



Ações de cuidado às pessoas com deficiência no cenário rural: agendas e planos de saúde sob a perspectiva de gestores

Care actions for people with disabilities in rural areas: agendas and health plans from the perspective of managers

Acciones de atención a personas con discapacidad en el ámbito rural: agendas y planes de salud desde la perspectiva de gestores

Fabiana Aparecida Rockemback¹, Marta Cocco da Costa¹, Jaqueline Arboit¹, Fernanda Honnef², Carmem Layana Jadischke Bandeira¹, Deborah Tainara Schenkel¹, Alice do Carmo Jahn¹.

RESUMO

Objetivo: Analisar as ações de cuidado voltado às pessoas com deficiência em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e nas falas de gestores. **Métodos:** Estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa, desenvolvido em nove municípios da região noroeste do Rio Grande do Sul junto a 18 gestores municipais e estaduais de saúde. **Resultados:** As ações de planejamento em saúde na perspectiva das agendas municipais e estaduais apresentam baixa sensibilidade ao se tratar da pessoa com deficiência. Os gestores apontam a necessidade de trabalhar com essa população, por meio de visitas domiciliares realizada pelos Agentes Comunitários de Saúde e com apoio de profissionais como enfermeiros e técnicos, médicos, fisioterapeutas e assistentes sociais dos Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Centro de Referência e Assistência Social. Relatam dificuldades em desenvolver estratégias no rural, por encontrarem barreiras relacionadas ao despreparo dos profissionais de saúde para o atendimento e falta de recursos para o deslocamento aos territórios rurais. **Conclusão:** Busca-se dar visibilidade ao processo de planejamento em saúde dessa população, bem como, a capacitação dos gestores e o desenvolvimento de agendas locais/estadual de saúde que enfatizem ações de cuidado integral. **Palavras-chave:** Planejamento em saúde, Saúde Rural, Pessoa com deficiência, Planos de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To analyze care actions aimed at people with disabilities in rural settings, from the perspective of local/state health agendas, with emphasis on health plans and the speeches of managers. **Methods:** Descriptive-exploratory study with a qualitative approach, developed in nine municipalities in the northwest region of Rio Grande do Sul with 18 municipal and state health managers. **Results:** Health planning actions from the perspective of municipal and state agendas have low sensitivity when dealing with people with disabilities. Managers point out the need to work with this population, through home visits carried out by Community Health Agents and with the support of professionals such as nurses and technicians, doctors, physiotherapists and social workers from the Family Health Support Center and Reference Center and Social Assistance. They report difficulties in developing strategies in rural areas, as they encounter barriers related to the unpreparedness of health professionals to provide care and lack of resources to travel to rural territories. **Conclusion:** We seek to give visibility to the health planning process of this population, as well as the training of managers and the development of local/state health agendas that emphasize comprehensive care actions. **Keywords:** Health planning, Rural Health, People with disabilities, Health Plans.

¹ Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Palmeira das Missões – RS.

² Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria – RS.

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Edital n.º 03/2017 - Programa Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde PPSUS - 2017.

SUBMETIDO EM: 8/2023

| ACEITO EM: 9/2023

| PUBLICADO EM: 2/2024

RESUMEN

Objetivo: Analizar las acciones de atención dirigidas a personas con discapacidad en el medio rural, desde la perspectiva de las agendas de salud locales/estatales, con énfasis en los planes de salud y los discursos de los gestores. **Métodos:** Estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cualitativo, desarrollado en nueve municipios de la región noroeste de Rio Grande do Sul con 18 gestores de salud municipales y estatales. **Resultados:** Las acciones de planificación en salud desde la perspectiva de las agendas municipales y estatales tienen baja sensibilidad al tratar con personas con discapacidad. Gestores señalan la necesidad de trabajar con esta población, a través de visitas domiciliarias realizadas por Agentes Comunitarios de Salud y con el apoyo de profesionales como enfermeras y técnicos, médicos, fisioterapeutas y trabajadores sociales del Centro de Apoyo a la Salud de la Familia y Centro de Referencia y Asistencia Social. Informan dificultades para desarrollar estrategias en las zonas rurales, ya que encuentran barreras relacionadas con la falta de preparación de los profesionales de la salud para brindar atención y la falta de recursos para viajar a las zonas rurales. **Conclusión:** Buscamos dar visibilidad al proceso de planificación en salud de esta población, así como a la formación de gestores y al desarrollo de agendas de salud locales/estatales que pongan énfasis en acciones de atención integral.

Palabras clave: Planificación de la salud, Salud Rural, Personas con discapacidad, Planes de Salud.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história as pessoas com deficiência (PCD) atravessaram diferentes fases no que se refere a sua denominação, desde o processo histórico-social que evidencia a exclusão e inclusão, como da pré-história até a sociedade contemporânea. Muito se evoluiu sobre o contexto de vida dessas pessoas e sobre a compreensão dos seus direitos como cidadãos. No entanto, ainda existem desafios, tornando a luta pela igualdade e inclusão uma constante (PEREIRA JA e SARAIVA JM, 2017).

Mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo apresentam algum tipo de deficiência, das quais cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis (WHO, 2011). No Brasil, 23,9% da população total possui algum tipo de deficiência (CENSO, 2010). Nas dimensões da ruralidade, a população enfrenta dificuldades que tensionam a qualidade de vida, entre eles, fatores socioeconômicos, demográficos e estruturais, culminando em um menor nível de escolaridade, baixa renda mensal, menos acesso e baixa cobertura aos serviços de saúde (BORTOLLOTO CC, et al., 2018).

Apesar de avanços, especialmente nos cenários rurais, há necessidade de qualificar as ações e considerar o recorte da deficiência, visto às barreiras vivenciadas por esta população (URSINE BL, et al., 2018). Nesta perspectiva, o campo da saúde se constitui espaço fundamental, tendo em vista que a Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada do sistema de saúde, coordenando intervenções no primeiro nível de atenção e procedendo respectivos encaminhamentos para os demais pontos da rede de cuidados à PCD, favorecendo a gestão coordenada do cuidado (MACHADO WCA, et al., 2018).

O trabalho integrado para a coordenação do cuidado é potencializado pela APS que possui o suporte necessário para diminuição das barreiras de acesso, podendo atuar na informatização e institucionalização dos serviços implementados pela figura do gestor/coordenador, bem como no desenvolvimento de protocolos institucionais (ALMEIDA PF, et al., 2018). Entretanto, a identificação das necessidades em saúde tem se mostrado um desafio para os gestores, especialmente quanto a compreensão das demandas de grupos sociais vulneráveis. Nesse sentido, o plano municipal de saúde subsidia ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações de saúde, instrumento que deve ser construído a partir de concepções dialéticas do processo saúde-doença (NASCIMENTO AB e EGRY EY, 2017).

Estudo internacional recomenda o incentivo a participação dos jovens com deficiência que vivem em contextos rurais em formulações de políticas públicas de saúde com vistas a inclusão à educação e trabalho (NED L e LORENZO T, 2016). Sob esta ótica, reforça-se a importância dos serviços de saúde rurais desenvolverem atitudes mais inclusivas (MITCHELL O, et al., 2018). A participação dos profissionais da saúde, das PCD e dos gestores na elaboração de políticas públicas pode contribuir em propostas que ampliem as ações a esta população nas agendas locais e estaduais em saúde.

A partir dessas reflexões, este estudo tem como proposição responder a seguinte questão norteadora: “Como Estado e municípios organizam as ações de cuidado voltadas às PCD que vivem no cenário rural, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde e na fala de gestores?”. Tal questionamento nos leva ao objetivo desta pesquisa, qual seja: conhecer as ações de cuidado voltadas às PCD em cenários rurais, na perspectiva das agendas locais/estadual de saúde, com ênfase nos planos de saúde e nas falas dos gestores.

MÉTODOS

Estudo descritivo-exploratório desenvolvido por meio de abordagem qualitativa. Essa se aplica no estudo da história, das relações, das representações, percepções e opiniões, resultantes da visão e interpretações que os humanos fazem de si mesmos, de suas formas de viver e de construir seus artefatos (MINAYO MCS, 2014). É parte do projeto “Determinantes Sociais de Saúde em Pessoas com Deficiência, Famílias e Rede de Apoio no Cenário Rural: múltiplas vulnerabilidades” desenvolvido em nove municípios da região norte/noroeste do Rio Grande do Sul, que apresentassem mais de 70% de população rural, conforme o último CENSO demográfico (IBGE, 2010), pertencentes a 2ª e 15ª Coordenadoria Regionais de Saúde (CRS) situadas em Frederico Westphalen e Palmeira das Missões, respectivamente. Assim, fizeram parte da amostra os municípios de Gramado dos Loureiros, Lajeado do Bugre, São Pedro das Missões, Liberato Salzano, Alpestre, Derrubadas, Pinheirinho do Vale. Palmeira das Missões e Frederico Westphalen foram incluídos por representarem a sede das CRS.

A pesquisa foi realizada com 18 participantes - sete gestores municipais de saúde, sete enfermeiros responsáveis pelas Estratégias de Saúde da Família (ESF), dois representantes estaduais das PCD e dois gestores estaduais de saúde. Utilizou-se como critérios de inclusão: estar atuando há mais de seis meses no cargo e trabalhar com políticas públicas para as PCD. E como critério de exclusão: estar de licença ou férias.

A coleta de dados se deu por meio de uma entrevista semiestruturada com questões abertas relacionadas a problemática do estudo. Foram gravadas e transcritas, realizadas nos locais de trabalho dos participantes. Os dados foram coletados de janeiro a março de 2020. Para tal, utilizou-se a nomenclatura, sujeito municipal (SM) e sujeito regional (SR), acompanhada pela numeração correspondente a ordem das entrevistas.

A análise dos dados, se deu por meio da análise temática de conteúdo, em três etapas: a Pré-Análise, Exploração do Material, e Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação (MINAYO MCS, 2014). A análise dos Planos Municipais/Estadual de Saúde seguiu estudos previamente desenvolvidos (PEIRÓ R, et al., 2004; BORRELL C, et al., 2005; FERREIRA ITRN, et al., 2009; COSTA MC, 2012). Para a organização construiu-se um roteiro de leitura adaptado abrangendo três partes que constituem os planos: (a) introdução e análise da situação de saúde, (b) objetivos e metas e (c) propostas de intervenção (FERREIRA ITRN, et al., 2009; COSTA MC, 2012).

Para as partes dos planos “a, b e c” foram elaboradas três questões, totalizando nove questões, que foram preenchidas com respostas dicotômicas (sim/não). Com base no número de menções afirmativas, foi construído o índice de sensibilidade que variou de 0 a 5, sendo considerado 0 = índice de sensibilidade nulo, quando nenhuma resposta foi afirmativa; 1 = índice muito baixo, quando houve de 1 a 5 menções; 2 = índice baixo, de 6 a 11 menções; 3 = índice médio, para 12 a 16 menções; 4 = índice alto, para 17 a 21 menções e 5 = índice muito alto, quando houve mais de 22 menções. Entendeu-se que quanto maior o número de respostas afirmativas, maior a sensibilidade dos planos as temáticas propostas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 69973817.4.0000.5346 e parecer nº 2.208.566.

RESULTADOS

Planejamento das ações aos PCD que vivem no rural: sensibilidade dos Planos de saúde

A primeira categoria apresenta o planejamento das ações voltadas as PCD residentes no rural na perspectiva dos planos municipais e Estadual de saúde, conforme expresso no **Quadro 1**.

Quadro 1 - Roteiro de leitura utilizado para sistematização e análise dos dados, foco nas pessoas com deficiência no urbano e no rural.

Metas	Números/Menções							
	0 1 2 3							
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	PE1
1. Introdução e análise da situação								
1.1 Entre os valores e princípios do Plano existem referências a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	2
1.2 Na descrição situação municipal/estadual de saúde é mencionada a situação da pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	2
1.3 Na análise da situação de saúde menciona a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL DE MENÇÕES	0	2	0	0	0	0	0	6
2. Objetivos e metas								
2.1 Mencionam a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	1
2.2 Sugerem formas de atuação contra a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	1
2.3 Propõem metas dirigidas a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	1
TOTAL DE MENÇÕES	0	2	0	0	0	0	0	3
3. Propostas de intervenção								
3.1 Descrevem ações de enfrentamento a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	0
3.2 Propõem linhas de ação de prevenção a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	1	0	0	0	0	0	0
3.3 Incluem mecanismos institucionais que garantam à atuação no combate a pessoa com deficiência no urbano e no rural?	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DE MENÇÕES	0	1	0	0	0	0	0	0

Legenda: *P – Plano Municipal de Saúde; *PE – Plano Estadual de Saúde.

Fonte: Rockemback FA, et al., 2024. Adaptada de Peiró R, et al., 2004; Borrell C, et al., 2005; Ferreira ITRN, et al., 2009; Costa MC, 2012.

No que se refere ao plano de saúde em nível municipal, observou-se por meio do nível de sensibilidade, que apenas um município menciona as PCDs (P2) abordando um atendimento multiprofissional baseado na ESF em conjunto com Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). Contudo, não traz especificidades do contexto rural. Os demais municípios não mencionaram as PCDs em seus planos municipais de saúde. A nível Estadual (PE1), ressalta-se as menções ao planejamento de ações voltadas as reabilitações (auditiva, física, intelectual e visual) em serviços de média e alta complexidade, abrangendo todas as macrorregiões de saúde. Porém, não contemplando estratégias de planejamento as PCDs voltadas ao rural. Assim, infere-se que praticamente não foram mencionadas estratégias de planejamento para PCDs, sejam municipais ou estaduais, principalmente no cenário rural, revelando assim, baixo número de estratégias de saúde para esse grupo populacional.

Os planos e as falas dos gestores: distanciamentos e aproximações

Denota-se o distanciamento entre o que consta nos planos municipais/estadual de saúde e as falas dos gestores entrevistados.

Sim, isso existe e inclusive existe um direcionamento para as pessoas portadoras de necessidades especiais e também portadoras de deficiência para que se tenha um atendimento diferenciado. (SM2)

A gente tem porque é obrigado fazer. (SM7)

Os participantes mencionam que desenvolvem ações voltadas às PCD. No entanto, poucas referências aparecem nos planos analisados, o que demonstra que estes, muitas vezes, não representam a realidade e as ações propostas. Uma primeira abordagem direciona-se ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), que apareceu frequentemente nos depoimentos.

Acho que o Agente Comunitário de Saúde presta aquela orientação, está sempre em contato com a família [...] nós não temos dentro da saúde nenhum programa específico em termos de deficiência, o ACS acaba vendo se essa pessoa tem alguma necessidade ou não. (SM1)

A nossa parte o que a gente foca mais é a saúde, visita domiciliar, as agentes visitam todo mês. (SM3)

Além do ACS, outros profissionais de saúde foram citados quanto ao cuidado as PCD como o fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro e médico, que desenvolvem visitas domiciliares, atendimento multiprofissional e de reabilitação.

Médicos, enfermeiros, ACS, técnicos [...] temos o NASF, daí se for um caso que se precisar de fisioterapia, a nutricionista também faz visita, daí tem a parte de saúde mental se precisar de alguma coisa, tem também a assistente social que faz essa parte. (SM1)

No rural, programas, a gente tem os grupos que a fisioterapeuta também faz, visitas domiciliares, eles vêm muitas vezes quando pode, se não buscamos, visitas de enfermeiro e médico, acompanhamento do NASF. (SM5)

Foram mencionadas também ações do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Porém, essas não constam nos planos municipais de saúde.

A gente trabalha em parceria com o CRAS que tem atividades ofertadas para eles né, e tem algumas dessas pessoas que elas frequentam é, elas frequentam a APAE. Tem algumas ações desenvolvidas pelo CRAS que eles trazem o pessoal para o CRAS. (SM3)

Existe o acompanhamento deles, eles vão à APAE também, aqui no município tem APAE. (SM14)

Também foi possível identificar junto aos profissionais que atuam no nível estadual, uma aproximação das falas com as prerrogativas do plano estadual.

Na verdade, a Coordenadoria é um braço da secretaria estadual de saúde, mas quem alimenta as informações são os municípios [...] passam capacitações aos responsáveis, e os municípios que alimentam esses dados ou trazem essas informações para a CRS. (SR2)

Os municípios inserem esses pacientes no Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Então quando precisam de acesso aos serviços, cadastram esses pacientes e a gente regula por aqui conforme o grau de prioridade que o médico descreveu. (SR1)

Quanto ao que consta no Plano Estadual de saúde, as reabilitações para as PCD que fazem parte relevante do planejamento de estratégias desenvolvidas fora do domicílio, especialmente, no território de abrangência da pesquisa, se solidificam por meio dos sistemas de regulação que organizam o fluxo da rede.

Ainda, para o desenvolvimento fidedigno das ações necessárias, o grupo rede tem por finalidade a fiscalização desses serviços; em esferas municipais a importância do trabalho interprofissional/multisetorial pode sustentar uma macrorregião mais sólida e eficaz, sendo retratado nas falas dos gestores acima.

Barreiras do planejamento voltado à pessoa com deficiência em contexto rural

As barreiras no processo de promoção/prevenção frente a PCD no cenário rural são relatadas nessa categoria. Um dos principais elementos mencionados, remete-se ao deslocamento dos profissionais de saúde aos domicílios e locais de atendimento de saúde rural, por falta de transporte, justificado pela ausência de recursos financeiros das secretarias municipais de saúde.

Principalmente dificuldade de acesso, as vezes a gente não tem carros para ir, porque precisa de transporte, alguns alegam que é crise que é dinheiro, muitas vezes a questão financeira do município também dificulta. (SM9)

Também se evidencia a falta de profissionais qualificados para atender as PCD no rural tornando-se uma fragilidade no serviço de saúde frente a esses usuários.

Eu penso que a maior dificuldade é a gente não ter esses profissionais preparados para atender esta população. (SR2)

A dificuldade em geral como coordenadora agora, é uma adesão do gestor municipal [...] tu tens os trabalhos que tem que ser desenvolvidos naqueles municípios, sabe as carências, mas não tem a aceitação do gestor. Ter pessoas qualificadas para aquele tipo de atendimento é muito difícil. (SR4)

Nessa direção, os participantes relataram a pouca disponibilidade de tempo e recursos em seus locais de trabalho, o que para eles representa um limitador para o planejamento em saúde voltado a esses usuários.

Às vezes você tem uma ideia de fazer um trabalho diferenciado e dar mais atenção, e você acaba não conseguindo, na correria do dia-a-dia, unidade de saúde sempre tem muita coisa demanda. (SM3)

Planejar é fácil, o problema é desenvolver, porque não tem recursos. (SM7)

Frente ao exposto, observa-se a importância de desenvolver estratégias voltadas às PCDs, principalmente pensando no rural e em suas singularidades. Porém, são muitos os empasses vivenciados, abrindo lacunas nos serviços de saúde.

DISCUSSÃO

O estudo buscou dar visibilidade a temática considerando as particularidades do contexto rural, tendo como proposição a garantia dos direitos e buscando melhorias no processo de planejamento nas agendas locais e estadual de saúde. A primeira categoria revelou as poucas ações planejadas para as PCDs nos planos municipais e Estadual de saúde, visto que na apenas um município fez menção a PCD em sua organização, porém, sem abordar o planejamento considerando o cenário rural. Em relação ao planejamento Estadual de saúde, há uma elaboração de ações voltadas as reabilitações das PCD's. Porém, não foram abordadas estratégias de planejamento no contexto rural, que se torna por vezes desassistido no campo da saúde.

O Plano Municipal de Saúde (PMS) consiste em organizar de forma objetiva os movimentos e planejamentos no campo da saúde, bem como as ações prioritárias a serem realizadas (QUEVEDO ALA, et al., 2017). Sob esta perspectiva, ações de educação permanente tornam-se importantes para o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, bem como para implementar ações educativas aos usuários, promovendo atenção, formação, implementação de políticas públicas e controle social (SILVA LAA, et al., 2017). A segunda categoria versa sobre os distanciamentos e aproximações das falas dos gestores em contraponto aos planos de saúde, apontando as ações desenvolvidas para a PCD. Os participantes mencionam que desenvolvem ações voltadas às PCD, no entanto, houve um baixo registro deste aspecto

nos planos avaliados. O desafio posto é fazer com que as demandas sejam incorporadas, sendo as agendas de saúde um dos primeiros passos (QUEVEDO ALA, et al., 2017). Nas falas identificou-se o ACS como um dos profissionais mais próximos do cuidado a PCD, sendo a visita domiciliar uma intermediária para construção de vínculos e o elo de comunicação entre serviço e usuário. Outros profissionais também foram identificados no cuidado a estes usuários como o fisioterapeuta, assistente social, enfermeiro e médico.

O cuidado a PCD precisa ser pensado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) em função das necessidades da população, permitindo que a atenção em saúde esteja focada na realidade do território, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral (DUBOW C, et al., 2018). Porém, essas ações elencadas pelos participantes em suas falas não se fazem presentes em seus planos de saúde, afirmando a discordância entre o que é dito pelo que se é apresentado.

A produção do cuidado integral no cotidiano assistencial deve ocorrer por meio das tecnologias leves que incluem o acolhimento, o vínculo, a corresponsabilização e autonomia (MACHADO WCA, et al., 2018). Uma importante estratégia compartilhada de cuidado de saúde aos usuários com deficiência entre as equipes de referência e equipes da atenção primária é o apoio matricial do NASF, viabilizado pelo princípio da intersetorialidade, propiciando a corresponsabilização do cuidado e facilitando o contato direto entre os serviços (AMORIM EG, et al., 2018).

Os participantes também referiram o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) entre as instituições parceiras na atenção aos PDC, recurso importante na qualidade de vida de uma PCD para sua inclusão social e educação. Proporcionando acesso ao conhecimento, aos direitos constituídos, a qualificação, reabilitação e promoção, de autonomia para pleno exercício da cidadania, organizando a introdução das famílias nos serviços de assistência social, evitando que tais famílias, indivíduos e grupos tenham seus direitos infringidos. Porém assim como as supracitadas essas ações não se incluem nos planos municipais de saúde.

No que compete as aproximações entre as falas dos gestores Estaduais sob a ótica do Plano Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, pode-se analisar o processo de gestão baseado nas PCD com enfoque nas ações de reabilitações, que se dá através do SISREG contemplando serviços de média e alta complexidade, sendo ela, uma das crucias estratégias visando a qualidade de vida desses usuários. O setor de regulação permite organizar e facilitar o acesso ao sistema de saúde, com base nos princípios da equidade e da integralidade (PEITER CC, et al., 2016).

A terceira categoria versa sobre as barreiras do planejamento em saúde voltadas às PCD, elencado a questão da acessibilidade e acesso, como construto limitador na atenção. Sob este aspecto, salienta-se a precarização dos recursos ofertados para o planejamento de ações, bem como a falta de atualização profissional para se trabalhar com esses usuários. O termo acessibilidade corresponde à possibilidade e condição do alcance, percepção e compreensão, está diretamente relacionada à procura dos usuários pelos serviços e, para tanto extrapola a dimensão geográfica e atinge a econômica, cultural, a social chegando até a constituição de um corpo técnico especializado e qualificado (SARTURI F, 2018). Já o acesso aos serviços de saúde é designado como a autonomia de escolha dos serviços, bem como sua disponibilidade no instante da procura ou até mesmo como se dá a relação entre os pilares de aceitabilidade, disponibilidade e informação (KRAEMER GM e THOMA AS, 2018).

A falta de qualificação profissional está presente nos discursos dos gestores. Formar profissionais na área de saúde mais humanos e capazes de atuar de forma integral mantem-se em constante desafio na atualidade, a qual precisa ser sustentada durante todo o exercício da profissão, a exemplo disso está a educação permanente (SARTURI F, 2018). A precariedade de verbas é percebida nos serviços de saúde segundos os entrevistados. Em tese, a escassez de financiamento do sistema de saúde no Brasil é explicada por diferentes fatores, sendo preciso ressaltar que os recursos destinados à saúde no Brasil, não se diferem de outros países proporcionais a ele. Indicando que solução para o adequado funcionamento do sistema de saúde de um país depende de dois fatores primordiais: financiamento suficiente e gestão adequada dos recursos obtidos (SALDIVA PHN e VERAS M, 2018).

O gestor da saúde, embora possa deliberar sobre a utilização dos recursos, às vezes não possui autonomia, ficando esta decisão a cargo do prefeito ou dos responsáveis pelas finanças (OLIVEIRA W, et al., 2018). As autoras ainda complementam ao dizer que a percepção desses recursos estará cada vez mais atrelada ao cumprimento de metas e indicadores, apontam para a reorganização dos processos de trabalho e da qualificação da gestão municipal.

Assim, ao se tratar do rural faz-se necessário melhorar o campo social e a inclusão cultural dos principais serviços de saúde, modificando o atendimento para obter-se um atendimento genuíno que direcione a mudança da prática. Visando uma educação permanente que se move além das limitações atuais, enfrentando as culturas exclusivas da saúde convencional dos serviços, sendo esses, os desafios mais difundidos (MITCHELL O, et al., 2018).

Apesar das políticas existentes para garantir que as PCDs sejam acomodadas, barreiras para a participação prevalecem, o que prejudica a qualidade de vida e bem-estar apresentando um impacto negativo na possibilidade de participação futura (MCKINNEY V e AMOSUN SL, 2020). Neste sentido, o desvelado neste estudo traz a dialética das concepções do processo saúde-doença, as políticas públicas de saúde, de inclusão e as variáveis da ruralidade sob o aspecto da gestão implementada a partir dos planos municipais de saúde e das ações estaduais com vistas às PCDs, o que impacta no processo de trabalho em saúde.

CONCLUSÃO

Para efetivar os direcionamentos propostos, transfigura-se balizar a instrumentalização dos profissionais para que possam potencializar os instrumentos de gestão, tendo em vista os planos de saúde, além de buscar práticas do cuidado voltadas as singularidades, com olhar centrado a uma equipe multiprofissional capaz de desenvolver a atenção integral as PCD. Para tanto, construir ações conjuntas entre Universidades, gestores e profissionais de saúde, visando contribuir no processo de educação permanente, qualificação da gestão municipal e capacitação profissional, primando a PCD no rural. Além de incentivar novas pesquisas na temática, buscando por meio do conhecimento, construir ferramentas e estratégias que contribuem para nortear os gestores e profissionais de saúde no processo de planejamento das ações voltadas a PCD, sobretudo, no cenário rural.

FINANCIAMENTO

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), Edital n.º 03/2017.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA PF, et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. *Saúde debate*, 2018; 42(spe1): 244-260.
2. AMORIM EG, et al. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na Atenção Primária no Brasil: uma revisão integrativa. *HOLOS*, 2018; 1: 224-236.
3. BORRELL C, et al. Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español. *Gaceta Sanitaria*, 2005; 19(4): 277-285.
4. BORTOLLOTO CC, et al. Qualidade de vida em adultos de zona rural no Sul do Brasil: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 2018; 52(supp.1): 4s.
5. COSTA MC. Violência contra mulheres rurais, agendas públicas municipais e práticas profissionais de saúde: o visível e o invisível na inconsciência do óbvio. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012; 317 p.
6. DUBOW C, et al. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde debate*, 2018; 42(117): 455-467.
7. FERREIRA ITRN, et al. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de Municípios do Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2009; 25(12): 2683-2694.

8. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo de 2010. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acessado em: 26 de junho de 2023.
9. KRAEMER GM e THOMA AS. Acessibilidade como Condição de Acesso, Participação, Desenvolvimento e Aprendizagem de Alunos com Deficiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2018;38(3):554-563.
10. MACHADO WCA, et al. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 2018; 27(3): e4480016.
11. MCKINNEY V e AMOSUN SL. Impact of lived experiences of people with disabilities in the built environment in South Africa. *African Journal of Disability*, 2020;9(0):a518.
12. MINAYO MCS. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 416 p.
13. MITCHELL O, et al. A modified Continuous Quality Improvement approach to improve culturally and socially inclusive care within rural health services. *Australian Journal of Rural Health*, 2018; 26(3): 206-210.
14. NASCIMENTO AB e EGRY EY. Os planos municipais de saúde e as potencialidades de reconhecimento das necessidades em saúde: estudo de quatro municípios brasileiros. *Saúde e Sociedade*, 2017; 26(4): 861-871.
15. NED L e LORENZO T. Enhancing public sectors' capacity for inclusive economic participation of disabled youth in rural communities. *African Journal of Disability*, 2016; 5(1): a189.
16. OLIVEIRA W, et al. Recursos financeiros da Atenção Primária à Saúde: uma breve discussão. *Revista Vozes dos Vales*, 2018; 14: 1-20.
17. PEIRÓ R, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gaceta Sanitaria*, 2004; 18(5): 36-46.
18. PEITER CC, et al. Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte. *Saúde debate*, 2016;40(111):63-73.
19. PEREIRA JA e SARAIVA JM. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão à inclusão social. *SER Social*, 2017; 19(40): 168-185.
20. QUEVEDO ALA et al. Determinantes e condicionantes sociais: formas de utilização nos Planos Nacional e Estaduais de Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2017; 15(3): 823-842.
21. SALDIVA PHN e VERAS M. Gastos públicos com saúde: breve histórico, situação atual e perspectivas futuras. *Estudos Avançados*, 2018; 32(92): 47-61.
22. SARTURI F. *Linhas e nós no acesso aos serviços de saúde pelas pessoas com deficiência - um olhar para educação*. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2018; 172 p.
23. SILVA LAA, et al. Educação permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 2017; 38(1): e58779.
24. URSINE BL et al. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: o que dizem os trabalhadores da Atenção Básica? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 2018; 22(64): 109-120.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *World report on disability*. World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564182>. Acessado em: 26 de junho de 2023.