



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE (UNESC)  
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA (PROACAD)  
DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA (PPGSCoI)  
[MESTRADO PROFISSIONAL]**

**JOSÉ LUIS DE OLIVEIRA LENTZ**

**BARREIRAS ATITUDINAIS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAL DE BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA  
CATARINA**

**CRICIÚMA**

**2021**

**JOSÉ LUIS DE OLIVEIRA LENTZ**

**BARREIRAS ATITUDINAIS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAL DE BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA  
CATARINA**

Dissertação submetido para aprovação no exame de qualificação do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva [Mestrado Profissional] da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Orientadora: Profa. Dra. Lisiane Tuon

**CRICIÚMA**

**2021**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

L574b Lentz, José Luis de Oliveira.

Barreiras atitudinais no atendimento à pessoa com deficiência nas unidades de saúde municipal de Balneário Gaivota- Santa Catarina / José Luis de Oliveira Lentz. - 2021.

55 p. ; il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2021.

Orientação: Lisiane Tuon.

1. Pessoas com deficiência. 2. Atenção Primária à Saúde - Balneário Gaivotas (SC). 3. Direito da pessoa com deficiência. 4. Equidade em saúde. 5. Acessibilidade atitudinal. 6. Capacitação de recursos humanos em saúde. I. Título.

CDD. 23. ed. 362.1098164

Bibliotecária Elisângela Just Steiner - CRB 14/1576  
Biblioteca Central Prof. Eurico Back - UNESC

**JOSÉ LUIS DE OLIVEIRA LENTZ**

**BARREIRAS ATITUDINAIS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
NAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAL DE BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA  
CATARINA**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 16 de novembro de 2021

**BANCA EXAMINADORA**

**Profa. Lisiane Tuon  
Doutora – Orientadora  
Presidente**

**Profa Ariete Inês Minetto  
Doutora – UNESC/PPGSCol  
Membro externo**

**Prof. Willians Longen  
Doutor – UNESC/PPGSCol  
Membro interno**

## **Folha Informativa**

As referências da dissertação foram elaboradas seguindo o estilo ABNT e as citações pelo sistema de chamada autor/data da ABNT. Este trabalho foi realizado com os profissionais de saúde do município de Balneário Gaivota – SC.

Dedico esse trabalho a todos os profissionais de saúde e amigos que dedicaram seu tempo e sua atenção a minha pesquisa.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a todas as pessoas que me apoiam e me apoiaram nesses anos de estudo, agradeço também as que não me apoiaram, pois, essa atitude também me serviu como motivação para continuar as minhas atividades acadêmicas. Agradeço em especial minha esposa Katiana Rinaldi Machado Lentz e meus filhos Luigi Rinaldi Machado Lentz e Nicolý Ferreira Lentz, agradeço aos meus pais João Neri Brocca Lentz e Cêrgia de Oliveira Lentz. Agradeço aos profissionais da saúde que dispuseram de tempo e atenção para responderem ao questionário e aos profissionais presentes na capacitação piloto que realizei na Estratégia de Saúde da Família. Agradeço em especial aos meus amigos Tiago Molon e Paula Sperfeld que me auxiliaram substancialmente na escolha do tema dessa dissertação.

“Devemos não somente nos defender, mas também nos afirmar, e nos afirmar não somente enquanto identidades, mas enquanto força criativa”.

Michel Foucault.



## RESUMO

Sabe-se que as Leis que são direcionadas aos direitos das Pessoas com Deficiência sofreram modificações nesses últimos anos, essas Leis modificaram substancialmente o modo como as Pessoas com Deficiência (PcD) deveriam (e devem) ser atendidas e principalmente entendidas na sociedade, ou seja, as Leis procuram mostrar e assegurar que essas pessoas são sujeitos e necessitam de atendimento baseado principalmente na equidade. Através da realização dessa pesquisa procuramos entender como o atendimento à Pessoa com Deficiência (PcD) é executado pela equipe multiprofissional da saúde de Balneário Gaivota. Muitos profissionais que atuam na saúde no município não possuem informações normativas e legais no que diz respeito ao atendimento à Pessoa com Deficiência. Objetivo: Identificar as barreiras atitudinais no atendimento à pessoa com deficiência nas unidades de saúde municipal de Balneário Gaivota – Santa Catarina. Métodos: Estudo observacional transversal com proposição de uma capacitação piloto através dos resultados encontrados. O questionário de coleta foi disponibilizado via formulário online no 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. Entretanto, a maioria apresentou lacunas em relação a capacitação para a assistência de pessoas com deficiência. Após encontrar esses resultados, foi elaborada uma capacitação piloto sobre o tema. Considerações finais: são necessários novos estudos que investiguem o conhecimento dos profissionais, mas apesar dessas lacunas encontradas, todos os profissionais relataram compreender a importância de uma formação continuada. Logo, para o funcionamento adequado da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência, é necessário investimento dos gestores públicos em educação permanente em saúde.

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

## **ABSTRACT**

*Introduction: It is known that the Laws that address the rights of Persons with Disabilities have undergone changes in recent years, these Laws have substantially changed the way in which Persons with Disabilities (PwD) should (and should) be attended to and mainly understood in society, that is, the Laws seek to show and ensure that these people are subjects and need care based mainly on equity. Through this research, we sought to understand how the assistance to People with Disabilities (PwD) is performed by the multidisciplinary health team of Balneário Gaivota. Many professionals who work in health in the city do not have normative and legal information regarding the care of people with disabilities. Objective: To identify attitudinal barriers in caring for people with disabilities in the municipal health units of Balneário Gaivota – Santa Catarina. Methods: Cross-sectional observational study with a proposal for a pilot training based on the results found. The collection questionnaire was made available via an online form in August 2021. Data were analyzed using the Stata 14.0 software. Results: Most professionals were female and graduated for over 10 years. However, most had gaps in relation to training for the care of people with disabilities. After finding these results, a pilot training on the subject was developed. Final considerations: further studies are needed to investigate the knowledge of professionals, but despite these gaps found, all professionals reported understanding the importance of continuing education. Therefore, for the proper functioning of the Care Network for People with Disabilities, public managers need to invest in continuing education in health.*

**Keywords:** *Person with Disabilities. Primary Health Care. Human Resources Training.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Características das Redes de Atenção à Saúde .....	26
Figura 2 Componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	27
Figura 3 Equipes de saúde dos entrevistados .....	35
Figura 4 Tipos de deficiência que os participantes declaram ter contato próximo .....	36

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Características dos profissionais entrevistados .....	34
Tabela 2 Características relacionadas a formação e conhecimento para atendimentos da PcD .....	35

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIPD	Ano Internacional da Pessoa Deficiente
APS	Atenção Primária em Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CID	Classificação Internacional Doença
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
ESF	Estratégias de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Família
ONU	Organização Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidado às Pessoas Com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>21</b>
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS .....	21
2.2 POLÍTICAS DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....	22
<b>3 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>28</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>29</b>
4.1 OBJETIVO GERAL .....	29
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	29
<b>5 HIPÓTESES</b> .....	<b>30</b>
<b>6 MÉTODOS</b> .....	<b>31</b>
6.1 DESENHO DO ESTUDO .....	31
6.2 LOCAL DO ESTUDO .....	31
6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	31
6.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão .....	31
6.4 VARIÁVEIS.....	31
6.5 COLETA DE DADOS .....	32
6.6 Análise Estatística .....	32
6.7 Considerações Éticas .....	33
6.7.1 Riscos e benefícios.....	33
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>34</b>
7.1 RESULTADOS DA ENTREVISTA.....	34
7.2 FORMAÇÃO CONTINUADA.....	36
8 DISCUSSÃO.....	38
<b>8 CONCLUSÃO</b> .....	<b>40</b>
<b>APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS</b> .....	<b>44</b>
<b>APÊNDICE B – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> .....	<b>48</b>

APÊNDICE C – FOTOS DA CAPACITAÇÃO PILOTO .....	52
ANEXO A – CARTA DE ACEITE DO LOCAL .....	54
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	55

## 1 INTRODUÇÃO

Quando se aborda 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 entre outros. 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 histórica (PAIVA e BANDASSOLLI, 2017).

Em tempos remotos, na Idade Média, as pessoas que nasciam com alguma deficiência, fossem elas físicas ou mentais, eram perseguidas e assassinadas brutalmente. No século XV, eram mandadas para a fogueira, e as pessoas consideradas perigosas e loucas, como se dizia, os deficientes mentais e físicos, pois eram vistos como aberrações, possuídos por espíritos ruins. No século XVII, já os indivíduos que apresentavam algumas dessas deficiências, eram retirados do convívio social e fechados em celas, calabouços, asilos e hospitais. Com o passar dos anos, a consciência humana entra em conflito com a realidade, fez se necessário uma reciclagem coletiva, onde não era mais possível tratar as pessoas com alguma deficiência como se não existisse (TILLMANN e HEINIG, 2014).

A história das Pessoas com Deficiência é uma história que 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 outros (TILLMANN e HEINIG, 2014).

A história da deficiência é marcada por exclusões sociais nas mais diversas sociedades sejam por gerarem custo ao estado, ou por não poderem defender o grupo em qual pertenciam. Foi somente na Era Moderna que ocorreram mudança na forma de percepção da pessoa com deficiência. Registros de trabalho aparecem na França e na Inglaterra de pessoa com deficiência, registros estes que aparecem junto com o trabalho infantil e feminino (PAIVA e BANDASSOLLI, 2017).



A política de inclusão social da pessoa com deficiência 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 da pessoa com deficiência, diminuir a marca de incapacidade ou de inferioridade dessas pessoas (PAIVA e BANDASSOLLI, 2017).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como propósito central que todas as pessoas têm 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” (PAIM, 2009, p.43).

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 deficiência.

A equipe multidisciplinar que compõe a rede de Atenção Primária em Saúde (APS) é proposta numa dinâmica voltada ao atendimento característico para cada território com o intuito de oferecer atenção integral à população que faz parte dessa coletividade. A APS é a porta de entrada do sistema. 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.

Os profissionais que atuam nessa rede trabalhariam 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 de 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.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Na revisão de literatura são abordados assuntos relacionados à Pessoa com Deficiência no contexto filosófico, histórico, cultural, lutas e conquistas, Leis que amparam seus direitos e a evolução dessas leis ao longo do tempo, Programas Federais que têm relação com o assunto, os tipos de deficiência, os movimentos atuais sobre cada deficiência. Estruturar um processo de trabalho qualitativo a equipe de saúde, fornecendo a esses profissionais uma rede de estruturação da política de atendimento à Pessoa com Deficiência uma vez que a equipe multiprofissional é fundamental no processo de qualidade no atendimento a todas as pessoas que necessitem de atendimento relacionado à saúde.

### 2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Muitas civilizações, durante anos abandonavam as pessoas com algum tipo de deficiência, outras civilizações, no entanto, incluíam e respeitavam essas pessoas. Na Idade Média a população sofria diversos tipos de infortúnios, as condições de saúde e de vida de maneira geral eram muito precárias. Nesse período quando uma criança nascia com alguma deficiência, às pessoas acreditavam que isso era um castigo de Deus, e essas pessoas eram afastadas da comunidade e muitas vezes eram abandonadas pela família.

Quando o cristianismo entra em ascensão, as pessoas com deficiência são enxergadas também como filhos de Deus e por disso possuíam alma e precisavam de amparo. A partir dessa visão começaram-se as práticas de filantropia. 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 outros.

O processo de inclusão de pessoas com deficiência começou no Brasil na virada de 1979 para 1980 quando nasceu no país a consciência de movimento político das pessoas com deficiência, o qual pode ser considerado como recente, se comparado à trajetória secular da exclusão no nosso país e no mundo. Para se ter uma idéia, no auge da civilização grega, os bebês que nasciam com uma deficiência eram sacrificados (ROCHA e NICOLAU, 2018, p.05).

No século XX, novos processos de inserção das Pessoas com Deficiência são praticados em diversas sociedades. Ocorreu, no Brasil a implantação de um sistema de ensino onde as crianças com deficiência frequentavam a escola regular em classes especiais. Essa foi denominada a fase de integração das Pessoas com Deficiência no ambiente escolar. No início do século XXI, o conceito de deficiência foi revisto, modificado e aperfeiçoado.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 06 de dezembro de 2006, ratificada pelo Brasil por intermédio Congresso Nacional em 09 de julho de 2008, através do decreto legislativo nº 186/2008 em caráter de emenda constitucional, e promulgada pela Presidência da República em 25 de agosto de 2009, por meio do decreto nº6949, no seu artigo 1, ilustra o novo conceito de deficiência (TILLMANN e HEINIG, 2014, 06).

A história da deficiência é marcada por exclusões sociais nas mais diversas sociedades sejam por gerarem custo ao estado, ou por não poderem defender o grupo em qual pertenciam. Foi somente na Era Moderna que ocorreram mudança na forma de percepção da pessoa com deficiência. Registros de trabalho surgem na França e na Inglaterra de pessoa com algum tipo de deficiência, registros estes que aparecem junto com o trabalho infantil e feminino (PAIVA e BANDASSOLLI, 2017).

Um novo conceito da Pessoa com Deficiência pode ser explicado com base na Lei Brasileira de Inclusão de nº 13146 de 2015 que afirma em seu segundo artigo que:

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

Esse novo olhar que se tem sobre as Pessoas com Deficiência é algo que precisa ser divulgado para que seja praticado, tanto pelas próprias Pessoas com Deficiência quanto pelo restante da sociedade.

## 2.2 POLÍTICAS DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A política de inclusão social da pessoa com deficiência 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 da pessoa com deficiência, diminuir a marca de incapacidade ou de inferioridade dessas pessoas (PAIVA e BANDASSOLLI, 2017).

Em 1981 a ONU declarou como sendo o Ano Internacional da Pessoa Deficiente (AIPD) essa ação tinha como propósito promover ações voltadas a esse público.

O termo “pessoa com deficiência” foi adotado como terminologia correta. “É utilizado nos últimos anos por deliberação dos movimentos sociais, pelo fato de não se identificarem com as expressões anteriores” (CARDOSO, 2017, p.36), a ONU promulga a terminologia correta pessoa com deficiência.

É destacado que quando se diferencia a pessoa com deficiência isso ocorre para que se promova a integração social, não se considera o ato como sendo discriminatório, pois a intenção é de promoção da autonomia e desenvolvimento pessoal, no entanto, na convenção de 1981, a pessoa com deficiência não é obrigada a aceitar esse tratamento diferenciado, “quando for necessário e apropriado para o seu bem-estar”, esse ato segundo a declaração não constituía discriminação, no entanto a interdição é hoje entendida segundo a Lei 10.216 de abril de 2001, também conhecida como Lei Antimanicomial, como inconstitucional.

A Convenção fala sobre trabalhar prioritariamente nas áreas de prevenção de todas as formas de deficiência, educação, tratamento, sensibilização da população, entre outros.

A Declaração Internacional de Montreal sobre Inclusão que foi aprovada em 5 de junho de 2001 enfatiza a importância de desenvolver o desenho inclusivo nos ambientes, serviços e produtos “Todos os setores da sociedade recebem benefícios da inclusão e são responsáveis pela promoção e pelo progresso do planejamento e desenho inclusivos” (DECLARAÇÃO INTERNACIONAL DE MONTREAL SOBRE INCLUSÃO, 2001).

O Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004 é outro marco importante na política relacionada à Pessoa com Deficiência, esse Decreto regulamenta as leis nº 10.048 e 10.098 que dá prioridade de atendimento as Pessoas com Deficiência e estabelece normas gerais e básicas para a acessibilidade.

O Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009 promulga a Convenção de Nova York sobre os direitos das Pessoas com Deficiência. Esse Decreto em seu artigo primeiro afirma que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo serão cumpridos e executados “Tão inteiramente como neles se contêm” (BRASIL, 2009).

A presente Convenção relembra os princípios da Carta das Nações Unidas a qual reconhecem a dignidade da pessoa que é igual e inalienável, reconhece através da Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacional “que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, se distinção de qualquer espécie” (BRASIL, 2009).

No Artigo 4º dessa Convenção os Estados se comprometeram em adotar medidas legislativas, administrativas, modificar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra a pessoa com deficiência.

No artigo 25 o tema tratado é saúde e nesse artigo é descrito que:

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência, têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência.

Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero (BRASIL, 2009).

A oferta de programas e atenção à saúde de forma gratuita ou com custo acessível, serviços de saúde específicos, incluindo diagnóstico e intervenção precoce, serviços projetados para prevenir e reduzir deficiências adicionais. Esses serviços de saúde devem estar disponíveis o mais próximo possível da residência da pessoa com deficiência incluindo a zona rural.

O artigo 25 da Convenção destaca que é proibida a discriminação contra a pessoa com deficiência no fornecimento de seguro de saúde e de vida, e não poderá ser negada atenção à saúde ou administração de alimentos líquidos e sólidos motivados pela deficiência.

Essa Convenção fez com que fosse alterado o modo como as pessoas com deficiência fosse entendida, modifica-se do modelo médico Classificação Internacional de Doença (CID) para o modelo social Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). A CIF esclarece que o que limita é o meio em que a pessoa com deficiência reside e se socializa e não a sua deficiência.

Com as mudanças de como entender a pessoa com deficiência a concepção biomédica, a qual entendia a deficiência como uma incapacidade individual para a vida de maneira independente e para o trabalho, deu lugar a concepção de “modelo social”.

Essa mudança de paradigma modificou a maneira de entender esse público em específico, no entanto se faz essencial a elucidação frequente que as pessoas com deficiências têm direitos como toda pessoa e além de tudo ela possui alguns direitos específicos para que a equidade ocorra de maneira efetiva.

### 2.3 REDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O SUS (Sistema Único de Saúde) tem como propósito central que todas as pessoas têm 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” (PAIM, 2009, p.43).

A articulação da Atenção Primária em Saúde (APS) em redes de atenção, segundo Oliveira (2015), teve seu início há pouco mais de quinze anos, com as primeiras experiências nos Estados Unidos, Canadá e Europa Ocidental – Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda, porém os primeiros relatos de redes de atenção já datam

praticamente um século, quando o médico britânico Bertrand Dawson, propõe em seu famoso relatório (1920), a necessidade da organização dos sistemas de saúde do Reino Unido, no pós-guerra, tivesse acesso à saúde de qualidade, contrariando, dessa maneira, o modelo flexneriano de atenção até então vigente, sendo, institucionalizado somente a partir da Conferência de Alma-Ata, em 1978.

Para cada dado território, propõe a organização de serviços para atenção integral à população com base formada por serviços "domiciliares" apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação. Esta seria a "porta de entrada" do sistema, que empregaria o *general practitioners* (GP) - os médicos clínicos generalistas, que já então trabalhavam de forma autônoma e/ou contratados pelo sistema de seguro social. Os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando "em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias". Os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Os profissionais trabalhariam de forma integrada, de modo que [...] *o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar* (KUSCHNIR & CHORNY, 2010: pág. 2308-9).

Conforme diversos autores e, ainda, segundo o próprio Ministério da Saúde (MS), a Atenção Primária em Saúde (APS), ou Atenção Básica, deve ser a ordenadora de todos os processos de saúde mediados pelas Redes de Atenção à Saúde (RAS), desde os mais simples até os mais complexos. Configura-se na porta de entrada para o primeiro atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), devendo, segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), ser resolutiva em pelo menos 80% dos casos daqueles que dela necessitam.

Para Giovanella e Mendonça (2012) e Mendes (2015), a APS deve atentar-se para um modelo de saúde que atenda satisfatoriamente as condições de saúde apresentadas pela população:

Atenção primária refere-se a um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), passou a ser denominada de atenção básica. A atenção básica constitui a porta de entrada e o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS (GIOVANELLA & MENDONÇA: 2012, pág. 493).

Conforme a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)

[...] um sistema de saúde baseada na APS está conformado por um conjunto de elementos estruturais e funcionais essenciais que garantem a cobertura acesso universal aos serviços, os quais devem ser aceitáveis para a população e promovam a equidade. Presta atenção integral, integrada e apropriada ao longo do tempo, enfatiza

a prevenção e a promoção e garante o primeiro contato do usuário com o sistema, tomando as famílias e as comunidades como bases para o planejamento e a ação. Um sistema de saúde baseado na APS requer um sólido marco legal, institucional e organizacional, além de recursos humanos, econômicos e tecnológicos adequados e sustentáveis. Emprega práticas ótimas de organização e gestão em todos os níveis do sistema para obter qualidade, eficiência e efetividade e desenvolve mecanismos ativos com o fim de maximizar a participação individual e coletiva em matéria de saúde (OPAS, 2011, pág. 30).

Com na base nas políticas e modelos de saúde vigentes, o Ministério da Saúde (MS), por meio do Decreto n. 7612, de 17 de novembro de 2011 institui as RAS's. Sobre a dinâmica de atuação em redes de atenção aos usuários do SUS e, ainda, do ordenamento da APS enquanto ponto central desse modelo de assistência.

A lógica das RAS encontra-se fortemente alicerçada na interação entre três elementos básicos: a população, a estrutura operacional e no modelo assistencial de saúde vigente. Prevê, dentre suas diretrizes principais, a inclusão social das pessoas com deficiências e incapacidades, articulando, assim, vários setores da sociedade, a fim de (des) estigmatizar essa parcela da população, garantindo-lhe acesso igualitário.

Figura 1. Características das Redes de Atenção à Saúde



Fonte: <https://soumaissus.blogspot.com/2015/03/as-redes-de-atencao-saude-e.html>

Conforme relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de 10% da população mundial apresenta algum tipo de deficiência, congênita ou adquirida. No Brasil, segundo dados do Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE cerca de 23,6% da população brasileira possuía algum tipo de deficiência declarada.

## 2.4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD)

Dentre as RAS instituídas pelo MS, temos a Rede de Cuidado às Pessoas Com Deficiências (RCPD), estruturando e articulando seus trabalhos sobre quatro grandes eixos: Eixo 1. Acesso a à Educação, Eixo 2. Atenção à Saúde, Eixo 3. Inclusão Social e, Eixo 4. Acessibilidade.

Figura 2. Componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência



Fonte: Portaria MS/GM nº 793/2012

A Rede da Pessoa com Deficiência existe na Atenção Especializada em Reabilitação que tem suas ações direcionadas a reabilitação física, intelectual, ostomia, visual, auditiva e múltiplas deficiências.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação, que realiza diagnóstico tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território, e poderá ser organizado em CER II – composto por de dois serviços de reabilitação habilitados; CER III – composto por três serviços de reabilitação habilitados; CER IV – composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados (TUON, REIS e CERETTA, 2017, p.30).

Os pontos de atenção são os Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação, Centro Especializado em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).



### **3 JUSTIFICATIVA**

Por compreender que a implantação e funcionamento da RCPD depende do conhecimento dos profissionais acerca do tema, bem como, entendendo a alta prevalência de PcD no Brasil, surge a lacuna de pesquisa desse estudo. Muitas foram as situações onde foram presenciadas ações que enfatizaram a falta de informações sobre o atendimento qualitativo ao PcD pelos profissionais de saúde em Balneário Gaivota, o município de Balneário Gaivota, que possui aproximadamente 11.537 habitantes, segundo os dados estimados do IBGE, é uma cidade litorânea que está localizada no extremo sul de Santa Catarina. Essa falta de atendimento qualitativo resulta em barreiras atitudinais que em muitos casos são executadas por falta de conhecimentos e informações sobre o tema, por isso a urgência e se fazer capacitações aos profissionais da saúde no que confere a atendimento à pessoa com deficiência.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL**

Identificar as barreiras atitudinais no atendimento à pessoa com deficiência nas unidades de saúde municipal de Balneário Gaivota - Santa Catarina.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Descrever o perfil dos participantes do estudo.

Descrever os aspectos de formação dos participantes do estudo.

Descrever o conhecimento sobre atenção à pessoa com deficiência dos participantes do estudo.

Promover uma capacitação sobre atenção à pessoa com deficiência para os profissionais de saúde de Balneário Gaivota – SC.

Analisar e discutir os achados do estudo.

## **5 HIPÓTESES**

Os participantes não têm formação voltada, conhecimento aprofundado e experiência para o atendimento da PcD, mas consideram a formação continuada importante para o cuidado.

## 6 MÉTODOS

### 6.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional transversal com caráter quantitativo. Entretanto, também foi realizada a entrega de um produto piloto que foi um encontro de aproximadamente 40 minutos no qual foi abordado o assunto tema da dissertação, esse encontro foi planejado a partir dos resultados encontrados nesse estudo.

### 6.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), Estratégias de Saúde da Família (ESF) e Núcleo de Apoio da Família (NASF) do município de Balneário Gaivota - SC. Trata-se de um município da Associação de Municípios do Extremo Sul Catarinense e estima-se que esse município tenha cerca de 10692 habitantes (IBGE, 2018).

### 6.3 POPULAÇÃO EM ESTUDO

A população em estudo foram os profissionais das equipes multiprofissionais dos serviços de saúde do município de Balneário Gaivota. Os profissionais que estavam em atividade na área da saúde de Balneário Gaivota eram de aproximadamente 90, o questionário disponibilizado via google forms foi respondido por 40 funcionários. A capacitação piloto teve um total de 20 participantes.

#### 6.3.1 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos no estudo profissionais que atuam nos serviços de saúde – Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família ou Núcleo de Saúde da Família – de Balneário Gaivota atendendo os usuários de maneira direta e indireta. Foram excluídos do estudo os profissionais que não sabiam ler/escrever ou tinham alguma dificuldade de compreensão para responder as questões do estudo.

### 6.4 VARIÁVEIS

As variáveis contemplaram as características dos participantes (sexo, tempo de formação, tempo de atuação, profissão e equipe), as características de formação (disciplina

sobre atendimento à PcD na graduação, pós-graduação, pós-graduação relacionada à PcD, formação em LIBRAS, capacitação para atendimento a PcD no local de trabalho), contato próximo dos participantes com PcD e quais tipos de deficiência têm contato, bem como, dificuldades para o atendimento e conhecimento tangente ao tema. Além disso, contemplaram a percepção dos participantes sobre a importância da formação continuada sobre o atendimento a PcD.

## 6.5 COLETA DE DADOS

O levantamento de dados para informações sobre como a equipe multiprofissional 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 (Apêndice A). Para isso, após o aceite da Secretaria de Saúde e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH), 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.

O questionário foi divulgado via ferramenta digital WhatsApp pelo pesquisador para as enfermeiras das unidades de saúde que, por sua vez, repassaram via WhatsApp e de maneira presencial aos demais profissionais. Os profissionais tinham 5 (cinco) dias para responder ao questionário. Ao final dos dias, o questionário foi bloqueado para receber respostas. Esse limite de tempo foi determinado para que pudesse ser iniciado os estudos sobre os questionários recebidos.

Após coleta de dados, esses foram analisados e os resultados embasaram a construção de uma capacitação piloto sobre o tema a equipe multiprofissional demonstrou não ter conhecimento do assunto. A capacitação aconteceu no dia 2 de setembro de 2021.

## 6.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados a partir de um banco de dados automático do formulário online. Os dados foram expressos em frequências absolutas e relativas. Todas as análises foram realizadas no *Software Stata 14.0*.

## 6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) e autorização do local (ANEXO A) onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de aceite (ANEXO B), tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos funcionários e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. A dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi aprovada pelo CEPSH (Apêndice B).

### 6.7.1 Riscos e benefícios

Este projeto de pesquisa não oferece riscos físicos aos participantes por se tratar de um estudo retrospectivo com análise de prontuário do paciente. No entanto, oferece riscos no âmbito da quebra de sigilo dos dados dos indivíduos pesquisados e na possível perda da confidencialidade, no entanto, os pesquisadores certificam-se acerca do total sigilo no manuseio de dados dos respectivos indivíduos. Observando normas conforme *Resolução nº 466/2012* que trata de pesquisa com seres humanos. Em relação aos benefícios, destaca-se a possibilidade de caracterização do perfil do indivíduo assistido pela Secretaria de Saúde de Balneário Gaivota, permitindo assim, que se possa ter um panorama das comorbidades e de hábitos de vida desta população específica, e como estes podem influenciar de maneira direta e indireta no desenvolvimento, progressão ou exacerbação do quadro clínico do indivíduo. Podendo auxiliar, futuramente, no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde de acordo com os dados coletados na presente pesquisa.

## 7 RESULTADOS

Os resultados do presente estudo dividem-se em dois momentos. O primeiro, trata-se dos resultados da pesquisa realizada com os profissionais de saúde. No segundo momento, apresenta-se a formação piloto realizada com os profissionais a partir dos resultados encontrados.

### 7.1 RESULTADOS DA ENTREVISTA

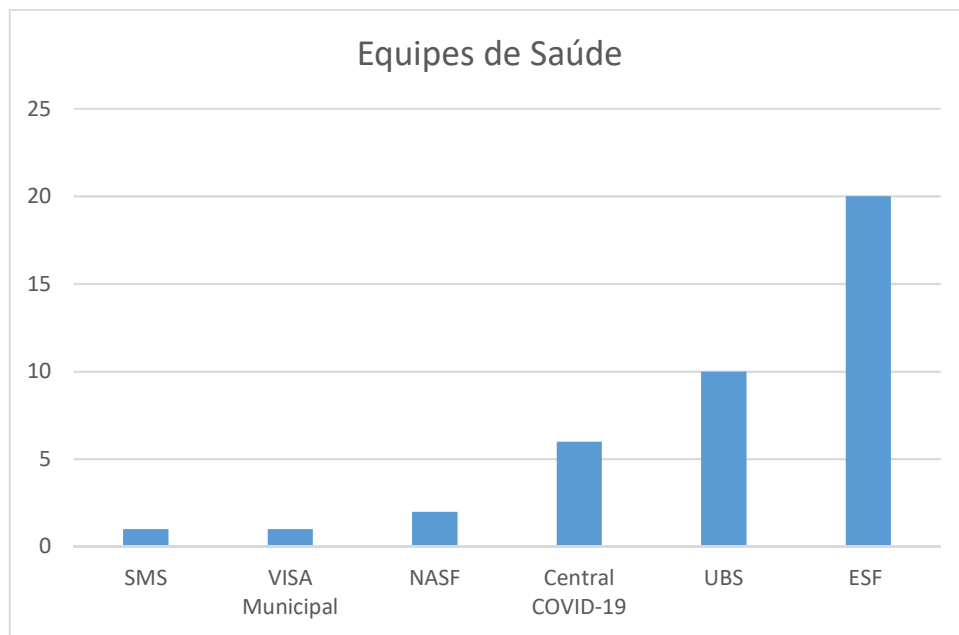
A tabela 1 apresenta a caracterização dos profissionais participantes. A maioria era do sexo feminino (82,5%), com mais de 10 anos de formação (40,0%), menos de 1 ano de atuação (30,0%) e enfermeiros (27,5%). Em relação a equipe, a maioria fazia parte da ESF (50,0%). O restante da distribuição está na Figura 3.

Tabela 1. Características dos profissionais entrevistados

Variáveis	n (%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	33 (82,5)
Masculino	7 (17,5)
<b>Tempo de formação (anos)</b>	
<1	6 (15,0)
>=1 - <2	4 (10,0)
>=2 - <5	5 (12,5)
>=5 - <10	9 (22,5)
>=10	16 (40,0)
<b>Tempo de atuação (anos)</b>	
<1	12 (30,0)
>=1 - <2	4 (10,0)
>=2 - <5	8 (20,0)
>=5 - <10	7 (17,5)
>=10	9 (22,5)
<b>Profissão</b>	
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)

Figura 3. Equipes de saúde dos entrevistados



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 a formação dos profissionais no que tange a PcD.

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

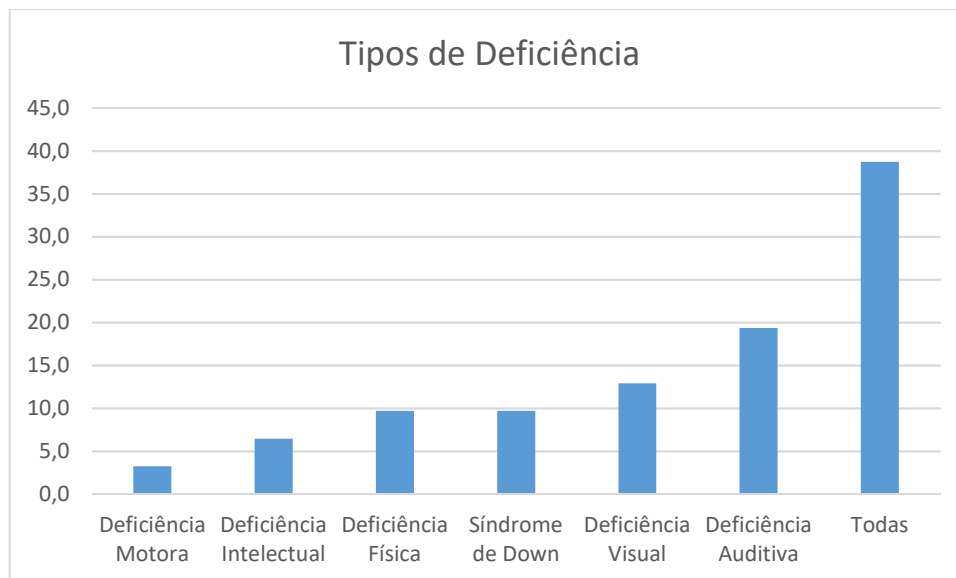
Variáveis	n (%)
<b>Disciplina sobre atendimento à PCD na graduação</b>	
Sim	15 (93,7)
Não	1 (6,2)
<b>Possui pós-graduação</b>	
Sim	10 (62,5)
Não	6 (37,5)
<b>Pós-graduação tem relação com atendimento à PCD</b>	
Sim	3 (18,7)
Não	13 (81,2)



<b>Formação em LIBRAS</b>	
Sim	4 (25,0)
Não	15 (75,0)
<b>Capacitação para atendimento à PCD no local de trabalho</b>	
Sim	5 (31,2)
Não	11 (68,8)

Os participantes também foram questionados se tinham contato próximo com alguma PcD, a maioria (77,5%) respondeu que sim. A Figura 4 mostra os tipos de deficiência com as quais os participantes tiveram contato.

Figura 4. Tipos de deficiência que os participantes declaram ter contato próximo



Além disso, a maioria declara ter algum tipo de dificuldade para atender uma PcD (55,0%), conhecem alguma política pública ou lei relacionada ao tema (60,0%), não conhecem a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência (62,5%), desconhecem os serviços do 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 formações continuadas sobre o atendimento à PcD no ambiente de saúde.

## 7.2 FORMAÇÃO CONTINUADA

A partir desse primeiro momento de coleta de dados e percebendo as evidentes barreiras atitudinais que o PcD encontra no ambiente de saúde no que se refere a primeiro

atendimento e a partir desses dados foi planejado um curso de capacitação piloto onde foi abordado o assunto sobre essas barreiras atitudinais. Todas as pessoas que responderam ao questionário foram convidadas a participarem desse curso piloto que teve a duração de 40 minutos e foi realizado nas dependências da ESF Raulino Ramos. O alcance foi de 20 funcionários.

O encontro ocorreu conforme planejado, entre os profissionais que participaram da capacitação piloto estavam 1 dentista, 1 assistente de odontologia, 4 agentes comunitárias de saúde, 2 psicólogos, 1 médico (clínico geral), 2 enfermeiros, 4 recepcionistas, 1 agente epidemiológico, 2 técnicas em enfermagem e 2 higienizadoras. O encontro iniciou com a apresentação do mestrando e do tema da dissertação após apresentação o mestrando iniciou a capacitação piloto abordado um breve contexto histórico das discriminações e preconceitos que as pessoas com deficiência enfrentaram ao longo da história, após esse primeiro assunto o encontro se direcionou ao atendimento a pessoa com deficiência nas unidades de saúde, foi destacado que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como propósito central que todas as pessoas têm 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” (PAIM, 2009, p.43). Onde foi enfatizado que a pessoa com deficiência antes da sua deficiência é uma pessoa e possui o direito a saúde como qualquer outra pessoa.

Foi exemplificado que se uma pessoa com deficiência solicitar atendimentos que não sejam específicos a sua deficiência ela deve ser tratada como qualquer outra pessoa, ou seja, o atendente deve falar diretamente com a pessoa e não utilizar tratamento infantilizado ou abordar a pessoa como se ela não tivesse capacidade de entender o que está ocorrendo em sua volta. Foi destacado também que o profissional da saúde deve entender sobre os atendimentos prioritários e que algumas pessoas possuem esse direito. Foi citado como exemplo a hipótese de que se uma mãe de uma pessoa com autismo severo vier a precisar de atendimento para seu filho, essa pessoa tem direito ao atendimento preferencial devido as singularidades que são próprias de uma pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Após abordagem desse atendimento primeiro foi destacado sobre os atendimentos específicos e foi explicado de maneira sucinta sobre os objetivos do CEO, CER e da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPD), abordou-se os eixos dessa rede e foi informado

que a rede não está em atividade no município. As fotos da capacitação piloto estão no Apêndice C.

## **8 DISCUSSÃO**

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.

Em relação ao perfil dos participantes, os achados do presente estudo corroboram com os achados de outros autores. De fato, as pesquisas apontam que a maioria dos profissionais de saúde são do sexo feminino (COTTA, 2006; STURMER, 2020). 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 APS (CARRILLO-GARCÍA et al. 2013).

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 necessária ampla avaliação individualizada, pois as limitações irão variar de um indivíduo para o outro (NOGUEIRA, G. C. et al, 2016; SANTOS, 2008).

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 auditiva. 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. A conclusão desse estudo aponta 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 compreender (FERREIRA, 2018).

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.

Durante a capacitação piloto, as recepcionistas e técnicas de enfermagem relataram que quando fazem atendimento a PcD utilizam de atendimento diferenciado e na maioria dos casos sente-se desconfortáveis em atender esse público pois não sabem a maneira de agir. Outra situação que foi compartilhada por uma técnica em enfermagem é que ela vivenciou situações onde crianças com TEA ficavam agitadas e nenhum profissional da saúde sabia como proceder pois não tinham o conhecimento de que essa criança tem preferência no atendimento.

As políticas públicas no atendimento a 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 a pessoa com deficiência.

## 8 CONCLUSÃO

O presente estudo conseguiu identificar as lacunas e fragilidades dos profissionais de saúde que atendem as 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 às 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.

Muitos direitos são negados às pessoas com deficiências pelo desconhecimento dos direitos desse público, nesse caso, pelos profissionais da área da saúde, por isso se faz urgente e necessário que os cursos de capacitação se tornem uma realidade continuada nas unidades de saúde.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Naim Rodrigues de; CUNHA Charles Moreira. **Interpretação do modelo social de deficiência a partir do conceito de normalidade de Canguilhem.** Disponível em: <http://www.ucs.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/view/7588#:~:text=Charles%20Moreira%20Cunha-Resumo,m%C3%A9dico%20e%20fil%C3%B3sofo%20Georges%20Canguilhem>. Acesso em: 12 de dezembro de 2020

BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão.** Lei nº 13.146/2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2015/lei/113146.htm) acesso em 25 de abril de 2020

\_\_\_\_\_, **Decreto nº 3.956 de 8 e 3 outubro de 2001.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3956.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%203.956%2C%20DE%208,as%20Pessoas%20Portadoras%20de%20Defici%C3%A](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm#:~:text=DECRETO%20N%C2%BA%203.956%2C%20DE%208,as%20Pessoas%20Portadoras%20de%20Defici%C3%A) Ancia. Acesso em 23 de julho de 2020

\_\_\_\_\_, **LEI Nº 10.216, de 6 de abril de 2001.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm) acesso em 23 de julho de 2020.

\_\_\_\_\_, **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm) acesso em 23 de julho de 2020

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012 110 p.

\_\_\_\_\_, **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.** Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html) acesso em 23 de julho de 2020

BRASÍLIA, **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência:** Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, 4º ed., ver. E atual. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

CARDOZO, Priscila Schacht. **Pessoas com deficiências e protagonismo nos movimentos sociais:** Rede de cuidado à pessoa com deficiência. [Recurso eletrônico on-line]/ Lisiane Tuon, Luciane Bisognin Ceretta, Tubarão: Copiart, 2017

CARRILLO-GARCÍA, C. et al. Influência do gênero e da idade: satisfação no trabalho de profissionais da saúde. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2013; 21(6), 1314-1320. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281429401017>>. Acesso em: 29 abr. 2015

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília , v. 15, n. 3, p. 7-18, set. 2006 . Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742006000300002&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 27 out. 2021. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>.

FERREIRA, Y. C. S. As dificuldades dos profissionais de enfermagem da atenção básica em prestar atendimento à pessoa com deficiência (PCD) auditiva e/ou fala.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 1.100 p.

GERHARDT, Tatiana Engel. SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre; UFRGS, 2009

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

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

NOGUEIRA, G. C. et al. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2016, v. 21, n. 10 [Acessado 27 Outubro 2021] , pp. 3131-3142. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>.

OLIVEIRA, N. R. de C. (Org.). **Redes de atenção à saúde: a atenção organizada em redes**. São Luís: UMA-SUS/UFMA, 2015. 42p.

**Organização Pan-Americana Da Saúde**. A Atenção À Saúde Coordenada Pela Aps: Construindo As Redes De Atenção No Sus: Contribuições Para O Debate. **Brasília: Organização Pan-Americana Da Saúde, 2011. 113 P. (Navegadorsus, 2).**

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) **Declaração Internacional De Montreal**. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec\\_inclu.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_inclu.pdf) acesso em 23 de julho de 2020

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PAIVA, Juliana Cavalcante Marinho; BENDASSOLLI, Pedro F. **Políticas sociais de inclusão social para pessoa com deficiência**. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v23n1/v23n1a25.pdf> acesso em 19 de junho de 2020

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **PORTARIA Nº 793, DE 24 DE ABRIL DE 2012.** Brasília, DF., 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 18 de dez. de 2016.

ROCHA, Juliana de Lurdes. NICOLAU, Diego. **Inclusão de PcD's no mercado de trabalho.** Disponível em: <http://tcconline.fag.edu.br:8080/app/webroot/files/trabalhos/20181211-133416.pdf> acesso em 20 de abril de 2020

SANTOS, W. R. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2008, v. 18, n. 3 [Acessado 27 Outubro 2021] , pp. 501-519. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300008>>. Epub 08 Dez 2008. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300008>.

STURMER, G.; PINTO, M. E. B.; OLIVEIRA, M. M. C. de; DAHMER, A.; STEIN, A. T.; PLENTZ, R. D. M. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no rio grande do sul. **Revista Conhecimento Online**, [S. l.], v. 1, p. 04–26, 2020. DOI: 10.25112/rco.v1i0.1639. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/1639>. Acesso em: 27 out. 2021.

TILLMANN, Luana. HEINIG, Otilia Lizete de Oliveira. **Aspectos históricos e sociais do acesso das pessoas cegas à leitura e à escrita.** Disponível em: [https://www.tecnoevento.com.br/nel2014/anais/artigos/art25\\_2.pdf](https://www.tecnoevento.com.br/nel2014/anais/artigos/art25_2.pdf) acesso em 23 de abril de 2020

TUON, Lisiane. REIS, Leyce da Rosa. CERETTA, Luciane Bisognin. **Rede de Cuidado À Pessoa Com Deficiência:** Rede de cuidado à pessoa com deficiência.[Recurso eletrônico online]/ Lisiane Tuon, Luciane Bisognin Ceretta, Tubarão: Copiart, 2017



## APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Verificar as barreiras atitudinais existentes no atendimento à pessoa com deficiência nos atendimentos relacionados a saúde no município.

- a) Analisar as percepções da equipe de saúde do município a política de saúde a pessoa com deficiência do município;
- b) Construir, aprovar uma política municipal de Saúde para à Pessoa com Deficiência com vistas a capacitar o atendimento em recursos humanos no atendimento a pessoa com deficiência;

<b>Perguntas mestrado José Luis de Oliveira Lentz - BARREIRAS ATITUDINAIS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS DE BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA CATARINA – UNESC 2021</b>
<p>1. Sexo:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Feminino</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Masculino</p>
<p>2. Qual seu tempo de formação?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2 a 5 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 5 a 10 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> mais de 10 anos</p>
<p>3. Há quanto tempo você trabalha nessa Unidade de saúde?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> menos de 1 ano</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 a 2 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 2 a 5 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 5 a 10 anos</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> mais de 10 anos</p>
<p>4. De qual a equipe da saúde de Balneário Gaivota você pertence?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> ESF</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> NASF</p>

<input type="checkbox"/> UBS <input type="checkbox"/> Outro. Descreva: _____
5. O atendimento à Pessoa com Deficiência (PcD) deve ocorrer de forma diferenciada no ambiente de saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
6. Qual a sua formação? <input type="checkbox"/> médico (a) <input type="checkbox"/> Enfermeiro (a) <input type="checkbox"/> Técnico de Enfermagem <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Fonoaudiólogo (a) <input type="checkbox"/> Psicólogo (a) <input type="checkbox"/> Dentista <input type="checkbox"/> Outros: especificar _____
7. Durante sua graduação você teve alguma disciplina referente ao atendimento a PcD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim : especificar _____
8. Você possui alguma pós-graduação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
9. Se sim, essa pós-graduação tem relação com atendimento à PcD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
10. Possui algum curso e/ou capacitação ao atendimento à PcD?

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: Especificar _____
11. Você tem formação em LIBRAS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: especificar _____
12. Seu local de trabalho disponibiliza alguma capacitação para atendimento à PcD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: especificar _____
13. Tem contato próximo com alguma PcD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
14. Com quais tipos de pessoas com deficiência teve/tem contato? <input type="checkbox"/> deficiência física <input type="checkbox"/> deficiência intelectual <input type="checkbox"/> deficiência motora <input type="checkbox"/> deficiência visual <input type="checkbox"/> deficiência auditiva <input type="checkbox"/> TEA – Transtorno do Espectro Autista <input type="checkbox"/> síndrome de Down <input type="checkbox"/> Todas <input type="checkbox"/> Nenhuma Outra especificar _____
15. Você sente alguma dificuldade para atender um PcD? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

<p>16. Conhece alguma política pública, programa em saúde, Leis Federais, Estaduais ou Municipais que abordam os direitos da?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>17. Conhece a Rede da Pessoa com Deficiência?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>18. Sabe sobre os serviços do CER (Centro Especializado em Reabilitação)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>19. Conhece os serviços executados pelo CEO (Centros de Especialidades Odontológicas)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>
<p>20. Você acredita ser importante para sua formação profissional que sejam disponibilizados cursos de capacitações continuadas sobre o atendimento da PcD no ambiente de saúde?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>

**APÊNDICE B – PEDIDO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO  
LIVRE E ESCLARECIDO**



**Pedido de Dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

**Título da Pesquisa: POLITICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA: BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA CATARINA**

**Objetivo:** Analisar com base em levantamento de dados uma possível barreira atitudinal no atendimento a pessoa com deficiência e a partir desse conhecimento elaborar capacitações para a equipe multiprofissional de saúde de Balneário Gaivota.

**Período da coleta de dados:** 20/06/2021 a 30/08/2021

**Tempo estimado para cada coleta:** 40 minutos

**Local da coleta:** Secretaria de Saúde de Balneário Gaivota

**Pesquisador/Orientador:** Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**Pesquisador/Mestrando:** José Luis de Oliveira Lentz

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
(PPGSCoI) MESTRADO PROFISSIONAL- UNESC**

Ao Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa Sr (a) Coordenador (a). Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta Instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado: **“POLITICA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: BALNEÁRIO GAIVOTA- SANTA CATARINA”**, é um estudo observacional retrospectivo e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa. As razões para solicitação da isenção de TCLE são enumeradas abaixo:

- 1 – Levantamento retrospectivo de dados em prontuário, o que não interfere no cuidado recebido pelo usuário;
- 2 – Não há riscos físicos ou biológicos para o usuário, uma vez que o estudo é meramente observacional e retrospectivo, sem contato direto com o indivíduo;
- 3 – População de estudo eventualmente sem seguimento na instituição no presente;
- 4 – A confidencialidade da identificação pessoal dos usuários é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os usuários serão identificados apenas através de números simbólicos para validação da individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise. Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

<b>DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA</b>
--

<p>Os levantamentos de dados para informações sobre como a equipe multiprofissional de saúde de Balneário Gaivota atende o público específico das pessoas com deficiência será executado por meio de perguntas fechadas estruturadas que terão como intuito entender qual o conhecimento que a equipe em questão tem sobre o atendimento primário a esse público, as intervenções específicas, se o profissional possui algum curso direcionado ao atendimento da pessoa com deficiência, se possui algum vínculo familiar com algum PcD, se possui</p>
---

conhecimentos sobre leis que protegem os direitos do PcD e principalmente se sabe o que é a rede da pessoa com deficiência, o CER e o CEO.

### **RISCOS**

Este projeto de pesquisa não oferece riscos físicos aos participantes por se tratar de um estudo retrospectivo com análise de prontuário do paciente. No entanto, oferece riscos no âmbito da quebra de sigilo dos dados dos indivíduos pesquisados e na possível perda da confidencialidade, no entanto os pesquisadores certificam-se acerca do total sigilo no manuseio de dados dos respectivos indivíduos. Observando normas conforme *Resolução nº 466/2012* que trata de pesquisa com seres humanos.

### **BENEFÍCIOS**

Esta pesquisa oferece como benefícios a possibilidade de caracterização do perfil do indivíduo assistido pela Secretaria de Saúde de Balneário Gaivota, permitindo assim, que se possa ter um panorama das comorbidades e de hábitos de vida desta população específica, e como estes podem influenciar de maneira direta e indireta no desenvolvimento, progressão ou exacerbação do quadro clínico do indivíduo. Podendo auxiliar, futuramente, no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de saúde de acordo com os dados coletados na presente pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser

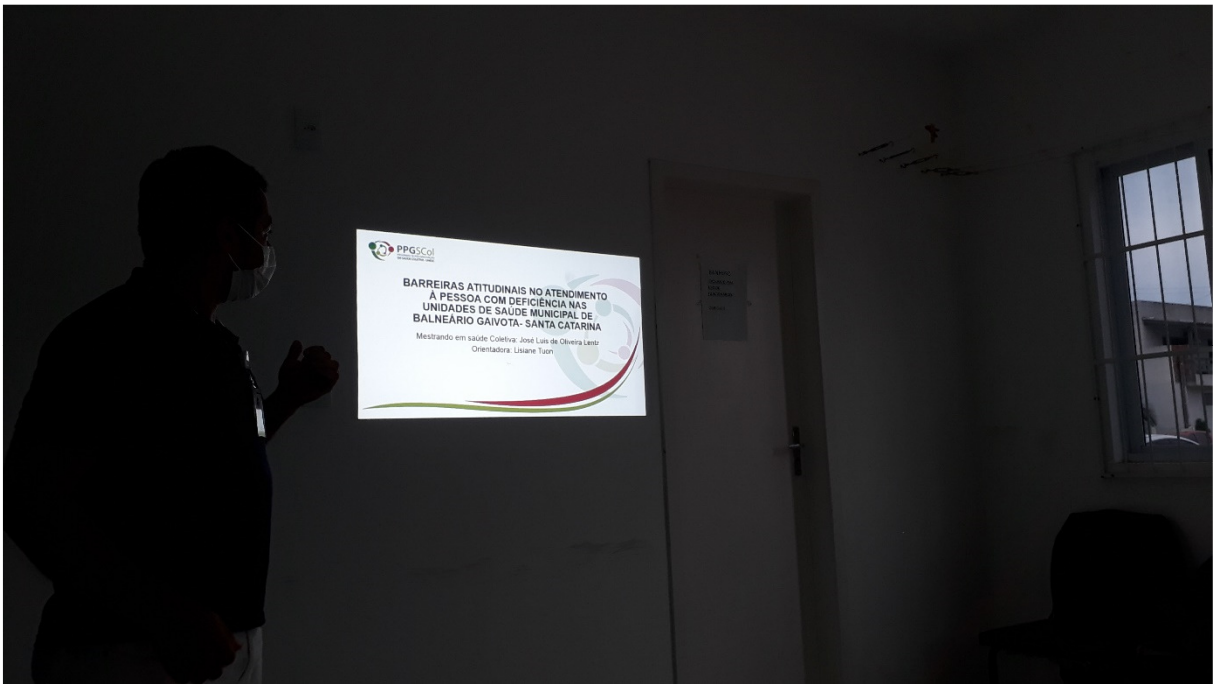
desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

Criciúma (SC), 20 de Maio de 2021.



### APÊNDICE C – FOTOS DA CAPACITAÇÃO PILOTO





**ANEXO A – CARTA DE ACEITE DO LOCAL**

ANEXO A

UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA E EXTENSÃO  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO PROFISSIONAL  
ÁREA CONCENTRAÇÃO:  
GESTÃO DO CUIDADO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE



1

**Carta de aceite**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em responder o questionário da Instituição (Secretaria Municipal de Saúde de Balneário Gaivota), localizada na Avenida Alvim Manoel Cardoso, nº 1028 , Bairro Jardim Ultramar, Balneário Gaivota - SC CEP: 88955-000, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **“ESTRUTURAR UMA POLÍTICA SOBRE O ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA PELOS PROFISSIONAIS DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BALNEÁRIO GAIVOTA”** sob a responsabilidade do Prof. Responsável Lisiane Tuon Generoso Bittencourt e Pesquisador José Luis de Oliveira Lentz do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.

  
Ronaldo Pereira da Silva  
Prefeito Municipal de Balneário Gaivota



## ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



O Comitê de Ética em Pesquisa da UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo:

**Parecer n.:** 4.740.536

**CAAE:** 47102221.4.0000.0119

**Pesquisador(a) Responsável:** Lisiane Tuon Generoso Bitencourt

**Pesquisador(a):** JOSÉ LUIS DE OLIVEIRA LENTZ

**Título:** BARREIRAS ATITUDINAIS NO ATENDIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE MUNICIPAIS DE BALNEÁRIO GAVOTA- SANTA CATARINA.

Este projeto foi aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Todas e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 27 de maio de 2021

**Marco Antônio da Silva**  
Coordenador do CEP