

# TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM **ACESSO À SAÚDE: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EQUIDADE**

---

**LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES PARA ACESSO DAS PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA, E DIFERENTES ACEPTÕES DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
AO SERVIÇO DE SAÚDE**

***Mayara França Barboza***

Orientador: Michele Soltosky Peres e  
Ricardo Antunes Dantas de Oliveira

Rio de Janeiro, 2019

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ACESSO À SAÚDE: INFORMAÇÃO,  
COMUNICAÇÃO E EQUIDADE**

**LEVANTAMENTO DE INFORMAÇÕES PARA ACESSO DAS PESSOAS COM  
DEFICIÊNCIA, E DIFERENTES ACEPÇÕES DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA  
AO SERVIÇO DE SAÚDE**

por

**MAYARA FRANÇA BARBOZA**

Trabalho apresentado ao Instituto de  
Comunicação e Informação Científica e  
Tecnológica em Saúde, da Fundação  
Oswaldo Cruz

**Modalidade de trabalho:** Trabalho de  
Conclusão de Curso.

**Orientador (es):** Michele Soltosky Peres e  
Ricardo Antunes Dantas de Oliveira.

**Rio de Janeiro, Janeiro/2019**

## RESUMO

O seguinte projeto surge com o intuito repensar a metodologia de trabalho realizada dentro da Clínica da Família Helena Besserman Viana, tendo em vista que foi observado uma precariedade no levantamento de informações sobre pessoas com deficiências dentro da unidade e conseqüentemente uma falha em projetos de promoção de saúde direcionado à essas pessoas. A proposta é que seja realizada um mapeamento dentro do território da unidade, começando pelo território da equipe Atalaia, que é a equipe que apresenta o maior índice de vulnerabilidade. Em seguida, será realizado um levantamento dos dados obtidos para que seja pensado uma reorganização das ofertas de saúde que são oferecidas aos usuários e a ampliação do levantamento para as demais equipes da unidade

Palavras - Chave : Mapeamento, Levantamento, Reorganização de ofertas de serviço de saúde

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	4
2 OBJETIVOS.....	7
2.1 OBJETIVO GERAL.....	7
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	7
3 JUSTIFICATIVA.....	8
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	9
5 METODOLOGIA.....	11
6 CRONOGRAMA.....	15
7 REFERÊNCIAS.....	16

## 1. INTRODUÇÃO

A Clínica da Família Helena Besserman Viana (CFHBV), está localizada no território de Rio das Pedras, Região Metropolitana I do município do Rio de Janeiro. Nela são oferecidos os serviços de atendimento e acompanhamento médico em Clínico Geral, Saúde da Mulher, Pré Natal, Hipertensão, Diabetes, Saúde da Criança, Tuberculose, Hanseníase e Saúde do Idoso. Além de grupos de Saúde Mental, Qualidade de vida, Planejamento Familiar e Tabagismo. A Clínica conta também com os serviços da Academia Carioca, Ultrassonografia, Raio-x, Procedimentos, Observação Clínica, Imunização, Coleta de exames, Saúde Bucal e Farmácia.

Inaugurada em Março de 2016, a clínica surge dentro da comunidade com a proposta de juntamente com a Clínica da Família Otto Alves de Carvalho (CFOAC), outra unidade de saúde atuante dentro da comunidade, realizar uma cobertura de 36 mil moradores do território do Rio das Pedras, proporcionando assim uma cobertura total de 100% da população da comunidade.

(BRASIL,2016)

A clínica faz parte da estratégia de saúde da família, um novo modelo de reorganização de saúde que é mais abrangente e centrado no usuário e voltado à promoção de saúde e prevenção de agravos (Brasil,2002) .A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo: Médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou Médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo ter também uma equipe de Saúde Bucal, Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4,000 usuários de uma determinada área. (Brasil, 2016)

O processo de trabalho dentro da CFHBV, se dá de forma interdisciplinar, com cada indivíduo agindo dentro dos seus saberes e designando as funções que lhe foram acometidas baseadas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Documento este que gere e orienta o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde(UBS), assim como as designações de cada profissional

O cadastramento dos usuários é realizado através de visitas domiciliares, segundo a definição da área territorial pré estabelecida por mapeamento realizado pela Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP). Nesses processos são identificados componentes familiares, condições de moradia, morbidades e condições ambientais da área. Essa etapa inicia o vínculo da unidade de saúde com os usuários. A partir da análise da situação de saúde local e de seus determinantes, os profissionais e gestores possuirão os dados iniciais necessários para o efetivo planejamento das ações a serem desenvolvidas. O cadastramento sendo feito de forma correta, acarreta o levantamento dos dados das demandas de saúde específicas da localidade, facilitando a identificação de determinantes de saúde e possibilitando o desencadeamento de ações que preconizam promoção e prevenção de saúde.(Brasil, 1997)

Todos os dados obtidos durante o cadastramento, são registrados em uma plataforma eletrônica de coleta de dados, que gera indicadores de saúde. Esses indicadores norteiam o trabalho da atenção básica, apontando as maiores vulnerabilidades e linhas de cuidados que devem ser definidas como prioritárias dentro do território da clínica. A plataforma atual para coleta de dados que é usada na CFHBV é a Vitacare, porém o atual governo tem proposto uma reestruturação no processo de trabalho que realizamos e dentro dessa proposta de reestruturação, está mudança desse prontuário em questão, para um prontuário unificado em território Nacional, o E-Sus. De acordo com o ministério da saúde (2016), esse novo prontuário visa uma coleta de dados de forma simplificada, com menos fichas e mais informações, pois os dados e indicadores serão colhidos por cidadão e não por famílias. Além disso, com a unificação do prontuário, os dados colhidos não são perdidos caso o paciente mude de território, sendo assim permitido uma continuidade e comunicação entre diversas esferas de trabalho. De acordo com o Ministério da Saúde, com essa mudança o país passa a contar com 11.112 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com o sistema informatizado e unificado, totalizando uma cobertura de 57,5% da população Brasileira.

Dentro das UBS, temos o que chamamos de Linhas de Cuidados Prioritárias. Dentro dessas linhas de cuidado, além do trabalho que já é

realizado dentro da praxe de cuidados e especificações da PNAB, são realizadas atividades dentro e fora da clínica especificamente para essas pessoas, como grupos de promoção de saúde, assim como a solicitação de novos profissionais que possam atribuir conhecimentos no que diz respeito à ampliação de cuidado. Com o prontuário que é utilizado atualmente no que se refere ao detalhamento das informações referentes à caracterização dos usuários e as demandas de saúde é observado pela equipe de saúde uma certa incompletude nos dados que possibilitaram reconhecer os usuários com deficiência no território em questão.

De um total de 50,904 usuários, foram identificados apenas 72 pessoas com deficiência em acompanhamento na unidade de Saúde. De acordo com Hart (1971), esse efeito em que mostra que as pessoas que mais precisam de cuidados são as que menos utilizam os serviços de saúde é chamado de lei dos cuidados inversos. Onde a disponibilidade dos serviços de saúde é desproporcional às necessidades da população. Observa-se através dos números, que a quantidade de pessoas com deficiência identificadas dentro do território, é desproporcional a quantidade de usuários acompanhados dentro da unidade de saúde, nos levando a pensar onde estão essas pessoas e que tipo de cuidado tem recebido.

O índice de vulnerabilidade social, dentro desse território é muito grande. Cerca de 10% dos usuários da clínica são beneficiários do bolsa família ou família carioca e especifica-se que mais de 50%, de acordo com dados obtidos na plataforma eletrônica, não possuem ensino médio completo e nem vínculo empregatício.

A proposta desse projeto de intervenção, é um levantamento de informações com relação às pessoas com deficiência, começando pela equipe que apresenta os maiores índices de vulnerabilidades: A Equipe Atalaia.

A equipe Atalaia conta no momento (Janeiro/2019) com um total de 3,952 usuários cadastrados e em acompanhamento e apenas 7 usuários com deficiência identificados. De acordo com dados extraídos da Plataforma Subpav, cerca de 508 usuários dessa área, são beneficiários de algum programa social do governo.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Mapeamento do território e levantamento de informações do território da equipe atalaia, para ampliar o olhar da clínica para as pessoas com deficiência assim como as ofertas de cuidado que são oferecidas dentro da unidade para esses usuários.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil sócio-demográfico das pessoas com deficiência dentro do território. (Sexo, idade, escolaridade, inserção no mercado de trabalho);
- Identificar o nível de funcionalidade dos usuários a partir da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) dos usuários com algum tipo de deficiência;
- Identificar as demandas de saúde dos usuários no território
- Conscientizar as equipes de saúde da real necessidade e realidade do território, revendo cuidado prestado e as metodologias de trabalho executadas.
- Implementar uma nova linha de cuidado para pessoas com deficiências.



### **3. JUSTIFICATIVA**

A deficiência ainda não é tida como uma das linhas de cuidado prioritárias da unidade, e isso acontece pela falta de detalhamento das informações coletadas pelos profissionais de saúde da unidade. Utilizando os dados da equipe Atalaia, observa-se uma falha com o levantamento de informações, falha essa que gera uma deficiência na oferta de serviço da equipe. Com o levantamento, espera-se obter dados reais sobre os usuários da equipe Atalaia, e com isso ampliar a oferta de saúde que esta sendo oferecida naquele território, assim como ter uma noção da realidade e das necessidades de saúde desses usuários.

A proposta também visa ampliar o olhar dos profissionais de saúde dentro do território para que novas formas de trabalho possam ser elaboradas, ampliando assim a qualidade do acesso oferecido pela unidade.

#### 4. REFERENCIAL TEÓRICO

Quando falamos em dimensões de cuidado na área da Saúde, estamos falando de múltiplas facetas de organização e execução de ações que visam sempre um bem estar social e a promoção de saúde com o intuito de reduzir danos futuros. Cecílio (2007) diz que as organizações de saúde podem ser consideradas uma rede completa, que tem o envolvimento de diversos atores com composições, valores e interesses diferentes, mas que visam sempre o mesmo objetivo: O cuidado. Essas organizações podem ser vistas em três dimensões diferentes: Dimensão Profissional, Dimensão Organizacional e Dimensão Sistêmica.

A Dimensão Profissional diz respeito ao trabalho mais interno que é executado na área da saúde. Essa dimensão diz respeito ao encontro profissional e usuário do serviço de saúde e a forma singular como esse encontro se dá. É o alvo principal de todas as nossas estratégias de cuidado e três componentes são essenciais para que essa dimensão seja explorada de forma satisfatória: A forma como o trabalhador concebe o outro que necessita dos seus cuidados, a forma como ele utiliza seus conhecimentos técnicos para resolução dos problemas do pacientes e a criação de um bom vínculo. Esse último é um componente cercado de potencialidade e um dos principais norteadores do trabalho realizado em saúde. A segunda dimensão, é a dimensão organizacional. Essa dimensão vai fazer referência a metodologia da organização do processo de trabalho, a troca de informação entre os profissionais, o uso das ferramentas de registro e fluxos. A terceira dimensão, a sistêmica vai fazer referência ao conjunto de serviços de saúde e as suas diferentes funções e organizações dentro de uma estratégia de saúde.

Embora atuem de formas diferentes, essas dimensões são interdependentes e estão sempre objetivando a mesma coisa: O Cuidado. Esse cuidado está sempre visando gerar uma maior promoção de informações em saúde, assim como ampliar acesso e integrar múltiplos serviços e atores de saúde de forma única, sempre preservando a noção de equidade.

A dimensão profissional é a que pretendemos alcançar através desse projeto, de acordo com Augusto (2014), o que mais prejudica um cuidado clínico de

qualidade é a falta de uma comunicação eficaz, e isso acaba prejudicando a qualidade dos cuidados dos que mais necessitam. A lei dos cuidados inversos se faz presente na prática clínica do cotidiano da oferta de saúde e a equidade pode estar sendo deixada de lado e mais recursos estão sendo oferecidos à pessoas com menor necessidades.

## 5. METODOLOGIA

O território da equipe Atalaia é um território muito vasto, com um total de 22 ruas que podemos definir melhor como becos. A área conta com um total de 3972 pessoas cadastradas na unidade de saúde. Um grupo formado por cinco agentes de saúde, será o responsável por fazer o levantamento de dados do território adstrito, assim como registro dos dados no prontuário eletrônico.

### **PASSO 1:**

Como o cuidado é um dos principais elementos desse projeto, o primeiro passo seria uma reunião com os envolvidos no levantamento, nesse caso os 5 agentes responsáveis pela área dentro do território. Essa reunião tem como proposta revisar o entendimento que cada um tem da estratégia de saúde da família e de como seu trabalho deve ser executado, assim como as funções pré definidas de cada profissional dentro da sua área de atuação. É muito importante que toda a equipe fale a mesma língua dentro do território para que as informações sejam passadas de forma coerente para os usuários do serviço de saúde. Essa reunião teria como pauta:

- Saúde da família: Explicação dos conceitos de Integralidade, Universalidade e Equidade e como eles devem ser colocados em pauta.
- Acolhimento: Trabalhar a escuta qualificada oferecidas pelos trabalhadores aos usuários do serviço de saúde. Através dessa escuta, é possível garantir um acesso às tecnologias adequadas a necessidade do indivíduo, ampliando a efetividade das práticas de saúde e fazer uma avaliação de gravidade, vulnerabilidade e risco (BRASIL,2003)

### **PASSO 2:**

Com o objetivo de organizar o processo de trabalho, os agentes farão um mapa do território, contendo todas as ruas que fazem parte dele, assim como quantidade de prédios por rua e andares por prédio. Por se tratar de uma área com grande rotatividade de pessoas, fica mais fácil levantamento, se um

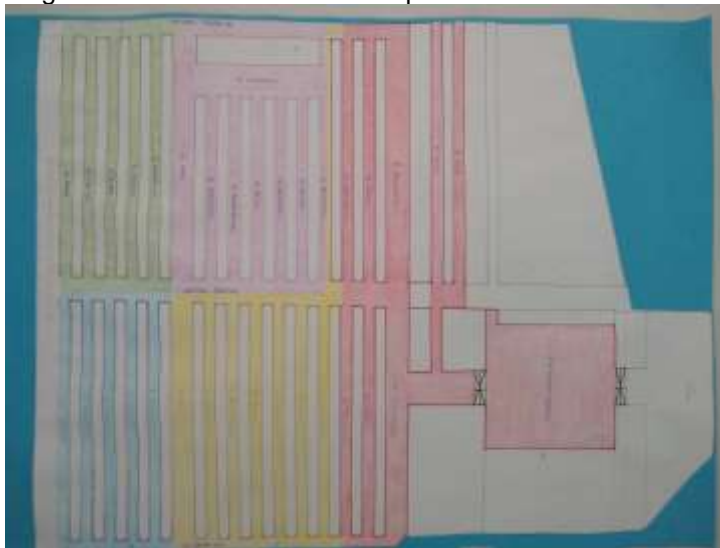
mapeamento organizado for feito com antecedência. Permitindo assim um controle das residências visitadas e entrevistadas. E também ampliar a visão do que está sendo feito dentro do território.

Imagem 1 - Território da Equipe Atalaia.



Fonte: Google Maps.

Imagem 2 - Desenho do Território por Microárea.



Na imagem 1, vemos o território da equipe em 3D de acordo com o Google Maps. Já na Imagem 2, está o desenho do território, pintado por microáreas, para melhor orientar a equipe técnica de onde o usuário atendido mora. Essa imagem auxilia, quando um usuário que necessita de cadastramento, aponta onde mora, assim o profissional técnico já consegue identificar quem é o Agente responsável, já que os números são confusos.

### **PASSO 3:**

Mutirão de visita para cadastramento dos usuários. Para esse cadastramento, será utilizado a folha de cadastramento individual do indivíduo fornecida pelo E-SUS (Anexo 1). Nessa folha estarão os dados sócio-demográficos de todos os indivíduos que serão cadastrados. Os usuários cadastrados que informarem algum tipo de Deficiência, deverão ser inseridos na planilha de vigilância e monitoração que já é utilizado pela equipe, seguindo o seguinte modelo:

**Imagem 3 - Planilha de informações de PCDs.**

NOME	DN	Nº SUS	ENDEREÇO	TIPO DE DEFICIÊNCIA	ULT CONSULTA	ULT EXAMES	AC EM OUTRO LOCAL	OBS	LEGENDAS
									Paralelo em dia
									Encaminhado por outra equipe
									Acompanha em outro lugar
									Muito de área

Fonte: CAP 4.0

Devido a falta de recursos disponíveis para uma melhor investigação, não será possível elaborar um questionário para avaliar o nível de funcionalidade dos usuários. Então essas informações deverão ser inseridas no campo “Outras Condições de Saúde” da folha de cadastro e discriminadas no campo “OBS” da planilha de vigilância da equipe.

### **PASSO 4:**

Levantamento de todos os dados obtidos para elaboração de um gráfico que mostre o percentual de pessoas com deficiência dentro do território da equipe.

### **PASSO 5:**

Apresentação dos dados levantados em uma reunião de módulo, que é uma reunião que acontece mensalmente na unidade com todos os profissionais, onde são apresentados dados dos trabalhos que estão sendo realizados e proposta de melhorias. A intenção é apresentar o gráfico dos números obtidos na equipe atalaia e propor realizar o levantamento nas demais 15 equipes, para que possamos levantar dados sobre a clínica de modo geral. Propor também a participação dos demais profissionais de saúde (NASF e Equipe de Saúde Bucal)

na elaboração de uma nova linha de cuidado dentro da unidade totalmente voltada a pessoas com deficiência.

**PASSO 6:**

Realizar um grupo de promoção de saúde para os pacientes deficientes que foram identificados através do levantamento.

A proposta do grupo será apresentar à esses usuários os serviços oferecidos pela unidade, assim como a forma de funcionamento da mesma. Ouvir as dificuldades que esses sujeitos tiveram de acesso à atendimento e propor melhorias, assim como o acolhimento e encaminhamento aos que necessitam, assim como: atendimento médico, encaminhamento para especialistas, orientações com assistente social sobre benefícios, atendimento e acompanhamento psicológico.

## 6. CRONOGRAMA

Quadro 1 - Cronograma

	Março	Abril	Maio	Junho
Criação Mapa do Território	x			
Mapeamento do Território		x	x	
Levantamento dos dados Obtidos e formulação para apresentação para as demais equipes			x	x
Organização dos serviços que deverão ser realizados dentro da unidade para acolher a demanda observada.				x



## 7. REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, Renata Uliana. **A Lei dos Cuidados Inversos e a Prática Clínica do Médico de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: PROMEF, v. 2, 2014, p. 9-11. (Ciclo 9).
- BRASIL. Estratégia Saúde da Família. **Ministério da Saúde**. Brasil, 2016. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/saude-da-familia/sobre-o-programa>>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- \_\_\_\_\_. HumanaSUS: Política Nacional de Humanização. **Ministério da Saúde**. Brasil, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- \_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, v. 7, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_promocao\\_saude\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf)>. Acesso em: 11 fev. 2019.
- \_\_\_\_\_. **Saúde da Família : Uma Estratégia Para Reorientação Do Modelo Assistencial**. 1. ed. Brasil: Ministério da Saúde, 1997. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: : elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **SciELO**. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 nov. 2018.
- HART, Julian Tudor. **The Inverse Care Law**. Inglaterra, 1971. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S014067367192410X>>. Acesso em: 30 nov. 2018.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Prefeitura Inaugura CF no Rio das Pedras. **Prefeitura do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://prefeitura.rio/web/sms/exibeconteudo?id=5967205>>. Acesso em: 30 nov. 2016.