem padrões que demonstram esse achado.

Entretanto, o que se observa nas respostas, é um pouco de desconhecimento acerca do assunto. Também obtivemos quatro respostas idênticas, as falas reproduzem de forma quase

literal texto de atos normativos de políticas sobre o tema. Portanto considerando que o instrumento foi respondido pelo participante com tempo, isto poderia denotar que a resposta pode ter sido extraída da internet. Podemos observar isso nas seguintes falas:

“Política nacional a pessoa com deficiência” (E36)

“Rampas, cotas” (M1)

“SUS, pontos de atenção a pessoa com necessidade” (E28)

“Não conheço política efetiva” (E40)

Mas, também, percebe-se que alguns profissionais conhecem as políticas públicas voltadas a esse público, quando responderam:

“Scfv e paif” (E23)

“A lei de cotas para PCB no mercado de trabalho, o Benefício de prestação continuada, políticas na Educação como o AEE. Embora ainda apresentem inúmeras limitações” (G4)

“Atendimento prioritário em locais como no sistema de saúde, supermercados. Acessibilidade a locais, com vaga de estacionamento devidamente sinalizadas; locais adaptados como por exemplo banheiros em espaços públicos e privados de uso coletivo, vagas adaptadas em transporte públicos, presença de rampas e ruas que permitam locomoção com a devida segurança. No campo da educação, a pessoa com deficiência tem direito a tutor particular e material adaptado. No SUS, essas pessoas têm direito ao acesso de próteses e órteses necessárias e aos medicamentos para seu tratamento, além de direito a atendimento priorizado e, se preciso for, visitas domiciliares” (G8)

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2002, destaca que uma pessoa com deficiência, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, também pode ser acometida por doenças e agravos comuns às demais pessoas, necessitando, portanto, de outros tipos de serviços além daqueles estritamente ligados à sua deficiência (Brasil, 2008).

5.2.3 Identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências na APS

A Figura 9 retrata as respostas dos participantes acerca da identificação e registro das pessoas com deficiências na APS. Podemos visualizar que se destacam na nuvem de palavras “equipe”, “ACS”. Com isso, percebe-se que na realidade desses profissionais, a identificação das pessoas com deficiências é realizada pelos agentes comunitários de saúde e pela equipe de saúde da família. No que concerne ao registro das informações de saúde dessas pessoas, as palavras “cadastro” e “individual” tiveram um valor de associação 0,81 (Figura 10),

		ACS	0.24
4. Saúde	17	Agentes	0.58
		Cuidado	0.50
5. Através	16	Ativa	0.31
		Visita	0.30
6. Identificação	13	Condição	0.44
		Individual	0.39
7. Cadastro	12	Individual	0.81
		Condição	0.46
8. Individual	10	Cadastro	0.81
		Condição	0.65
9. Visita	9	Domiciliar	0.55
		Profissionais	0.34
10. Multiprofissional	9	Durante	0.49
		Visitas	0.42

Fonte: Dados da pesquisa.

Observa-se pelas falas dos participantes, que a identificação das pessoas com deficiências é realizada, na maioria das vezes, pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Apesar de alguns trabalhadores compreenderem que a própria equipe de saúde, mas especificamente, médicos e enfermeiros também realizam essa identificação de maneira efetiva, conforme evidenciado nos trechos abaixo:

“A identificação é feita durante os cadastros individuais e familiares pelo Agente Comunitário de Saúde e durante os atendimentos realizados pelos médicos, enfermeiros” (E3)

Através do acompanhamento do ACS na área e suas necessidades” (E8)

“Cadastro pelo ACS”. (E26)

O dendograma (Figura 11) destaca as palavras com maior significância. Ao analisá-lo, da esquerda para a direita, percebe-se que a palavra “ACS” aparece de forma isolada. Entretanto, isso acontece por ela estar associada às demais palavras mais frequentes. O agrupamento “cadastro e individual”; “agente comunitário”; “busca e ativa”, estão relacionados à identificação das pessoas com deficiências.

Todavia, apesar do pouco conhecimento sobre o tema, é possível observar que o ACS inicia o fluxo da rede e, sobre isso, contribuindo na reordenação dos fluxos da demanda durante suas atividades. Os ACS identificam os agravos de saúde dos usuários através das

visitas domiciliares e cadastramentos, sendo que posterior a isso inicia o fluxo de atendimento que o usuário deverá seguir para ser assistido. O ACS possui grande importância para a qualidade das informações na lógica da APS. São eles quem têm o primeiro contato com os usuários e percebem as suas necessidades com um olhar amplo para o indivíduo e família. Além disso, também coletam os dados das famílias e registram nas fichas para que seja alimentado no E-Sus, sendo estas informações constantemente atualizadas nos registros disponíveis na Unidade Básica de Saúde (Costa, 2022).

É importante destacar que o registro das informações das pessoas com deficiências pelos ACS no E-Sus ocorre de forma parcial. Uma vez que é por meio do cadastro individual que se registra os dados coletados. A ficha de cadastro individual apenas identifica se o cidadão possui alguma deficiência, sendo bastante limitado para especificar o tipo. Pois são disponibilizadas poucas opções de escolha, sendo: auditiva, visual, intelectual/ cognitiva, física e outras. Entretanto, a opção “outras” torna-se bastante restritiva, uma vez que não existe a possibilidade de descrever qual o tipo, pois a opção é objetiva. Dessa forma, ainda torna necessária uma atualização desse cadastro de maneira que possa qualificar melhor as informações dos usuários para o avanço de melhorias voltadas para o atendimento às PCD.

Para o desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde, o Ministério da Saúde criou o programa e-SUS APS, que é uma ferramenta utilizada para promover o avanço tecnológico dos sistemas de informação utilizados na captação de dados da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como avaliar e monitorar as ações da APS no país, aperfeiçoando os instrumentos utilizados por profissionais e gestores na promoção do cuidado e gestão da saúde, gerando a integração e a interoperabilidade com outros sistemas de informação de forma a reestruturar as formas de coleta, processamento, validação e uso de informações para subsidiar o financiamento e a adesão e as estratégias da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2021).

O Sistema e-SUS conta com dois softwares independentes, onde sua utilização depende do cenário apresentado no município, que são o Sistema com Coleta de Dados Simplificada (CDS) e Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Através desses sistemas é possível ter o histórico de todas as ações do cidadão em um mesmo local (Brasil, 2014).

Além disso, os profissionais participantes deste estudo relataram sobre a inexistência de um fluxo específico voltados para a identificação das pessoas com deficiências na Atenção Primária à Saúde, conforme as afirmativas:

“Esse processo ainda não está estruturado” (G5)

“Não sei” (M1)

“Sem estruturação” (M2)

Em relação ao processo de registro das informações em saúde das pessoas com deficiências, as respostas voltaram-se para o PEC e cadastro pelos ACS, conforme respostas abaixo. Onde os profissionais enfatizam que não existe ficha específica para cadastrar essas pessoas.

“As informações são registradas no cadastro individual e PEC. Não existe uma ficha específica”. (E18)

“Através do PEC, mas nunca tive nenhuma capacitação sobre algum formulário específico” (M9)

“Desconheço alguma formação específica a nível de municípios para este público. As informações são evoluídas dentro do próprio prontuário e do cadastro”. (E40)

“Não existe sistema específico” (E43)

“Desconheço formulário específico para pessoas com deficiências” (G14)

“Não existe registro específico para deficiências” (E01)

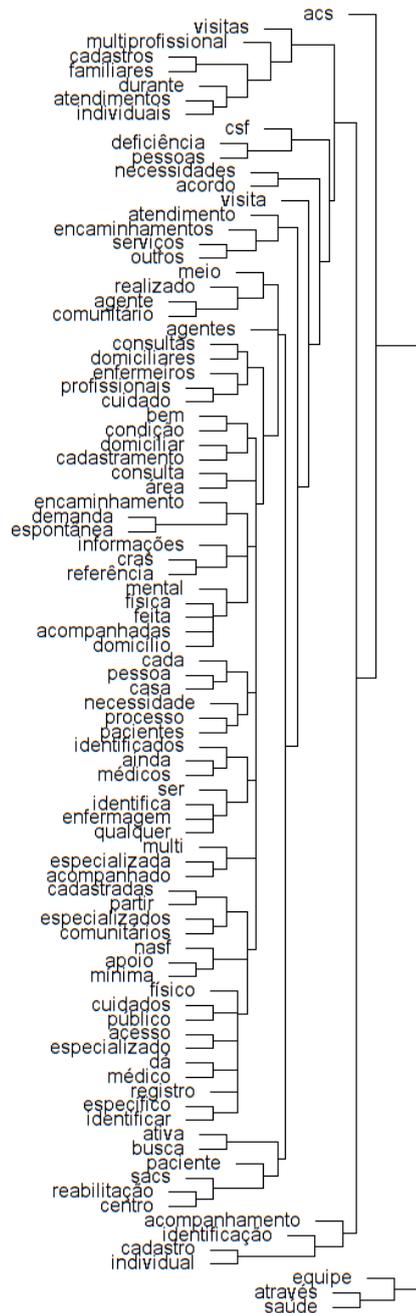
No Brasil, a estratégia e-SUS Atenção Primária à Saúde (e-SUS APS), do Ministério da Saúde, tem o objetivo de reestruturar e qualificar as informações da Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito federal, alinhada à proposta mais geral do processo de reestruturação dos Sistemas de Informações em Saúde (Brasil, 2021). Para tal, a estratégia e-SUS APS utiliza o Sistema de Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) para apoiar o processo de informatização dos serviços de saúde na APS. Dessa forma, é possível um registro de informações com vistas a uma melhor qualidade da assistência, como rapidez nos agendamentos e nos atendimentos (Ribeiro et al., 2018).

O Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB são sistemas informatizados utilizados de forma complementar nos cenários possíveis de informatização das unidades básicas de saúde (UBS) nos municípios e no Distrito Federal. Ambas as ferramentas possibilitam a identificação do registro dos atendimentos por meio do Cartão Nacional de Saúde (CNS) ou Cadastro de Pessoas Físicas (CPF), promovendo efetiva coordenação e gestão do cuidado do cidadão, além da possibilidade de compartilhamento de informações com outros serviços de saúde (Brasil, 2022).

O registro de dados sobre a saúde do cidadão é atividade essencial na assistência à saúde. Em paralelo às rotinas da prestação do cuidado, a coleta qualificada de dados tem o potencial de impactar diretamente no serviço prestado, tornando-o mais seguro e efetivo. A qualidade do registro envolve aspectos como a padronização de dados, a segurança, integridade e confiabilidade da informação. Tais características aliadas à pronta acessibilidade do profissional à informação de saúde do cidadão podem otimizar processos de prestação do cuidado, dar suporte ao gerenciamento de problemas comunitários, além de adequar a alocação

de recursos públicos através de políticas cada vez mais ajustadas aos desafios da realidade sanitária brasileira (Brasil, 2022).

Figura 11 – Dendograma sobre o conhecimento dos profissionais sobre a identificação e registro das informações em saúde das pessoas com deficiências.



Fonte: Dados da pesquisa

Acompanhamento das pessoas com deficiências na APS e fluxo de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde

Pessoas com deficiência necessitam de cuidado diferenciado e contínuo, o que implica a existência de uma rede de assistência com mais interação entre os diferentes níveis e

Apesar dos avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde nos últimos anos, ainda é evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde, principalmente relacionadas às pessoas com deficiências. Quando questionados sobre os fluxos para os serviços que compõem a rede de atenção à pessoa com deficiência, muitos citam o centro de reabilitação, APAE e CAPS. Nos discursos apresentados a seguir, observa-se que o cuidado é centrado em serviços de atenção especializada, não existindo, por parte da atenção primária à saúde, efetiva participação no cuidado.

“Centro de reabilitação, casa do autista e APAE” (E28)

“Centro de reabilitação” (E34)

“Centro de reabilitação, APAE e clínicas de fisioterapia” (M9)

“Centro de reabilitação, CEM, policlínica” (G10)

Apesar da APS ter o dever de promover o cuidado constante da pessoa com deficiência, a procura pelos serviços de saúde por essa parte da população ainda é fortemente concentrada nos serviços de maior complexidade e especificidade, como os centros de reabilitação, os locais de atendimentos fisioterapêuticos e os hospitais.

Entretanto, as pessoas com deficiência necessitam de cuidados gerais adequados em saúde, que cubram todos os aspectos, incluindo os preventivos e promotores de saúde, amparados pela atenção primária, secundária e terciária. E, também podem exigir cuidados de reabilitação e tratamento especializado, relacionados ou não à sua deficiência subjacente, para otimizar a funcionalidade e reduzir a incapacidade (WHO, 2012).

A APS, enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, é a principal porta de entrada das PCD nos serviços de saúde (Brasil, 2012a). Sendo responsável por desenvolver ações de promoção à saúde, prevenção, bem como o cuidado à saúde da PCD, de forma longitudinal e articulada com os demais pontos da rede de atenção à saúde, apoiada por diversos dispositivos de cuidado. Mas, identifica-se dificuldade em produzir acesso a esse público, que muitas vezes têm o seu cuidado concentrado em serviços especializados (Amorim; Liberali; Neta, 2018).

É importante destacar que oito dos participantes citaram desconhecer os serviços voltados para esse público. Com isso, compreende-se que o fluxo na Rede de Atenção ainda não está estruturado, uma vez que os próprios trabalhadores de saúde que devem estar capacitados para articular essas pessoas dentro da rede, carecem de conhecer os próprios serviços que são disponibilizados. Refletindo, dessa forma, no cuidado integral à saúde das pessoas com deficiências, bem como dificultando o acesso aos diversos pontos da Rede.

Verifica-se que esta situação é percebida pelos trabalhadores no cotidiano dos serviços de saúde:

“Não existe um fluxo específico para acompanhamento desse público, ocorrendo através de consultas médicas e de enfermagem, programadas previamente ou não” (E28)

“Na realidade não temos na prática do serviço uma estruturação desse tipo de acompanhamento específico para pessoas com deficiências” (G5)

“Não é estruturado” (M9)

“Não tem acompanhamento específico” (M5)

Isso nos mostra a importância não só dos profissionais da saúde conhecer as deficiências, mas também a rede do município, os equipamentos que permitem integrar os serviços de saúde, assistência e educação, pois é fundamental observar para além dos agravos/doenças, os fatores de risco para doenças, sendo estes muitas vezes sociais e/ou emocionais. Como foi observado nos resultados deste estudo, a maioria dos profissionais da APS não conhecem a rede no seu todo, o que pode influenciar inclusive nas informações prestadas aos usuários dos serviços.

Estudo realizado por Garcia (2010), reitera essa percepção que dentre as fragilidades, encontra-se o desconhecimento no que se refere ao fluxo da rede, tanto por parte dos trabalhadores como dos usuários. Essa condição se deve, principalmente, pela falta de esclarecimento e de informações, que resulta, muitas vezes, em um encaminhamento errado e conseqüentemente em um atraso no atendimento da necessidade do usuário.

Nessa perspectiva, a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) é um arranjo institucional que busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brandão *et al.*, 2019).

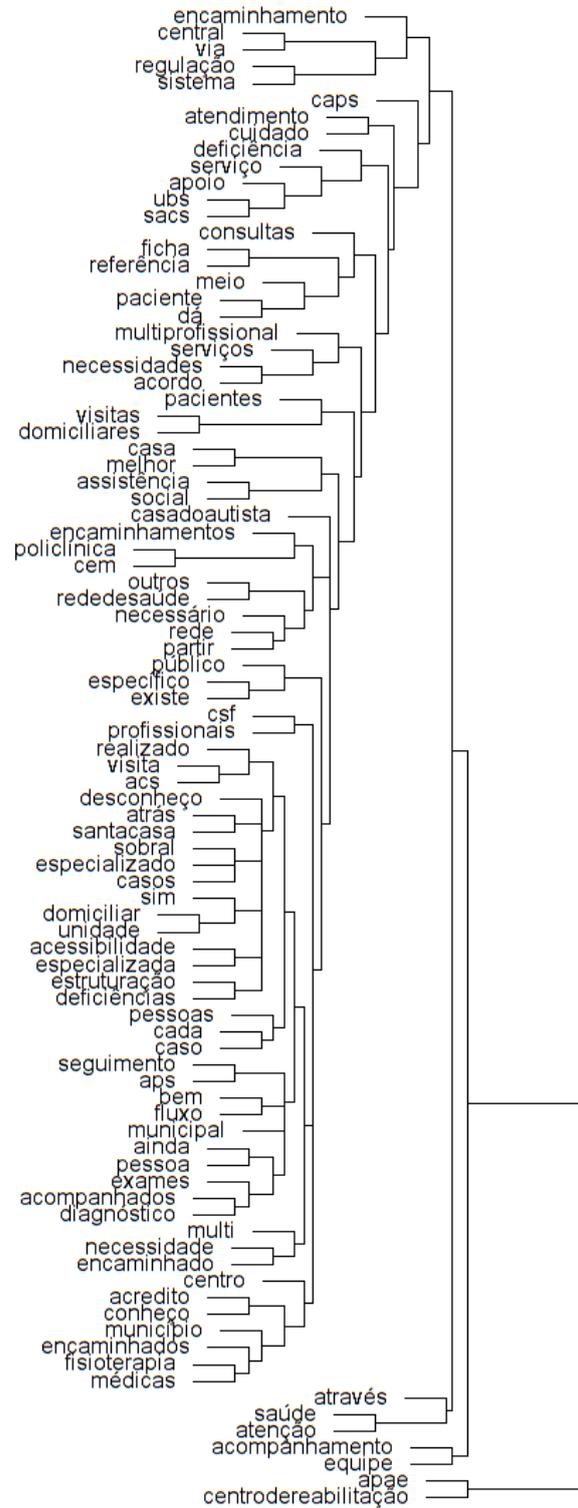
Rodrigues *et al.* (2014) elencam, como obstáculos na criação de uma rede que permita integração entre os níveis de atenção: coordenação ineficiente nos níveis de atenção básica que se refletirá em problemas no funcionamento do instrumento de referência e contra referência; desconhecimento e desinteresse dos profissionais de saúde em conhecer os pontos de atenção da rede; dificuldade de cooperação e comunicação entre os profissionais de atenção primária e secundária; descompromisso dos trabalhadores com os resultados organizacionais; práticas de saúde não consolidadas; e, baixo subsídio financeiro do SUS.

A partir do dendograma (Figura 13), é possível observar os agrupamentos “encaminhamento” e “central, via, regulação e sistema”, os quais estão relacionados ao processo de encaminhamento das PCD para os demais serviços de saúde. Dessa maneira,

percebe-se que os discursos dos participantes sugerem a existência de um alinhamento entre os atores importantes na gestão do cuidado aos usuários de forma geral. Porém, ressalta-se a inexistência de um fluxo específico que viabilize a articulação das PCD na rede de atenção à saúde.

Também é possível inferir, por meio dos agrupamentos “unidade, domiciliar”, “acompanhamento, diagnóstico” e “visita, ACS” sobre a forma com que é realizado o acompanhamento dessas pessoas na APS, onde é realizado de forma simples e de acordo com as necessidades agudas apresentadas, independente da especificidade de sua saúde. Essa assistência ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações na APS. Apesar das políticas públicas existentes preconizarem a interdisciplinaridade e a integralidade do cuidado para esse segmento, na prática isso ainda não está estabelecido de maneira satisfatória (Girondi; Santos, 2011).

Figura 13 – Dendograma sobre o sobre o Fluxo de encaminhamento na Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Dados da pesquisa.

prestados pela equipe de saúde envolvida com a atividade e facilita a tomada de decisões, além de propiciar melhor coordenação e continuidade das ações em saúde.

Nesse contexto, os registros dos profissionais de saúde devem expressar o reflexo da avaliação quanto ao cliente e configuram o único meio de demonstrar a eficiência do cuidado oferecido, assim como a conformidade do trabalho executado. Bodenheimer e Grumbach (2003) sugerem que a tecnologia eletrônica tem um grande potencial para aperfeiçoar a Atenção Primária à Saúde em áreas do registro em saúde, comunicação entre profissionais e pacientes, compartilhamento de informação entre prestadores de serviços de saúde e rápido acesso à informação confiável.

O prontuário é definido como o documento único, constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas com base em fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo (Ribeiro *et al.*, 2018). Destina-se, ainda, ao subsídio dos processos de gestão, ao ensino e à pesquisa em saúde; à formulação, implementação e avaliação de políticas públicas; além de documentar demandas legais.

Neste estudo, alguns profissionais relataram sobre a importância das informações das PCD para melhorar a qualidade da assistência prestada, como se pode perceber nos relatos a seguir:

“...Tais informações são importantes para identificar, saber qual serviço está direcionado, além do acompanhamento familiar” (E1)

“É importante para conhecer as necessidades e a partir delas criar estratégias para contemplar tal demanda” (M1)

“Podem contribuir de forma significativa para atender as necessidades dessas pessoas o mais integralmente possível” (E11)

“Por meio de dados mais específicos e fidedignos, será possível compreender melhor como essas pessoas vivem e quais suas reais necessidades, trazendo assim informações para embasar políticas públicas mais eficazes” (G4)

Embora os profissionais de saúde reconheçam a importância das informações para um cuidado integral, ainda se observa uma necessidade de implementação de estratégias que visem a melhoria dos registros. Dessa forma, a integralidade do cuidado é um desafio para as pessoas com deficiências, além de ser uma importante ferramenta para romper com o paradigma biológico e reconstruir as práticas em saúde com fortalecimento para o acolhimento na clínica ampliada, com ações interdisciplinares e integradas na rede de atenção (Hino *et al.*, 2019).

É imprescindível que todas as informações das pessoas com deficiências sejam registradas e organizadas, visando promover a continuidade do cuidado, a construção de

vínculos e a garantia de bons resultados. Pois revelam condições de saúde, informações clínicas, sociais, econômicas, familiares e outros, para que seja determinada a complexidade clínica do paciente e assim possa ser orientada a conduta correta para um cuidado integral mais fortalecido (Brasil, 2017).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo de analisar como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde foi alcançado na perspectiva que por meio dos dados coletados e método utilizado, foi possível considerar que a atenção às pessoas com deficiências apresenta consideráveis limitações e que o sistema local de saúde ainda necessita desenvolver estratégias de qualificação para a identificação e o acompanhamento de forma mais efetiva, que possivelmente impliquem em resultados positivos.

Assim, ao analisar a atenção às pessoas com deficiências na APS, identifica-se, em relação aos elementos apresentados, que os dados existentes sobre a saúde das PCD, no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde, são bastantes limitados e não refletem a realidade existente dessas pessoas, implicando diretamente no acompanhamento de forma integral e longitudinal, baseado na necessidade específica. Todavia, apesar dos esforços, a prática ainda revela uma abordagem aos usuários centrada na necessidade aguda, onde muitas vezes não se leva em consideração as suas subjetividades existentes.

Na categoria Conhecimento dos profissionais sobre Deficiência fica evidente a pouca compreensão dos profissionais acerca do assunto, uma vez que a maioria define pessoas com deficiência através das suas diversas tipologias. Bem como, por algumas respostas totalmente desconexas da pergunta. Além disso, é perceptível a limitação de respostas dos participantes relacionadas às políticas públicas voltadas para as PCD. E, apesar das políticas já instituídas, a maioria dos profissionais desconhece. Enquanto alguns demonstram a atuação das políticas públicas que os profissionais conhecem baseados na existência de rampas, cotas, benefícios, dentre outros, é imprescindível que o profissional conheça as políticas públicas existentes para poderem orientar a população.

O estudo evidenciou que o fluxo para a identificação das PCD inicia pelo Agente Comunitário de Saúde durante as visitas domiciliares e que os profissionais de saúde passam a ter ciência do caso após o repasse da informação por esses profissionais. Onde outras categorias, principalmente, médicos e enfermeiros desconhecem a existência desses usuários no território de adscrição da unidade de saúde. Vale destacar, ainda, que os registros das informações em saúde das PCD são realizados no PEC, sistema do Ministério da Saúde padronizado nacionalmente. Não existindo uma ficha específica para os registros, sendo realizados de forma superficial, pois muitas vezes não leva em consideração todo o contexto desses usuários.

Constatou-se ainda existe uma limitação na longitudinalidade do cuidado as PCD, pois o seguimento é fragmento e está relacionado às necessidades subjetivas já existentes, levando-se em conta os problemas agudos que passam a surgir, independente dos já existentes. Assim, neste contexto, identificam-se fragilidades na construção de uma rede de cuidados às pessoas com deficiências, uma vez que observa-se o acompanhamento centrado na atenção especializada.

Já o fluxo de encaminhamento nas Redes de Atenção tem suas limitações, uma vez que não existe um fluxo definido. Sendo realizado através do setor Regulação, onde as necessidades de saúde dessas pessoas são inseridas em uma fila de espera geral. Entretanto, algumas vezes existe a necessidade de uma maior rapidez para o agendamento dentro da rede de atenção, fazendo com que seja um obstáculo para a garantia da integralidade do cuidado.

No que concerne a categoria sobre a importância das informações em saúde para o acompanhamento das pessoas com deficiências, é perceptível o reconhecimento por parte dos participantes que essas informações são imprescindíveis para a melhoria da atenção a essa população. Além da necessidade de qualificação dos dados, o qual poderá refletir positivamente na continuidade do cuidado de forma efetiva. Apesar dos poucos registros realizados na APS, a falta de informação foi um ponto importante destacado nesta pesquisa e evidenciou que mesmo com definições nas políticas públicas, a disponibilização de dados ainda é muito incipiente no município do estudo.

Dentre as limitações do estudo, pode-se citar a dificuldade de acesso aos profissionais de saúde para a participação no estudo, uma vez que a coleta de dados aconteceu durante o fechamento do primeiro quadrimestre do Previn Brasil, momento em que os profissionais estavam imersos no acompanhamento da população, dificultando a adesão à pesquisa. Além disso, a análise dos dados foi dificultada, devido ao pouco conhecimento dos profissionais sobre as pessoas com deficiências, as políticas públicas, acompanhamento na RAS e a identificação desses usuários, influenciando na integralidade e longitudinalidade do cuidado prestado. Fato exposto por eles durante as entrevistas, pois apresentaram dificuldade para expor a realidade da atenção às pessoas com deficiências.

Neste íterim, com este trabalho espera-se ter contribuído com uma visão do cenário atual da atenção as PCD na APS alcançado pela gestão municipal diante dos esforços realizados para a integralidade e longitudinalidade do cuidado. Sugere-se a realização de pesquisas posteriores que avaliem os resultados da atenção as PCD. Pois os achados deste estudo poderão direcionar e subsidiar outras pesquisas que aprofundem a compreensão sobre esse acompanhamento, visando o reconhecimento dos sujeitos com as singularidades.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. S. C. *et al.* Pessoas com deficiência e as políticas públicas de saúde no Brasil. Revista **Enfermagem Atual In Derme**, v.95, n. 36, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1107>. Acesso em: 22 abr. 2022.
- ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- ALVES, M.; PENNA, C. M. M.; BRITO, M. J. M. Perfil dos gerentes de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, V.57, n.4, p:441-446, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YQMTVLNWsp6rWDrWZT5sjys/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 jan. 2022.
- AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, n.1, p:224 -236 2018. Disponível em: <https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775> Acesso em: 25 de ago. 2022.
- ARAÚJO, L. O.; RAZZOLINI, F. E. Os sistemas de informação como suporte à tomada de decisão estratégica. **Revista Competitividade e Sustentabilidade-ComSus**, Paraná, v. 4, n. 2, p. 66-75, 2017.
- BAILLIE, L. *et al.* A survey of student nurses' and midwives' experiences of learning to use electronic health record systems in practice. **Nurse Education in Practice**. v.13, n.5, p.437-41, 2013.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.4, p.884-899, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/9QMxSsmqMcqQPjXP9fbthCn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 de ago. 2022.
- BODENHEIMER, T.; GRUMBACH, K. Electronic Technology. **JAMA**, v. 290, n. 2, p. 259, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12851283>. Acesso em: 10 set. 2022.
- BRANDÃO, D. C. *et al.* A educação física e a prevenção da obesidade infantil no ensino fundamental II. **Conhecimento e Diversidade**, v. 10, n. 22, p. 67-78, fev. 2019. Disponível em: https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/conhecimento_diversidade/article/view/474. Acesso em: 04 set. 2022.
- BRASIL. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS): proposta versão 2.0, inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília-DF, 2004. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf. Acesso em: 10 mar. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017**. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 de outubro de 2017, Seção 1- Suplemento, p. 360.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Presidência da República, Senado Federal, 1988.

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**. Diário Oficial da União, Brasília, 2015.

BRASIL. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Diretrizes nacionais de implantação da estratégia e-SUS AB** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) e a Coleta de Dados Simplificada (CDS) do e-SUS AB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.2**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/esus>. Acesso em 11 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Atenção Primária à Saúde no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 05 fev. 2022.

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**. Diário Oficial da União. 25 abr 2012c.

BRASIL. Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde Pessoa com Deficiência: avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 1-13.

BRASIL. **Resolução Nº. 466 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b.

BRASIL. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **e-SUS Atenção Primária à Saúde: Manual do Sistema com Prontuário Eletrônico do Cidadão PEC – Versão 4.0** Brasília (DF), 2020. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Manual_PEC_V_4_0.pdf. Acesso em: 04 mar. 2022.

BROOK, R. H. *et al.* Measuring Quality of Care. **The New England Journal of Medicine**, v. 335, n. 13, p. 966-970, 1996.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Informatização da atenção básica a saúde: avanços e desafios. **Cogitare Enfermagem**, v.23, n.3, 2018. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/54297>. Acesso em: 10 set. 2022.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CONDELES, P. C. *et al.* Team work in the Family Health Strategy: professionals' perceptions. **Escola Anna Nery**, v. 23, n.4:e20190096, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/KG5skhXWCKqRTHm9vyKJ7ZC/?lang=en>. Acesso em: 08 maio 2022.

COSTA, R. L. **Avaliação da qualidade dos cadastros das gestantes no e-sus na unidade de saúde da família jardim São Paulo**. Foz do Iguaçu. 2022.

DIAS, M. J. S. **A feminização do trabalho no contexto da saúde pública: reflexos da reestruturação produtiva no Serviço Social e na Medicina**. In: YANNOULAS, C.S. (org.). **Trabalhadoras: análise da feminização das profissões e ocupações**. Brasília: Editorial Abaré; 2013.

FAVARO, L. C. *et al.* Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 24, 2020. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/en_e1277.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5. Ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2005.

FRANCO, M. T. G.; AKEMI, E. N.; D'INOCENTO, M. Avaliação dos registros de enfermeiros em prontuários de pacientes internados em unidade de clínica médica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, n.2, p:163-70. 2012. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002012000200002&lng=en.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000200002>. Acesso em: 10 abr. 2022.

GARCIA, V. G. **Pessoas com deficiência e o mercado de trabalho: histórico e o contexto contemporâneo**. Campinas: Instituto de Economia da Unicamp, 2010.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v.32, n.2. p:378-84, 2011.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

GRANEMANN, J. L. **Educação Inclusiva: análise de trajetórias e práticas pedagógicas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

GRYSCHKEK, A. L. F. P. Tecendo a rede de atenção à mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no colegiado de gestão regional do Alto Capivari – São Paulo. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 689-700, 2014.

HINO, P. *et al.* Integralidade na perspectiva da saúde coletiva: caminhos para a formação do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.4, p:1178-82, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RcPJRWWyKP46J7TQkyp7KVw/?lang=en>. Acesso em: 14 jun. 2022.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JESUS, B. C. *et al.* Operacionalização da auditoria como instrumento para avaliação dos registros de enfermagem: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 8, n. 7, 2014. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/5513/pdf_5549. Acesso em: 15 dez. 2021.

KABACOFF, R. I. **R in Action**. 3. ed. Shelter Island; Manning, 2022.

KWARTLER, T. **Text Mining in Practicewith R**. Wiley: 2017.

MACHADO, M. H.; XIMENES, F. R. G. Gestão da Educação e do Trabalho em Saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência e Saude Coletiva**, v.23, n.6, p:1971-9, 2018. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>. PMID:29972504. Acesso em: 21 jan. 2022.

MAIA, D. A.; VALENTE, G. S. A gestão da informação em atenção básica de saúde e a qualidade dos registros de enfermagem. **Investigación en enfermería, Imagen y Desarrollo**, v.20, n.2, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/1452/145256681004/html/> . Acesso em: 25 jan. 2022.

MEDEIROS, C. R. G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência em Saúde Coletiva**, v.15, n. (1

Suppl 1), p:1521-31, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700064>. PMID:20640314. Acesso em: 20 jan. 2022.

MERBERNARDES, L. C. G.; ARAUJO, T. C. C. F. Deficiência, políticas públicas e bioética: percepção de gestores públicos e conselheiros de direitos. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 17, n. 9, p. 2435-2445, 2012.

MERHY, E. E. **Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTEIRO, A. A. **Corporeidade e educação física: Histórias que não se contam na escola!**. 2009. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade São Judas Tadeu. São Paulo, 2009.

MOTA, P. H. S. BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. **Saúde em Debate**, v.45, n.130, p. 847-860, 2021.

NETTO, J. J. M.; DIAS, M. S. A.; GOYANNA, N. F. Promoção da saúde e a produção de instrumentos para o adolescente: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 9, n. 7, p. 9104-10, 2015.

NEGREIROS, D. A. **Acessibilidade Cultural: por que, onde, como e para quem?** Rio de Janeiro, 2014.

NOVAES, H. M. D. Epidemiologia e avaliação em serviços de atenção médica: novas tendências na pesquisa. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, Suplemento 2, p. 7-12, 1996.

OLIVER, M. *The politics of disablement*. Basingstoke, **Macmillan and St Martin's Press**, 1990.

PARMETER, T.R. The present, past and future of the study of intellectual disability: challenges in developing countries. **Salud Pública de México**, v.50, n. Suppl, p. 124-131, 2008.

PINOCHET, L. H. C.; LOPES, A. S.; SILVA, J. S. Inovações e tendências aplicadas nas tecnologias de informação e comunicação na gestão da saúde. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v.3, n.2, p:11-29, 2014.

POLIT, D. F; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2011.

REGES, P. A.; ARAÚJO PESSOA, J. S.; VILHENA, L. G. M. Uma análise do decreto nº 3.298/1999 e da sua efetiva promoção da inclusão das pessoas com deficiência, por meio das cotas em concursos públicos nas universidades. In: II CONGRESSO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO INCLUSIVA, Campina Grande. **Anais [...]**. Realize Editora, 2016. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/23318>. Acesso em: 10 fev. 2022.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. **A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência Comentada**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2008.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Implementação do prontuário eletrônico do paciente: um estudo bibliográfico das vantagens e desvantagens para o serviço de saúde. **Revista Pró-UniverSUS**, v.1, n.9, p:47-51, 2018. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/1179>. Acesso em: 08 abr. 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. Revista e Ampliada, Editora: Atlas, Atlas; 1999.

RODRIGUES, L. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência em Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p:343-352, 2014.

RODRIGUES, O. M. P. R. **Educação Especial: história, Etiologia, Conceitos e Legislação vigente**. Bauru: MEC/FC/SEE, 2008.

SBC. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial**. 2010. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/bitstream/ri/18157/5/Artigo%20%20Fernando%20Nobre%20-%202010.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

Secretaria de Educação de Sobral. *Relatório de Matrículas de Alunos com Deficiência nas Escolas Públicas Municipais de Sobral - 2018*. Sobral: Secretaria de Educação, 2018.

SHEIKH, A. *et al.* Implementation and adoption of Nationwide electronic health records in secondary care in England: final qualitative results from prospective national evaluation in “early adopter” hospitals. *BrMed J*. 2011. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/bmj/343/bmj.d6054.full.pdf> . Acesso em: 23 mar. 2022.

SILVA, K. L.; ÉVORA, T. D. M.; CINTRA, C. S. J. Desenvolvimento de software para apoiar a tomada de decisão na seleção de diagnósticos e intervenções de enfermagem para crianças e adolescentes. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 5, p.927-935, 2015.

SINGH, A. Representation of Disabilities in Indian English Fiction: A Viewpoint. **International Journal of English Language, Literature and Humanities**, v.10, n.2, p.607-616, 2015.

SOBRAL. Secretaria de Saúde. **Coordenação da Atenção Primária**. 2022. Disponível em: <http://saude.sobral.ce.gov.br/atencao-basica/coordenacao-da-atencao-basica>. Acesso em: 20 mar 2022.

SPERANDIO, D. J; EVORA, Y. D. M. Planejamento da assistência de enfermagem: proposta de um software-protótipo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/Ld9CWyqkVw6y5gS8L3CYkLQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 mar. 2022.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques**. London: SAGE, 1998

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

WHO. The World Bank. **Relatório mundial sobre a deficiência**. São Paulo: SEDPcD, 2012.

ZWAANSWIJK, M. et al. Benefits and problems of electronic information exchange as perceived by health care professionals: an interview study. *BMC Health Services Research*, 2011. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-11-256>. Acesso em: 24 mar. 2022.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro participante,

Nós, Isabelle Frota Ribeiro Queiroz, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, responsável pela pesquisa intitulada: “ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS, sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Cibelly Aline Siqueira Lima Freitas, convidamos o(a) senhor(a) a participar voluntariamente deste estudo.

Convidamos o(a) senhor(a) a participar desta pesquisa. Caso aceite participar, o(a) senhor(a) receberá um questionário eletrônico na plataforma Google Forms, através do e-mail. O objetivo desta pesquisa é identificar como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Asseguramos que a qualquer momento da pesquisa o(a) senhor(a) poderá retirar o seu consentimento sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Além disso, garantimos que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização do estudo e que sua identidade não será divulgada em nenhum momento para terceiros.

Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento na Avenida Comandante Maurocelio Rocha Pontes, 100 - Derby, Sobral - CE, CEP 62042-280, Telefone: (088) 3677-4240 ou ainda no endereço pessoal da pesquisadora Isabelle Frota Ribeiro Queiroz, Rua Coronel Antônio Regino do Amaral, nº 145, Centro, Sobral- CE, Telefone: (088) 9 9911-2985, e-mail: isabellefrota2010@hotmail.com, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

Desde já, gostaríamos de agradecer a sua participação, atenção e colaboração no estudo.

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO

1) Caracterização dos Participantes

1. Idade:
2. Sexo:
3. Área da Graduação:
4. Tempo de Graduação:
5. Titulação:
6. CSF de Atuação:
7. Tempo de Atuação na Atenção Primária à Saúde:

2) Qual o seu entendimento sobre deficiência?

3) Quais políticas voltadas à pessoa com deficiência você conhece?

4) Como se dá o processo de identificação e acompanhamento das pessoas com deficiência na área de adscrição da sua equipe de saúde?

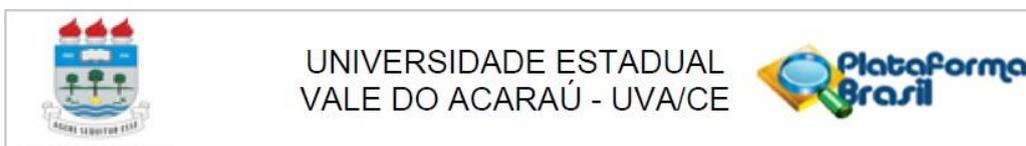
5) Como são registradas as informações de saúde das pessoas com deficiência? Existe um formulário específico? Qual? Que informações estão inseridas? Tem um sistema específico? Quem registra essas informações? Os profissionais que registram são submetidos a algum tipo de capacitação?

6) Considerando que a Estratégia Saúde da Família é a coordenadora do cuidado, como o acompanhamento às pessoas com deficiências é estruturado?

7) Quais serviços de atendimento à pessoa com deficiência você conhece em Sobral? Como se dá o encaminhamento para esses serviços?

8) Na sua opinião, como as informações sobre as pessoas com deficiência podem contribuir para qualificar o acompanhamento dessas pessoas no âmbito da Atenção Primária à Saúde?

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REGISTRO DAS INFORMAÇÕES DE SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Pesquisador: Isabelle Frota Ribeiro Queiroz

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57366722.2.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.408.891

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, que será realizada por meio da aplicação de um questionário eletrônico. O estudo teve início em dezembro de 2021 e está previsto para ser finalizado em julho de 2022, considerando todas as suas etapas, desde a elaboração do projeto, submissão e aceite no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). A pesquisa terá como participantes os profissionais gerentes, médicos e enfermeiros que trabalham na Estratégia Saúde da Família, desde que aceitem participar da pesquisa. A pesquisa será realizada por meio de um questionário eletrônico, através da ferramenta Google Forms.

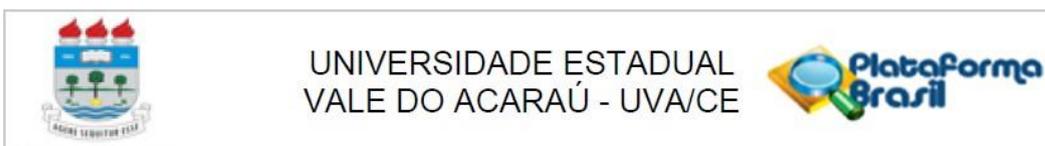
Objetivo da Pesquisa:

Identificar como se dá o registro das informações em saúde e o acompanhamento das pessoas com deficiências no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Há uma boa discussão sobre os possíveis riscos e, ou, benefícios envolvidos da participação na pesquisa, bem como das estratégias de enfrentamento dos riscos, caso necessário.

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.408.891

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, quanto às contribuições no que concerne ao registro das informações em saúde das pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. Saber como esses dados são registrados, processados, transformados em informação e onde podem ser encontrados, é imprescindível para a efetividade do cuidado pautado na necessidade de saúde da pessoa com deficiência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

As pendências foram atendidas pelo pesquisador. Foram apresentados os seguintes documentos:

- Cronograma atualizado;
- Orçamento para o desenvolvimento da pesquisa;
- Carta de anuência da Comissão Científica da Secretaria de Saúde do município autorizando a realização da pesquisa, mediante aprovação do CEP;
- TCLE ajustado, incorporando as informações solicitadas na relatoria.

Recomendações:

Projeto de pesquisa sem óbices éticos.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

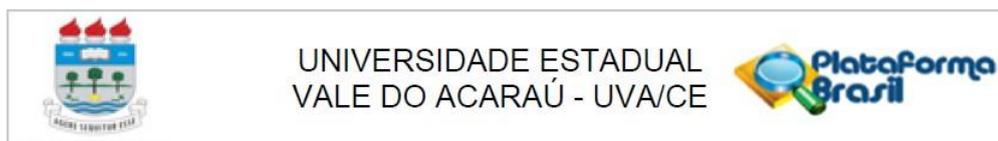
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO. O CEP reforça a Resolução CNS 466/12, onde: "XI.2 - Cabe ao pesquisador: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final da pesquisa". Estes relatórios obrigatórios devem ser enviados via Plataforma Brasil, para o monitoramento e arquivamento da pesquisa pelo CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1920461.pdf	14/05/2022 16:00:09		Aceito
Outros	RESPOSTA.pdf	14/05/2022 15:59:13	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito

Endereço: Av Comandante Maurocéllo Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br



Continuação do Parecer: 5.408.891

Outros	PARECER.pdf	14/05/2022 15:58:28	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	14/05/2022 15:56:36	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	14/05/2022 15:55:26	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/05/2022 15:55:13	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	27/03/2022 20:16:27	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	26/03/2022 22:13:16	Isabelle Frota Ribeiro Queiroz	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 15 de Maio de 2022

Assinado por:
Eroteide Leite de Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av Comandante Maurocêlio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** cep_uva@uvanet.br