



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

ANA CLÁUDIA FERNANDES

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR E O CUIDADO À SAÚDE DA
PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECIMENTO E CONDUTA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

CAMPINAS

2017

ANA CLÁUDIA FERNANDES

**A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR E O CUIDADO À SAÚDE DA
PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECIMENTO E CONDUTA DE
PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação, na área de concentração Interdisciplinaridade e Reabilitação.

ORIENTADOR: Profa. Dra. Rita de Cassia Ietto Montilha

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL
DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA ALUNA ANA
CLÁUDIA FERNANDES E ORIENTADA PELA PROFA.
DRA. RITA DE CASSIA IETTO MONTILHA.

CAMPINAS

2017

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

F391r Fernandes, Ana Cláudia, 1991-
A rede de atenção à saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual : conhecimento e conduta de profissionais da atenção básica / Ana Cláudia Fernandes. – Campinas, SP : [s.n.], 2017.

Orientador: Rita de Cassia letto Montilha.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Serviços de saúde para pessoas com deficiência. 2. Assistência à saúde. 3. Atenção primária à saúde. 4. Saúde ocular. 5. Deficiência visual. I. Montilha, Rita de Cassia letto, 1965-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The eye health care network and the health care of the visually impaired person: : knowledge and conduct of primary care professionals

Palavras-chave em inglês:

Health services for people with disabilities

Delivery of health care

Primary health care

Eye health

Visual disorders

Área de concentração: Interdisciplinaridade e Reabilitação

Titulação: Mestra em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

Banca examinadora:

Rita de Cassia letto Montilha [Orientador]

Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto

Nereida Lucia Palko dos Santos

Data de defesa: 09-02-2017

Programa de Pós-Graduação: Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação

BANCA EXAMINADORA DE QUALIFICAÇÃO DE MESTRADO

ANA CLÁUDIA FERNANDES

ORIENTADOR: Profa. Dra. Rita de Cassia Ietto Montilha

MEMBROS:

1. Profa. Dra. Rita de Cassia Ietto Montilha (UNICAMP)
2. Profa. Dra. Maria Elisabete Rodrigues Freire Gasparetto (UNICAMP)
3. Profa. Dra. Nereida Lucia Palko dos Santos (UFRJ)

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros da banca examinadora encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

Data: 09/02/2017

EPÍGRAFE

'**Deficiente**' é aquele que não consegue modificar sua vida, aceitando as imposições de outras pessoas ou da sociedade em que vive, sem ter consciência de que é dono do seu destino.

'**Louco**' é quem não procura ser feliz com o que possui.

'**Cego**' é aquele que não vê seu próximo morrer de frio, de fome, de miséria, e só tem olhos para seus míseros problemas e pequenas dores.

'**Surdo**' é aquele que não tem tempo de ouvir um desabafo de um amigo, ou o apelo de um irmão. Pois está sempre apressado para o trabalho e quer garantir seus tostões no fim do mês.

'**Mudo**' é aquele que não consegue falar o que sente e se esconde por trás da máscara da hipocrisia.

'**Paralítico**' é quem não consegue andar na direção daqueles que precisam de sua ajuda.

'**Diabético**' é quem não consegue ser doce.

'**Anão**' é quem não sabe deixar o amor crescer. E, finalmente, a pior das deficiências é ser miserável, pois:

'**Miseráveis**' são todos que não conseguem falar com Deus.

(Mário Quintana)

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais pela paciência, apoio e amor.
Às pessoas que estiveram comigo em todos os momentos
de minha vida compartilhando saberes, curando minhas
angústias e trazendo a mim fortalecimento e infinitas
alegrias, demonstrando a cada dia um eterno
companheirismo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que me guia e fortalece a cada desafio e faz da minha vida um grande aprendizado. Obrigada por ser minha Proteção e Fonte de Sabedoria e Misericórdia!

Aos meus pais, Célia e Luiz, por acreditarem em mim e me apoiarem em todos os momentos da execução deste trabalho. Obrigada por todo apoio desde sempre, pois são exemplos de moralidade e empatia para mim!

À família Padovani pelo incentivo dado a mim durante este trabalho. Obrigada, por cada choro acolhido, agradeço por acreditarem no meu trabalho e na minha competência!

À minha grande amiga Juliana Conejo, por ser meu exemplo de dedicação aos estudos e garra!

À minha amiga e irmã Tatiana Silva pela parceria, sua filhinha, Isa, que me faz sorrir de alegria e meus Padrinhos que me apoiaram e estiveram do meu lado sempre que precisei.

Às minhas amigas Samantha Camargo, Fernanda Narita, Camila Cremonesi e Tatiana Piovani. Obrigada por continuarem fazendo parte da minha história!

À minha querida amiga Deuslene que me ensinou a ser cada dia mais forte e a persistir e lutar pelos meus objetivos. Agradeço cada ensinamento, muito obrigada!

Agradeço imensamente meus amigos Naná, Lavoisier e Nathalia Bertolotto por estarem comigo em todos os momentos de realização deste trabalho de mestrado dividindo angústias e diversas alegrias, muitas brigas e muitos abraços, mas o mais importante compartilhando uma sincera amizade. Obrigada pela paciência e companheirismo!

Agradeço aos meus queridos amigos do Grupo de Estudos e Pesquisa Interdisciplinar em Tecnologia Assistiva (GEPITA) pelo conhecimento compartilhado. Obrigada pela parceria!

À minha querida orientadora Profa. Dra. Rita de C. I. Montilha, pela sua participação ativa e direta desde a minha graduação até o mestrado, me ensinando e apoiando a cada passo dentro da academia e acreditando sempre no meu potencial. Sou grata!

Aos participantes da pesquisa e à Secretaria de Saúde do Município estudado pelo aceite e por terem viabilizado este estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo financiamento da Bolsa de Mestrado que favoreceu a realização desta pesquisa.

Obrigada a todos que diretamente e indiretamente contribuíram para este trabalho.

RESUMO

Objetivo: Conhecer a rede de saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual em um município da região metropolitana de Campinas- SP, após a Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites”. **Métodos:** Foi realizado levantamento descritivo transversal. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo, o qual as pesquisadoras envolvidas entendem a complementaridade dos métodos. A população foi composta por Agentes Comunitários de Saúde (ACS), médicos e enfermeiros da Atenção Básica. Para a coleta de dados utilizou-se questionário autoaplicável com os ACS e entrevista semi-estruturada com os demais profissionais. Os instrumentos para coleta de dados foram desenvolvidos por meio de estudo exploratório e aplicados após pré-teste. Foi realizada análise de estatística descritiva dos dados quantitativos por meio de medidas de resumo e análise de conteúdo dos dados qualitativos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº CAAE 46001215.7.0000.5404 e parecer de nº 1.135.433. Os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A população foi composta por 77 ACS, 14 médicos e 14 enfermeiros, cuja maioria é do gênero feminino, tendo formação compatível ao cargo exercido e tempo de experiência profissional maior que 10 anos. Observou-se que os ACS orientam e sugerem aos usuários do sistema procurar a Unidade Básica do território, quando se apresenta queixa ocular é realizada triagem visual com o profissional da enfermagem que tria os encaminhamentos prioritários ou não para o médico especialista, conforme o estabelecido na dinâmica local. A maioria dos profissionais referiu não conhecer a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e o trabalho da reabilitação, e relataram insatisfação com o número reduzido de especialistas e com o alto tempo de espera para o atendimento especializado. **Considerações finais:** Foi possível conhecer o fluxograma da Rede de Saúde Ocular e como é realizado o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual ou queixa ocular. Verificou-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a reabilitação não é de conhecimento da maioria dos profissionais, o que indica a necessidade de ações de educação permanente sobre o cuidado em saúde ocular e para pessoa com deficiência. No entanto, tem se dado adequadamente a identificação e o encaminhamento na prática da atenção básica. A maioria dos profissionais sugerem novas contratações de especialistas e aumento do número de consultórios oftalmológicos. Observa-se a importância de dar continuidade à pesquisa nos serviços especializados e de reabilitação, além de conhecer a percepção de usuários desse sistema.

Palavras Chaves: serviços de saúde para pessoas com deficiência, assistência à saúde, atenção básica, saúde ocular, deficiência visual.

ABSTRACT

Objective: To know the eye health network and the health care of the visually impaired person in a city in the metropolitan region of Campinas, state of São Paulo, after Administrative Rule no. 793/2012, which establishes the Network of Care for Persons with Disabilities under the Unified Health System linked to the "Living Without Limits Plan".

Methods: A cross-sectional descriptive survey was performed. It is a quantitative and qualitative study, which the researchers involved understand the complementarity of the methods. The population was composed of Community Health Agents (CHA), doctors and nurses of Primary Care. For the data collection, a self-administered questionnaire was used with the ACS and a semi-structured interview with the other professionals. The instruments for data collection were developed through an exploratory study and applied after pre-testing. Descriptive statistics analysis of the quantitative data was performed by means of summary measures and content analysis of the qualitative data. The project was approved by the Research Ethics Committee under CAAE nº 46001215.7.0000.5404 and opinion no. 1,135,433. Participants signed a Free and Informed Consent Term.

Results: The population was composed of 77 ACS, 14 doctors and 14 nurses, the majority of gender was female, with experience greater than 10 years. It was observed that the ACS guide and suggest to users of the system to look for the Basic Unit of the territory, when there is an eye complaint it is carried out a visual screening with the nursing professional that guides the priority referrals to the specialist doctor, as established in the dynamics local. Most of the professionals do not know about the Disabled Person's Care Network and the rehabilitation work, and report that they are dissatisfied with the number of specialists and the high waiting time for specialized care.

Final Considerations: It was possible to know the flow chart of the Eye Health Network and how the health care of the visually impaired person or eye complaint is performed. It was verified that the Network of Care for the Person with Disability and rehabilitation is not known to the majority of professionals, which indicates the need for permanent education actions on eye health care and for people with disabilities. However, the identification and referral in the practice of primary care has been adequately given. Most professionals suggest new hires of specialists and an increase in the number of ophthalmological offices. It is observed the importance of continuing the research in the specialized services and rehabilitation, besides knowing the perception of users of this system.

Key Words: Health Services for People with Disabilities, Delivery of Health Care, Primary Health Care, Eye Health, Visual Disorders.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 – Campo referente à deficiência nas fichas de cadastro

Imagem 2 – Tabela do Teste de Snellen

Imagem 3 – Fluxograma da Rede de Atenção em Saúde Ocular do Município estudado conforme relato dos profissionais da Atenção Básica

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição dos Participantes por Unidade e Equipe

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos ACS

Tabela 2 – Condutas dos Agentes Comunitários de Saúde para identificar uma Pessoa com Deficiência Visual

Tabela 3 – Condutas dos Agentes Comunitários de Saúde após identificar uma Pessoa com Deficiência Visual

Tabela 4 – Conhecimento e Identificação do Serviço de Reabilitação de Referência

Tabela 5 – Capacitação em Saúde da Pessoa com Deficiência

Tabela 6 – Características dos Médicos

Tabela 7 – Características dos Enfermeiros

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10 – 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

CORDE – Cordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

SUS – Sistema Único de Saúde

AB – Atenção Básica

RAS – Rede de Atenção à Saúde

CER – Centro Especializado em Reabilitação

ACS – Agente Comunitário de Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

MS – Ministério da Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ACE – Ambulatório Central de Especialidade

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SISAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

EP – Educação Permanente

AE – Atenção Especializada

CR – Centro de Reabilitação

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

PSE – Programa de Saúde do Escolar

LISTA DE SÍMBOLOS

(SI) – Seguimento Ininteligível

f – Frequência Absoluta

% - Porcentagem

\bar{x} - Média

$\bar{s}d$ - Desvio Padrão

SUMÁRIO

1. Introdução	16
1.1. Conceituação e epidemiologia da Deficiência Visual	16
1.2. Política de Saúde para a Pessoa com Deficiência visual	19
2. Objetivos	24
2.1. Objetivo geral	24
2.2. Objetivos específicos	24
3. Metodologia	25
3.1. Tipo de Estudo	25
3.2. O campo	25
3.3. Participantes da pesquisa	25
3.4. Aspectos éticos	27
3.5. Coleta de dados	27
3.6. Análise de Dados	28
4. Resultados e Discussão	30
4.1. Distribuição dos Participantes no Município	30
4.2. Conhecimento e conduta dos Agentes Comunitários de Saúde em saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual	31
4.3. Conhecimento e conduta dos Enfermeiros e Médicos da Atenção Básica em saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual	43
5. Considerações Finais	66
6. Referências	67
Apêndices	76
Apêndice 1 – Questionário Auto-aplicável para os Agentes Comunitários de Saúde	76
Apêndice 2 – Entrevista semi-estruturada para profissionais da Atenção Básica	78
Apêndice 3 - Entrevista semi-estruturada para gestão (Atenção Básica)	80
Anexos	82
Anexo 1 – Termo de Anuência da Secretaria do Município	82
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp	83
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Agentes Comunitários de Saúde	87
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais da Atenção Básica	90

1. INTRODUÇÃO

1.1. Conceituação e epidemiologia da Deficiência Visual

De acordo com o Decreto nº 5296/2004, define-se como deficiência visual os seguintes quadros: cegueira, que é definida por acuidade igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; baixa visão, definida por acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica e casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60° ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores não passíveis de melhora da visão com terapêutica clínica ou cirúrgica¹.

Historicamente foram sendo contruídos instrumentos de classificação das doenças conforme as alterações orgânicas que se apresentavam, como: a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional das Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) e a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); classificações adotadas mundialmente e que visam promover uma linguagem comum entre os profissionais da área da saúde.

Define-se como classificação de doenças um sistema de categorias conforme critérios estabelecidos e eixos de classificação de condições de saúde/doença. A CID-10 fornece um modelo basicamente etiológico, considerando uma estrutura com eixos entre a etiologia da doença, a condição anatomo-funcional e patológica, condição clínica e epidemiológica². A CIF, por outro lado, é um modelo que organiza e documenta a funcionalidade considerando a interação entre as condições de saúde, fatores ambientais e pessoais. Oferece uma abordagem biopsicossocial que se reflete numa estrutura multidimensional; possui linguagem neutra para registrar aspectos positivos e negativos da funcionalidade do indivíduo. Nesta classificação os termos funcionalidade e incapacidade são abrangentes, consideram os aspectos positivos e negativos a partir de uma perspectiva biológica, individual e social³.

Atualmente tem se adotado como conceito de 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 pessoas⁴.

Dados demonstram que 80% de toda a deficiência visual pode ser prevenida ou curada, sendo as principais causas de deficiência visual: erros não corrigidos de refração

(miopia, hipermetropia ou astigmatismo) (43%), cataratas não operadas (33%) e glaucoma (2%)⁵. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que os erros de refração não corrigidos são a principal causa de deficiência visual moderada e grave, e a catarata lidera como principal causa em países em desenvolvimento como o Brasil⁵.

Os erros de refração são aqueles que podem ser corrigidos por meio de recursos ópticos como óculos ou lentes de contato e cirurgia, no entanto como se tem observado na literatura a falta da correção óptica afeta toda a população independente da idade e faz o número de queixas oculares aumentarem⁶.

Conforme o Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO) a miopia é a condição em que os olhos não são capazes de enxergar claramente os objetos que estão longe, o fator que implica no seu aparecimento geralmente é hereditário e seu grau aumenta durante o período de crescimento; outra condição bastante conhecida é a hipermetropia, ela ocorre quando o cristalino tem dificuldade de focar na retina os objetos que estão próximos, ou seja, é aquela situação que o paciente refere não enxergar de perto. O astigmatismo, por sua vez, é causado por irregularidade na córnea, gerando distorção da imagem visualizada⁷.

Nos idosos é comum a queixa de “vista cansada”, essa é uma característica da perda visual causada pelo envelhecimento, a Presbiopia, em que o paciente refere dificuldade de enxergar tanto de perto quanto de longe. Considerando que a população idosa tem aumentado com elevação da expectativa de vida, observa-se uma demanda crescente que possivelmente irá procurar a rede de saúde em busca de atendimentos e informações sobre sua saúde ocular⁷.

Além disso, é importante acrescentar que a população idosa é vulnerável a outras doenças oculares como a catarata: uma opacificação do cristalino que dificulta a entrada de luz aos olhos ocasionando a diminuição da acuidade visual, distorções e cegueira⁸. A catarata porém é uma doença reversível com cirurgia, por isso a importância do diagnóstico precoce⁸. Todavia, autores como Coelho⁹ alertam que a catarata é responsável por metade dos casos de cegueira no mundo e esse número tende a aumentar nas próximas décadas, considerando a elevação da expectativa de vida. Estima-se que em 2020 a população mundial aumente de 6 para 7,9 bilhões, o que implica proporcionalmente em um número maior de pessoas idosas e em risco para doença ocular¹⁰.

Outra doença citada pela OMS como uma das principais causas de Deficiência Visual é o glaucoma, uma doença degenerativa do nervo óptico geralmente associada à elevação da pressão ocular¹¹. O glaucoma causa cegueira se não for tratado a tempo, pois, conforme o CBO, 80% dos glaucomas não apresentam sintomas no início da doença, sendo

esta uma doença crônica e sem cura, mas controlada com tratamento adequado e contínuo, por isso quanto antes diagnosticado mais chances de se evitar a evolução da doença¹².

A diabetes melito é caracterizada por uma hiperglicemia crônica, trata-se de uma doença sistêmica causada pela deficiência na ação da insulina¹³. Complicações da diabetes podem causar a retinopatia diabética, uma doença que necessita de um acompanhamento contínuo desde a Atenção Básica com o controle da diabetes até a Atenção Especializada com exames complementares. O exame mais comum é o de “fundo de olho”, pois no paciente diabético um material anormal pode ser depositado nas paredes dos vasos sanguíneos, ocasionando o bloqueio do vaso sanguíneo e deformidades conhecidas como microaneurismas, e devido à hemorragia e infiltração de gordura na retina é possível a ocorrência de perda parcial ou total da visão¹⁴. Morales¹³ diz que a Federação Internacional de Diabetes e Organização Mundial da Saúde projetam para 2025 uma prevalência de diabetes maior em 44% para toda a América Latina, o que claramente aumenta a incidência da retinopatia diabética.

Segundo dados do Censo de 2010¹⁵, o último publicado no país, existem no Brasil 23,92% de pessoas com deficiência. No caso, da deficiência visual 18,6 % dessa população autodeclarou ter esta deficiência. No município, segundo este Censo, foi estimado que no ano de 2014 a população do município seria de 111.620 habitantes, todavia com relação ao desempenho visual 469 municípes relataram que não conseguem enxergar de modo algum, 1.734 possuem grande dificuldade de enxergar e 13.816 relataram alguma dificuldade em enxergar¹⁶, ou seja, pelos dados autodeclarados mais de 10% da população do município necessita do serviço de saúde ocular.

Vale uma avaliação crítica sobre a pergunta realizada e o entendimento que a população tem sobre deficiência visual durante pesquisa do Censo, afinal o levantamento depende da resposta da população (autodeclaração). Como já exposto, os erros de refração são, segundo a OMS, a principal causa de Deficiência visual e caracterizam-se por pessoas que necessitam de correção óptica, mas que não necessariamente colocam-se como pessoas com deficiência, mas sim pessoas com um grau de dificuldade visual. Então, apesar das respostas do Censo não serem fidedignas, pelo menos no que diz respeito em como as pessoas se autodeclararam, vale a pena olhar para esses números pois eles expressam uma parcela da população com alguma queixa ocular e é essa população quem irá procurar os serviços de saúde para resolução de sua queixa.

1.2. Política de Saúde para a Pessoa com Deficiência Visual

Atualmente a pessoa com deficiência tem sido pauta nas discussões de várias Secretarias e Ministérios no Brasil, mas historicamente já vem ganhando espaço nas discussões nacionais e internacionais, na garantia dos direitos das pessoas com deficiência como preconiza a Organização das Nações Unidas (ONU).

Desde a década de 80 em âmbito internacional e nacional a pessoa com deficiência, seus direitos e a sua inclusão na sociedade tem sido amplamente discutido, devido a Assembléia Geral da ONU que pretendia conscientizar o mundo inteiro sobre os problemas vivenciados pelas pessoas com deficiência, e proclamou o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência¹⁷.

O Brasil esteve incluído nesta ação, com a participação efetiva do “Movimento pelos Direitos das Pessoas Deficientes”¹⁷. Mas até o final da década de 80 as ações em relação às pessoas com deficiência eram esporádicas, fragmentadas e sem qualquer articulação, estando ligadas principalmente na área da educação e inclusão escolar¹⁸.

Na introdução de um importante documento do governo federal sobre a História dos Movimentos Sociais da Pessoa com deficiência, encontra-se a seguinte citação:

“(...) foi a partir do final da década de 1970 que o movimento das pessoas com deficiência surgiu, tendo em vista que, pela primeira vez, elas mesmas protagonizaram suas lutas e buscaram ser agentes da própria história” (p.12)¹⁸.

Somente com a criação da Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em 1986, e da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, em 1989 é que a pessoa com deficiência vem a ser considerada de interesse público pela União¹⁸.

E é a partir daí com a Constituição Brasileira de 1988 que se tem também a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas econômicas e sociais que procuram reduzir o risco de doença e outros agravos à saúde, através do acesso universal, ações igualitárias e serviços de promoção, proteção à saúde e recuperação dos agravos¹⁹.

Inicia-se um processo bastante importante na estruturação e construção do SUS, enquanto um sistema complexo pautado na concepção de Seguridade Social que universaliza os direitos sociais concebendo a Saúde, Assistência Social e Previdência como questão

pública e de responsabilidade do Estado²⁰. O SUS é então regido por princípios e diretrizes que procuram qualificar a saúde no Brasil. Dentro dos princípios do SUS estão a universalidade, a integralidade, a equidade e o acesso à informação, logo, todos os cidadãos teriam direito ao acesso universal à saúde sem qualquer distinção, tendo acesso ao cuidado de forma integral que considere suas relações sociais e com o meio ambiente, e garantido de forma equânime a todos²¹.

Desta forma, a pessoa com deficiência deveria ter a garantia dos atendimentos preconizados à sua saúde de forma a considerar seu grau de vulnerabilidade e necessidade de um cuidado integral, cujo foco não seria apenas sua deficiência, mas também sua relação com o meio, considerando o indivíduo saudável como aquele que possui sentimento de segurança para viver a vida, para criar valores e instaurar normas vitais a partir de seus desejos, interesses, necessidades individuais e do entorno social²².

Na década de 90 a Atenção à Saúde Ocular parece caminhar para um enfoque ainda restrito, uma vez que as ações neste campo se limitavam ao fornecimento de lentes, próteses oculares e lupas, mesmo com a Lei n.º 7.853/89 indicando a importância de ações de promoção e proteção à saúde da pessoa com deficiência, e garantindo a nível nacional os direitos e deveres da pessoa com deficiência, sua assistência, e o pleno exercício de seus direitos individuais e sociais²³.

Essa atenção à saúde restrita e ainda fragmentária se explica pelo contexto histórico descrito por Mello e Novais²⁴:

“A partir de 1980 (“a década perdida”), finalmente a nova realidade se impõe. Malgrado hesitantes tentativas de reinversão, consolida-se nas suas expressões limítrofes (estagnação econômica, superinflação, desemprego, violência, escalada das drogas etc) nestes dias atuais que vivemos. Nossa análise da modernidade brasileira parte do otimismo para a desilusão e jogara simultânea e permanentemente com elementos das várias fases do conjunto do período, de forma a dar conta das conexões e da diversidade de ritmos nas várias esferas da realidade em movimento” (p.561 e 562)²⁴.

É possível verificar o caráter atual desta discussão, pois até os dias de hoje pode-se observar que a saúde das pessoas com deficiência e seus direitos ficam em segundo plano, já que as demandas da sociedade devido à crise econômica são mais emergentes. E com isso, apesar de já ter tido avanço significativo, a área da pessoa com deficiência ainda precisa superar muitas outras barreiras construídas historicamente.

Em 2003, a política para a pessoa com deficiência passa a estar diretamente vinculada à Presidência da República, na agenda da Secretaria dos Direitos Humanos, ganhando mais um espaço na busca pelos seus direitos, tão discutidos, mas que ainda precisam ser postos em prática efetivamente.

No ano de 2007 ocorreu em âmbito internacional e mobilização mundial a *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* em Nova York, promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6949/2009 visando promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais às pessoas com deficiência garantindo o respeito à sua dignidade²⁵. Com isso, a atenção à saúde da pessoa com deficiência tem passado nos últimos anos por um processo de aprimoramento, considerando marco significativo para isto a assinatura da *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência* pelo Brasil em 2007.

Em 2008 inicia-se um processo de organização da Rede voltada à pessoa com deficiência visual dentro de uma perspectiva que se organize a partir dos princípios do SUS, e claro dentro das suas diretrizes organizativas como a descentralização, cujo cuidado fica sob responsabilidade do município, ente que tem direta relação com as demandas da população; regionalização e hierarquização onde se pensa nos níveis de atenção, na época ainda numa perspectiva fragmentária; a participação comunitária como já foi citada e a integração das ações e recursos a fim de garantir a racionalidade do sistema²¹.

A Portaria nº 957/08 institui a *Política Nacional de Atenção em Oftalmologia*, que estabeleceu a organização do serviço de oftalmologia articulado com o Ministério da Saúde, secretarias e redes estaduais e regionais, organizados em uma linha de cuidado desde a promoção, a prevenção, o tratamento e a recuperação, passando por todos os níveis de atenção a fim de desenvolver estratégias que garantissem a autonomia e a equidade do serviço²⁶.

Neste mesmo ano, a Portaria nº 3.128/08 definiu as *Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual* e sua composição em ações na Atenção Básica (AB) e serviços de reabilitação visual²⁶. Na AB seriam realizadas ações de promoção e prevenção da saúde ocular com testes de acuidade visual, prevenção de doenças de risco para deficiência visual, identificação da necessidade de avaliação oftalmológica específica e tratamento, além do acompanhamento da gestante desde o pré-natal a fim de verificar qualquer risco para deficiência visual do bebê e da mãe e orientações básicas na área de (re)habilitação da pessoa com deficiência visual e, sobretudo, a realização e o acompanhamento da referência e contra-referência para serviços de média e alta complexidade²⁷. Nessa lógica, o serviço de

reabilitação deveria realizar o diagnóstico, a terapêutica especializada e o acompanhamento do caso por equipe multiprofissional.

Neste momento, a CORDE chega à Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência no ano de 2009 e em 2010 atinge o status de Secretaria Nacional da Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, e que tem como atores chaves nessa luta pelos direitos da pessoa com deficiência atualmente e que estão na presidência da CORDE e em cargos importantes, as pessoas que lá no início da década de 80 estavam nas ruas iniciando esse processo de conquista política e de espaço na cadeira na mesa das discussões políticas, na sociedade, no país e no mundo.

Porém o quadro que ainda se apresenta é de baixa cobertura populacional e insuficiente oferta de serviços com estrutura e funcionamento adequados à reabilitação, bem como de outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS), resultado de políticas sociais fragmentadas e subordinadas à lógica econômica²⁰.

A portaria nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, entende-se por RAS arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado²⁷.

E neste panorama, é instituído no Governo da Presidente Dilma Russef o *Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites*, pela Portaria nº7612/2011 que revoga a Portaria nº 3.128/08 para aqueles centros que não aderiram ao plano²⁹. O plano aparece como uma forma de qualificar e favorecer um olhar humanizado às pessoas com deficiência, e a finalidade de promover por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos da Pessoa com Deficiência, conforme os termos da *Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*²⁹.

O Plano visa implementar novas iniciativas e intensificar as ações em benefício da pessoa com deficiência, a fim de melhorar o acesso aos seus direitos básicos, pois se divide em quatro eixos de atenção: saúde, educação, inclusão social e acessibilidade. As ações que envolvem o eixo da saúde são: qualificação das equipes de AB, criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação dos serviços já existentes³⁰.

Com isso, novas legislações vão surgindo a fim de melhorar a qualidade do cuidado à pessoa com deficiência, e um dos documentos que estão em vigor na política de saúde do país é Portaria nº793/2012 que *Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde*, pautada em três componentes

fundamentais: AB, Atenção Especializada (AE) em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências e atenção hospitalar e de urgência e emergência; em que se espera que ajam articuladamente em Rede³⁰.

Essa perspectiva procura mudar o olhar fragmentário que foi construído historicamente, a fim de garantir a integralidade do cuidado: um dos princípios doutrinários do SUS que prevê a relação harmônica e igualitária entre os serviços de saúde, dessa forma, pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde-doença e visa garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação da população²¹.

Assim, esta pesquisa justificou-se pela necessidade de se aprofundar o conhecimento sobre a Rede de Atenção em Saúde Ocular e o Cuidado à Pessoa Deficiência Visual, a fim de favorecer um espaço de reflexão entre os profissionais da AB proporcionando o atendimento integral à pessoa com deficiência visual, permitindo o acesso facilitado aos serviços de saúde. Tomando como ponto de partida os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades do Programa Saúde da Família (PSF) que busca um modelo de atenção integral à saúde com mediações entre família, comunidade e profissionais³¹.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral:

Conhecer a rede de saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual em um município da região metropolitana de Campinas- SP, após a Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites”.

2.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar e verificar conhecimento e conduta de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais da saúde da Atenção Básica no que se refere à Rede de Atenção em Saúde Ocular e o Cuidado à Pessoa com Deficiência Visual.
- Verificar o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual a partir das diretrizes do SUS e das políticas específicas da deficiência visual.

3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudo

Foi realizado levantamento descritivo transversal. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo, o qual as pesquisadoras envolvidas entendem a complementaridade dos métodos, como refere Serapioni³²: “*a combinação dos dois métodos de pesquisa se revela estratégica evidenciando uma inegável riqueza de análises dos problemas estudados*” (p.189).

3.2. O campo

Segundo Minayo^{33,34} o campo de pesquisa é entendido como um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço e que representa uma realidade que se pretende estudar a partir da teoria que embasa o objeto de estudo e que imerso ao campo têm-se sujeitos e histórias que permeiam uma construção social.

A escolha do campo para esta pesquisa ocorreu por conveniência e viabilidade. No entanto, trata-se de um município da região metropolitana de Campinas, situada a 80 km da capital do estado de São Paulo, demonstrando uma localização privilegiada em termos urbanos e onde se situam importantes serviços universitários, um deles o qual a pesquisadora faz parte.

Trata-se de um campo com uma importante representação territorial na região, com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,778³⁵ e uma estimativa populacional de 111.620 habitantes¹⁶. Além de ser um município considerado um dos melhores do estado de São Paulo em infraestrutura e qualidade de vida.

Por fim, a pesquisa já tem a anuência do Secretário de Saúde do Município (Anexo 1), ao qual o projeto deste estudo foi apresentado.

3.3. Participantes da Pesquisa

Uma vez definido o campo da pesquisa e anuência das autoridades, selecionaram-se os sujeitos que poderiam contribuir para a compreensão da rede de atenção em saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual tendo como ponto de partida a AB.

O município conta com 12 Unidades do PSF, sendo que o pré-teste do questionário e as entrevistas foram realizadas em uma unidade com duas equipes e estas foram excluídas dos dados. Além disso, existem sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) que não fazem parte do referido programa e por isso foram também excluídas da pesquisa.

Elias et. al.³⁶ diz que as unidades do PSF contam com equipes em conformidade com as normas do Ministério da Saúde (MS) e também obedecem ao preceito da delimitação de área de abrangência com adstrição de clientela. Trata-se de uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da AB, pois favorece a reorientação do trabalho com maior potencial, seguindo os princípios, diretrizes e fundamentos da AB, ampliando a resolutividade dos casos atendidos; cuja equipe deve ter caráter multiprofissional e interdisciplinar e contar com médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar de enfermagem e ACS, podendo ter como parte da equipe profissional de saúde bucal³⁷. Já as UBS contam em suas equipes com médicos (clínicos, pediatras e ginecologista-obstetras), enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico³⁶.

Então, como critério de inclusão foi considerado nesta pesquisa apenas os profissionais das unidades do PSF, pois prevê implantação da estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) nas UBS como uma possibilidade para a reorganização inicial da atenção básica com vistas à implantação gradual do PSF ou como uma forma de agregar os ACS a outras maneiras de organização da AB.

Com isso, os ACS foram atores-chaves para o início da pesquisa, justamente pela proximidade com a população e contato com o território. Sabe-se que o cadastro das famílias, realizado pelo ACS durante a visita domiciliar, possibilita o real conhecimento das condições de vida da população situada na área de abrangência³¹.

Para se conhecer o trabalho dos ACS optou-se por coletar os dados por meio de questionário autoaplicável, após apresentado os objetivos da pesquisa, concordância de participação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A partir do contato com os ACS foram realizadas entrevistas com a população de médicos e enfermeiros da AB do município estudado. Esta população se constituiu de acordo com o levantamento realizado com os ACS a fim de conhecer o trabalho no primeiro nível de atenção à saúde e seu gerenciamento.

3.4. Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas sob o nº CAAE: 46001215.7.0000.5404 e parecer de nº 1.135.433 (Anexo 2).

Os participantes da pesquisa foram devidamente informados e esclarecidos sobre a mesma, verbalmente e por meio da leitura do TCLE. A participação foi voluntária, mediante assinatura do TCLE, um para os ACS (Anexo 3) e outro para médicos e enfermeiros (Anexo 4), sendo que uma cópia ficou em posse do participante da pesquisa.

3.5. Coleta de dados

Para viabilizar este estudo foi realizado levantamento descritivo transversal, com a população de ACS, através de um questionário autoaplicável (Apêndice 1). Os participantes foram convidados podendo recusar e/ou declinar de sua participação a qualquer momento. Cabe ressaltar que o projeto foi apresentado aos participantes conforme o gestor da atenção básica delimitou, ou seja, observou-se a agenda da unidade e dos profissionais.

Sobre questionários Gil³⁸ define:

“como a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc” (p.128)³⁸.

Além disso, o questionário, segundo Gil³⁸, possibilita atingir um número maior de pessoas, permite que as repostas sejam realizadas no momento mais conveniente, não expõe o pesquisado a situações influentes e garante completamente seu anonimato. Neste sentido, essa estratégia viabiliza a coleta de dados com os ACS.

Para os demais profissionais da AB foi realizada entrevista semiestruturada (Apêndices 2 e 3) registrada em áudio e transcrita para posterior análise. Estes participantes também puderam recusar e/ou declinar de sua participação na pesquisa a qualquer momento.

Sobre os levantamentos por meio de entrevistas vale ressaltar que:

“Nos levantamentos que se valem da entrevista como técnica de coleta de dados, esta assume forma mais ou menos estruturada. Mesmo que as respostas possíveis não sejam fixadas anteriormente, o entrevistador guia-se por algum tipo de roteiro, que pode ser memorizado ou registrado em folhas próprias” (p.105)³⁹.

A escolha dessas estratégias metodológicas se mostrou interessante a este estudo por descrever e interpretar a realidade da forma como se apresenta³⁹.

Cabe ressaltar que os instrumentos de coleta passaram por um teste prévio realizado em uma unidade do PSF com a finalidade de aprimorar a forma dos instrumentos como parte de uma pesquisa exploratória, a unidade participante desta etapa foi excluída dos resultados. Sobre esta etapa da pesquisa Piovesan e Temporini⁴⁰ referem que o estudo exploratório é um recurso vantajoso para o pesquisador durante a elaboração do questionário para ajustá-lo à realidade e com isso é possível obter um melhoramento do instrumento e reduzir a ocorrência de possíveis dúvidas no preenchimento do questionário.

O estudo exploratório é realizado durante a fase de planejamento da pesquisa, como uma subpesquisa que se destina a obter informações de modo a refletir as características da realidade. Sua finalidade é *“evitar que as predisposições não fundadas no repertório que se pretende conhecer influam nas percepções do pesquisador, e conseqüentemente, no instrumento de medida” (p.321)⁴⁰.*

3.6. Análise de dados

Em relação aos questionários, foi realizada análise estatística dos dados quantitativos por meio de medidas de resumo (média, desvio padrão, mínimo, mediana, máximo). Esse tipo de análise permite explorar uma gama de dados buscando a aproximação com a realidade que possa ser observada por um padrão ou comportamento relevante diante do conjunto de dados observados.

Para a análise dos dados encontrados por meio das entrevistas foi utilizada a metodologia de análise de conteúdo que segundo Bardin⁴¹:

“(…) é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (P.42)⁴¹.

Vale ressaltar, que os dados encontrados foram analisados com o olhar dirigido às diretrizes do SUS, principalmente no que diz respeito à integralidade do cuidado.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo não devem ser generalizados, pois descrevem a realidade da forma como se apresentou neste município, com esta população e no dado momento do tempo que se realizou a coleta desta pesquisa.

Sobre isso, vale ressaltar que a coleta dos dados ocorreu após um desastre ambiental na cidade, uma enchente que atingiu o Ambulatório Central de Especialidades (ACE), causando a perda de muitos materiais, incluindo os consultórios oftalmológicos, o que resultou em dificuldades e atrasos no atendimento especializado. Além disso, é importante considerar que 2016 foi ano de eleições municipais e devido a isso alguns enfermeiros encontravam-se afastados de suas funções.

Objetivou-se com a realização da pesquisa conhecer a rede de atenção em saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual a partir da perspectiva dos profissionais que atuam na AB.

Este levantamento favoreceu a reflexão sobre como a rede de atenção à saúde ocular vem sendo construída no cotidiano da prática dos profissionais da AB após a política de redes (Portaria nº 4.279/2010)²⁸, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Lei nº 7.612/2011)²⁹ e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Portaria nº 793/2012)³⁰.

4.1. Distribuição dos participantes no município

Como resultado desta pesquisa encontrou-se 11 Unidades PSF e 17 equipes multiprofissionais. Observou-se média de 4,52 ACS, um médico e um enfermeiro por equipe.

As unidades foram nomeadas por cores e as equipes por letras para manter o sigilo das informações dos participantes (Quadro 1). Vale ressaltar que algumas unidades possuem duas equipes devido a sua área de abrangência ser maior.

Quadro 1 – Distribuição dos Participantes por Unidade e Equipe.

Unidade	Equipe	Nº de ACS	Nº de Médico	Nº de Enfermeiro
Amarelo	M	3	1*	1
Cinza	F	4	1*	1
	G	4	(não participou)	(não participou)
Dourado	A	5	1	1
Laranja	D	6	(não participou)	0**
	J	4	1	1
Marrom	I	5	1	1
	L	3	1*	1
Preto	H	6	1	1
	K	5	1*	(não participou)
Rosa	Q	4	1	1
	N	4	1	1
Roxo	E	6	1	1
Verde	O	4	1*	1
Vermelho	P	4	1	1**
Violeta	B	5	(não participou)	1
	C	5	1*	1
		$\bar{x} = 4,52 \text{ ACS}$ $\bar{s}d = 0,94$	*Contratados do Programa Mais Médicos	** Esta Unidade estava em processo de contratação de uma nova enfermeira

4.2. Conhecimento e conduta dos Agentes Comunitários de Saúde em saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual

Estimou-se um número próximo a 90 ACS atuando no município, no entanto, a população participante da pesquisa foi de 77 ACS, pois dois ACS não aceitaram participar e oito ACS não estavam na unidade de saúde no momento da coleta de dados por motivo de licença médica ou férias.

Tabela 1 – Características dos ACS

n = 77

Características Pessoais	F	%
Gênero		
Feminino	70	91,00
Masculino	7	9,00
Idade		
22-32	33	42,86
32+42	24	31,17
42+52	12	15,58
52+62	6	7,79
63 +	1	1,30
Não informou	1	1,30
$\bar{x} = 35,93anos$ $\bar{sd} = 10,22$		
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	42	54,55
Ensino Superior Incompleto	16	20,78
Ensino Superior Completo	10	12,98
Ensino Médio Incompleto	4	5,19
Ensino Fundamental Completo	3	3,90
Pós – Graduação	1	1,30
Não informou	1	1,30

Entre os ACS estudados houve predomínio do gênero feminino (91,00%), a idade variou entre 22 e 68 anos, com média de 35,93 anos. A maioria cursou ensino médio completo (54,55%) (Tabela 1). Esses dados corroboram com populações apontadas em outro estudo⁴² que encontrou um perfil também maior do gênero feminino (93,00 %), com idade entre 20 e 49 anos e ensino médio completo (78,60 %). Santos et al.⁴³ verificaram em seu estudo também uma maioria do gênero feminino, perfil etário entre 18 e 50 anos ou mais e maioria com ensino médio completo.

Outras autoras⁴⁴, estudando a população de ACS, encontram perfil semelhante ao deste estudo, sendo 82,00% da população constituída por mulheres e com faixa etária entre 26 e 40 anos, as autoras referem que o trabalho de ACS, geralmente, é associado ao trabalho

doméstico feminino, cujo perfil histórico faz valer-se de que o cuidado à saúde é função da mulher. Além disso, é possível inferir que o trabalho da mulher como ACS garante a mãe e esposa a possibilidade de cuidar da família e estar próxima de sua residência.

A população estudada trabalha na unidade básica de saúde, reside no território e no município em média 3,49 anos; 18,45 anos; 28,69 anos; respectivamente. O que nos leva a supor que são atores importantes para compreensão da comunidade e suas demandas, considerando inclusive que um dos requisitos para a profissão é residir na área da comunidade em que atua⁴⁵.

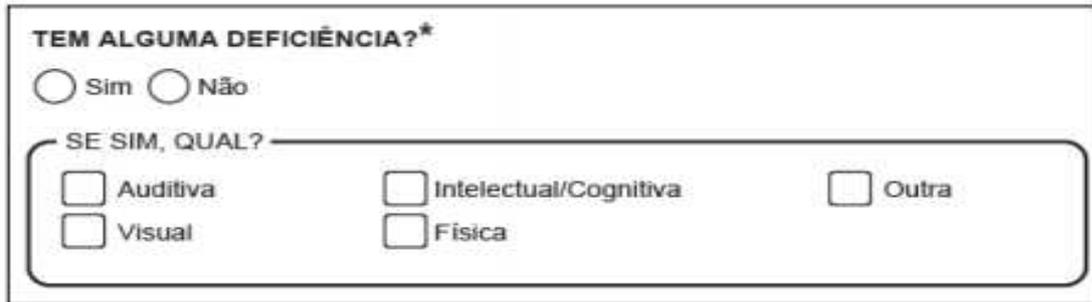
A profissão de ACS foi criada pelo Projeto de Lei nº 6.035/2002, devido a discussão intensa e construção do Programa de Saúde da Família no Brasil, e caracteriza-se pelas atividades de prevenção dos agravos e doenças e promoção de saúde, realizando ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas⁴⁶.

O objetivo do trabalho de um ACS é favorecer, promover e contribuir para a qualidade de vida das pessoas e da coletividade, ou seja, da comunidade, pensando em cada indivíduo que faz parte dela, considerando seu contexto histórico, político, cultural e social⁴⁶. Desta forma, as ações previstas aos ACS estão as visitas domiciliares, ampliando o cuidado à saúde extramuros da unidade de saúde. É o ACS que realizará o mapeamento das situações de risco do território e o cadastramento das famílias, por meio das visitas domiciliares e acompanhamento mensal de todas as famílias que competem à sua área de abrangência, ou seja, as famílias sob sua responsabilidade⁴⁷.

Considera-se fundamental para execução do trabalho do ACS a facilidade de comunicação e contato com as famílias no território através do cadastramento, mapeamento dessas famílias e visitas domiciliares, ações que favorecem e mobilizam a promoção da saúde e prevenção da doença⁴⁸.

Dentre as condutas desempenhadas pelos ACS para identificar as pessoas com deficiência visual durante a visita domiciliar observou-se que a maioria relatou preencher o cadastro familiar (Ficha-A) ou o cadastro e-Sus. Que são formas de nutrir os sistemas de informação do SUS. A Ficha-A (Imagem 1) é um dos cadastros que alimentam o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab), que por sua vez tem sido substituído pelo *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)* instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412/2013, cujo cadastro do e-Sus se faz necessário, já que se trata de uma estratégia para restaurar as informações da AB em nível nacional e busca um SUS eletrônico⁴⁹.

Imagem 1 – Campo referente à deficiência nas fichas de cadastro



Formulário de cadastro para deficiência:

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA?*

Sim Não

SE SIM, QUAL?

<input type="checkbox"/> Auditiva	<input type="checkbox"/> Intelectual/Cognitiva	<input type="checkbox"/> Outra
<input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Física	

FONTE: e-SUS Atenção Básica - MANUAL DO SISTEMA COM COLETA DE DADOS SIMPLIFICADA
<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Manual_CDS_2_0_versao_preliminar_ago_2015.pdf>

Nesses cadastros existe um campo para ser preenchido caso o paciente autodeclare alguma deficiência, cuja maioria dos ACS relata como principal conduta para identificar uma pessoa com deficiência visual (49,35%), porém durante as muitas visitas domiciliares que realizam é prática dos ACS perguntarem sobre a saúde em geral do paciente, sendo a segunda conduta mais relatada (32,47%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Conduas dos ACS para Identificar uma Pessoa com Deficiência Visual

	<i>f</i>	<i>%</i>
Conduas para Identificar Pessoa com Deficiência Visual	n = 77	
Preenche Cadastro e-SUS e/ou Ficha-A	38	49,35
Questiona sobre saúde em geral	25	32,47
A família comunica espontaneamente	7	9,09
Questiona sobre saúde ocular e orienta em casos de diabetes	4	5,19
Questiona sobre a saúde ocular, orienta e encaminha para o teste da acuidade com a enfermeira do PSF	4	5,19
Orienta apenas quando é questionado sobre como usar os serviços de saúde	2	2,60
Orienta a procurar atendimento profissional (Convênio Médico)	1	1,30

* respostas múltiplas

Neste estudo, observou-se que após a identificação de pessoas com deficiência visual no território, a maioria dos ACS relata encaminhar o paciente para o Médico de Saúde da Família (51,95%). Ou seja, encaminha o caso para o médico do PSF para que assim o médico faça a avaliação, estabeleça a conduta e os encaminhamentos necessários (Tabela 3).

Ainda na Tabela 3 é possível observar que dentre os encaminhamentos para outro profissional (40,26%), todos os ACS referiram encaminhar para os profissionais de enfermagem para que seja realizada a triagem visual, considerando que dentro do protocolo do município a triagem visual com teste de acuidade visual (Teste de Snellen) é de responsabilidade do enfermeiro(a) da unidade. Sendo assim, assistente social foi o profissional citado por apenas 3,23 % dos ACS (Tabela 3).

No que se refere às orientações realizadas pelos ACS durante a visita domiciliar e acompanhamento das famílias, somente 38,96 % dos agentes relataram esta atitude. A maioria orienta a procurar a unidade de saúde (66,67%), o que retoma as condutas anteriores que é referenciar a pessoa para a equipe da unidade de saúde (Tabela 3).

Isso acontece também, quando observamos as respostas dos ACS quando relatam outras atitudes (29,87%), novamente sugere-se a procura da unidade de saúde (47,83%) e, em seguida, referem perguntar se a pessoa já é assistida e realiza tratamento (34,78%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Condutas dos ACS após identificar uma Pessoa com Deficiência Visual

	<i>f</i>	<i>%</i>
Condutas*	n = 77	
Encaminha para o Médico da Família	40	51,95
Encaminha para outro Profissional	31	40,26
Realiza Orientação	30	38,96
Realiza outras atitudes	23	29,87
Encaminha para o Médico Oftalmologista	1	1,30
Outros Profissionais*	n = 31	
Enfermeira	31	100,00
Assistente Social	1	3,23
Orientações relatadas*	n = 30	
Orienta a procurar unidade de saúde	20	66,67
Orienta a procurar Oftalmologista/ Especialista	6	20,00
Orienta sobre cuidados gerais para prevenir acidentes domésticos	3	10,00
Orienta a importância de ser assistido/cuidado	2	6,67
Outras atitudes relatadas*	n = 23	
Sugere procurar o Serviço de Saúde	11	47,83
Pergunta se o paciente já realiza tratamento	8	34,78
Tem conhecimento que o paciente já realiza tratamento	3	13,04
Sugere procurar um Especialista em Oftalmologia	2	8,70
Procura entender a história do paciente	1	4,35
Nunca Identificou na área responsável um paciente com DV	1	4,35
Sugere a procurar o Serviço de Reabilitação de Referência	1	4,35
* respostas múltiplas		

Sendo assim, é possível observar que a identificação da pessoa com deficiência visual é realizada durante o cadastro familiar e após a identificação a conduta dos ACS é referenciar o paciente até a unidade de saúde para que seja realizada avaliação, cuidados básicos de saúde e, em seguida, os encaminhamentos necessários para a atenção AE.

Verificou-se que a maioria dos ACS procura encaminhar o paciente à unidade de saúde, passando pela enfermagem para o teste de acuidade visual, acolhimento e triagem, ou

quando existem queixas associadas à queixa visual é indicado que o Médico de Saúde da Família avalie as condições do paciente e faça os encaminhamentos seguintes se houver necessidade de atendimento especializado e reabilitação.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) diz que a AB é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde⁵. Isto foi verificado no município estudado no que diz respeito à saúde em geral e a organização da rede do município, apesar da falta de conhecimento dos profissionais sobre a deficiência visual e suas especificidades³⁷.

Visto que uma das funções do ACS é realizar ações de educação em saúde e mobilizar as famílias a se empoderarem do próprio cuidado, é fundamental que o ACS realize orientações sobre a deficiência visual quando esta é identificada em uma família. Observou-se que esta foi uma conduta relatada e que a maioria dos ACS orienta a família a procurar a unidade de saúde, todavia, vale ressaltar que 10% dos ACS, mesmo sendo poucos, mostraram-se sensíveis e relataram realizar orientações simples para evitar acidentes domésticos devido à dificuldade de orientação e mobilidade característica de uma pessoa com deficiência visual e também idosa, já que como referem dados da OMS 82% da população com cegueira possuem 50 anos ou mais⁵.

Vale o questionamento sobre como qualificar as perguntas dos ACS ao realizar os cadastros das famílias durante as visitas domiciliares. E como fortalecer as triagens visuais nas escolas com o teste de Snellen, um diagrama com cinco letras em cada fileira, selecionadas por dificuldade, com espaçamento entre as letras e as fileiras iguais ao tamanho da letra utilizado para avaliar a acuidade visual⁵⁰ (Imagem 2).

Imagem 2 – Tabela do Teste de Snellen



FONTE: *Google Imagens (2016)*

Cabe ressaltar que é possível que a própria pessoa não identifique dificuldades visuais e necessite de uma pergunta mais ampla sobre o assunto, para que possa relatar com maior clareza suas queixas. A ambliopia infantil, uma deficiência do desenvolvimento normal do sistema visual, caracterizada pela falta da consolidação da acuidade visual, é um exemplo de condição visual que pode ser identificada precocemente com as triagens visuais realizadas nas escolas.

Vale ressaltar que na ambliopia infantil a diminuição da acuidade visual decorre de um desenvolvimento visual incompleto, e não apresenta nenhuma característica física que indique a baixa visual, o que retarda o diagnóstico⁵¹. Por isso, a importância das triagens desde a pré-escola e acompanhamentos longitudinais.

São três, as origens da ambliopia: privação de luz, privação de forma e perda da interação binocular⁵². Observa-se que a perda da interação binocular, faz com que sem que a criança perceba utilize apenas o olho com melhor acuidade visual, negligenciando o olho com baixa visual, diante disso, as vias neuronais do pior olho não se desenvolvem, ocasionando

uma perda visual irreversível se não precocemente tratada. Por isso o diagnóstico precoce se faz necessário para que haja o tratamento adequado para a recuperação do olho com baixa acuidade⁵³.

A prevenção dessa condição está baseada na identificação precoce, por isso é fundamental que a equipe de saúde esclareça a família sobre a importância de um tratamento adequado. Acredita-se que com os ACS sensíveis à saúde das famílias e com o vínculo que a sua atuação permite, conhecendo os equipamentos disponíveis no território, poderia fortalecer a interação entre saúde, educação e assistência, e contribuir para a identificação precoce de agravos oculares, evitando assim perdas visuais agravadas pelo atraso no diagnóstico. Vale então fazer uma reflexão sobre o quanto a equipe de saúde pode aproveitar das visitas domiciliares e da atuação do ACS diretamente no território.

Sobre as outras atitudes que os ACS realizam durante o contato com o usuário observa-se que questionam sobre os tratamentos e atendimentos já realizados ou que está realizando, poucos relataram ouvir a história do usuário, mas sabe-se que durante as visitas através de um processo de educação permanente, os ACS monitoram as situações de risco e situações emocionais aflitivas, que necessitam de aconselhamento, de necessidade de contato social⁵⁴, mas vale lembrar que apenas 1 ACS (3,23% da população) relatou que encaminha para a orientação da Assistente Social.

Com relação ao conhecimento sobre reabilitação visual e Centro de Referência para tal, constatou-se que a maioria dos ACS referiu não conhecer o serviço de reabilitação de referência (51,95%). Dentre os que referiram conhecer 97,30% identificaram o serviço de referência do município para a reabilitação (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimento e Identificação do Serviço de Reabilitação de Referência

	<i>f</i>	%
Conhecimento sobre o Serviço de Reabilitação		
n = 77		
Não	40	51,95
Sim	37	48,05
Identificação do Serviço de Reabilitação de Referência		
n = 37		
Sim	36	97,3
Não	1	2,70

A grande maioria dos ACS não realizou capacitação na área da pessoa com deficiência (90,91%) e aqueles que relataram ter realizado algum tipo de capacitação, referiram que no curso em sua formação como ACS foram realizadas informações superficiais sobre o cuidado da pessoa com deficiência (Tabela 5).

Tabela 5 – Capacitação em Saúde da Pessoa com Deficiência

	<i>f</i>	%
Realizou por capacitação		
n = 77		
Não	70	90,91
Sim	7	9,09
Tipos de Capacitação		
n = 7		
Curso de Formação Técnica para ACS	4	57,14
Disciplina da Graduação de Pedagogia	1	14,29
Disciplina da Graduação de Psicologia	1	14,29
Curso oferecido pelo NASF	1	14,29

Este estudo mostrou que o ACS é um profissional sensível às demandas da população, porém ainda apresenta pouco conhecimento sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência. Todavia acredita-se que o ACS seja “Agente de Mudanças”⁴⁶, pois é ele quem irá, por meio da construção do vínculo com a família, promover ações de prevenção de agravos de modo a garantir que as próprias famílias e os usuários sejam agentes promotores

de saúde, participando ativamente do cuidado à sua saúde e da comunidade, através de atividades comunitárias e conselhos locais de saúde⁴⁷.

Dessa forma, faz-se necessário maior difusão da temática e, principalmente, desenvolvimento de capacitações que envolvam não só questões de saúde ocular que beneficiam as pessoas com deficiência visual, mas assuntos que abordem a saúde da pessoa com deficiência como um todo. Verifica-se também, que as competências do ACS não contemplam essa temática, já que não se observa especificidades relativas às pessoas com deficiência nas legislações que regulamentam a profissão e nos documentos oficiais⁴².

Outros autores^{42,54} acrescentam que o trabalho do ACS, conforme disposto nas suas funções principais como a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias, não são observadas ações específicas à pessoa com deficiência, embora não sejam excluídas. Uma das publicações do Ministério da Saúde que contempla o trabalho do ACS existe a seguinte citação sobre o entendimento que se tem de “deficiência” para o preenchimento do cadastro familiar:

“Deficiência é o defeito ou condição física ou mental de duração longa ou permanente que, de alguma forma, dificulta ou impede uma pessoa de realizar determinadas atividades cotidianas, escolares, de trabalho ou de lazer” (p71)⁴⁶.

Diante dessa citação, é possível entender o porquê os ACS relataram que durante o curso de formação o assunto foi abordado superficialmente, é notável o desconhecimento da gestão para com a definição de “deficiência” e principalmente de “pessoa com deficiência” que é digna de direitos como todo e qualquer cidadão e adentra aos princípios de universalidade e integralidade do SUS.

Observa-se que apenas são citadas as deficiências física e mental, isso provavelmente decorre do fator histórico-cultural e social do país no que tange a luta dos movimentos sociais das pessoas com deficiência e as normativas advindas dos mesmos, todavia, considerando toda a discussão atual que se tem feito com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é necessário que exista por parte da gestão e das esferas de governo um planejamento que permita aos profissionais um maior conhecimento das deficiências e suas especificidades, principalmente relativa à saúde ocular já que esta é a deficiência mais relatada pela população, segundo o último Censo¹⁶.

Isso nos mostra a importância não só dos profissionais da saúde conhecerem as deficiências, mas também conhecerem a rede do município, os equipamentos que permitem

integrar os serviços de saúde, assistência e educação, pois como mencionado é fundamental observar para além dos agravos/doenças, os fatores de risco pra doenças, sendo estes muitas vezes sociais e/ou emocionais. Como foi observado nos resultados deste estudo, a maioria dos ACS não conhece o Centro de Reabilitação de Referência, o que pode nos indicar que os profissionais da atenção básica têm o conhecimento de seu papel na rede, mas não conhecem a rede no seu todo, o que pode influenciar inclusive nas informações prestadas aos usuários dos serviços.

É nesta perspectiva que:

“Urge o desenvolvimento de competências dos profissionais para atuar na atenção primária, com base no conceito de promoção da saúde, no tocante às ações de assistência às pessoas com deficiência visual, auditiva, física e múltipla, em suas áreas de abrangência, nos processos empreendidos para tal fim” (p.329-330)⁴².

Todavia, apesar do pouco conhecimento sobre o tema é possível observar que o ACS inicia o fluxo da rede e, sobre isso, Neto⁵⁵ relata que o ACS contribui na reordenação dos fluxos da demanda durante suas atividades. Como visto nos resultados desse trabalho os ACS identificam os agravos de saúde dos usuários através das visitas domiciliares e cadastramentos, sendo que posterior a isso inicia o fluxo de atendimento que o usuário deverá seguir para ser assistido e que ele pode subverter a fim de garantir seus interesses e demandas.

Este estudo se fez necessário, pois são os ACS que estarão no início desse fluxo de atendimento, no que se tem chamado de RAS, considerando principalmente as ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças². E no caso específico desse trabalho, a pessoa com deficiência visual.

Afinal, como relatado no Guia Prático do ACS⁵⁶ as pessoas com deficiência podem ter dificuldade no convívio, participação e inclusão na família, na comunidade, na escola, no trabalho e no acesso a serviços de saúde; e o ACS é o profissional que pode contribuir para que juntamente com a equipe possam procurar recursos, facilitar o acesso dessa pessoa aos serviços de saúde e qualificar a conduta das famílias para a busca dos direitos da pessoa com deficiência e seu cuidado.

4.3 Conhecimento e conduta dos Enfermeiros e Médicos da Atenção Básica em saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual

Em relação à população de Médicos, 14 participaram da pesquisa, sendo que destes, seis eram contratados pelo Programa Mais Médicos (Lei nº 12.871/2013)⁵⁷ e três não participaram por motivo de licença médica ou indisponibilidade de horário.

O Programa Mais Médicos tem como finalidade formar recursos humanos na área médica para o SUS e segue os seguintes objetivos: diminuir a carência de médicos, reduzindo as desigualdades regionais; fortalecer a prestação de serviços de atenção básica; aprimorar a formação médica no país e proporcionar maior experiência no campo da prática médica durante o processo de formação, incentivando a educação permanente; promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras (médicos intercambistas); aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS e estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS⁵⁷.

No município estudado seis médicos intercambistas com contratos a vencer, conforme artigo 18 da Lei nº 12.871/2013⁵⁷:

“Art.18. O médico intercambista estrangeiro inscrito no Projeto Mais Médicos para o Brasil fará jus ao visto temporário de aperfeiçoamento médico pelo prazo de 3 (três) anos, prorrogável por igual período em razão do disposto no § 1º do art. 14, mediante declaração da coordenação do Projeto”.

A Lei nº 13.333/2016⁵⁸ prorrogou o prazo do programa, porém alguns médicos intercambistas relataram não saber se mesmo o prazo sendo prorrogado continuariam atuando no Brasil, mesmo a cidade sendo acolhedora e o sistema razoavelmente organizado no município. Fato é que no período da coleta de dados havia essa preocupação e é possível que mudanças importantes tenham ocorrido após a coleta dos dados.

Considerando o tempo de trabalho na unidade de saúde, observou-se que 35,71% dos médicos entrevistados atuavam a menos de um ano na unidade, sendo que a mesma proporção foi encontrada entre aqueles que atuavam entre dois e três anos. No que se refere ao tempo de experiência profissional, verificou-se que a maioria apresentou experiência maior que 10 anos. A média de idade dos médicos foi de 41,29 anos e houve predomínio do gênero feminino; conforme Tabela 6:

Tabela 6 – Características dos Médicos

n = 14

Características	F	%
Gênero		
Feminino	13	92,86
Masculino	1	7,14
Idade		
20-30	2	14,29
30+40	4	28,57
41+50	6	42,86
50+	2	14,29
$\bar{x} = 41,29 \text{ anos } \bar{Sd} = 8,03$		
Tempo que trabalha na Unidade		
0+1	5	35,71
1+2	3	21,43
2+3	5	35,71
3+	1	7,14
$\bar{x} = 2,30 \text{ anos } \bar{Sd} = 2,73$		
Tempo de experiência profissional		
0+1	1	7,14
1+5	2	14,29
5+10	3	21,43
10+	8	57,14
$\bar{x} = 14,50 \text{ anos } \bar{Sd} = 9,20$		

Participaram da pesquisa 14 enfermeiros, sendo que um é responsável pela gestão da AB, dois não participaram da pesquisa por motivo de férias e as unidades laranja e vermelho, no momento da coleta de dados estavam contratando novos profissionais da área. Verificou-se que a maioria era do gênero feminino (92,31%), com média de idade de 38,13 anos, atuando na unidade de saúde em média há 2,50 anos e com experiência profissional em média de 11,60 anos, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 – Características dos Enfermeiros

n = 14

Características	F	%
Gênero		
Feminino	13	92,31
Masculino	1	7,69
Idade		
20-30	5	35,71
30-40	3	21,43
41-50	6	42,86
$\bar{x} = 38,13 \text{ anos } \bar{S}d = 10,61$		
Tempo que trabalha na Unidade		
0-1	3	21,43
1-2	3	21,43
2-3	4	28,57
3+	4	28,57
$\bar{x} = 2,50 \text{ anos } \bar{S}d = 1,78$		
Tempo de experiência profissional		
1-5	3	21,43
5-10	4	28,57
10+	7	50,00
$\bar{x} = 11,60 \text{ anos } \bar{S}d = 9,85$		

Conforme os resultados das entrevistas com os enfermeiros verificou-se que a gestão da equipe é de responsabilidade dos profissionais da enfermagem, respondendo ao enfermeiro gestor da AB quaisquer demandas do território e dos profissionais da equipe.

“(...) gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria”⁴⁷.

Além das funções administrativas os enfermeiros são responsáveis pelos procedimentos clínicos, acolhimento e triagem visual dentro das Unidades. Conforme relatos abaixo:

“Eu trabalho com as questões técnicas e administrativas da Equipe I, então eu tenho um médico da família, um escriturário e cinco, na realidade, quatro porque um está de licença médica, quatro agentes comunitários da minha área e uma auxiliar de enfermagem. Administra e atende também, não tem como não atender os pacientes, então é técnico e administrativo mesmo” (Enf. Equipe I – Unidade Marrom).

“O meu papel aqui, eu sou enfermeira responsável técnica pela unidade, além de ser assistencial, então no momento eu faço os dois papéis (...) então de uma maneira geral tudo passa por mim” (Enf. Equipe O – Unidade Verde).

“A gente tem os horários de acolhimento, onde a gente distribui o atendimento emergencial e após esse horário a gente acaba fazendo essa parte administrativa (...) como são dois enfermeiros a gente acaba dando uma dividida, um mês um enfermeiro fica com todo o serviço administrativo, no outro mês o outro fica. A gente vai dando uma revisada, que é pedido de exame, pedido de material, acompanhamento de saúde e vacina e a livre demanda que a gente vai atendendo” (Enf. Equipe Q – Unidade Rosa).*

* O enfermeiro se referia à divisão de tarefas entre os enfermeiros de duas equipes dentro de uma mesma unidade.

Observa-se a necessidade de na atuação dentro da AB os profissionais serem capazes de organizar e planejar as ações, desenvolvendo-as no território e avaliando-as constantemente afim de que possam responder as necessidades individuais e do coletivo garantindo a promoção da saúde e prevenção dos agravos.

E para isso é fundamental conhecer os profissionais que atuam com a população do município, entendendo quais as necessidades desses profissionais para a realização de suas funções, mas também verificando possíveis arestas que possam influenciar na atuação dos profissionais. Observa-se que grande parte dos profissionais participantes desta pesquisa atua numa rede que foi implantada recentemente e vem sendo constituída, trata-se de uma rede em movimento, e talvez ainda não compreendida em sua totalidade, mas é importante considerar que são os profissionais que fazem a rede acontecer e esse é ponto chave para este trabalho.

Considerando o cenário relatado, foi partir dos questionários preenchidos pelos ACS que se realizou a próxima etapa da coleta de dados que se deu por meio das entrevistas semiestruturadas com os enfermeiros e médicos das unidades de saúde. Da análise de conteúdo das respostas dessas entrevistas, emergiram três categorias:

A. Os caminhos percorridos pelo paciente com queixa ocular

Todos os enfermeiros relataram que a triagem visual dos pacientes com a tabela de Snellen e as listas de pacientes da AB para a AE é de responsabilidade dos enfermeiros de cada equipe, conforme prioridades:

*“A gente tem aquela escala optométrica e daí a pessoa com uma queixa comum, a gente vai lá faz uma triagem por aquilo lá. (...) tem o protocolo né de acordo com a queixa se tem sinal de hemorragia, se tem algum sinal de glaucoma, se tem algum sinal de catarata né. Vai depender da queixa. Daí de acordo com a queixa e de acordo com o teste que a gente faz lá tem uma lista de espera ou já a gente já encaminha como uma lista de prioridade pro SUS (Ambulatório Central de Especialidade)**. Daí na lista de prioridade vai ser agendado um pouquinho mais rápido. A lista de espera vai ficar lá na espera, e a gente manda uma vez por mês pro SUS e eles vão encaixando na medida em que vão surgindo vagas. E se for urgência mesmo, daí a gente já faz contato direto com o SUS e a gente já fez pra semana, para o dia, vai depender de cada caso” (Enf. Equipe A – Unidade Dourado).*

** Uma característica histórica e social da população do município é denominar o Ambulatório Central de Especialidades (ACE) de SUS, então quando os profissionais se referem ao SUS, estão falando do Ambulatório Central de Especialidades, e não do Sistema Nacional de Saúde.

“Na verdade aqui a gente tem um só que tem deficiência visual e ela também tem deficiência auditiva, ela sempre vem acompanhada, como a gente já conhece, se ela vem pra consulta, ela vem com o horário já previamente agendado, (...) se ela vem para o acolhimento (...) ela tem prioridade pela deficiência dela e já passa comigo, a gente já tem certa facilidade porque ela sempre tá acompanhada, aí eu já passo para a doutora o acolhimento, pego a queixa e passo para a doutora. Se a doutora precisar encaminhar pra qualquer especialidade que for, se for uma urgência ela já me avisa a gente consegue vaga lá no SUS e eu já consigo agendar, porque existe essa dificuldade de estar indo até a unidade, então a gente tenta agilizar um pouquinho, tornar um pouco mais fácil, porque a gente sabe que tem um pouco mais de dificuldade. A triagem de oftalmo a gente também agenda sempre de quinta feira a tarde, agora assim a agenda está bem tranquila, marca toda semana, quem passa pela doutora solicita, eu faço o teste de Snellen com todos, a gente tem as prioridade que é criança, diabético ou se realmente está com uma deficiência mais (SI) a gente já passa para o oftalmo pela lista de prioridades e a gente encaminha pro SUS e o SUS entra em contato pelo telefone e agenda com o oftalmo pro paciente” (Enf. Equipe E – Unidade Roxo)

*“O paciente com deficiência visual ele é atendido como todos os outros pacientes, ele chega geralmente pela recepção mesmo, a gente tem dois pacientes deficientes visuais aqui, eles já estão acostumados, apesar de não ter nenhuma sinalização nem nada, eles sempre vem com acompanhantes eles passam por aqui e dependendo da patologia são encaminhados para o ambulatório central ou para o CR. (Centro de Referência)*** e lá eles encaminham pra onde precisa encaminhar. (...) a gente tem uma agenda e nós enfermeiras aplicamos o Snellen nos pacientes e encaminhamos eles para o ambulatório central como prioridade ou como rotina dependendo do resultado do Snellen” (Enf. Equipe H - Unidade Preto).*

“O Atendimento varia. O ACS pede para vir aqui. Feito o agendamento da triagem de oftalmo, uma pré-avaliação com o teste de Snellen, vai para a lista de espera, de rotina e de urgência. Na urgência consegue atendimento imediato se for necessário. A triagem não tem espera, é feita uma vez por semana e se sobrecarregar abre mais vagas. A consulta com a médica da unidade a agenda é de 15 dias e casos de diabetes e hipertensão ela pede o exame de fundo de olho. Quando entra na lista de rotina a espera é de um ano pra mais, na lista de prioridade mais ou menos dois meses, mas os casos urgentes, trauma, por exemplo, o carro leva pro CR ou para o Hospital” (Enf. Equipe M – Unidade Amarelo)

*** Optou-se por utilizar a sigla CR para denominar o Centro de Referência em Reabilitação Visual, para manter o sigilo da Instituição.

A rede de saúde que se constrói na prática do cotidiano garante o atendimento na AB conforme observado nas respostas de todos os profissionais.

“(...) no caso do deficiente visual a porta de entrada é sempre a atenção básica, aí o que acontece, quando é feito uma consulta de rotina, é a própria enfermeira que faz a triagem oftalmológica. Na verdade, todo mundo que chega é pra passar com a enfermeira na triagem visual, e aí é detectando... ela faz o teste de acuidade né e detectando o problema o que ela tem que fazer... tem os casos que elas vão priorizar, então o que que vai fazer, pode ligar ou mandar por skype (...) então daí passa com o oftalmo na atenção especializada, eles colocam como prioridade, então não tem que esperar muito tempo, mas não sei precisar pra você quanto tempo é esse, mas cada caso é um caso. Depois daqui eles mandam pra fora, pra outros municípios, eu sei que antes tinha um convênio com o CR, depois tem também em São Paulo (...)” (Enf. Gestor)

Observa-se que a principal forma de encaminhamento para o serviço de oftalmologia é a triagem visual na AB realizada pelos enfermeiros. Isso corrobora com os resultados encontrados com a população de ACS, visto que o profissional de enfermagem foi o mais citado por eles. E, além disso, confirma o relato dos médicos:

“Dentro das queixas visuais, as não urgências a gente trata e se precisa encaminha pro oftalmo, as urgências faz o acolhimento e encaminha direto. A enfermeira faz a triagem, às vezes marca direto ou às vezes eu indico o paciente e já faz rapidinho, mas daí precisa da continuidade lá.... diabetes e hipertensão tem que fazer o fundo de olho, normalmente demora, casos urgentes vai pra outro município, demora um ano” (Med. Equipe M – Unidade Amarelo).

“(...) eu nunca atendi um paciente que tivesse uma deficiência visual que não fosse própria dos distúrbios da refração como miopia, hipermetropia, alguns com outras alterações assim... então normalmente esse paciente é... se ele já não usa a lente para correção do problema dele, ele vem pra uma primeira consulta; quando ele já faz o uso, normalmente ele vem pra pedir o encaminhamento para o oftalmologista para um acompanhamento né. Tem um período de acompanhamento e, ou às vezes o paciente ele normalmente deveria fazer o retorno anual, mas ele não faz, ele vai fazer quando ele percebe que já, a lente já não está resolvendo o problema dele né. E quando o paciente vem pra uma consulta inicial, aí normalmente ele vem com a queixa de que ele está com uma baixa acuidade visual ou então assim por algum outro motivo, ou seja, uma dor de cabeça ou algum outro motivo aí na consulta eu pergunto se ele tem alguma dificuldade em relação à visão e às vezes o paciente fala “ah eu não to enxergando muito bem de perto, eu não enxergo muito bem de

longe”. Então, assim, pra todos esses casos, no final eu faço o encaminhamento para o oftalmologista aí esse paciente vai agendar esse encaminhamento, ele passa na recepção, a recepção fica com o papel que eu preenchi a guia, aí através dessa guia de encaminhamento entra em contato com o SUS e aí o paciente aguarda a ligação. Normalmente, assim, esse serviço demora muito, tem paciente que espera oito meses, às vezes até um ano dependendo. Quando um paciente precisa de um atendimento mais de imediato, eu coloco “priorizar” e aí esse paciente vai pra consulta, mas se, por exemplo, ele chega com algum problema que não é bem visual, mas, por exemplo, paciente teve algum problema, um trauma ocular, mas não perdeu visão, ou o paciente chega com dor ocular, mas também ta com a visão preservada, ou mesmo que ele chegue e entre e diga que perdeu a visão subitamente aí esse paciente já tem um atendimento de urgência né, aí ele é encaminhado, antes a gente tinha o serviço oftalmológico lá no SUS de urgência e esse paciente conseguia o atendimento no mesmo dia ou por exemplo se o oftalmologista não fosse nesse dia, mas no outro dia já teria consulta, então era um atendimento mais rápido. Hoje em dia, não sei por que, mas não está tendo esse atendimento aqui na cidade, mas esse paciente ele já é encaminhado para o município vizinho, lá ele consegue o atendimento imediato (...) essa triagem eu não participo dela, quando o paciente vem com a queixa eu encaminho e quem vai fazer essa triagem é a enfermeira, então esses pacientes são selecionados, é marcado essa triagem e aí eles vem e essa triagem é anexada junto com a ... porque no dia da consulta quando ele for passar com o oftalmologista ele leva essa triagem junto” (Med. Equipe J – Unidade Laranja).

“(...) geralmente os processos inflamatórios a gente trata aqui mesmo, a gente avalia a inflamação, se é alergia ou um agente químico, físico, aí já faço a medicação e se for um processo infeccioso também já avalio a medicação pra ser usada. Geralmente a pessoa vem com a queixa e eu encaminho para a triagem oftálmica com a enfermagem. A não ser que seja um problema “ah to não to com dificuldade de enxergar letra de longe ou de perto” isso vai direto para a triagem. Agora a pessoa está com um caroço ou uma conjuntivite que não melhorou num atendimento inicial, e eu vejo que está com glaucoma, tipo catarata, aí eu já encaminho, eu preencho o papel (...) vai encaminhamento pro oftalmo” (Méd. Equipe N – Unidade Rosa)

Os enfermeiros e médicos relataram que os pacientes com deficiência visual são poucos na sua área de abrangência, e aqui vale o questionamento se existe pacientes subnotificados ou se são pacientes que realizam tratamentos em outros serviços particulares ou convênios e não procuram a AB e o serviço público.

É importante discutir a questão da acessibilidade, pois foi relatado que “apesar de não ter sinalização” na unidade os pacientes já conhecem o espaço e geralmente são acompanhados, aqui observamos um ponto importante de discussão que é a autonomia e independência para o seu próprio cuidado e a pessoa enquanto protagonista da sua vida.

Sobre o conceito de acessibilidade o Artigo 3º da Lei 13.146/2015⁴ considera:

“acessibilidade: possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida”⁴.

Observa-se que apesar do disposto na lei, não se vê aplicação prática da normativa. E a falta de acessibilidade pode ser um fator impeditivo para que as pessoas procurem o serviço, priorizando serviços particulares, o que poderia explicar, talvez, o número restrito de pessoas com deficiência visual usuárias do serviço.

Além disso, observa-se que o acesso geralmente é difícil devido à demora no atendimento especializado. Todavia, pelos relatos apresentados é possível inferir que o serviço de Atenção Básica tem seguido seu papel de acolher a queixa do paciente, orientar, realizar procedimentos básicos, e se necessário triar e encaminhar para a especialidade, seguindo os critérios de prioridade e rotina para organização da demanda, então a resolubilidade do caso é tardia ou não alcançada unicamente pela demora do atendimento especializado de oftalmologia.

B. Conhecimento sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Observou-se que todos os enfermeiros não conhecem a Portaria nº793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e poucos foram os médicos que por conta do Programa Mais Médicos relataram somente terem ouvido falar sobre o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano viver sem limites, não tendo conhecimento claro sobre as normativas:

“Já ouvi falar. Estritamente não sei se é cumprida. Ma acho que aqui no posto a pessoa com deficiência é atendida através das visitas domiciliares, atendimento do NASF, tudo isso acontece” (Med. Equipe M – Unidade Amarelo)

Todavia, com relação ao conhecimento sobre a existência do CR a maioria soube referir corretamente o serviço de referência, todavia não souberem relatar o trabalho realizado na reabilitação.

“Não, o pessoal vai muito, não aqui no município porque aqui não tem, mas eu tenho pacientes que fazem reabilitação no CR. (Centro de Referência). Que eu saiba só o CR” (Enf. Equipe J – Unidade Laranja).

“Não tenho conhecimento” (Enf. Equipe F – Unidade Cinza).

“Sei, aqui a gente conhece o CR. No município vizinho, e ele nos dá suporte. Então, porque assim é... o pouco que eu conheço é o seguinte, os pacientes, eles são encaminhados por mim ou pela médica para a atenção secundária ai já falam “a gente vai encaminhar pro CR” e o paciente fica fazendo esse acompanhamento lá, agora eu não sei te explicar como é o funcionamento do trabalho, mas que o CR nos dá apoio eu sei” (Enf. Equipe O – Unidade Verde).

“Não sei” (Med. Equipe A – Unidade Dourado).

“Eu também não conheço” (Méd. Equipe N – Unidade Rosa).

Um dos objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é promover mecanismos de Educação Permanente (EP) para profissionais de saúde³⁰; e vê-se a necessidade de tal, visto que os profissionais da AB tem o conhecimento sobre o seu trabalho e seguem o protocolo proposto, todavia desconhecem a continuidade da rede e o trabalho que se é realizado.

O enfermeiro-gestor relatou que a gestão da AB é de sua responsabilidade, porém conta com uma equipe de profissionais que supervisiona as ações na AB e atua na área da educação permanente para os profissionais das unidades.

“Então, na verdade, o que a gente faz, a gente faz a supervisão, a gente faz todo esse processo de qualificação, viabiliza os protocolos das unidades, hoje a gente está tendo agora uma capacitação em vacina, a gente está em processo de contratação de quatro... cinco enfermeiras novas, (...) então está fazendo uma atualização, pra uns é capacitação, pra outros é atualização. Tem alguns programas do

ministério também como a linha do cuidado do hipertenso, a linha do cuidado da gestante e puerpera (...) eu tenho que dá conta que eles aconteçam no local, em todas as unidades, e a gente já combina assim: cada um na sua especificidade eu acho que a gente mantém alguns programas, puericultura em todas as unidades, cuidado com a gestante em todos, hipertenso, diabético, que são os principais. E aí tem alguns procedimentos preventivos, que é o papa Nicolau, que é a questão do câncer de mama, e a gente tem em todas as unidades, a visita domiciliar, tem o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) (...)" (Enf. Gestor).

Vale reiterar a importância da EP para o SUS e principalmente para que a rede aconteça efetivamente e garantir a resolutividade em todas as ações na AB. Todavia é interessante discutir a necessidade de ações de EP mais abrangentes, ou seja, ações para todos os profissionais, para que unidos possam compartilhar conhecimentos sobre o cuidado à saúde.

Merhy, Feuerwerker e Burg⁵⁹ considera que a EP é um dos principais fatores para a consolidação do SUS:

“Se considera indispensable para la consolidación del SUS la existencia de políticas efectivas tanto en lo que respecta a las relaciones laborales y políticas de vinculación de los trabajadores al sistema, como en los aspectos relacionados a la formación y desarrollo de los trabajadores de salud” (p.150)⁵⁹.

Ações de EP que atendam a temática da saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual são necessárias, pois como visto nos relatos dos profissionais a demanda é grande, e acredita-se que o conhecimento na área favoreça e subsidie as condutas dos profissionais da AB, desde o ACS, ao enfermeiro, auxiliares e médicos.

Entende-se que o conhecimento da área possibilita a sensibilização dos profissionais e qualifica suas condutas durante as visitas domiciliares e durante a consulta. Entende-se que um profissional qualificado favoreça também a educação em saúde para toda a população, como preconizado nas diretrizes do SUS.

Sendo assim as atividades educativas favorecem a articulação e integração dos profissionais, e o trabalho de EP não só envolve os cursos de capacitação como também as reuniões de equipe, cujo momento os profissionais têm a oportunidade não só discutir as necessidades do seu território, mas também de compartilhar saberes sobre a prática em saúde dentro de uma perspectiva interdisciplinar.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)⁶⁰ ressalta a necessidade de melhorar o serviço prestado à população pelos profissionais de saúde, tendo com base a qualificação, capacitação e aprimoramento de seu desempenho⁵⁹. Isso vai ao encontro dos achados nesta pesquisa e com a reflexão que se pretende trazer às práticas em saúde que estão se apresentando no território e na rede em movimento.

E é nessa perspectiva que o Enfermeiro-gestor traz sua percepção do que poderia ser repensado para melhoria dos serviços:

“(...) eu acho que a gente sempre tem que estar mudando e a gente sempre tem que estar repensando o trabalho, mas a gente não tem um foco né específico. Vamos supor se você vai no CR, lá só atende oftalmo, (...) então as pessoas são preparadas até com estrutura física para atender essa demanda, a gente atende tudo, então né, e o deficiente auditivo, e o ocular e o num sei o quê, o deficiente mental, a gente não tem essas especificações, a gente atende o todo, então acho que... pensar algumas situações mais específicas fosse interessante né, as pessoas estarem alertas, preparadas, mas eu acho que é no dia a dia que você vai trabalhando, e eu acho que a EP. A educação permanente mesmo, as reuniões de equipe, elas devem servir pra isso, porque todas as unidades tem um período para reunião de equipe, entendeu? E isso evolui de acordo com o interesse de cada um, o envolvimento de cada equipe, adianta falar, eu posso até colocar “gente vamos lá” né “nós temos que repensar, o meu território”, porque eles tem isso aí, identificado quantos deficientes visuais eu tenho, quantos deficientes auditivos, isso é obrigação do território conhecer né, só que daí o que eu tenho que ver, o meu planejamento em cima desse diagnóstico do território que eu fiz, mas isso não é a gestão que manda, isso é apropriação da equipe e por mais que você fale que isso é importante, eu me apropriar do território, é de cada um (...)” (Enf. Gestor)

O processo de regionalização conforme a Portaria nº 373/2002⁶¹:

“...deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade, na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando seus limites como unidade indivisível, de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis”⁶¹.

Diante disso, observa-se que os interesses da gestão vão ao encontro do que se é discutido neste trabalho, onde se propõe uma reflexão sobre a necessidade de trazer para a EP a temática da pessoa com deficiência, afinal observou-se pouco conhecimento da área.

Como refere Silva⁶² é importante:

“In order to educate society that disability is inherent to the human diversity, constant actions are required and performed. another significant struggle within the universe of disability refers to the different forms of limitations and the constraints that are usually faced. Impaired people experience their disabilities in different ways; they perform and participate in their daily activities on their own terms due to their personal factor, preferences, settings, facilitators, barriers, different history and culture. The lack of understanding that the same deficiency leads to various restrictions and limitations for each person who experiences it may lead to misconceptions, myths and prejudices in several areas, whether educational, legislative, financial, technological” (p.300)⁶².

Além disso, é importante considerar a rede intersetorial do município, inclusive considerando os eixos temáticos do Plano Viver sem Limites, como o relato abaixo:

“(...) aí entra na rede dos agentes de saúde, auxiliares e enfermeiro, que vão ver a condição de vida desse paciente na sua residência, pra ver como que é essa parte social mesmo, alimentação, o cuidado, e tudo, se percebe negligencia a gente toma as providencias com a assistência social, a equipe de NASF (...) não é a deficiência visual que inviabiliza toda e qualquer atitude e sim a saúde em geral” (Med. Equipe Q – Unidade Rosa)

Esse relato corrobora com a citação de um dos ACS que referiu encaminhar o serviço de assistência social. Sabe-se que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência visa garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária, através da articulação com os órgãos de assistência social e desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil³⁰.

C. Satisfação com o fluxo da Rede e condições do serviço

Para a garantia do princípio da integralidade do cuidado é durante o atendimento na AB que se realiza os encaminhamentos para os outros níveis de atenção colocando em funcionamento a rede e efetivando a assistência e a resolutividade do caso.

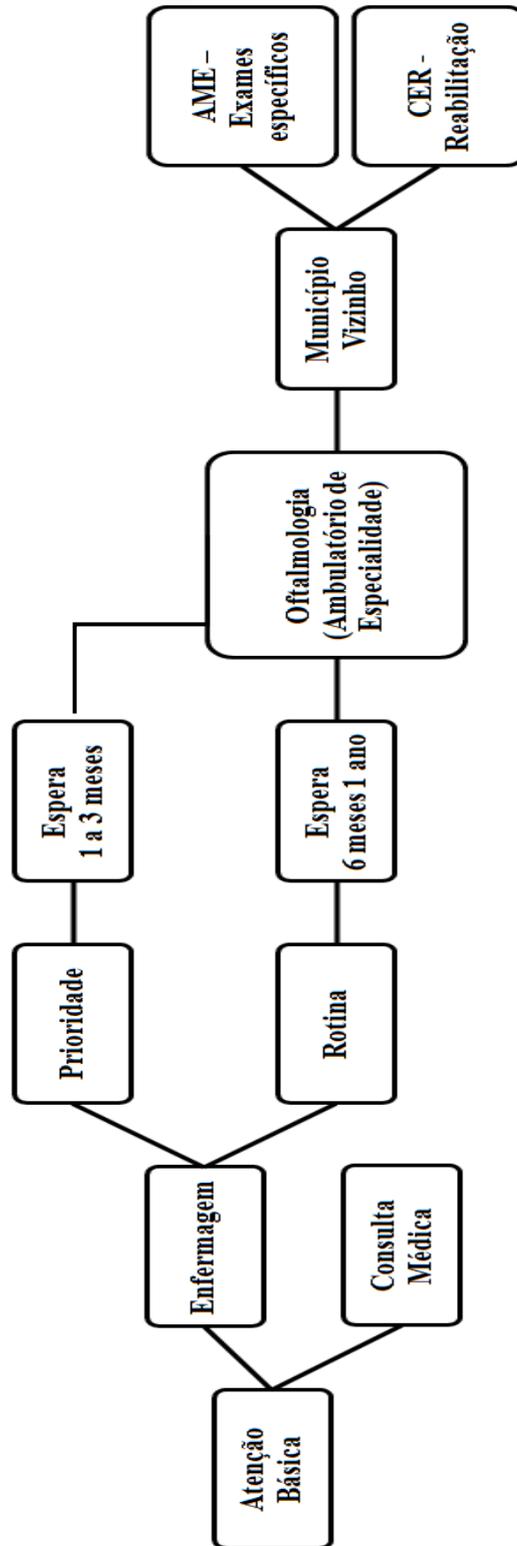
Segundo Giovanella et al.⁶³ com a Constituição de 1988 e as Leis Orgânicas da Saúde de 8080/90 e 8142/90, os municípios tornaram-se os responsáveis pela execução das principais ações e serviços de saúde, configurando um modelo de gestão descentralizada.

Conforme disposto na Lei Orgânica do Município é seu dever prestar serviços de proteção, promoção e recuperação da saúde à população, com a cooperação técnica e financeira da União e do Estado, além disso, compete ao município cuidar da saúde, da assistência e da proteção das pessoas com deficiência⁶⁴. Diante disso, observa-se a necessidade deste tipo de pesquisa para auxiliar as autoridades gestoras a reavaliar constantemente o sistema e garantir a efetividade da legislação vigente.

Vale lembrar que o modelo de atenção em saúde permite encontrarmos diferentes composições com diferentes resultados, ou seja, o que se apresenta aqui diz respeito a organização e administração deste município, em outra situação os resultados e formas de gestão e organização serão provavelmente diferentes²². Por isso o processo de descentralização é tão importante para a consolidação do SUS, pois esta estratégia permite a autonomia de os municípios organizarem seu sistema conforme a realidade de sua população, visto que o Brasil é um país de grande extensão territorial e diversidade sócio-cultural.

Seguindo a linha da gestão e organização dos serviços de saúde ocular do município, considerando os relatos dos profissionais da AB, foi possível encontrar através dos resultados obtidos o seguinte fluxograma (Imagem 3):

Imagem 3 – Fluxograma da Rede de Atenção em Saúde Ocular e do Município estudado conforme o relato dos profissionais da Atenção Básica



Observa-se que a rede de saúde ocular dentro da AB tem se dado adequadamente, a queixa trazida por todos os profissionais é que não existe a contra-referência dos casos referenciados à especialidade e isso prejudica o andamento e a continuidade do cuidado que deve ser realizada na AB.

“(...) a gente está sempre rediscutindo, discutindo, rediscutindo, e voltando a insistir que a gente não tem muito a referência e contra-referência, não existe essa prática no município, não acredito que seja só no município, não existe mesmo essa prática, nós que somos obrigados a fazer a referência porque se não a gente não é aceito na especialidade, qualquer especialidade, porque vira uma coisa muito óbvia né, eu tenho que referenciar meu paciente explicando o porquê, só que eu não recebo de volta o que aconteceu com esse paciente, o que foi encontrado, o que foi visto, que encaminhamento foi dado, então a referência ela existe, a contra-referência não existe” (Enf. Gestor).

Segundo documento específico sobre o PSF⁴⁷ compete ao serviço municipal de saúde definir os serviços disponíveis para a realização de consultas especializadas, serviços de apoio diagnóstico e internações hospitalares, sendo que para se ter o acompanhamento integral dos indivíduos e famílias deve-se garantir a eficiência do processo de referência e contra-referência.

De modo geral, a referência é um documento em que o médico da AB encaminha o paciente ao médico da AE com todas as informações sobre a queixa do paciente, hipóteses diagnósticas e exames realizados. A contra-referência, por sua vez, é a resposta do médico da AE a este documento, referindo todos os procedimentos que foram realizados na especialidade e que condutas o médico da AB deverá ter para dar continuidade ao cuidado do paciente na AB. Esse procedimento prevê um diálogo entre os médicos nos diferentes níveis de atenção, porém ainda não se vê efetivamente na prática dos profissionais da saúde como relatado:

“(...) essa é uma eterna briga né, porque a gente faz a referência e eles não mandam a contra-referência pra gente (risos), porque às vezes acontece isso, o paciente passa sei-lá com o otorrino e a gente não sabe o que o otorrino fez, não sabe que tipo de exame, que tratamento ele fez, não sabe nada, e às vezes o paciente não sabe contar também. Então isso é uma coisa bem ruim, porque a gente manda o paciente, o paciente volta e a gente não sabe exatamente qual a melhor conduta dali pra frente, então as vezes fica um buraco” (Med. Equipe E – Unidade Roxo).

“A referência tem e com letra legível, já a contra-referência não existe. A gente não recebe e quando recebe a letra é ilegível” (Med. Equipe A – Unidade Dourado).

“Ah muito pouco. Muito pouco, geralmente nenhuma contra-referência, só eu recebo a contra-referência de todos os pacientes que são diabéticos e hipertensos que passam pela triagem de fundo do olho, do quando não tem nada, aí que eu mando só pra prevenção, a contra-referência positiva eles encaminham falando, foi revisado o fundo de olho, paciente diabético, sem sinais de retinopatia diabética, aí eles me... agora se nesse caso tem uma alteração eles nem escrevem não, geralmente já ficam eles mesmo e nem devolve o paciente” (Med. Equipe P – Unidade Vermelho).

Então, verifica-se um ponto a se avaliar e de fundamental conscientização de todos os profissionais, para que a referência seja descrita adequadamente e principalmente para que a especialidade devolva o paciente à AB com a contra-referência dizendo qual a melhor forma de seguir a continuidade do caso referenciado. Essa estratégia favorece o diálogo entre os profissionais e os níveis de atenção, garantindo como já exposto a integralidade do cuidado. Pois como relatado abaixo pela gestão a comunicação entre os níveis de atenção existe, porém de forma pontual em casos emergenciais:

“Eu acho que até existe, porque vamos supor: um paciente por neoplasia, se ele chega aqui pra nós, porque algumas coisas são devolvidas, então você fez o diagnóstico de neoplasia, encaminha pra central de regulação, a central de regulação dá o devido encaminhamento. Se chega o paciente não está bem e está demorando a consulta, a gente não tem problema, o que a gente faz, a gente vai atrás, ver se pode adiantar né, é nesse sentido. Eu não vejo muito retorno da especializada pra gente, é muito mais a gente que vai, porque na verdade o que a gente quer é que dê conta da necessidade daquela pessoa” (Enf. Gestor).

Podemos supor uma relação com o fato de não haver a contra-referência dos casos com o número restrito de profissionais especializados e grande demanda a ser atendida. Sobre isso os profissionais relataram que não se consideram satisfeitos com as condições do serviço, porém declaram que o fluxo é bom, que a cidade é privilegiada, mas não tem profissionais suficientes para atender a demanda, o que gera uma grande fila de espera para o atendimento oftalmológico:

“Não, nem um pouco, porque assim, essa demora ela vem, não termina neles lá, chega o paciente você encaminha, ele demora um mês e volta, mas aí a gente fala “eu não posso resolver isso daí”, não cabe a mim, dois meses ele volta e vai pedindo um encaminhamento atrás do outro, só que lógico não faço outro, porque já está esperando né. Isso me deixa muito insatisfeita” (Med. Equipe I – Unidade Marron).

“Não, não. Pouco oftalmo pra muita gente (...) de todas as especialidades dos especialistas (...) o que mais demora é oftalmo, o que mais demora. Os outros especialistas a consulta sai bem rápido. Ortopedista em quinze dias sai, mas o que mais demora é oftalmo” (Med. Equipe P – Unidade Vermelho).

“Eu acredito que sim, o serviço ficou um pouco barrado devido ao ocorrido, acho que sim, eu acho que... é uma cidade que, em termos de saúde, é muito boa, se a gente for fazer um comparativo com municípios próximos aqui, eu acho que a gente tem... dá pra se basear aí, é sim uma cidade que acolhe e tem recurso, eu acredito que sim que ampara sim. Só a situação que eu coloquei mesmo que deu uma certa barrada, mas logo espera que isso vai estar se normalizando” (Enf. Equipe N – Unidade Rosa).

“Mais ou menos, eu acho que, como oftalmo exige uma rotina pelo menos de um ano, pra essa parte da rotina mesmo, da verificação de óculos e diabético também que precisa sempre fazer o fundo de olho eu acho que há uma certa dificuldade nesses dois. A parte de urgência, as prioridades acabam sim sendo atendidas num num... até que bom. Agora essa parte da rotina e o fundo de olho para o diabético é mais difícil. Agora tá mais de um ano sem ter um retorno. Sim, sempre que eu precisei e liguei lá, eu tive um retorno eu nunca recebi um não (...) o que me deixa um pouco... é essa parte da rotina mesmo, que acaba que a gente vê, que algumas pessoas tem uma certa necessidade mas não consegue passar tão rápido, mas quanto à urgência, algo que você vê que a pessoa precisa, se você ligar lá você consegue” (Enf. Equipe E – Unidade Roxo).

Constatou-se a existência de uma lacuna com relação ao atendimento especializado, pois conforme os relatos existe pouco diálogo com a AB, não se observa uma relação interdependente e complementar entre AB e AE, isso faz com que reavaliemos a continuidade dessa rede, que se inicia na AB, porém encontra barreiras atitudinais e comunicativas em outros níveis.

Com isso, é consenso entre gestores e profissionais, segundo estudos da área^{65,66}, que a formação, o desempenho, o interesse do profissional e a gestão dos recursos humanos afetam, profundamente, a qualidade dos serviços prestados e o grau de satisfação dos

usuários, ou seja, as relações decorrentes da prática cotidiana e as discussões e motivações da equipe que permitem a qualidade ou não do serviço.

É interessante também levantar a questão do interesse e disponibilidade da gestão do município, a prefeitura juntamente com a secretaria de saúde e apoio da delegacia regional de saúde tem papel central e regulador de todas as práticas, com a dispensação de recursos para aquisição de equipamentos, infraestrutura e recursos humanos.

“Pra uma consulta geral de oftalmologista SI, eu quero trocar meu óculos, ah tem sim, tem uma lista de espera. Então, eu não sei precisar, mas tenho queixa sim, ah demora assim quatro meses, cinco meses, acredito que demora mais ou menos isso sim, por mais, porque eles estavam até vendo pra por... porque a gente tinha um consultório oftalmológico, tanto que o que que a especialidade estava pretendendo era montar mais consultórios para poder atender a demanda, que nem a gente tem o PSE que é o Programa de Saúde do Escolar, então é feito o teste de acuidade, a gente tem até aquela tabela de Snellen pra criança, foi mandado fazer, bonitinho. Então, o que interessa, que essas crianças que foram detectadas que a gente priorize, então eles estavam tentando viabilizar isso aí, pra gente direcionar as crianças pra um oftalmo só, porque assim já vai atendendo essa demanda que a gente avaliou na escola”(Enf. Gestor).

“Eu acho que o que eles avaliaram é que pra dar conta dessa demanda precisaria montar mais consultórios que é o que eles estão colocando em prática, já era até pra ter feito isso, mas daí veio a enchente, aí se perdeu o material, tiveram que recompor esses equipamentos, então... mas já estava tudo certinho... então agora pra eu falar pra você, agora pra eu falar pra você como deve estar eu não vou saber, mas eu sei que antes dessa enchente já tinham comprado outro equipamento tudo certinho, já tinham visto a sala pra onde que ia, tava muito bem organizado”(Enf. Gestor).

A gestão traz a necessidade de aumentar o número de consultórios oftalmológicos e ao encontro disso conforme os relatos dos demais profissionais da AB faz-se necessário a contratação de mais profissionais, principalmente médicos especialistas, pois a demanda é muito grande para o número de especialidade que se tem no município. Uma fatalidade ocorreu no município aumentando os gastos com a reconstrução da cidade após uma inundação decorrente de intensas chuvas. Porém é de grande importância que a gestão do município avalie com a equipe de gestores de cada nível de atenção a situação do sistema de saúde a fim de atender as queixas relatadas.

“Acho que uma das coisas que de repente barra um pouquinho em alguns momentos também é a seguinte, nem sempre a gente tem, por exemplo, assim, médico especialista, ele entrou pra trabalhar, só que a gente sabe como é a rotina do médico. Às vezes ele tem consultório particular, ele tem outros lugares que ele atende, então, às vezes eu acho que por causa dessa falta né de profissional. Às vezes a gente acaba tendo de vez em quando esses percalços “ah então, esse período ficou sem, porque o médico precisou atender em outro lugar né, o que poderia de repente conseguir, seria mais profissionais, mais especialistas. Mas não por causa do SUS não contratar, porque o SUS tá num eterno movimento de contratação de pedido, mas eu acho que o próprio profissional, ele entra no estabelecimento, ele atende, ele fica um período e fala não eu tenho outra prioridade, então eu vou sair daqui, então a gente percebe essa rotatividade” (Enf. Equipe N – Unidade Rosa).

“Se eles fizessem contratação de oftalmos, mais contratos já ajudaria muito” (Enf. Equipe M – Unidade Amarelo).

“(…) estaria precisando de mais oftalmologistas, de mais especialistas, porque a demanda é cada vez mais crescente, e acho que só tem uma médica que eu me lembre de oftalmologista, a demanda é muita, tenho muitas afecções oftalmológicas” (Med. Equipe F – Unidade Cinza).

Sobre isso é importante considerar que a organização da atenção e da gestão do SUS expressa um cenário fragmentário de serviços, programas, ações e práticas clínicas. A fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública desfavorece a resolutividade do sistema e a integralidade do cuidado⁴⁸.

Outros autores, em seus estudos, encontraram dados semelhantes e discutiram a mesma temática:

“Os gestores das quatro cidades relatam insuficiência de oferta da rede municipal para atender à demanda por atenção especializada, produzindo filas de espera”⁶⁷.

“(…) as razões alegadas para a não-resolubilidade do sistema foram a falta de remédios, poucas vagas e demora para atendimento, dificuldade no sistema de referência e contrarreferência e poucos profissionais em atividade”⁶⁸.

Neste estudo alguns profissionais relatam que seria interessante existir um centro de referência em oftalmologia no próprio município, pois esta é a especialidade que a população mais procura, principalmente devido aos erros de refração e necessidade de troca

de óculos, além dos casos de hipertensão e diabetes que necessitam de um acompanhamento longitudinal com exame anual de fundo de olho.

“(...) eu achava que o município tinha condições de não enviar para outro município, eu acho que tem condições de atender todos os casos aqui né, assim, os mais simples claro, se precisaria de uma cirurgia, um transplante, lógico tem que ser alguém de referência. Mas assim, glaucoma, uma coisa mais assim, que não precisa de uma coisa terciária. Eu acho que deve ter planos, porque antes da enchente, tinha uma ideia de uma central de oftalmo mesmo é que se perdeu e os aparelhos também se foram, várias lentes também foram, mas era o plano deles e eu não sei como vai ficar isso agora. Mas aí com essa ideia minha eles diminuiriam” (Enf. Equipe J – Unidade Laranja).

Outra dificuldade é o encaminhamento para a cidade vizinha para realização de exames específicos, ocasionando demora na realização do exame, atrasos nos retornos, e confusão dos pacientes que se deslocam para diferentes locais e perdem a consulta necessitando entrar na fila de espera novamente cuja demora está prevista para um ano.

“Eu acho que... eu não sei como que pode ser, porque às vezes tem muita falta, porque o que acontece, a pessoa vem com a queixa no mês três, ela só vai passar lá no mês cinco então isso acaba acarretando faltas eu fiquei um tempo lá, trabalhei lá e às vezes tinha. Claro que a gente acaba fazendo um encaixe com essas faltas, só que essa pessoa que faltou, faltou por quê? Ela esqueceu, a dor passou, o que aconteceu, ela arranjou algo particular, às vezes passa no particular, pede algum exame acaba tendo que entrar de novo na fila, porque daí o exame ela tem que fazer pelo SUS, aí tem que passar pelo médico, eu não sei, devia vê isso de falta, dá um jeito de ligar, eu acho que fica assim, faltou? Porque?” (Enf. Equipe E – Unidade Roxo).

Com esse relato o enfermeiro sugere a prática da busca ativa, em que a equipe vai às casas das pessoas, vê de perto a realidade de cada família, toma providências para evitar as doenças, atua para curar os casos em que a doença já existe, dá orientação para garantir uma vida melhor, com saúde⁶⁹. Ou seja, a equipe busca formas de contatar o usuário e questiona sua ausência nas consultas ou exames, a fim de garantir a assistência à saúde ocular e prevenir possíveis agravos oculares e deficiência visual.

Todavia, com relação ao fluxo apresentado neste estudo, vale ressaltar que este não necessariamente cumpre com o previsto administrativamente e politicamente na perspectiva da macropolítica, em que se consolidam as normativas para toda a federação e

estados, mas se caracteriza pelo cotidiano da prática em que os profissionais se inserem e constroem suas relações continuamente com a comunidade, diante das práticas construídas na micropolítica e que influenciam diretamente a consolidação dos dispositivos da macropolítica.

“(...) modelos se apresentam, por um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normalizam o setor, de condicionantes macropolíticas, econômicas e sociais. De outro lado, decorrem da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde” (p.838)²².

É fundamental considerar as relações estabelecidas dentro da micropolítica quando se pretende estudar o sistema de saúde que o olhar dos próprios profissionais sobre sua prática e rotina de trabalho torna-se ponto chave para qualquer processo de pesquisa, reavaliação e reflexão das práticas em saúde que se vem construindo.

São esses arranjos organizativos que permitem a garantia do direito a saúde, e pensando-se na pessoa com deficiência as normativas atuais tem sido historicamente muito importantes para a assistência em saúde, pois induz a articulação dos serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação⁷⁰.

O Artigo nº 10 da Portaria nº 793/2012 refere que para a operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência cabe ao município, por meio da Secretaria de Saúde, a implementação e a coordenação do Grupo Condutor Municipal, a contratualização dos pontos de atenção à saúde sob sua gestão, incluindo o respectivo financiamento e o monitoramento e avaliação da rede em território municipal³⁰. Deste modo, observa-se que o município tem tomado providências para garantir a integralidade do cuidado desde a AB, porém no que se refere à especialidade oftalmológica muito ainda deve ser revisto, reavaliado, repensado, a fim de prover a toda população com queixa ocular e/ou deficiência visual um atendimento de qualidade.

Ressalta-se que pelo caráter transversal da pesquisa muitos dos dados encontrados passivelmente poderão ter sofrido alterações, além disso, a pesquisa foi realizada durante o ano de troca de administração da prefeitura o que permite toda uma reavaliação do que se tem oferecido à população na temática da saúde, sendo assim, esta pesquisa permite não só a reflexão dos profissionais sobre sua prática, mas também a possibilidade de avaliar e melhorar a assistência em saúde ocular no município.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O levantamento dos dados permitiu conhecer o perfil da população e verificar a conduta e conhecimento dos profissionais no que se refere à rede de atenção em saúde ocular e o cuidado à pessoa com deficiência visual. Constatou-se que a maioria dos profissionais é do gênero feminino, com tempo de experiência profissional maior de 10 anos e com formação compatível ao cargo exercido.

Foi possível conhecer o fluxograma da rede de saúde ocular e como é realizado o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual ou queixa ocular. Diante disso, observou-se que o ACS é ator chave do processo de assistência em saúde, é ele quem permite que a equipe de saúde conheça a realidade dos usuários do sistema, e que mobiliza a família e a comunidade na busca de recursos e estratégias que permitam superar as barreiras de acesso à saúde, assistência, educação e inclusão social. Cabe ressaltar que é esperado deste profissional, conforme a literatura, dar início a este fluxo de atendimento.

Verificou-se que a Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência não é de conhecimento da maioria dos profissionais, o que indica a necessidade de ações de EP sobre o cuidado em saúde ocular e para pessoa com deficiência.

Constatou-se que os profissionais da AB não têm claramente o conhecimento sobre a reabilitação. No entanto, considerando a conduta dos profissionais da AB do município estudado, tem se dado adequadamente a identificação e o encaminhamento no que se refere à atenção à saúde ocular e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência visual na prática da AB.

A maioria dos profissionais da AB, participantes deste estudo, referiu estar insatisfeita com a demora do atendimento especializado, sugerindo novas contratações de especialistas e aumento do número de consultórios oftalmológicos.

Considerando os resultados desta pesquisa observa-se a importância de dar continuidade a mesma nos demais níveis de atenção à saúde, ou seja, serviços especializados e de reabilitação, além de conhecer a percepção de usuários desse sistema.

6. REFERÊNCIAS

1. Brasil. *Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004*. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm. Acesso: out/2016.
2. Di Nubila, H.B.V. e Buchalla, C.M. *O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade*. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2008, vol.11, n.2, pp.324-335. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>. Acesso: dez/2016
3. OMS. Organização Mundial da Saúde. *Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS. Disponível em: <http://www.fsp.usp.br/cbcd/wp-content/uploads/2015/11/Manual-Pra%CC%81tico-da-CIF.pdf>. Acesso: dez/2016
4. BRASIL. *Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão de Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso: out/2016.
5. WHO. *Visual impairment and blindness*. Fact Sheet N°282. Updated: August 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/> Acesso: out/2016.
6. Haddad, M.A.O. e Sampaio, M.W. *Aspectos Globais da Deficiência Visual*. In. Sampaio, M.W. et al. (Org.). *Baixa Visão e Cegueira: os caminhos para a reabilitação, a educação e a inclusão*. Rio de Janeiro: Cultura Medica, Guanabara Koogan, 2010. Cap. 2. 7 – 16 p. ISBN 978 – 85 - 7006 – 452 – 3.
7. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Vícios de refração*. Disponível em: http://www.cbo.net.br/novo/publico-geral/vicio_refracao.php Acesso em: dez/2016
8. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Catarata*. Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publico-geral/catarata.php> Acesso em: dez/2016

9. Coelho, R.P. *Catarata*. In: Kara-José, N. e Rodrigues, N.L.V. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. (p.84-87). Tema Oficial do XXXV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. ISBN 978857006457-8.
10. Kara-José, N. *Situação da Cegueira por Catarata no Brasil e no Mundo*. In: Kara-José, N. e Rodrigues, N.L.V. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. (p.88-93). Tema Oficial do XXXV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. ISBN 978857006457-8.
11. Almeida, G.V. e Mello, P.A.A. *Glaucoma*. In: Kara-José, N. e Rodrigues, N.L.V. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. (p.105-108). Tema Oficial do XXXV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. ISBN 978857006457-8.
12. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Tudo sobre o Glaucoma*. Disponível em: <http://www.cbo.net.br/novo/publico-geral/tudosobreoglaucoma.php> Acesso em: dez/2016
13. Morales, P.H.A. *Retinopatia Diabética*. In: Kara-José, N. e Rodrigues, N.L.V. Saúde Ocular e prevenção da cegueira. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. (p.99-104). Tema Oficial do XXXV Congresso Brasileiro de Oftalmologia. ISBN 978857006457-8.
14. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Retinopatia Diabética*. Disponível em: http://www.cbo.net.br/novo/publico-geral/retinopatia_diabetica.php Acesso em: dez/2016
15. Brasil. *Cartilha do Censo 2010. Pessoas com Deficiência*. Luiza Maria Borges Oliveira. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência; Brasília: SDH-PR/SNPD, 32p, 2012. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/cartilha-censo-2010-pessoas-com-deficiencia-reduzido.pdf> Acesso: out/2016.
16. IBGE. *Censo 2010*. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil: 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/> Acesso: out/2016.
17. Silva, O.M. *1981 – Ano Internacional das Pessoas Deficientes: resgate histórico e suas origens, postulados, posicionamentos e propostas*. Caderno Técnico Científico. 2006 Nov/dez 42; 2-7. In: Revista Nacional de Reabilitação: Pessoas com deficiência, mobilidade reduzida, idosos e profissionais do setor. Ed. C&G 12: Comunicação e Marketing. Ano IX – nº53. Nov/Dez – 2006.

18. Brasil. *História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil*.
Compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. Disponível em:
<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesdeficiente/historia%20movimento%20politico%20pcd%20brasil.pdf>. Acesso: out/2016.
19. Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, Brasil; 5 de out de 1988. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: out/2016.
20. Bravo, M.I.S. *Política de Saúde no Brasil*. Versão revista e ampliada dos artigos: “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: *CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Disponível em: <http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2163/livros>. Acesso: out/2016.
21. Vasconcelos, C. M. e Pashe, D. F. *O Sistema Único de Saúde*. In: Campos, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. [531 – 562].
22. Carvalho, S.R. e Cunha, G. T. *A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde*. Cap.26 (p.837). In: Campos, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.
23. Brasil. *Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989*. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Diário Oficial da União, Brasil; 25 out 1989. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7853.htm. Acesso: out/2016.

24. Mello, J.M.C. e Novais, F.A. *Capitalismo Tardio e Sociabilidade Moderna*. In: Schwarcs, L.M. (org). *História da Vida Privada no Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.
25. Brasil. *Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009*. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York em 30 de março de 2007. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm
Acesso: out/2016.
26. Brasil. *Portaria nº 957, de 15 de maio de 2008*. Institui a Política Nacional de Atenção em Oftalmologia, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, 26 dez 2008. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0957_15_05_2008.html. Acesso em: set/2016.
27. Brasil. *Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008*. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html. Acesso em: set/2016.
28. Brasil. *Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:
http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf. Acesso: out/2016.
29. Brasil. *Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011*. Institui o plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência - plano viver sem limite. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:**
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm
Acesso: out/2016.
30. Brasil. *Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012*. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:

- http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
Acesso: out/2016.
31. Costa, S. M. et al. *Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2147-2156. ISSN 1413-8123. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n7/30.pdf> > Acesso: abr/2015
 32. Serapioni, M. *Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp. 187-192. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf> Acesso: abr/2015
 33. Minayo, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2010. 407 p. (Saúde em debate, 46). ISBN 9788527101813 (broch.).
 34. Minayo, M.C.S; Deslandes, S.F; Gomes, R. (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. 108 p. (Temas sociais). ISBN 9788532611451 (broch.).
 35. SEADE, *Fundação Sistema Nacional de Análise de Dados, Perfil Municipal*. São Paulo. Disponível em:
<http://produtos.seade.gov.br/produtos/perfil/perfilMunEstado.php> Acesso: mai/2015.
 36. Elias, P.E. et al. *Atenção Básica em Saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo*. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2006, vol.11, n.3, pp.633-641. ISSN 1413-8123. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300012>. Acesso em: dez/2016.
 37. Brasil. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 110p. il.: - (Série E – Legislação em Saúde). Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso: out/2016.
 38. Gil, A.C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 1999. 206 p., il. ISBN 8522422702 (broch.).
 39. Gil, A.C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2010. 184 p., il. ISBN 8522431698 (broch.).
 40. Piovesan, A. e Temporini, E. R. (1995). *Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública*. Rev. Saúde Pública. 1995, 29(4): 318-325. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n4/10.pdf>. Acesso: out/2016.

41. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. 4. ed. Lisboa: Editora 70, 2004. 223 p. ISBN 9724412148 (broch.).
42. Maia, E. R.; Pagliuca, L. M. F. e Almeida, P. C. *Aprendizagem do agente comunitário de saúde para identificar e cadastrar pessoas com deficiência*. Acta Paul Enfermagem, 2014; 27 (4): 326 -32. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0326.pdf>. Acesso: out/2016.
43. Santos, K. T. et al. *Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?*. Ciência & Saúde Coletiva, 16(Supl. 1):1023-1028, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700035. Acesso: out/2016.
44. Mota, R. R. A. e David, H. M. S. *A crescente escolarização do agente comunitário de saúde: uma indução do processo de trabalho?*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 229-248, jul./out.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v8n2/a04v8n2.pdf>. Acesso: out/2016.
45. Brasil. *Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006*. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm#art21. Acesso: out/2016.
46. Brasil. *O trabalho do agente comunitário de saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84p:il. (série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf. Acesso: out/2016.
47. Brasil. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília: Ministério da Saúde, 1997. 36p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf. Acesso: out/2016.
48. Brasil. *Memórias da Saúde da Família no Brasil*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144p:il – (Série I – História da Saúde no Brasil). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf. Acesso: out/2016.

49. Brasil. *Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013*. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em:
http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/Portaria_1412%20jul_13.pdf Acesso: out/2016
50. Kronbauer, A. L.; Paulo Schor, P. e Carvalho, L. A. V. *Medida da visão e testes psicofísicos*. Arq Bras Oftalmol. 2008;71(1):122-7. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/abo/v71n1/v71n1a27.pdf>. Acesso: out/2016.
51. Vargas, M. A.; Rossi, A. G. e Rodrigues, M. L. V. *Ambliopia*. In: Kara-José, N. e Rodrigues, M. L. V. *Saúde Ocular e prevenção da cegueira*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. p 62-65.
52. Oliveira, A. M. *Deteção de ambliopia, ametropias e fatores ambliogênicos em comunidade assistida por Programa da Saúde da Família no Rio de Janeiro, Brasil*. Rev Bras Oftalmol. 2010; 69 (2): 110-13. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rbof/v69n2/a08v69n2.pdf> Acesso: out/2016.
53. Bicas, H. E. A. *Fisiologia da visão binocular*. Arq Bras Oftalmol. 2004; 67: 172-80. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v67n1/a32v67n1.pdf> Acesso: out/2016.
54. Maia, E. R. et. al. *Competências do agente comunitário de saúde junto à pessoa com deficiência: análise documental*. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 out/dez; 17(4):485-90. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v17n4/v17n4a05.pdf>. Acesso: out/2016.
55. Neto, M. M. C. (org). *A Implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. 44 p. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_unidade_saude_familia_cab1.pdf. Acesso: out/2016.
56. Brasil. *Guia prático do agente comunitário de saúde*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 260 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em:
http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf Acesso: out/2016.
57. Brasil. *Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013*. Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para

- Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/L12871.htm Acesso: dez2016.
58. Brasil. *Lei nº 13.333, de 12 de setembro de 2016*. Prorroga o prazo de dispensa de que trata o art.16 da Lei nº12.871, de 22 de outubro de 2013. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/L13333.htm Acesso: dez2016.
59. Merhy, E.E.; Feuerwerker L.M C. e Ceccim, R.B. *Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud*. Salud colectiva [Internet]. 2006 Ago [citado 2016 Dic 16]; 2(2): 147-160. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000200004&lng=es.
60. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. *Gestão de Redes na OPAS/OMS Brasil: Conceitos, Práticas e Lições Aprendidas*. Organização PanAmericana da Saúde. – Brasília, 2008. 174 p.: il.
61. Brasil, *Portaria 373 de 24 de fevereiro de 2002*. Aprova Aprovar a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html Acesso: jan/2017.
62. Silva, M.R.; Nobre, M.I.R.S.; Carvalho, K.M. e Montilha, R.C.I. *Visual impairment, rehabilitation and International Classification of Functioning, Disability and Health*. Rev. bras.ofthalmol. [online]. 2014, vol.73, n.5, pp.291-301. ISSN 0034-7280. <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7280.20140063>.
63. Giovanella, L. et al. *Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação*. Saúde em Debate; 26 (60): 37-61, 2002. ISBN 0103-1104. Disponível em: <http://www6.enp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/SistemasMunicipaisSa%C3%BAde.pdf> Acesso: jan/2017.
64. [REDACTED], *Lei Orgânica*. Prefeitura do Município de [REDACTED]. Disponível em: [http://www.\[REDACTED\].sp.gov.br/Lei-Organica/lei-organica.html](http://www.[REDACTED].sp.gov.br/Lei-Organica/lei-organica.html) Acesso: nov/2016.

65. Nogueira, R. P. (coord). *Avaliação de Tendências e prioridades sobre recursos humanos de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. p.35. ISBN 85-87943-19-7. Disponível em: Acesso: jan/2017.
66. Cotta, R.M.M. 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* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp.7-18. ISSN 1679-4974. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742006000300002>. Disponível em: Acesso: jan/2017.
67. Giovanella, L. et al. . Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2009. 14(3): 783-794. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>. Acesso: Jan/2017.
68. Moimaz, S. A. S.; Marques, J. A. M.; Saliba, O.; Garbin, C. A. S.; Zina, L. G. e Saliba, N. A. Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde. *Physis* [Internet]. 2010. 20(4): 1419-1440. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000400019>. Acesso: jan/2017.
69. Brasil. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Ministério da Saúde. (____). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf. Acesso: jan/2017
70. Brasil. *Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/ Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília: 2013. p.92. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_0.pdf. Acesso em: set/2016.

APÊNDICE

Apêndice 1 - Questionário Auto-Applicável para os Agentes Comunitários de Saúde

Data de nascimento: _____ / _____ / _____

1. Qual seu grau de escolaridade?

Ensino fundamental incompleto ()	Ensino fundamental completo ()	Ensino médio incompleto ()	Ensino médio completo ()	Ensino superior incompleto ()	Ensino superior completo ()	Pós- graduação ()
--	--	--------------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------	--------------------------

2. Que unidade você trabalha?

Unidade		Equipe	
()	Amarelo	() M	
()	Cinza	() F	() G
()	Dourado	() A	
()	Laranja	() D	() J
()	Marron	() I	() L
()	Preto	() H	() K
()	Rosa	() Q	() N
()	Roxo	() E	
()	Verde	() O	
()	Vermelho	() P	
()	Violeta	() B	() C

3. Há quanto tempo trabalha nesta unidade? _____

4. Há quanto tempo mora na cidade? _____

5. Há quanto tempo mora na área neste território? _____

6. Você passou por algum tipo capacitação/curso/oficina sobre a pessoa com deficiência?

() Sim

() Não

Qual? _____

Aproximadamente quantas horas a capacitação/curso/oficina teve de duração?

7. Há quanto tempo você passou por uma capacitação/curso/oficina sobre a pessoa com deficiência?

8. Durante a visita domiciliar você faz alguma coisa para saber se tem alguém com deficiência visual na casa?

9. Quando você identifica uma pessoa com deficiência visual, o que você faz?

Encaminha para o Médico do Programa de Saúde da Família

Encaminha para Médico Oftalmologista

Encaminha para outro Médico.

Qual? _____

Encaminha para outro profissional de saúde.

Qual? _____

Realiza algum tipo de orientação para a pessoa com deficiência visual durante a visita.

Qual orientação? _____

Outra(s) atitude(s)

Qual(is)? _____

Apêndice 2 – Entrevista semi-estruturada para profissionais da Atenção Básica

Caracterização do sujeito

Unidade de Trabalho:

Cargo: _____ Sexo: Fem () Masc ()

Há quanto tempo trabalha nesta unidade e neste cargo?

Idade média de atuação profissional?

Questões norteadoras:

1. Como funciona o atendimento para a pessoa com deficiência visual a partir do momento que ela chega aqui? O que vocês fazem aqui? Vocês encaminham para algum lugar depois?

2. Existe uma fila de espera do momento que ela chega até o atendimento? Se existe qual o tempo aproximado dessa espera?

3. Em caso de encaminhamento para o médico especialista (oftalmologista) quanto tempo demora aproximadamente para esse atendimento ocorrer?

4. Você conhece a Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites”?

()sim O que você sabe sobre ela? (responda a pergunta 5)

() não (responda a pergunta 6)

5. Você acha que depois da Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites ocorreram mudanças no atendimento à pessoa com deficiência?

()sim Quais mudanças?

() não

6. Você sabe se existe Serviços de Reabilitação para pessoa com deficiência visual?

()sim Sabe me dizer qual é o Serviço de Referência para o Município?

() não

7.Fale sobre a organização da rede de atendimento para a pessoa com deficiência visual no município?

8.Você acha que os serviços de saúde do município dão conta da demanda?

9.Você está satisfeito com o fluxo de atendimento e organização do serviço? Fale sobre.

10.Você acha que precisaria mudar alguma coisa em relação ao atendimento à pessoa com deficiência visual?

sim O quê e por quê?

não

11.Você acha que existe de forma efetiva a referência e a contra-referência do caso?

12.Você acha que depois da Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites ocorreram mudanças no atendimento à pessoa com deficiência?

sim Quais mudanças?

não

13.Você sabe se existe Serviços de Reabilitação para pessoa com deficiência visual?

sim Sabe me dizer qual é o Serviço de Referência para o Município?

não

14.Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Apêndice 3 - Entrevista semi-estruturada (Gestão Atenção Básica)

Caracterização do sujeito

Formação:

Cargo:

Idade:

Sexo: Fem () Masc ()

Há quanto tempo você atua nessa profissão?

Há quanto tempo você trabalha na rede de saúde desse município?

Há quanto tempo trabalha neste cargo?

Questões norteadoras:

1. Como funciona a gestão da Atenção Básica no município? Fale sobre suas principais funções?
2. De modo geral, fale sobre a organização da rede de atendimento para a pessoa com deficiência visual ou queixa ocular no município? Que caminhos o paciente percorre para ser assistido?
3. Existe um diálogo entre a Atenção Básica e a Especialidade? Fale sobre.
4. Existe uma fila de espera para que o paciente seja assistido por essa rede?
5. Você acha que os serviços de saúde do município dão conta da demanda?
6. Você está satisfeito com o fluxo de atendimento e organização do serviço? Fale sobre.
7. Você acha que precisaria mudar alguma coisa em relação ao atendimento à pessoa com deficiência visual?

() sim O quê e por quê?

() não

8. Você acha que existe de forma efetiva a referência e a contra-referência do caso?
-

9. Você conhece a Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites”?

() Sim O que você sabe sobre ela?

() Não (Passe para q questão 6)

- 10.

ocê acha que depois da Portaria nº 793/2012 que Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com

Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde vinculado ao “Plano Viver sem Limites” ocorreram mudanças no atendimento à pessoa com deficiência?

sim Quais mudanças?

não

11. Você sabe se existe Serviços de Reabilitação para pessoa com deficiência visual que seja referência para o município?

sim Se sim, Qual (is)

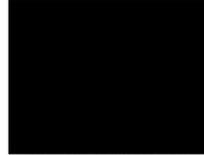
não

15. Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Anuência da Secretaria do Município

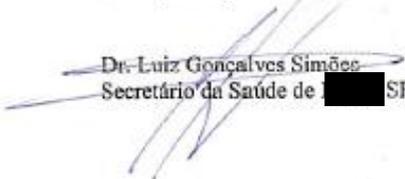
Secretaria Municipal de Saúde



AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, Luiz Gonçalves Simões, Secretário da Saúde do Município de [REDACTED] SP, declaro estar ciente dos requisitos da Resolução CNS/MS 466/12 e suas complementares e declaro que tenho conhecimento dos procedimentos instrumentos aos quais os participantes da presente pesquisa serão submetidos. Assim autorizo a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado “ O itinerário da pessoa com deficiência visual nos serviços de saúde e reabilitação em um município da Região Metropolitana de Campinas – São Paulo”, sob responsabilidade das pesquisadoras Ana Claudia Fernandes e Rita de Cássia Ietto Montilha, após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa-Unicamp.

Itatiba, 01 de junho de 2015


Dr. Luiz Gonçalves Simões
Secretário da Saúde de [REDACTED] SP.



ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O itinerário da pessoa com deficiência visual nos serviços de saúde e reabilitação em um município da Região Metropolitana de Campinas - São Paulo

Pesquisador: Ana Cláudia Fernandes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46001215.7.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DE SÃO PAULO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.135.433

Data da Relatoria: 23/06/2015

Apresentação do Projeto:

Introdução: Historicamente observa-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui dificuldades em relação à assistência oftalmológica para pessoa com deficiência visual. Somente em 2008 é que dispositivos normativos surgem com o propósito de organizar a rede de atenção a essa população. Em 2011, com o "Plano Viver Sem Limites", tem-se um novo panorama no cuidado da pessoa com deficiência. Desta forma, esta pesquisa justifica-se pela necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a rede de atenção em deficiência visual, a fim de favorecer o atendimento integral à pessoa com deficiência visual desde o diagnóstico. **Objetivo:** Conhecer e analisar a organização e articulação dos serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência visual em um município da região metropolitana de Campinas-SP, após a implantação do "Plano Viver sem Limites". **Métodos:** Trata-se de um estudo de caráter quantitativo e qualitativo. Será realizado levantamento documental e bibliográfico sobre os dispositivos normativos referentes à pessoa com deficiência visual. A coleta de dados se dará também, por meio de questionário autoaplicável para os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e entrevista semi-estruturada para diretores, gestores e profissionais da saúde. Os instrumentos serão testados previamente. A análise dos dados serão realizadas com base na análise de conteúdo e análise estatística descritiva. O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. Os

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.136.433

participantes serão informados sobre os objetivos da pesquisa e, se concordarem em participar da mesma, assinarão Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Resultados Esperados: Espera-se contribuir para maior compreensão sobre a estruturação e o funcionamento da rede de atenção à pessoa com deficiência visual no município pesquisado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer e analisar a organização e articulação dos serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência visual em um município da região metropolitana de Campinas- SP, após a implantação do "Plano Viver sem Limites".

Objetivo Secundário:

Contextualizar a atenção à saúde da pessoa com deficiência visual a partir das diretrizes do SUS e das políticas específicas da deficiência visual.

Verificar como tem funcionado a rede de serviços de saúde e reabilitação em deficiência visual segundo profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos previsíveis

Benefícios:

Conhecer a organização e articulação dos serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência visual a fim de favorecer maior divulgação e acesso das informações aos usuários e profissionais de saúde e reabilitação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem elaborado, a temática é relevante e a metodologia proposta está adequada para a obtenção dos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está completa.

Traz uma autorização do secretário de saúde do município onde será desenvolvido o projeto.

O TCLE está completo e claro.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS**



Continuação do Parecer: 1.135.433

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126			
Bairro: Barão Geraldo	CEP: 13.083-887		
UF: SP	Município: CAMPINAS		
Telefone: (19)3521-8936	Fax: (19)3521-7187	E-mail: cep@fcm.unicamp.br	

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.135.433

-Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

CAMPINAS, 02 de Julho de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os Agentes Comunitários de Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR E O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECIMENTO E CONDUTA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.

Ana Cláudia Fernandes e Rita de Cassia Ietto Montilha

Número do CAAE: 46001215.7.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa justifica-se pela importância do profissional de saúde e reabilitação conhecer os serviços disponíveis na rede pública de SUS para as pessoas com deficiência visual, sendo assim este estudo tem o objetivo conhecer e analisar a organização e articulação dos serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência visual em um município do interior paulista, após a implantação do “Plano Viver sem Limites”.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder um questionário estruturado autoaplicável com poucas questões e que deverá ser entregue para a pesquisadora ao término das respostas.

Observações:

- O questionário demora em média 10 minutos para ser respondido;
- Deverá ser respondido em caneta azul ou preta;
- Todas as questões deverão ser preenchidas;
- Estarei de plantão na unidade para solucionar quaisquer dúvidas sobre a pesquisa durante o dia de respostas dos questionários.

Desconfortos e riscos:

Caso ocorram possíveis riscos ou desconfortos, o questionário poderá não ser respondido, já que sua participação é voluntária e espontânea. A participação na pesquisa não implica em nenhum gasto adicional para você, portanto, eu e minha orientadora não faremos nenhum reembolso. Se mesmo assim, ocorrerem quaisquer despesas em função da participação na pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pelas pesquisadoras.

Acompanhamento e assistência:

Você poderá solicitar, a qualquer momento, quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. A pesquisadora responsável poderá ser contatada pelo telefone (19) 3521-8800 – CEPRE – FCM - UNICAMP.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Ana Cláudia Fernandes pelo endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP, ou pelo telefone (11) 997533599 ou pelo email ana.claudia2221@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome _____ do(a) _____ participante:

Data:

____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)

ANEXO 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido profissionais da AB**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE OCULAR E O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA VISUAL: CONHECIMENTO E CONDUTA DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA.****Ana Cláudia Fernandes e Rita de Cassia Ietto Montilha****Número do CAAE: 46001215.7.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

Esta pesquisa justifica-se pela importância do profissional de saúde e reabilitação conhecer os serviços disponíveis na rede pública de SUS para as pessoas com deficiência visual, sendo assim este estudo tem o objetivo conhecer e analisar a organização e articulação dos serviços de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência visual em um município do interior paulista, após a implantação do “Plano Viver sem Limites”.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a responder uma entrevista semi-estruturada conforme a sua disponibilidade e agenda.

Observações:

- A entrevista demora em média 20 minutos para ser respondida;

- Você poderá autorizar ou não a gravação da entrevista, lembrando que a gravação é necessária para que depois os dados possam ser transcritos e analisados juntamente com a orientadora da pesquisa;
- Eu irei ao seu encontro para a entrevista.

Desconfortos e riscos:

Caso ocorram possíveis riscos ou desconfortos, a entrevista poderá ser interrompida, já que sua participação é voluntária e espontânea. A participação na pesquisa não implica em nenhum gasto adicional para você, portanto, eu e minha orientadora não faremos nenhum reembolso. Se mesmo assim, ocorrerem quaisquer despesas em função da participação na pesquisa, estas serão ressarcidas integralmente pelas pesquisadoras.

Acompanhamento e assistência:

Você poderá solicitar, a qualquer momento, quaisquer esclarecimentos sobre a pesquisa. A pesquisadora responsável poderá ser contatada pelo telefone (19) 3521-8800 – CEPRE – FCM - UNICAMP.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Ana Cláudia Fernandes pelo endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP, ou pelo telefone (11) 997533599 ou pelo email ana.claudia2221@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)