

Artigo Original

Atendimento à pessoa com deficiência em um município litorâneo

Knowledge of health professionals to care for people with disabilities in a coastal municipality

<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i2.9515>

José Luis de Oliveira Lentz¹ ORCID 0000-0002-5911-1720, Luciane Bisognin Ceretta¹ ORCID 0000-0003-3294-341X, Rafael Zanaripe de Souza Nunes^{1*} ORCID 0000-0002-6195-0400, Vanessa Pereira Corrêa¹ ORCID 0000-0002-8972-2231, Silvana Ramos Colares¹ ORCID 0000-0003-1678-3751, Lisiane Tuon¹ ORCID 0000-0002-0809-0712

RESUMO

Introdução: As Leis direcionadas aos direitos das Pessoas com Deficiência (PcD) sofreram modificações nos últimos anos, essas modificaram substancialmente o modo como as PcD deveriam ser atendidas e entendidas na sociedade, ou seja, procuram mostrar e assegurar que essas pessoas necessitam de atendimento baseado na equidade. **Objetivo:** Compreender o conhecimento dos profissionais de saúde de um município litorâneo acerca do atendimento à pessoa com deficiência. **Materiais e Métodos:** Estudo observacional transversal conduzido com um questionário criado pelos autores a profissionais da secretaria de saúde de um município catarinense, sendo realizado de modo online, durante o mês de agosto de 2021. Os dados foram analisados no Software Stata 14.0. **Resultados:** A maioria dos profissionais era do sexo feminino e formado há mais de 10 anos, apresentando lacunas em relação a capacitação para a assistência à PcD. A partir dos resultados, foi elaborada uma capacitação piloto sobre o tema. **Conclusões:** são necessários novos estudos que investiguem o conhecimento dos profissionais, mas apesar dessas lacunas, todos os profissionais relataram compreender a importância da formação continuada. Logo, para o funcionamento adequado da Rede de Cuidados da PcD, é necessário investimento dos gestores públicos em educação permanente em saúde.

Palavras-chave: Pessoa com Deficiência; Atendimento primário à saúde; Capacitação de Recursos Humanos.

1 Universidade do Extremo Sul Catarinense

*Autor Correspondente: Av. Universitária 1105 – Universitário, Criciúma, SC/Brasil. CEP 88806-000. Email: rafaelzanaripe@unesc.net

ABSTRACT

Introduction: The Laws aimed at the rights of Persons with Disabilities (PwD) have undergone changes in recent years, these have substantially modified the way in which PwD should be attended and understood in society, that is, they seek to show and ensure that these people need care based on in equity. **Objective:** To understand the knowledge of health professionals in a coastal city about the care of people with disabilities. **Material and Methods:** Cross-sectional observational study conducted with a questionnaire created by the authors to professionals from the health department of a municipality in Santa Catarina, being carried out online, during the month of August 2021. Data were analyzed using the Stata Software 14.0. **Results:** Most professionals were female and graduated for more than 10 years, showing gaps in terms of training for assistance to PwD. Based on the results, a pilot training on the subject was prepared. **Conclusions:** further studies are needed to investigate the knowledge of professionals, but despite these gaps, all professionals reported understanding the importance of continuing education. Therefore, for the proper functioning of the PwD Care Network, it is necessary to invest public managers in permanent health education.

Keywords: People with Disabilities; Primary Health Care; Human Resources Training.

INTRODUÇÃO

Quando se traz o tema da deficiência percebemos que esse assunto pode ser abordado em inúmeras vertentes, o tema pode ser discutido pela sua veia psicológica, de direito, educação, histórico, clínico e social. E quando se pensa em tratar da história desse tema, não existe maneira de ser falar em caráter linear uma vez que o processo histórico não é homogêneo e sofre variações de um lugar ao outro na mesma data histórica¹.

A história das Pessoas com Deficiência (PcD) ocorre desde o início das civilizações, história está marcada por assassinatos, exclusão, preconceito e discriminação. Quando o cristianismo entra em ascensão, as pessoas com deficiência são enxergadas também como filhos de Deus e por causa disso possuíam alma e precisavam de amparo. A partir dessa visão começaram-se as práticas de caridade. A Igreja Católica fundou os primeiros hospitais e instituições de caridade que era destinado a atender as pessoas com deficiência, os pobres, doentes graves entre outros².

Podemos perceber através de uma perspectiva histórica, que a figura da PcD é rodeada pelas múltiplas exclusões sociais nas mais diversas sociedades, sejam por gerarem custo ao estado, ou por não poderem defender o grupo no qual pertenciam. Foi somente na Era Moderna que ocorreram mudanças na forma de percepção da PcD. Registros de trabalho aparecem na França e na Inglaterra de PcD, registros estes que aparecem junto com o trabalho infantil e feminino¹.

A política de inclusão social da PcD começou a se destacar de forma mais evidente no final do século XX. Nos países desenvolvidos iniciou na década de 70 e se difundiu no Brasil nas décadas de 80 e de 90. A declaração aprovada pela ONU em 1975, denominada de Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, tinha como propósito, além da melhoria de condições de vida das pessoas com deficiência, diminuir a marca de incapacidade ou de inferioridade dessas pessoas¹. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como propósito central que todas as pessoas tenham direito à saúde. Pois esse é um direito que entende a pessoa enquanto cidadã. Tendo como base a Seguridade Social, "O SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios"³.

A rede específica da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde é de 24 de abril de 2012, a Portaria nº 793, que institui em seu capítulo primeiro, objetiva criar, articular e ampliar pontos de atenção à saúde para as pessoas com deficiência⁴. A equipe multidisciplinar que compõe a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) propõe uma dinâmica voltada ao atendimento característico para cada território com o intuito de oferecer atenção integral à população que faz parte dessa coletividade.

Os centros primários ficam geralmente alocados em bairros e vilas e estariam ligados por meio da rede aos centros secundários de saúde localizados em municípios maiores com a disponibilidade de serviços especializados. Os casos não solucionados neste nível de atendimento são encaminhados ao hospital de referências^{5,6}.

Os profissionais que atuam nessa rede devem trabalhar de forma integrada visando oferecer ao pessoal adscrito aos centros de saúde o acompanhamento do processo que iniciou na Atenção Primária. De acordo com o Ministério de Saúde a APS ou Atenção Básica precisa estar ordenada e ser mediada pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS) desde os procedimentos mais simples até os mais complexos. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é na APS que 80% dos casos precisam ser resolvidos. A dinâmica da RAS deve estar fortemente baseada na interação de três elementos: a população, a estrutura operacional o modelo assistencial vigente, e dentre suas principais diretrizes está à inclusão social das pessoas com incapacidades e deficiência^{4,7,8}.

Nesse sentido, Missel, Costa e Sanfelice⁹, ao investigarem a atuação de profissionais da saúde em instituições de reabilitação a PcD, destacaram que a formação tecnicista dos profissionais faz com que estes sintam-se inseguros e despreparados para uma prática integral e humanizada, principalmente no que tange aos aspectos de inclusão social e acessibilidade. A atuação muitas vezes descontextualizada dos aspectos sociais, históricos e territoriais, coloca a PcD em um estado de dupla vulnerabilidade, aspectos esses, que além de não serem abordados de modo efetivo no processo formativo do profissional, também não são abordados de forma explícita RAS nem na literatura nacional¹⁰.

Na mesma lógica, podemos perceber as lacunas assistenciais advindas da formação tecnicistas em suas mais diversas formas, inclusive na APS. A exemplo disso, destaca-se as barreiras de comunicação que podem ser encontradas na relação com usuários que apresentam deficiência auditiva, comprometendo o desenvolvimento da vinculação com os profissionais e o serviço, e conseqüentemente a construção efetiva de projetos terapêuticos singulares¹¹. Nesse cenário, entende-se que a educação permanente pode assumir um papel essencial na mudança dos paradigmas assistenciais, preparando os profissionais para atender às múltiplas demandas e necessidades da PcD. Entretanto, Krug et al.¹² aponta que apesar da educação permanente ser uma importante ferramenta no trabalho com PcD, os profissionais da saúde podem não participar dessas ações, e os municípios não virem a oferecer atividades educativas nesse enfoque, ou até mesmo estruturas necessárias para sua realização.

Outros estudos dedicaram-se a investigar o conhecimento dos profissionais da saúde acerca da assistência à pessoa com deficiência, entretanto, as fragilidades do conhecimento dificultam o acesso tanto quanto às barreiras arquitetônicas^{13,14,15}. Globalmente, são implementadas leis para garantir a inclusão da pessoa com deficiência. Por uma perspectiva internacional, podemos ver o exemplo dos Estados Unidos da América, onde uma emenda de 2004 visou garantir a capacitação dos profissionais de saúde e educação para além da área técnica no trabalho com PcD, tendo como objetivo humanizar a assistência¹⁶. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo visa identificar o conhecimento dos profissionais de saúde de um município litorâneo sobre o atendimento à pessoa com deficiência.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional transversal de natureza quantitativa. Além disso, também foi realizado a entrega de um produto piloto a partir dos resultados encontrados nesse estudo. O estudo foi realizado com os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Equipes Multiprofissionais de Saúde do município de Balneário Gaivota – SC. Trata-se de um município litorâneo, de pequeno porte, da Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense e estima-se que esse município tenha cerca de 11537 habitantes¹⁷. A população em estudo foram os profissionais das equipes multiprofissionais dos serviços de saúde do município de Balneário Gaivota.

O levantamento de dados para informações sobre como os profissionais de saúde de Balneário Gaivota atende o público específico das pessoas com deficiência foi realizado por meio de um instrumento com perguntas fechadas e estruturado pelo próprio autor. Tratava-se de questões relacionadas à formação, conhecimento e experiência de atendimento dos profissionais de saúde às pessoas com deficiência. Para isso, após o aceite da Secretaria de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CAAE: 47102221.4.0000.0119), foi disponibilizado o questionário via formulário online do Google, no dia 10 de agosto de 2021, junto com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que era preenchido de forma online.

Após coleta de dados, esses foram analisados no *Software Stata 14.0* a partir do formulário online que gera o banco de dados e anula o viés de dupla digitação. Os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas. Quando necessário, foram construídos gráficos para figurar os resultados encontrados. Posterior à coleta de dados, os resultados embasaram a construção de uma capacitação piloto referenciada nas lacunas relativas ao cuidado e assistência a PcD relatadas pelas equipes multiprofissionais. Os tópicos a serem trabalhados na capacitação primeiramente foram discutidos em um grupo focal, com todos os participantes da pesquisa, visando conhecer a fundo as principais dificuldades que os profissionais apresentavam.

Foram 08 horas de capacitação, divididos em 4 encontros, que ocorreram entre os dias 02 a 10 de setembro de 2021. Cabe destacar, que foram os participantes da pesquisa que estiveram presentes na capacitação piloto, e que dentre os 40 participantes, 20 funcionários compareceram. A capacitação ocorreu nas dependências de uma ESF, sendo utilizado como materiais pedagógicos principais: *notebook*; projetor de slides e quadro-branco para anotações e mapas-mentais. O primeiro encontro da capacitação iniciou com a apresentação do tema, seguido de contexto histórico das discriminações e preconceitos que as pessoas com deficiência enfrentam ao longo da história. Posteriormente, os 3 (três) encontros finais se direcionaram ao atendimento PcD na rede de saúde, os diferentes objetivos e funções dos serviços da rede, assim como os principais desafios encontrados. Foi destacado que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como propósito central que todas as pessoas têm direito à saúde, sendo este direito, um dos que contempla a pessoa enquanto cidadã. Além disso, tendo como base a Seguridade Social, “O SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminação ou privilégios”³. Nesse sentido, o movimento pela construção da capacitação piloto visou responder às demandas encontradas *in loco* pelos pesquisadores.

RESULTADOS

Os resultados do presente estudo dividem-se em duas etapas. A primeira, trata-se dos resultados da pesquisa realizada com os profissionais que trabalham na Rede de Saúde local. Já na segunda etapa, apresenta-se a formação piloto realizada com os profissionais a partir dos resultados encontrados.

A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais participantes. A maioria era do sexo feminino (82,5%), com mais de 10 anos de formação (40,0%), menos de 1 ano de atuação (30,0%) e enfermeiros (27,5%). Em relação a equipe, a maioria fazia parte da ESF (50,0%). O restante da distribuição está presente na figura 1.

Tabela 1. Características dos profissionais entrevistados

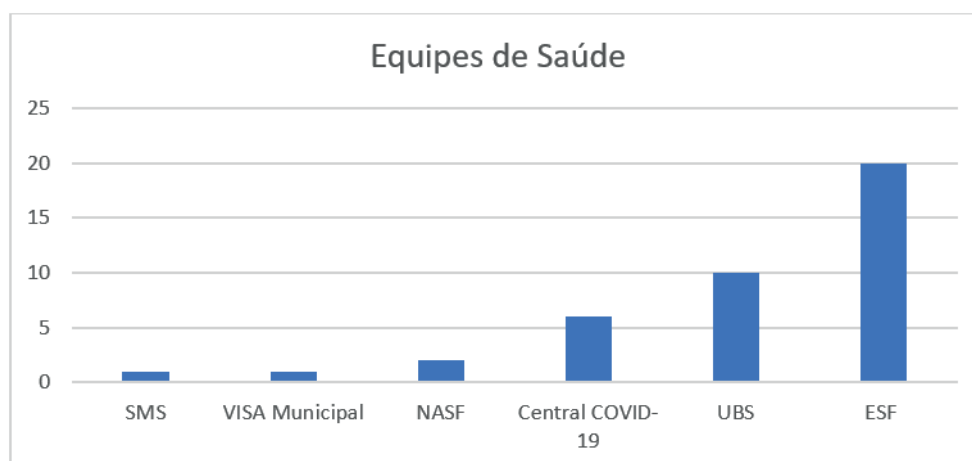
Figura 1. Equipes de saúde dos entrevistados

SMS: Secretaria municipal de saúde; NASF: Equipe Multiprofissional; UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família

Quando questionados se o atendimento à Pessoa com Deficiência deve acontecer de forma diferenciada, a maioria declarou que sim (92,5%). A Tabela 02 mostra as questões relacionadas

à formação dos profissionais no que tange a PcD. Reitera-se que os resultados dessa tabela são

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	33 (82,5)
Masculino	7 (17,5)
Tempo de formação (anos)	
<1	6 (15,0)
>=1 - <2	4 (10,0)
>=2 - <5	5 (12,5)
>=5 - <10	9 (22,5)
>=10	16 (40,0)
Tempo de atuação (anos)	
<1	12 (30,0)
>=1 - <2	4 (10,0)
>=2 - <5	8 (20,0)
>=5 - <10	7 (17,5)
>=10	9 (22,5)
Profissão	
Assistente Social	1 (2,5)
Biomédico(a)	1 (2,5)
Cirurgião(ã)-Dentista	1 (2,5)
Nutricionista	1 (2,5)
Vigia	1 (2,5)
Médico(a)	1 (2,5)
Auxiliar administrativo/administração	2 (5,0)
Motorista	2 (5,0)
Recepcionista	2 (5,0)
Agente Comunitário de Saúde	7 (17,5)
Técnico(a) de Enfermagem	10 (25,0)
Enfermeiro (a)	11 (27,5)



relacionados apenas àqueles profissionais com nível superior de escolaridade.

Tabela 2. Características relacionadas à formação e conhecimento para atendimentos da PcD

Fonte: elaborada pelo autor

Os participantes também foram questionados se tinham contato próximo com alguma PcD, a maioria (77,5%) respondeu que sim. A Figura 2 mostra os tipos de deficiência com as quais os

Variáveis	n (%)
Disciplina sobre atendimento à PCD na graduação	
Sim	15 (93,7)
Não	1 (6,2)
Possui pós-graduação	
Sim	10 (62,5)
Não	6 (37,5)
Pós-graduação tem relação com atendimento à PCD	
Sim	3 (18,7)
Não	13 (81,2)
Formação em LIBRAS	
Sim	4 (25,0)
Não	15 (75,0)
Capacitação para atendimento à PCD no local de trabalho	
Sim	5 (31,2)
Não	11 (68,8)

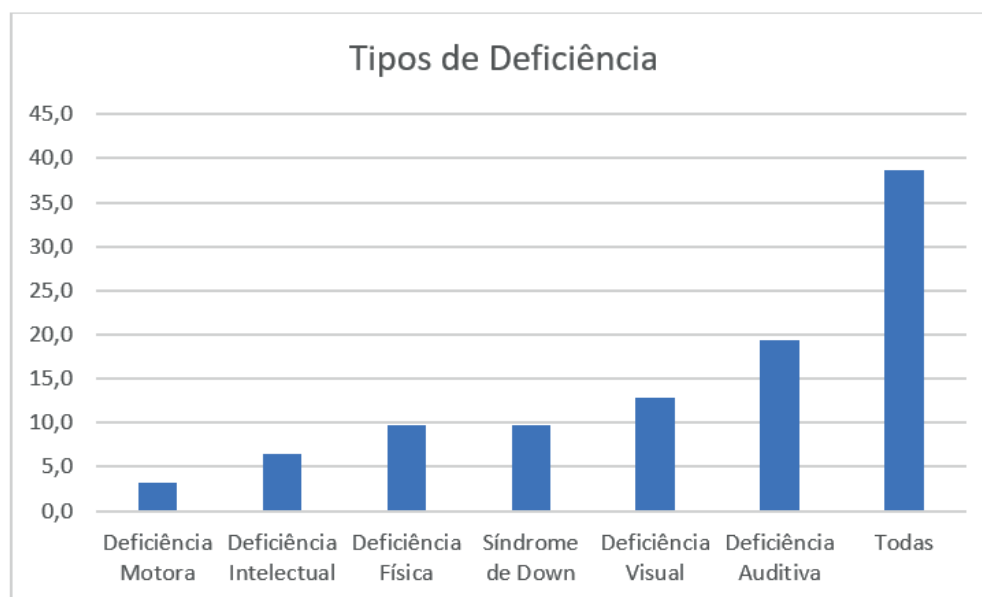
participantes tiveram contato

Figura 2. Tipos de deficiência que os participantes declaram ter contato próximo

Fonte: elaborada pelo autor

Além disso, a maioria declarou ter algum tipo de dificuldade para atender uma PcD (55,0%),

que conhecem alguma política pública ou lei relacionada ao tema (60,0%), não conhecem a Rede de



Atenção à Pessoa com Deficiência (62,5%), não sabem algo sobre o CER (52,5%) e conhecem os serviços executados pelo CEO (65,0%). Por fim, 100,0% acreditam ser importante para sua formação profissional que seja disponibilizado capacitações sobre o atendimento à PcD no ambiente de saúde.

A partir desse primeiro momento de coleta de dados e percebendo as evidentes barreiras que o PcD encontra no ambiente de saúde no que se refere ao primeiro atendimento foi planejado um curso de capacitação piloto, cujo conteúdo abarcava não apenas as barreiras atitudinais, mas os diversos entraves que a PcD poderia encontrar durante seu atendimento. No segundo momento, os profissionais que responderam ao questionário foram convidados a participarem de um grupo focal, onde foram apresentados os resultados da pesquisa e discutir possíveis temáticas a serem trabalhadas para uma futura capacitação. Durante o grupo focal, os profissionais sugeriram ampliar os conteúdos a serem trabalhados na capacitação, englobando aspectos como direitos e cuidado na RAS a PcD.

Após o grupo focal, foi proposto à secretaria municipal de saúde do município uma pactuação para mudar a rede de atenção à PcD, tendo como resposta e movimento inicial a execução da capacitação piloto elaborada com base nos dados coletados em pesquisa e durante o grupo focal.

No terceiro momento, todas as pessoas que responderam ao questionário foram convidadas a participarem da capacitação piloto, que teve 4 encontros, com duração de 120 minutos, sendo realizada nas dependências de uma ESF do município. A capacitação, ocorreu conforme planejado, e entre os profissionais que participaram da pesquisa e da capacitação piloto estavam: dentistas, assistentes de odontologia, agentes comunitárias de saúde, psicólogos, médicos (clínico geral), enfermeiros, recepcionistas, agente epidemiológico, técnicas em enfermagem e higienizadoras. Após a abordagem descrita nos métodos, também foi exposto sobre objetivos do CEO (Centro Especializado de Odontologia), CER (Centro Especializado em Reabilitação) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e abordou-se os eixos dessa rede, sendo destacado a necessidade de uma nova pactuação da rede no município. Em virtude do *feedback* positivo relatado verbalmente pelos profissionais da rede e da secretaria municipal de saúde após o final da capacitação piloto, os pesquisadores procuraram ampliar o escopo de conteúdos da capacitação e sua duração, se colocando à disposição da gestão local para auxiliar nesse novo movimento de pactuação da rede.

DISCUSSÃO

Em relação ao perfil dos participantes, os resultados do presente estudo corroboram outras pesquisas que apontam que a maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino^{18,19}. Embora

a maioria dos participantes tenha um longo de tempo de formação, a atuação no lugar que estavam quando foi realizada a entrevista era recente. Tal achado pode ser reflexo da alta rotatividade de profissionais, principalmente, na APS²⁰.

O principal achado a partir dos dados coletados foi a lacuna na formação dos profissionais da saúde no que diz respeito ao atendimento de PcD. Nesse sentido, a partir da capacitação piloto proposta, também se observou que os profissionais não conheciam o CER e a RCPD, mesmo aqueles que trabalham há alguns anos na área da saúde. Tal fragilidade impacta diretamente no cuidado ofertado que deve ser de maneira integral e centrado no paciente e na sua autonomia.

Nesse sentido, destaca-se o fato de que para que se garanta o cuidado integral às PcD, as redes de saúde precisam ter ações e serviços articulados, se tornando um “ente vivo” que se delinea conforme as demandas encontradas, tornando necessário a promoção de discussões e reflexões sobre a temática a fim do aprimoramento contínuo dos profissionais que na rede trabalham e atuam²¹. Entende-se que as políticas públicas para as PcD ainda estão pautadas nos princípios do modelo biomédico e em uma lógica da assistência ou ações por “caridade”, que amplia as barreiras de acesso e dificulta o cuidado integral dessa população²².

Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 6,2% da população tem algum tipo de deficiência (entre auditiva, visual, física e intelectual). A RCPD constitui um modelo de atenção voltado à população que expressa algum impedimento orgânico, ou funcional, de natureza física, sensorial e intelectual. Essa classificação inclui pessoas com deficiências motora, visual, auditiva, intelectual, ostomias e com múltiplas deficiências. Dessa forma, é importante que os profissionais conheçam todos os tipos de deficiência e as limitações impostas por cada uma – destacando ainda que é necessário ampla avaliação individualizada, pois as limitações irão variar de um indivíduo para o outro^{23,24}.

Os achados do presente estudo mostram que os profissionais têm maior contato/conhecimento com a deficiência auditiva. A maior parte dos artigos encontrados quando realizada a busca de estudos sobre PcD são sobre deficiência auditiva²⁵⁻²⁷. Um estudo realizado em Brasília tinha o objetivo de entender a dificuldade do enfermeiro em atuar na PcD, especialmente, no cenário da atenção básica e com deficiência auditiva, assim, despertar para a importância de cursos de formação ou capacitação em LIBRAS. Os resultados desse estudo apontam que na grande maioria das vezes, devido a fragilidade na formação dos profissionais, a PcD é que precisa buscar formas de se fazer entender e compreender²⁸. Assim, aponta-se para um cenário onde é necessária uma formação profissional mais inclusiva, bem como, investimento dos gestores de todas as esferas na formação continuada dos profissionais, garantindo o atendimento democrático e humanizado.

Outro estudo realizado em 2017, com a percepção de PcD, demonstra que os serviços de saúde ainda não se organizaram para atender às suas necessidades. Apontam que além de reconhecer os direitos garantidos por lei, é necessário que a comunicação e a entrega da informação sejam humanizadas e horizontalizadas²⁹. Nesse sentido, a não organização dos serviços implica em algumas consequências diretas, gerando barreiras atitudinais, comunicacionais e de informação, evidenciando a necessidade de capacitação dos profissionais da saúde frente as demandas específicas dessa população³⁰.

Durante a capacitação piloto, muitos relataram que quando fazem atendimento a PcD utilizam de atendimento diferenciado e na maioria dos casos sentem-se desconfortáveis em atender esse público pois não sabem a maneira de agir. Outros relatos foram que em muitas situações crianças com TEA não tinham preferência em atendimentos e ficavam agitadas, o que levava o profissional da saúde a não saber o que fazer nesses momentos, causando assim desconforto para o acompanhante dessa criança e para os demais que aguardavam para serem atendidos. Entretanto, apesar das dificuldades e falta de capacitação específica para lidar com essas demandas, entende-se que muitos profissionais da saúde anseiam pela melhoria do acesso desta população, valorizando o acolhimento e inclusão das PcD nos diversos pontos da rede^{30,31}.

As políticas públicas no atendimento à pessoa com deficiência nas unidades de saúde são ótimas norteadoras para esses profissionais. No entanto, sabe-se que não existem programas

efetivos e praticados nas rotinas desses profissionais que os qualifiquem para o atendimento desse público, por isso se faz urgente a prática de capacitações qualitativas para os profissionais da saúde no que confere ao atendimento à PcD³². Nesse sentido, compreende-se que se os componentes da rede permanecerem de forma desarticulada, as barreiras de acesso permanecerão no decorrer do tempo, o que denota uma necessidade de voltar-se aos princípios da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, para que então possa-se direcionar uma assistência integral, interdisciplinar e intersetorial a essa população³³.

Mesmo que a legislação brasileira seja considerada avançada frente ao direito da PcD, há uma distância significativa entre seu conteúdo legal e sua concretização na realidade e no cotidiano destes indivíduos³⁴. Machado et al.³⁵ aponta que a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência ainda não consegue articular o trabalho integrado das equipes de saúde, revelando ser uma política carente de atenção e investimento, principalmente no que concerne aspectos estruturais e de capacitação dos profissionais. Na mesma lógica, uma rede que garanta o cuidado integral deve necessariamente dispor de ações e serviços articulados, financiamento adequado, e profissionais e gestores comprometidos com o cuidado a estes usuários^{35,36}. A perspectiva que se deve adotar frente às necessidades de saúde da PcD na RAS é de uma rede viva, tecida por movimentos singulares, e que muitas vezes ainda se encontra em construção e em um processo gradual de incorporação de suas diretrizes³⁶.

Além disso, aponta-se o caráter essencial da participação popular nas políticas públicas voltadas à PcD. Peixoto et al.³⁷, ressalta que o entendimento da deficiência na sociedade civil é difuso, principalmente no que concerne a integração e inclusão social, sendo necessário acender o debate em relação à temática. Embora possamos encontrar diversos mecanismos participativos da PcD e seus representantes, como as ONGs, movimentos sociais e o mundo digital, esses espaços não garantem a plena participação e o controle social da PcD³⁸. A um distanciamento marcante dos órgãos políticos que realmente apresentam um poder decisório quanto a participação efetiva da PcD e seus representantes na articulação de ações e políticas públicas contextualizadas a necessidade de superação da exclusão social existente na sociedade³⁷.

Entende-se que as ações realizadas posteriormente à coleta de dados na pesquisa, como a capacitação piloto, não são capazes de abarcar todos os elementos determinantes que garantam a integralidade do cuidado a essa população. Nesse sentido, entende-se que o olhar direcionado aos aspectos multifatoriais circunscritos a assistência à saúde da PcD perpassa pela transposição do modelo biomédico, onde a participação social dessa população e de seus representantes na construção de políticas públicas, permite o entendimento das diversas barreiras e fatores ambientais enfrentados por estes usuários³⁹.

CONCLUSÃO

O presente estudo conseguiu identificar as lacunas e fragilidades dos profissionais de saúde que atendem às PcD. Entretanto, também observou potencialidades que foi o reconhecimento por parte dos participantes da importância da formação continuada no tema. A partir disso, a capacitação piloto proposta já surte efeito, partindo do compartilhamento de experiências entre os participantes.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa foi percebido que o caminho para que sejam efetivadas e praticadas as políticas e as ações que garantam atendimento qualitativo as pessoas com deficiência são extensas uma vez que essas políticas e modo de atendimento não são conhecidas e nem praticadas pela grande maioria dos profissionais que atuam o setor da saúde das unidades de saúde de Balneário Gaivota.

Em relação ao estudo, sugere-se uma nova pesquisa com maior tempo de coleta e com uma amostra maior, principal limitação do presente estudo, mas que não exclui suas potencialidades. A capacitação piloto, que foi uma amostra de como seria a intervenção com esses profissionais, mostrou

que ações mais diretas e os diálogos sobre esse assunto são essenciais para que se mitigue ações capacitistas. Cabem às autoridades a conscientização de que é fundamental que os profissionais adquiram os conhecimentos necessários para um atendimento profissional, humano e de qualidade para esse público, uma vez que de nada vale ter serviços, redes e centros especializados que atendam essas pessoas se os profissionais que atuam no atendimento primário não conhecem esses serviços.

Destaca-se que as implicações práticas do estudo se dão no campo da interseção entre a pesquisa e ação, uma vez que não apenas identificou-se as lacunas dos profissionais da saúde no trabalho com PcD, mas procurou-se responder às demandas identificadas, através da estruturação de uma capacitação. Isso implica em um movimento que deve ser reproduzido em outros espaços, uma vez que a identificação da demanda por si só é infrutífera caso não haja uma resposta estratégica da gestão local frente a essas lacunas. Compreender a história das PcD, seus direitos, suas necessidades, e os diferentes serviços e pontos da rede, previne amarramentos e barreiras assistências que possam vir a ocorrer na RAS, possibilitando o cuidado integral a esse usuário.

Muitos direitos são negados às pessoas com deficiências pelo simples fato de que quem deveria informar sobre esses direitos também não possui conhecimento sobre tais, por isso se faz urgente e necessário que os cursos de capacitação se tornem uma realidade contínua nas unidades de saúde.

Contribuições dos Autores

JLOL: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

LBC: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

RZSN: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

VPC: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

SRC: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

LT: contribuiu substancialmente para a concepção, planejamento, análise e interpretação dos dados; contribuiu significativamente na elaboração do rascunho ou na revisão crítica do conteúdo; participou da aprovação da versão final do manuscrito.

Conflito de Interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

1. Paiva JCM, Bendassolli PF. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. *Psicol. rev.* 2017 Dec; 23(1):418–29.

2. Batista RD, Lopes ER, Pinto GU. A alfabetização de alunos cegos e as tendências da desbrailização: uma discussão necessária. *Rev. Ciências da Educação*. 2017; 37: 179-194.
3. Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. [acesso em 2021 nov. 29] Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>
4. 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*. 2012. [acesso em 2021 nov. 29] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
5. Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2017. [acesso em 2021 nov. 30] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
6. Barreto ACO, Rebouças CB de A, Aguiar MIF de, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM, et al. Perception of the Primary Care multiprofessional team on health education. *Rev. bras. enferm.* 2019 Feb;72(Suppl 1):266–73.
7. Macinko J, Mendonça CS. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde debate*. 2018 Sep;42(Spe1):18–37.
8. Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface comun. saúde educ.* 2015 Nov 3;20(56):89–98.
9. Missel A, Costa CC, Sanfelice GR. Humanização da saúde e inclusão social no atendimento de pessoas com deficiência física. *Trab. Educ. Saúde (Online)*. 2017 Mai-Ago; 15: 575-597.
10. Ursine BL, Pereira EV, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica?. *Interface comun. saúde educ.* 2017 Jan-Mar; 22(64): 109-120.
11. Reis VSL, Santos AM. Conhecimento e experiência de profissionais das Equipes de Saúde da Família no atendimento a pessoas surdas. *Rev. CEFAC*. 2019; 21(1): 1-8.
12. Krug SB, Mocelin G, Magedanz MC, Oliveira BR, Dubow C. Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Physis (Rio J.)*. 2021 Nov; 31(1): 1-24.
13. Sedlmaier BMG, Mourão DM, Ferreira CG, Silveira CLG, Borges GF. Percepção e conhecimento de profissionais de unidades básicas da saúde sobre acessibilidade das pessoas com deficiência. *Temas em Educ. e Saúde* 2021 Jan-Dez; 17: 1-16.
14. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. *Interface comun. saúde educ.* 2009 Mar; 13(28): 177-188.
15. Freitas AZS, Cavalcante IF. O estado do conhecimento sobre inclusão da pessoa com deficiência na Educação Profissional e Tecnológica. *Revista Brasileira da Educação Profissional e Tecnológica* 2022; 1(22): 1-16.
16. Oliveira MA, Goulart Júnior E, Fernandes JM. Pessoas com deficiência no mercado de trabalho: considerações sobre políticas públicas nos Estados Unidos, União Europeia e Brasil. *Rev. bras. educ. espec.* 2009 Ago; 15(2): 219-232.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama - Balneário Gaivota. 2021. [acesso em 2021 dez. 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/balneario-gaivota/panorama>
18. Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini S do CC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006 Sep;15(3): 7-18.
19. Sturmer G, Pinto MEB, Oliveira MMC de, Dahmer A, Stein AT, Plentz RDM. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no rio grande do sul. *Rev. Conhecimento Online*. 2020 Jan 2;1: 4-26.

20. Carrillo-García C, Solano-Ruíz M del C, Martínez-Roche ME, Gómez-García CI. Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Rev. Lat.-Am. Enferm. (Impr.)*. 2013 Dec;21(6):1314–20.
21. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate*. 2018 Jun;42(117):455–67.
22. Ursine BL, Pereira ÉL, Carneiro FF. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface comun. saúde educ*. 2017 Jun 29;22(64):109–20.
23. Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FR de S, Padilha MI, Brehmer LC de F, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016 Oct;21(10):3131–42.
24. Santos WR dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis*. 2008 Sep;18(3):501–19.
25. Delgado-Pinheiro EMC, Omote S. Conhecimentos de professores sobre perda auditiva e suas atitudes frente à inclusão. *Rev. CEFAC*. 2010 Apr 23;12(4):633–40.
26. Santana CJ, Scopinho PAB, Ferreira RS, Simões T de C, Santos JN. Conhecimento auditivo da população usuária do Sistema Único de Saúde. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol*. 2009;14(1):75–82.
27. Gomes LF, Machado FC, Lopes MM, Oliveira RS, Medeiros-Holanda B, Silva LB, et al. Conhecimento de Libras pelos Médicos do Distrito Federal e Atendimento ao Paciente Surdo. *Rev. bras. educ. méd*. 2017 Dec;41(4):551–6.
28. Ferreira Y. As dificuldades dos profissionais de enfermagem da Atenção Básica em prestar atendimento à Pessoa Com Deficiência (PCD) auditiva e/ou fala. *Rev. Ideário*. 2019;1(8):233–50.
29. Duarte V, Hoেকেle A, Borim MLC, Christinelli HCB, Costa MAR. Percepção de surdos sobre o atendimento nos serviços de saúde. *Braz. J. Dev*. 2020;6(8):55347–56.
30. Donato Nóbrega J, Calderano Munguba M, José Soares Pontes R. Atenção à saúde e surdez: desafios para implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Rev. bras. promoç. saúde (Online)*. 2017 [acesso em 2021 dez. 07];30(3):1–10.
31. Mocelin G, Weigelt LD, de Rezende MS, Borges AM, Frantz Krug SB. Melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica em saúde: inserção da pessoa com deficiência. *Cinergis*. 2017 Dec 1;18:353:1–5.
32. Silva LAA da, Soder RM, Petry L, Oliveira IC. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Rev. gaúch. enferm*. 2017;38(1): 1–8.
33. Machado WCA, Figueiredo NMA, Barbosa LA, Machado MCI, Shubert CO, Miranda RS. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Figueiredo NMA, Machado WCA, organizadores *Tratado de Cuidados de Enfermagem São Paulo (SP)*: Editora Roca. 2012;2:2502–39.
34. Castro AMM, Silva JS, Rosa NSF, Bertussi DC, Santos MLDM, Merhy EE. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. *Prát Cuid Rev Saúde Colet* 2021; 2: 1-25.
35. Machado WCA, Pereira JDS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFPS, Figueiredo NMA (2018). Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto & contexto enferm*. 2018; 27(8): 1-9.
36. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF (2018). Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate*. 2018; 42(117): 455-467.
37. Peixoto MVS, Santos GS, Nobre GRD, Novais APS, Reis PM. Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. *Interface comun. saúde educ*. 2018 Out-Dez; 22(67): 1099-1110.

38. Silva ACC, Oliver FC (2019). Pessoas com deficiência no caminho da democracia participativa. Cad. Bras. Ter. Ocup. 2019 Abr-Jun; 27(2): 279-292.
39. Santos W (2016). Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. Ciênc. Saúde Colet. 2016 Out; 21(10): 3007-3015.