

LABORO – EXCELÊNCIA EM CONSULTORIA E PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GISELLE MENDES ALBUQUERQUE
LAURA ARRUDA FAISSOL MENDES

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA ATENDIDA
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO TIRIRICAL, SÃO
LUÍS-MA

São Luís

2006

**GISELLE MENDES ALBUQUERQUE
LAURA ARRUDA FAISSOL MENDES**

**ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA ATENDIDA
PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO TIRIRICAL, SÃO
LUÍS-MA**

Artigo apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família do LABORO - Excelência em Consultoria Pós-Graduação para obtenção do grau de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mônica Elinor Alves Gama

São Luís

2006

ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA ATENDIDA PELO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO DISTRITO TIRIRICAL, SÃO LUÍS-MA

**Attention to the Person's Bearer of Deficiency Health Assisted by the Program of Family Health of
Distrito Tirirical, São Luís-MA**

Giselle Mendes Albuquerque¹
Laura Arruda Faissol Mendes²
Mônica Elinor Alves Gama³

RESUMO

O presente trabalho buscou analisar a situação da atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência (PPD) atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF) no distrito do Tirirical, São Luís – MA, tendo como referência a POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. Nesse intuito, foram verificados a definição conceitual PPD adotada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e o conhecimento da mesma sobre as ações específicas voltadas para essas pessoas. Também foram identificados os principais entraves e facilidades apontados pela ESF para a prestação de atenção à saúde dos portadores de deficiência. A partir dos resultados encontrados, pode-se questionar até que ponto é prestada atenção integral à saúde da PPD, visto que os profissionais entrevistados para a pesquisa mostraram conhecer apenas parcialmente o conceito de PPD e que a maioria desconhece a existência de documentação oficial do Ministério da Saúde regulamentando a atenção a estas pessoas. Fato que pode interferir no reconhecimento desse segmento populacional, comprometendo a adequada abordagem e a assistência integral à saúde da PPD. Observamos, ainda, que os três principais entraves apontados pelas ESFs para assistência à saúde das PPDs foram recursos financeiros, incentivo dos gestores e capacitação profissional, o que demonstra a necessidade de trazer à tona a discussão em torno desses obstáculos, de forma a contribuir para a implantação de estratégias que contemplem de forma integral as necessidades dessa população.

¹ Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO - Excelência em Consultoria e Pós-Graduação. Graduada em Odontologia pela Universidade Federal do Maranhão, UFMA, Brasil, 2004.

² Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família - LABORO - Excelência em Consultoria e Pós-Graduação. Graduada em Medicina pela Universidade Gama Filho, UGF, 2004

³ Orientadora. Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo, USP, Brasil, 2001.

Palavras-chave: Pessoa Portadora de Deficiência. Programa Saúde da Família. Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The present study aimed to analyze how is being held the attention given to the disabled assisted by the Family Health Program (PSF) in the District of Tirirical, São Luis – MA, having as a reference the NATIONAL HEALTH POLITIC OF THE DISABLED. Based on this goal, we checked the concept of PPD (the disabled) adopted by the Family Health Team (ESF), as well as the team's knowledge on the specific procedures towards these people. The main obstacles and facilities – according to the Family Health Team (ESF) - were also evaluated, when providing attention to the health of the disabled. Based on the information acquired, the present study wonders how far this assistance to disabled goes, as many of the professionals who were interviewed showed little information on the Health Ministry documentation regarding this subject. This lack of knowledge will certainly compromise not only the recognition of the disabled, but also the existence of an adequate policy to assist them. We also noticed that financial support, little encouragement from the managers and professional development were the three main obstacles appointed by the Family Health Team (ESF) to the successful support to the disabled. It's imperative that we retake the discussion about the disabled, in order to provide them with a high quality, profitable and efficient policy of assistance.

Key words: The Disabled. Family Health Program. Attention to the health.

1 Introdução

A partir da Constituição Federal de 1988, na qual estão assegurados os direitos das pessoas portadoras de deficiências, outros instrumentos legais foram instituídos, dentre os quais se destacam as Leis nº 7.853/89 e nº 8.808/90 e o Decreto nº 3.298/99.

A Lei nº 7.853/89 apóia as pessoas portadoras de deficiência e sua integridade. O Artigo 2º, Inciso II, que se refere à saúde, determina: a promoção de ações de prevenção, reabilitação e habilitação; a garantia de acesso aos estabelecimentos de saúde e o adequado tratamento no seu interior, segundo normas técnicas e padrões apropriados; o atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiências, com a participação da sociedade (BRASIL, 1989).

Caracterizam-se como portadores de deficiência aqueles que apresentam, em caráter permanente, perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano. São considerados como tais os indivíduos que se enquadram nas seguintes deficiências: física, auditiva, visual, mental e múltipla (BRASIL, 1999).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), aproximadamente 10% de qualquer população são portadores de algum tipo de deficiência. Estima-se que no Brasil, atualmente, esse número seja de 16 milhões de pessoas (ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS, 2005). Já segundo o Censo Demográfico IBGE 2000, do total de 24,5 milhões de pessoas com deficiências no Brasil (equivalente a 14,5% da população brasileira), 48,1% são portadores de deficiência visual; 22,9%, de deficiência motora; 16,7%, de deficiência auditiva; 8,3%, de deficiência mental e 4,1%, de deficiência física (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 2004).

Esse mesmo Censo aponta que 41,62% das pessoas com deficiência vivem em condição de miséria, com renda familiar per capita inferior a meio salário mínimo. O estado do Maranhão apresenta o índice mais alto do país, com mais da metade da população dos deficientes vivendo nessa situação (NERI et al., 2003).

Segundo Neri et al. (2003), a pobreza tende a reproduzir-se por meio de fatores que afetam as possibilidades de desenvolvimento do sujeito, em cada uma das etapas de seu ciclo de vida, durante seguidas gerações. E isso explica o fato de um número significativo de

pessoas portadoras de deficiência ser oriundo de classes sociais mais baixas e, portanto, com dificuldade de acesso à informação e aos serviços sociais.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência é um instrumento que orienta as ações do setor de saúde voltadas a essa parcela da população. Tal Política tem como propósito reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano – de modo a contribuir para sua inclusão plena em todas as esferas da vida social – e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências (POLÍTICA..., 2005).

A assistência à saúde dos portadores de deficiência deve fundamentar-se no pressuposto de que estes indivíduos, além da necessidade de atenção à saúde específica da sua própria condição, são cidadãos que podem ser acometidos de doenças e agravos comuns aos demais, necessitando de outros tipos de serviços (POLÍTICA..., 2005).

Dessa forma, deve ser assegurado a eles o atendimento na rede de serviços, nos diversos níveis de complexidade e especialidades médicas, compreendendo desde as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), os centros de atendimento em reabilitação (públicos ou privados) e as organizações não-governamentais até os Centros de Referência em Reabilitação, responsáveis pelas ações de maior nível de complexidade, contemplando, assim, os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de descentralização, regionalização e hierarquização dos serviços (POLÍTICA..., 2005).

Ainda segundo Política... (2005), quanto ao nível de Atenção Básica, no qual se encontra o Programa de Saúde da Família (PSF), os serviços deverão estar qualificados a desenvolver:

- a) Ações de prevenção primária e secundária e detecção precoce de fatores de risco, bem como atendimento às intercorrências gerais de saúde da população portadora de deficiência;
- b) Ações básicas de reabilitação com vistas a favorecer a inclusão social.

No que se refere à importância da prevenção primária e secundária das deficiências, Neri et al. (2003) relatam que as causas da deficiência deveriam ser tratadas como problema de saúde pública, ou seja, com política de segurança e prevenção de acidentes e doenças. Essa política deve atender a demandas sociais, atingindo tanto o nível de prevenção primária, que impede que o processo da doença ou acidente se torne estabelecido, ao eliminar suas causas ou aumentar a resistência ao evento, quanto o nível de prevenção

secundária, que, por sua vez, impede o processo da doença antes que se torne sintomático.

Quando esgotadas as ações desses dois tipos de prevenção, deve-se, então, acionar o papel da reabilitação, que tem a função de reduzir a incapacidade social produzida por um dado nível do dano, fortalecendo as funções remanescentes do paciente (NERI et al., 2003).

Para isso, é fundamental a atuação da Equipe de Saúde da Família (ESF), desenvolvendo ações que englobem desde procedimentos de prevenção até um diagnóstico criterioso e um prognóstico cuidadoso a fim de que seja elaborado um programa com o estabelecimento de metas individuais, capaz de encaminhar o deficiente para participar de atividades que promovam alguma inserção social e impedindo o tratamento “quase que eterno” pela equipe de saúde (COELHO; LOBO, 2004; POLÍTICA..., 2005).

A OMS propõe como estratégia de reabilitação, ao lado da prevenção das deficiências e da própria reabilitação institucional, a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC), que enfatiza a integração das pessoas com deficiência à comunidade. A RBC deve ser desenvolvida a partir das UBS, que se constituem em local privilegiado para a promoção da integração social, já que se situam próximas às moradias das pessoas com deficiência, integrando-se com as diversas instituições presentes na localidade (TISSE, 2006).

De acordo com Coelho e Lobo (2004), as principais barreiras ao desenvolvimento de uma adequada atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência são: estigmatização, preconceitos, recursos humanos e financeiros insuficientes, profissionais sem sensibilidade e aptidão para lidar com deficientes, falta de articulação entre as especialidades, diversidade de deficiências e de necessidades e problemas de acesso aos serviços.

Segundo Política... (2005), a situação da assistência a esse público no Brasil apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações nas esferas pública e privada. Atende a um número reduzido de pessoas e não contempla experiências comunitárias, além de ter seus resultados raramente avaliados.

Esse trabalho teve com objetivo analisar a situação da atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência atendida pelo PSF no distrito do Tirirical, São Luís – MA, tendo como referência a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Nesse intuito, foram verificados a definição conceitual de portadores de deficiência adotada pela ESF e o conhecimento da mesma sobre as ações específicas voltadas para essas pessoas. Também foram identificados os principais entraves e facilidades apontados pela ESF para atenção à saúde dos portadores de deficiência.

2 Metodologia

Foi realizado um estudo prospectivo descritivo baseado em dados coletados através da aplicação de um questionário, no ano de 2006, junto às ESFs do distrito do Tirirical, São Luís – MA, por ser este o distrito com maior número de ESFs e o segundo em Equipe de Saúde Bucal (ESB), abrangendo tanto a zona urbana quanto alguns bairros da zona rural.

Consideraram-se, para o estudo, todas as 36 ESFs, distribuídas nas 14 Unidades de Saúde do distrito do Tirirical, ressaltando-se que apenas nove Unidades contam com ESB. Não foi possível aplicar três questionários devido à dificuldade de encontrar representantes das ESFs na Unidade de Saúde, nos momentos de visita – foram feitas várias tentativas de agendamento sem sucesso.

A unidade de análise considerada no presente estudo foi a “equipe de saúde da família”, a partir da aplicação do questionário a dois componentes de cada – um de nível superior e um de nível médio. Foi realizado um sorteio de um profissional de nível médio e um de nível superior para aplicação do questionário, elaborado especificamente para a pesquisa. Durante a visita à Unidade de Saúde, foram considerados para o sorteio apenas os componentes presentes na ESF em questão. O questionário foi respondido simultaneamente pelos dois profissionais sorteados, após prévia concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo supervisionado por um dos pesquisadores na Unidade de Saúde para esclarecimento de eventuais dúvidas.

Os participantes da pesquisa tiveram a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento sem penalidade ou prejuízo ao seu cuidado, tendo garantido o sigilo, o que assegura a privacidade das informações fornecidas. A participação na pesquisa não incorre em nenhum risco, nem custo. O presente estudo foi apreciado e aprovado sem pendências pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, conforme Parecer consubstanciado nº: 153/06.

As variáveis estudadas foram:

- a) Conceito atribuído pela ESF para pessoa portadora de deficiência;
- b) Ações identificadas pela ESF como específicas à saúde do portador de deficiência;

- c) Conhecimento da ESF sobre a existência de documentação oficial do Ministério da Saúde regulamentando a atenção à saúde do portador de deficiência;
- d) Principais entraves e facilidades apontados pela ESF para assistência à saúde do portador de deficiência.

Para análise dos dados obtidos nas questões relativas à definição da pessoa portadora de deficiência e das ações voltadas à atenção à saúde da PPD foram utilizados os critérios descritos adiante. Ressalta-se que se adotou o referencial fixado pelo Decreto N° 3.298/99, também seguido pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.

Na questão referente à estrutura/função psicológica, fisiológica ou anatômica, foi considerado: totalmente correto os participantes que assinalaram dois itens (perda e anormalidade); parcialmente correto aqueles que assinalaram somente um item; e errado os que não assinalaram nenhum item.

Na questão referente ao tipo de deficiência, foi considerado: totalmente correto os participantes que marcaram apenas os cinco tipos de deficiência citados (física, mental, auditiva, múltipla e visual); parcialmente correto aqueles que marcaram algum dos cinco itens corretos; e errado os que não marcaram nenhum dos cinco itens corretos.

Na questão referente às ações específicas, foi considerado: totalmente correto os que assinalaram as seis opções que se enquadram na atenção básica; parcialmente correto aqueles que assinalaram pelo menos um dos seis itens certos; e errado os que não assinalaram nenhum dos itens certos.

3 Resultados e Discussão

Os resultados apresentados referem-se às 33 ESFs do total de 36 equipes existentes no distrito do Tirirical, distribuídas em 14 Unidades de Saúde, com perda de três equipes.

Das 33 equipes estudadas, 69,7% encontram-se na zona urbana e 30,3%, na zona rural. Chamamos atenção para esse dado, pois demonstra o processo de urbanização atual do PSF, anteriormente centrado nas zonas rurais, atingindo, assim, o que foi proposto pelo Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) em 2003 para organização e fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no país (CEDOC, 2003). O distrito do Tirirical é o que conta com o maior número de equipes na Capital.

A Tabela 1 apresenta a distribuição do número de profissionais por categoria que participaram da pesquisa. Dentre os profissionais de nível superior, a maioria foi de enfermeiros (72,7%), podendo-se justificar pela maior disponibilidade desse profissional nas Unidades de Saúde (BRASIL, 2004). Segundo Brasil (2001), dentre os profissionais de nível médio, destacaram-se os auxiliares de enfermagem (51,5%), possivelmente devido ao fato de a maior parte das atribuições desses profissionais ser realizada dentro da UBS.

Tabela 1 - Distribuição numérica e percentual dos 66 entrevistados, segundo a categoria profissional, distrito do Tirirical, 2006.

CATEGORIA PROFISSIONAL	Nº.	%
Médico	07	21,2
Enfermeiro	24	72,7
Cirurgião dentista	02	6,1
Auxiliar de enfermagem	17	51,5
Atendente de consultório dentário	02	6,1
Agente comunitário de saúde	14	42,4
Total	66	100

Para investigar a definição conceitual de portador de deficiência adotada pelos profissionais, optou-se por subdividir a questão inicial em quatro itens, de forma a abranger mais detalhadamente o conceito considerado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Os resultados obtidos são apresentados a seguir.

Quando perguntado se ocorre na pessoa portadora de deficiência perda ou anormalidade da estrutura/função psicológica, fisiológica ou anatômica, foi constatado que somente 9,1% responderam o item de forma totalmente correta (segundo definição na metodologia), ou seja, que na PPD ocorre tanto perda quanto anormalidade de estrutura/função.

Quanto à pergunta sobre o caráter da deficiência, identificamos que 60,6% responderam corretamente, isto é, permanente. Faz-se necessário destacar a relevância do entendimento dos profissionais em relação ao caráter permanente das deficiências, pois isso implica na adequada identificação das PPDs e, assim, na orientação dessas pessoas, por parte dos profissionais, sobre seus direitos individuais e sociais.

Às ESFs indagou-se se a PPD se torna incapaz ou não de desempenhar as atividades relacionadas à sua deficiência. Foi considerada como resposta correta os que assinalaram que sim, somando apenas um total de 30,3%. Fato que deixa transparecer o receio dos profissionais de serem julgados preconceituosos, pois, quando se emprega o termo incapacidade, este pode ser tomado como uma desqualificação social. No entanto, na raiz do termo está a limitação no desempenho de atividade que deriva totalmente da pessoa, em relação a fatores específicos do meio em que ela se encontra (POLÍTICA..., 2005).

Quanto aos tipos de deficiências, as equipes responderam totalmente correto quando apontaram as categorias física, auditiva, visual, mental e múltipla, compondo 48,5%.

Complementando a análise dessa questão, destaca-se, no Quadro 1, que 39,4% não assinalaram como sendo um tipo de deficiência a categoria múltipla, que se define como a associação de duas ou mais deficiências (BRASIL, 1999). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000 apud CEDIPOD, 2006), o fato dos pesquisados apresentarem pouco conhecimento desta categoria pode resultar de diferenças na geração de dados, como a ocorrida no Censo Demográfico IBGE 2000, que indicou um número de deficiências (34.580.721) superior ao de deficientes (24.600.256), visto que “as pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez”.

TIPOS	%
Física	97
Mental	94
Auditiva	91
Visual	87,9
Múltipla	60,6

Quadro 1 – Distribuição percentual das 33 ESFs segundo os tipos de deficiências apontados pelas equipes.

Observou-se que, de uma forma geral, as ESFs conhecem apenas parcialmente o conceito de pessoa portadora de deficiência. Isso pode comprometer o reconhecimento desse segmento populacional, pois, segundo Coelho e Lobo (2004), este é um fator imprescindível para que essas pessoas sejam realmente contempladas com um atendimento compatível com suas necessidades.

Em termos das ações identificadas pela ESF como específicas à saúde do portador de deficiência, foram consideradas como totalmente corretas as respostas que assinalaram os seguintes itens: pré-natal, imunização, campanhas educativas, tratamento das doenças crônico-degenerativas, estimulação da fala e formação de grupos. Sendo que estas respostas corresponderam somente a 15,2 % do total. Já as respostas parcialmente corretas somaram 81,8% e as erradas, 3%.

Apesar da existência da Política Nacional de Saúde da PPD, que preconiza a assistência integral à saúde desses indivíduos e orienta as ações em todos os níveis de atenção, inclusive no Básico, dentro do PSF não há um programa específico para esse segmento populacional. Segundo Brasil (2001), as ações desenvolvidas se enquadram em outros programas existentes, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Saúde do Adulto, que, de forma indireta, acabam por assistir as PPDs. As ações estão descritas no Quadro 2.

AÇÕES	%
Imunização	93,9
Campanhas educativas	93,9
Pré-natal	90,9
Formação de grupo de atividades com participação da comunidade	72,2
Tratamento das doenças crônico-degenerativas	69,7
Estimulação da fala para portadores de distúrbios de comunicação	18,2

Quadro 2 - Distribuição percentual das 33 ESFs, segundo ações apontadas como específicas para as PPDs, no âmbito da Atenção Básica.

A respeito do conhecimento pela ESF da existência de documentação oficial do Ministério da Saúde regulamentando a atenção à saúde do portador de deficiência, constatamos que 24,2% conhecem algum tipo de documentação e que grande parcela, 75,8%, desconhece. Em caso afirmativo, foi solicitado, também, o nome da documentação. Não obtivemos nenhuma referência.

Exemplo dessa documentação é a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, publicada em 2002, que evidencia o papel dos profissionais de saúde, ressaltando a abordagem integral à PPD na Atenção Básica, pois essa constituirá estratégia fundamental para a implementação dos procedimentos de prevenção e reabilitação nos diferentes níveis de atendimento, além de ter um papel primordial na disseminação das práticas e estratégias de reabilitação baseada na comunidade.

Quando solicitamos que as equipes selecionassem dentre os itens propostos quais os considerados entraves ou facilidades na assistência à PPD, verificamos que o único item apontado como uma facilidade na maioria dos casos (54,5%) foi a aptidão pessoal, conforme demonstra o Quadro 3. Fato que diverge de Coelho e Lobo (2004), que relatam ser esta uma das principais barreiras ao desenvolvimento de uma adequada atenção à saúde das PPDs.

Opções	Entrave	Facilidade
	%	%
Estrutura física da Unidade Básica de Saúde	63,6	36,4
Capacitação profissional	69,7	30,3
Incentivo/apoio por parte dos gestores	78,8	21,2
Recursos financeiros	87,9	12,1
Programa de acompanhamento regular a essa população	66,7	33,3
Aptidão para lidar com pessoas deficientes	45,5	54,5
Articulação entre os diversos níveis de atenção	63,6	36,4

Quadro 3 - Principais entraves e facilidades apontados pela ESF para assistência à saúde do portador de deficiência.

Dentre os itens apontados como entraves, os três mais frequentes foram: recursos financeiros (87,9%), incentivo dos gestores (78,85%) e, por fim, capacitação profissional (69,7%). Para Coelho e Lobo (2004), esses três fatores são considerados limitantes da disseminação de ações de promoção, prevenção e reabilitação da saúde da PPD.

Dentre os itens indicados como entraves está a falta de um programa de acompanhamento regular a essa população, considerado fundamental para a implantação de uma rede organizada, descentralizada e hierarquizada por nível de complexidade que atenda as necessidades terapêuticas e de reabilitação, visando à inserção social das PPDs, segundo Coelho e Lobo (2004).

No âmbito do PSF, a Ficha A é o único instrumento no qual é feita referência às PPDs, sendo este insatisfatório para a geração de informações e de dados relativos a esse segmento populacional. Dados esses que são indispensáveis para a identificação dos problemas, o estabelecimento de prioridades, o planejamento de ações e, ainda, a avaliação do processo e do desempenho dos serviços. Essa ficha limita-se a identificar a existência de

pessoas com deficiência na família cadastrada, a partir daquilo que é relatado pela família (BRASIL, 2001). Pode-se questionar a validade dessa informação considerando-se as dificuldades de definição entre os próprios profissionais de saúde.

Esse fato pode gerar um comprometimento da estratificação de risco das famílias, pois, segundo Coelho e Savassi (2004), considerando-se o princípio da equidade, deve-se proceder a uma avaliação de risco, estabelecendo-se prioridades no atendimento domiciliar. Para tanto, pode-se utilizar a Escala de Risco das Famílias, baseada em sentinelas para avaliação de situação de risco, procurando classificar quais famílias e/ou indivíduos demandam maior atenção. E essas sentinelas são as informações da ficha A.

No ano de 2005, tem-se registrado no Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) o número de deficientes nas áreas atendidas pelo PSF no município de São Luís: 1.477 (BRASIL, 2006). Porém, há que se questionar essa informação, tendo em vista a fragilidade do instrumento de coleta de tais dados (Ficha A).

4 Conclusão

Esse trabalho buscou analisar a situação da atenção à saúde da pessoa portadora de deficiência atendida pelo Programa Saúde da Família (PSF) no distrito do Tirirical, São Luís – MA, tendo como referência a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Nesse intuito, foram verificadas a definição conceitual de pessoa portadora de deficiência (PPD) adotada pela Equipe de Saúde da Família (ESF) e o conhecimento da mesma sobre as ações específicas voltadas para essas pessoas. Também foram identificados os principais entraves e facilidades apontados pela ESF para a prestação de atenção à saúde dos portadores de deficiência.

Com os resultados encontrados, pode-se questionar até que ponto é prestada atenção integral à saúde da pessoa portadora de deficiência, visto que os profissionais entrevistados para a pesquisa mostraram conhecer apenas parcialmente o conceito de PPD e que a maioria desconhece a existência de documentação oficial do Ministério da Saúde regulamentando a atenção a estas pessoas. Fato que pode interferir no reconhecimento desse segmento populacional, comprometendo a adequada abordagem e a assistência integral à saúde da PPD.

Observamos, ainda, que os três principais entraves apontados pelas ESFs para assistência à saúde das PPDs foram recursos financeiros, incentivo dos gestores e capacitação profissional, o que demonstra a necessidade de trazer à tona a discussão em torno desses

obstáculos, de forma a contribuir para a implantação de estratégias que contemplem de forma integral as necessidades dessa população.

No Brasil existem 24.600.256 deficientes, segundo dados do Censo Demográfico IBGE 2000. Isso reforça a magnitude do problema da assistência à saúde da PPD. Vale discutir a inexistência de um programa específico voltado à pessoa portadora de deficiência. As ações desenvolvidas se enquadram em outros programas existentes que, de forma indireta, acabam por assistir as PPDs. Considerando-se que o PSF hoje constitui uma das principais respostas estratégicas frente à crise do setor de saúde no Brasil, alicerçada no processo de trabalho multidisciplinar integrado com enfoque no cuidado, no acolhimento, no vínculo e na resolutividade, pode-se concluir que existe uma clara necessidade de se desenvolver um programa para a abordagem das pessoas portadoras de deficiência na atenção primária.

Sendo assim, ressalta-se a importância desse trabalho, que visa despertar a atenção e o interesse dos profissionais do PSF para essa parcela da população, servindo como fonte de informação para esses profissionais e contribuindo, portanto, para a melhoria da atenção à saúde dos portadores de deficiência.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS. **Pessoas portadoras de deficiência**. Disponível em: <<http://www.apaebrasil.org.br/?mad+secoe&id=2806>>. Acesso em: 3 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Decreto nº 3298, de 24 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/et/corde/dpeth/corde/dec3298.asp>>. Acesso em: 3 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 7853, 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 providência. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 25 out. 1989. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/et/corde/dpeth/corde/lei7853.asp>>. Acesso em: 4 nov. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001/2002/ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABFma.htm>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

CEDIPOD. **Estatísticas**. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/ibge1.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2006.

CEDOC. O Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família – PROESF. **Informe da Atenção Básica**, ano IV, n. 18, set/out. 2003. Disponível em: <<http://www.cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos>>. Acesso em: 15 jun. 2006.

COELHO, Ana Elizabeth Botelho Duarte; LOBO, Sandra Torturella. Gestão participativa na organização de uma rede de reabilitação em saúde pública. **Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais**, n. 1, p. 37-45, out. 2004. Disponível em: <<http://ltds.ufrj.br/gis/anteriores/rvgis1.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2006.

COELHO, F. L.; SAVASSI, L. C. M. Aplicação de escala de risco familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Rev Bras Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, n. 2, p. 19-26, 2004.

NERI, M. et al. **Retratos da Deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003. Disponível em: <http://www.fgv.br/cps/deficiencia_br/index2.htm> Acesso em: 5 fev. 2006.

POLÍTICA Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em:
<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>>. Acesso em: 28 out.2005.

TEIXEIRA, A.; OLIVEIRA, F. **Relatório sobre a prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens**. 2004. Disponível em:
<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/sicorde/Rel_Pesquisa.pdf > Acesso em: 5 fev. 2006.

TISSE, M. C. **Reabilitação baseada na comunidade**. Disponível em:
<<http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/reabaco.htm> > Acesso em: 5 fev. 2006.