



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



TÁSSIA MAYRA OLIVEIRA FARIAS

**O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Recife  
2022

TÁSSIA MAYRA OLIVEIRA FARIAS

**O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco com requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva

**Área de Concentração:** Saúde Coletiva

**Linha de Pesquisa:** Ciências Humanas e Sociais em Saúde

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup>. Maria do Socorro Veloso de Albuquerque

**Co-orientadora:** Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup>. Raquel Santos Oliveira

Recife  
2022

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária: Elaine Freitas, CRB4:1790

F224a	<p>Farias, Tássia Mayra Oliveira O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do nordeste brasileiro / Tássia Mayra Oliveira Farias . – 2022. 161 f.; il. tab.</p> <p>Orientadora: Maria do Socorro Veloso de Albuquerque. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências Médicas. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Recife, 2022. Inclui referências, apêndices e anexos.</p> <p>1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Pessoas com deficiência. 3. Sistemas integrados de cuidados de saúde. I. Albuquerque, Maria do Socorro Veloso de (orientadora). II. Título.</p> <p>614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS 2022 - 068)</p>
-------	--

TÁSSIA MAYRA OLIVEIRA FARIAS

**O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA AOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal de Pernambuco com requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 15/02/2022

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Maria do Socorro Veloso de  
Albuquerque (Orientadora)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Raquel Santos Oliveira (Co-orientadora)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UFPE

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Sandra Valongueiro Alves (1<sup>a</sup> examinadora interna)  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – PPGSC/UFPE

---

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup>. Tereza Maciel Lyra (1<sup>o</sup> examinador externo)  
Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz

## **AGRADECIMENTOS**

A minha mãe, Cássia, que com sua doçura, atenção e cuidado sustenta um espaço de acolhimento, afeto e muito amor, tão importantes durante este momento. Agradeço pelo apoio, pela entrega e por acompanhar com tanto respeito e afeto meus projetos de vida.

Ao meu pai, Marcos, exemplo de coragem e determinação, que me inspira enquanto sujeito. Admiro toda sua dedicação e esforço para enfrentar os desafios da vida e me proporcionar o que de melhor estava sob seu alcance.

Ao Marcos, meu querido irmão, por todos os dias escolher sustentar comigo um laço de muito companheirismo e lealdade. Sua força me inspira. Sou muito feliz por ter você em minha vida.

Ao Paulo, meu companheiro, pelo apoio, cuidado, atenção, e, sobretudo, pela leveza que trouxe em momentos que naturalmente eram difíceis. Obrigada por tanto companheirismo e acolhimento diante dos meus questionamentos. Nosso encontro me fortalece e me inspira enquanto sujeito e pesquisadora.

A minha orientadora, Socorro e co-orientadora, Raquel, pela orientação, disponibilidade, compromisso, por todo aprendizado acumulado nessa trajetória e pelas importantes contribuições na construção do trabalho.

A minha tia, Terezinha, pelo acolhimento, confiança e incentivo na materialização de projetos como este.

A Mayara, pela compreensão diante das minhas ausências e cansaço cotidiano.

A Prof<sup>a</sup> Gabriella Moraes e a Pollyana Ribas pela disponibilidade e colaboração durante a exploração dos Sistemas de Informação em Saúde.

Aos meus colegas de turma pelo aprendizado, parceria e amizade que tecemos neste incuroso.

Aos meus amigos, em especial, Ellen, Amanda e Aline, pelo acolhimento e por de alguma forma participar da construção desse trabalho.

A todos os sujeitos que por meio de entrevistas aceitaram e confiaram estar comigo e participar dessa pesquisa, esta foi uma experiência enriquecedora.

FARIAS, Tássia Mayra Oliveira. **O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do Nordeste brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

## RESUMO

Esse estudo analisou o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que teve como sujeitos gestores, profissionais de saúde e usuários. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, documentos e dados dos sistemas de informação em saúde. Teve como principal categoria analítica o acesso na proposta de Levesque, Harris e Russel (2013). Os achados evidenciaram que Centro Especializado em Reabilitação – CER II analisado, não avançou além das atividades do Núcleo de Desenvolvimento Infantil – NDI, sendo este um dos motivos do serviço ser pouco conhecido e utilizado pela população adulta. No âmbito da dimensão aceitabilidade, as equipes consideram as características socioeconômicas dos usuários no processo terapêutico, embora esteja ainda presente uma compreensão da deficiência a partir de uma perspectiva puramente biológica. Para os usuários, o uso desse serviço de reabilitação envolveu um gasto financeiro e de tempo para as famílias, que tem influenciado na desorganização da renda familiar. Ademais, essa rede temática na cidade do Recife é bastante incipiente, não havendo, um desenho que aponte para um funcionamento em rede, com repercussão na dimensão adequação do serviço analisado. Pode-se concluir que o contexto de vulnerabilidade que as PcD estão expostas, as barreiras arquitetônicas de uma sociedade que não está estruturada de forma inclusiva, o desfinanciamento do SUS e a relação público privada no âmbito do sistema de saúde são aspectos que agravam a dificuldade na garantia do acesso e apontam a necessidade de uma resposta do Estado para atender as necessidades das PcD. Além disso, o acesso envolve a construção de espaços inclusivos e ações intersectoriais para garantia dos direitos, sendo essa uma grande bandeira de luta das PcD.

Palavras-chave: acesso aos serviços de saúde; pessoas com deficiência; sistemas integrados de cuidados de saúde.

FARIAS, Tássia Mayra Oliveira. **O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do Nordeste brasileiro.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022.

### ABSTRACT

This study analyzed the access to specialized services of the care network for people with disabilities in the city of Recife. This is a case study, with a qualitative approach, whose subjects were managers, health professionals and users. Semi-structured interviews, documents and data from health information systems were used. Its main analytical category was access in the proposal by Levesque, Harris and Russell (2013). The findings showed that the Center Specialized in Rehabilitation - CER II analyzed, did not advance beyond the activities of the Child Development Center - NDI, which is one of the reasons why the service is little known and used by the adult population. In the scope of the acceptability dimension, the teams consider the socioeconomic characteristics of the users in the therapeutic process, although an understanding of the disability from a purely biological perspective is still present. For users, the use of this rehabilitation service involved a financial and time expense for families, which has influenced the disorganization of family income. Furthermore, this thematic network in the city of Recife is quite incipient, with no design that points to a network operation, with repercussions on the adequacy dimension of the analyzed service. It can be concluded that the context of vulnerability that PwD are exposed, the architectural barriers of a society that is not structured in an inclusive way, the lack of funding of the SUS and the public-private relationship within the scope of the health system are aspects that aggravate the difficulty in guaranteeing access and point to the need for a State response to meet the needs of PwD. In addition, access involves the construction of inclusive spaces and intersectoral actions to guarantee rights, which is a great banner of struggle for PwD.

Keywords: health services accessibility; disabled persons; delivery of health care integrated.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Modelo conceitual de acesso aos cuidados em saúde.....	32
<b>Quadro 1</b> – Protocolo de coleta de dados.....	41
<b>Figura 3</b> – Tendência da produção Ambulatorial do subgrupo (0701) órteses, próteses e materiais especiais, segundo modelo Joinpoint, por forma de organização no município do Recife.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	– Número de serviços especializados em Reabilitação e em Órtese, Prótese e Materiais Especiais, na cidade de Recife.....	57
<b>Tabela 2</b>	– Número de habilitações em reabilitação na cidade de Recife.....	57
<b>Tabela 3</b>	– Número de serviços especializados em Reabilitação e em Órtese, Prótese e Materiais Especiais, por tipo de gestão, no Recife.....	59
<b>Tabela 4</b>	– Número de habilitações em Reabilitação, por tipo de gestão, no Recife.....	59
<b>Tabela 5</b>	– Número de serviços especializados em Reabilitação e Órtese, Prótese e Materiais Especiais, por natureza jurídica, no Recife.....	60
<b>Tabela 6</b>	– Número de habilitações em Reabilitação, por natureza jurídica, no Recife..	61
<b>Tabela 7</b>	– Frequência de procedimentos de Órtese, prótese e material especial em reabilitação por natureza jurídica em 2009 e 2019.....	62
<b>Tabela 8</b>	– Frequência de procedimentos de Órtese, prótese e material especial em reabilitação por tipo de gestão em 2009 e 2019.....	62
<b>Tabela 9</b>	– Produção ambulatorial de Órtese, prótese e materiais especiais em reabilitação por forma de organização de 2009 a 2019.....	63
<b>Tabela 10</b>	– Número de procedimentos de reabilitação em dezembro de 2019 no município de Recife.....	96
<b>Tabela 11</b>	– Número de procedimentos por forma de organização em dezembro de 2019 no município de Recife.....	96
<b>Tabela 12</b>	– Número de procedimentos por CID -10 em dezembro de 2019 no município de Recife.....	97

## LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
APC	Annual Percentual Change
AAPC	Average Annual Percentual Change
ASPS	Ações e Serviços Públicos de Saúde
ATI	Agência de Tecnologia e Informação
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CERCCA	Centro de Referência para o Cuidado de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIDID	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CONADE	Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência
CTM	Consórcio de Transporte Metropolitano
EC	Emenda Constitucional
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GERES	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IFPE	Instituto Federal de Pernambuco
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NDI	Núcleo de Desenvolvimento Infantil
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

OPM	Órtese, Prótese e Materiais Especiais
PcD	Pessoa com Deficiência
PMAISPcD	Política Municipal de Atenção Integrada a Saúde da Pessoa com Deficiência
PNSPcD	Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência
PNSPPD	Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCSPcD	Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde
SEAD	Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência
SESDSH	Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude
SEJUDH	Secretaria de Estado de Justiça e Direitos Humanos
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SIS	Sistema de Informação em Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UPIAS	Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>17</b>
2.1	<i>Objetivo geral</i> .....	17
2.2	<i>Objetivos específicos</i> .....	17
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	<b>18</b>
3.1	<i>Contextualizando a deficiência</i> .....	18
3.2	<i>Rede de atenção à pessoa com deficiência: um caminho para integralidade</i> .....	22
3.3	<i>Perspectivas teóricas acerca do acesso aos serviços de saúde</i> .....	26
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>32</b>
4.1	<i>Desenho do estudo</i> .....	32
4.2	<i>Local da pesquisa e período de referência</i> .....	32
4.3	<i>Sujeitos de pesquisa</i> .....	33
4.4	<i>Crítérios de Inclusão e Exclusão</i> .....	34
4.5	<i>Seleção dos sujeitos</i> .....	34
4.6	<i>Fontes e instrumentos de Coleta de Dados</i> .....	35
4.6.1	<i>Documental</i> .....	35
4.6.2	<i>Sistemas de Informação em Saúde</i> .....	35
4.6.3	<i>Entrevistas semiestruturadas</i> .....	37
4.7	<i>Procedimentos para a coleta de dados</i> .....	38
4.8	<i>Aspectos éticos</i> .....	52
4.9	<i>Análise e interpretação dos dados</i> .....	52
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>54</b>
5.1	<i>Caracterização dos serviços especializados da rede de cuidados à PcD localizados na cidade do Recife</i> .....	54
5.2	<i>Como se dá o acesso da PcD aos serviços de saúde na cidade do Recife</i> .....	62
5.3	<i>O acesso da pessoa com deficiência durante a pandemia da COVID-19</i> .....	98
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>102</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>104</b>
	<b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...</b>	<b>122</b>
	<b>APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO)</b> .....	<b>124</b>

<b>APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - HOSPITAL .....</b>	<b>127</b>
<b>APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO HOSPITAL.....</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTOR DE SAÚDE .....</b>	<b>137</b>
<b>ANEXO A – NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO AO PERÍODO REVISTA PHYSIS.....</b>	<b>139</b>
<b>ANEXO B – ARTIGO “O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE EM UMA CAPITAL DO NORDESTE”.....</b>	<b>144</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A deficiência perpassa diferentes culturas e lugares, e enquanto uma categoria que reflete a heterogeneidade de um grupo, tem sido analisada e dimensionada de acordo com seus diferentes tipos: física, intelectual, auditiva e visual, por meio de pesquisas que geralmente são censos nacionais (BERNARDES *et al.*, 2009).

A transição demográfica e epidemiológica, apesar de se encontrar em diferentes estágios nos países, é um processo que de forma geral possui interface com a deficiência. Em países da periferia capitalista, a persistência de doenças infecciosas leva a inúmeros comprometimentos da funcionalidade. Naqueles que estão em maior grau de desenvolvimento econômico o aumento do envelhecimento e doenças crônicas, também eleva a perspectiva de pessoas com deficiência – PcD (OMS, 2012).

Diversos significados são atribuídos à deficiência. Sob forte influência dos direitos humanos, há compreensões sobre este fenômeno que não estão associadas apenas a uma lesão corporal ou disfunção biológica (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). A contribuição das ciências sociais permitiu a construção de um entendimento que engloba aspectos políticos e sociais, colocando a deficiência como um estilo de vida, reafirmando as diferenças (corporais ou cognitivas) como inerentes à condição humana, e por isso, ressaltando a importância de um contexto social onde esse estilo de vida não encontre barreiras ao exercício da cidadania (DINIZ, 2007).

Neste sentido, a deficiência acontece nas relações sociais, no encontro entre um corpo lesado e condições ambientais e sociais que podem se constituir como barreiras. Vale ressaltar, que diferente da lesão que é um fenômeno biológico, a deficiência ocorre devido a carga de sentidos que é atribuída a esta lesão (BERNARDES *et al.*, 2009).

A deficiência e a pobreza são categorias que estão relacionadas em um processo de mútua interferência. Pois, a pobreza pode estar associada a quadros de adoecimento e sua intensificação (devido à falta de saneamento ou a impossibilidade de buscar serviços de saúde, por exemplo) que por sua vez, podem causar deficiências (OMS, 2012). Um estudo realizado na cidade do Recife, demonstra que a prevalência de crianças com microcefalia é consideravelmente maior em grupos que possuem condições precárias de vida (SOUZA *et al.*, 2018). Em concomitância a isto, a exclusão social da pessoa com deficiência dificulta sua entrada no mercado de trabalho, bem como o acesso à educação, e colabora para o agravamento de situações de pobreza, com impactos negativos sobre rendas familiares (OMS, 2012)

Junto com essas condições socioeconômicas mais desfavoráveis, as pessoas com deficiência também possuem maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em detrimento daquelas que não possuem nenhuma deficiência (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018). Esta

situação expõe um quadro de exclusão social desta população, demonstrando que as políticas sociais precisam caminhar sob a perspectiva da justiça social e da legitimação das lutas por efetivação de direitos conferidas aos movimentos das pessoas com deficiência (DINIZ, 2007).

Cerca de 15,6% da população do mundo com 15 anos ou mais, possui algum tipo de deficiência (OMS, 2012). Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, no Brasil 23,9% da população relata algum tipo de deficiência. A região Nordeste se destaca com 26,6%. No estado de Pernambuco 27,58% de sua população residente convive com alguma deficiência (IBGE, 2012). No Recife esta proporção é de 23,87% (RECIFE, 2018).

Diante deste cenário, cabe destacar a importância de políticas públicas como as de trabalho, saúde, educação e assistência social voltadas à proteção deste grupo. Importa considerar que o Brasil tem demonstrado avanços na legislação voltada à pessoa com deficiência, com destaque para o Plano Viver sem Limite, lançado em 2011, por meio do Decreto nº 7.612 que se propõe a articular políticas, tais como acessibilidade, inclusão social, acesso à educação e a saúde, visando a melhoria da inclusão social (BRASIL, 2013).

Além disso a Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015) foi um importante passo em direção à cidadania e compreensão da deficiência enquanto fenômeno social, ou seja, que se produz na relação entre um corpo lesado (atravessado por fatores não só biológicos, como também subjetivos e sociais) e condições socioambientais que podem se constituir como barreiras à participação da vida em sociedade (BERNARDES *et al.*, 2009).

No que concerne ao campo da saúde, foi instituída em 2002 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – PNSPPD<sup>1</sup>. A PNSPPD ressalta a articulação intrasetorial na saúde e a intersetorialidade entre diversos ministérios, como o da saúde, da justiça, da educação, do trabalho e emprego, do esporte e turismo, entre outros, como estratégia fundamental na condução de seu propósito de proteger e reabilitar a saúde da pessoa com deficiência, e assim colaborar para sua inserção social (BRASIL, 2002). Dez anos após a implantação da PNSPPD, foi instituída a Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência - RCSPcD (BRASIL, 2012a).

A referida rede de cuidados se propõe a desenvolver ações no âmbito da atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, objetivando qualificar o atendimento e expandir serviços voltados à prevenção, promoção e reabilitação da saúde das pessoas com deficiência (BRASIL, 2012a).

Os serviços especializados de reabilitação vêm sendo interpretados como dispositivo central na rede de cuidados à pessoa com deficiência. Campos, Souza e Mendes (2015) entendem que

---

<sup>1</sup> Ao entrar em desuso, devido o estigma contido na nomenclatura “Pessoa portadora de deficiência”, esta política passou a ser chamada de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPcD, uma vez que a expressão Pessoa com Deficiência, ressalta sobretudo a pessoa independente de sua condição física ou cognitiva.

esses serviços alteram a lógica de atenção historicamente fragmentada e focalizada em um modelo de deficiência e buscam qualificar o atendimento e a regulação ao acesso de outros pontos na rede de atenção à saúde. Desta forma, apesar de sua grande importância, a reabilitação se configura como uma das várias possibilidades de cuidado direcionadas a este público. Isso porque, as necessidades dessa população vão além da sua lesão e os serviços de saúde devem estar articulados para ofertar o cuidado não apenas de reabilitação, mas numa perspectiva da integralidade em saúde (BRASIL, 2017b).

Portanto, essas políticas de saúde reafirmam os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS da universalidade, da integralidade e da equidade. Para a operacionalização desses princípios, a PNSPcD chama a atenção para a garantia do acesso aos serviços de saúde. Propondo-o de forma alinhada com a perspectiva de inclusão social, pois além do acesso aos serviços de saúde (diagnóstico, reabilitação ou até mesmo de prevenção de agravos), aborda a necessidade de atendimentos adequados às necessidades dos sujeitos, e do acesso a informações e práticas que colaborem para o desenvolvimento das potencialidades dessas pessoas (BRASIL, 2002).

Entretanto, dimensionar a garantia e efetivação desse acesso ainda é algo complexo. Uma vez que a sua concepção é variável (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Há estudos, como o de Martins *et al.* (2016) que centralizam o debate em aspectos da geografia e da estrutura física dos serviços de saúde para o alcance do acesso.

Há outras abordagens como a Levesque, Harris e Russel (2013), que situa a análise desta categoria na interface entre as características da oferta dos serviços com a demanda da população e das pessoas envolvidas. Inclui não só aspectos estruturais do sistema de saúde, como também sociais, demográficos e econômicos dos indivíduos. A estrutura conceitual dividida entre cinco dimensões da acessibilidade e cinco capacidades individuais conduz a uma concepção do acesso desde a obtenção dos cuidados em saúde até efetivação de necessidades de serviços atendidas, e, portanto, podem traduzir diversas barreiras ou facilidades de acesso para um atendimento.

Ao entender que o acesso envolve dimensões que estão além da sua garantia legal e da disponibilidade física de serviços, a efetivação desta rede de cuidado e da integralidade, se torna algo complexo e muitas vezes fragilizada (MACHADO *et al.*, 2018). Pois, um dos maiores desafios no âmbito dos direitos das pessoas com deficiência, trata-se justamente da efetivação daquilo que está posto em lei (MAIOR, 2015).

A experiência de conviver com uma lesão, seja física ou cognitiva, muitas vezes requer a necessidade de cuidados contínuos à saúde, por exemplo, os de reabilitação de funções do corpo, e, por conseguinte, reforça a indispensabilidade do acesso aos serviços de saúde na vida das PcD. Garantir o acesso de modo que se considere as necessidades do usuário para sua participação na sociedade é um dos passos para uma sociedade inclusiva. A não garantia desse acesso, portanto,

do direito à saúde, fomenta uma sociedade segregadora, com desigualdades sociais e barreiras à cidadania.

Desta forma, vale ressaltar, que diante do cenário de vulnerabilidade social das pessoas com deficiência, a efetivação da integralidade e a ampliação do acesso aos serviços de saúde na rede especializada para PcD se torna um desafio.

Em consonância com a legislação nacional, a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife, prevê ações no âmbito da atenção básica, média e alta complexidade e vigilância em saúde (RECIFE, 2016). A atenção especializada ambulatorial de Recife se constitui de 12 policlínicas e nove unidades, de sua rede própria, especializada em reabilitação (RECIFE, 2018).

A localização da pesquisa na cidade do Recife, considerou sua característica, enquanto capital do estado, de possuir no seu território, maior aporte tecnológico voltado a atenção à saúde da PcD, tanto no que se refere aos serviços de gestão estadual quanto municipal. Ademais, a gestão municipal de saúde implantou em 2016, a partir da epidemia de Zika vírus, um Centro Especializado em Reabilitação – CER, do tipo II. Neste sentido, torna-se relevante compreender como se dá o acesso das pessoas com deficiência a esse CER II e como se dá a relação desse serviço com o restante da rede de cuidados à pessoa com deficiência situada no território da cidade do Recife.

Além disto, muitas pesquisas mantêm uma visão restrita, considerando apenas a dimensão da acessibilidade física, havendo escassez de literatura que aborde o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, de forma mais ampla. Este fato, corrobora a compreensão de que é preciso avançar para análise do acesso e incluir aspectos que estão além da adequação de características arquitetônicas dos serviços de saúde. Por isso, esta pesquisa utilizará a proposta de Levesque, Harris e Russel (2013) para análise do acesso.

Diante disto, o pressuposto que orienta este trabalho é que não basta a existência legal e física de uma rede de cuidados voltada às pessoas com deficiência para efetivação do acesso deste grupo aos cuidados especializados em serviços ambulatoriais. Pois esse processo é atravessado por fatores culturais, políticos, sociais, individuais e técnicos, que irão produzir diferentes barreiras ou facilidades na busca e efetivação do cuidado. Isso posto, o problema de pesquisa é como se dá o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade de Recife-PE?

## **2 OBJETIVOS**

### ***2.1 Objetivo geral***

Compreender como se dá o acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife.

### ***2.2 Objetivos específicos***

- a) Descrever a rede de atenção especializada à PcD na cidade do Recife;
- b) Analisar o acesso aos serviços especializados na cidade do Recife, a partir da perspectiva de usuários e/ou seus cuidadores;
- c) Analisar o entendimento dos profissionais de saúde e gestores quanto ao acesso das PcD aos serviços especializados e aos dispositivos de articulação intra e intersetorial.
- d) Analisar os desdobramentos da pandemia da COVID-19 no acesso da PcD aos serviços de reabilitação.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 *Contextualizando a deficiência*

Historicamente a compreensão sobre o fenômeno da deficiência possui características diversas, suas variações concentram-se na explicação da origem e causa. Entretanto, quase sempre se mantém sob perspectiva de comparação entre corpos concebidos como normais e corpos que estão fora do padrão de normalidade, o que faz a deficiência ser considerada como anormalidade (FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

O padrão de elucidação que anteriormente possuía contornos místicos e religiosos, os quais enxergavam a deficiência como um castigo divino ou ainda como monstros ou seres diabólicos, a partir do século XIX passa a ser explicado pela biologia e genética, que buscava cura e reabilitação, e se configurou como o início de uma atenção biomédica. O papel de cuidado caritativo da igreja e de instituições asilares cedeu lugar à busca de tratamentos em hospitais e asilos, para maior enquadramento possível da pessoa com deficiência aos padrões normais. Ambos, no entanto, guardavam o caráter de exclusão social (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

Considerando os esforços do modelo biomédico direcionados às ações de cura e reabilitação, o contexto de revolução industrial com necessidade de mão de obra e incentivo à produção fortaleceu o desenvolvimento desta perspectiva, pois seus pressupostos se mostraram com forte potencial para recuperação daqueles que não se encaixavam nas atividades laborais. Este foi um período de grande desenvolvimento científico sobre a deficiência, que proporcionou avanços no campo da gênese, terapêutica e reabilitação. A deficiência passou a ser enquadrada como uma doença, deste modo, estava no âmbito do privado, do individual e do familiar (DINIZ; BARBOSA; SANTOS 2009; FERNANDES; SCHLESENER; MOSQUERA, 2011).

O modelo biomédico se apresentou como alternativa para solucionar o que até então estava fora de controle, sem solução. A possibilidade de restauração daquilo que era visto como defeito estabeleceu a hegemonia deste saber. Entretanto, o caráter opressor, excludente e normalizador sobre a experiência da deficiência, incutido nesta vertente, mobilizou o questionamento de pessoas que conviviam com lesão e que compreendiam a deficiência enquanto um fenômeno social e não biológico. Formou-se um movimento político na Inglaterra, gerido por deficientes e intitulado como Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação – UPIAS, o qual encabeçou a construção do que foi denominado como modelo social (DINIZ, 2007).

Ancorada nos pressupostos do materialismo histórico a crítica da UPIAS consistiu na afirmação que a deficiência não estava no âmbito da biologia, da lesão, do indivíduo, estava sobretudo no social, em uma sociedade que não estava preparada para lidar com os diferentes

modos de estar no mundo. A análise da deficiência não deveria ser entendida pela fórmula em que lesão resulta em desvantagem, e com isso, em deficiência e desigualdade. Mas que o encontro de um corpo lesado com um contexto social não acessível é que produz deficiência e opressão (DINIZ, 2007). No modelo social, a lesão por si só não possui significado, pois se trata de uma construção sócio – histórico – cultural dentro de padrões discriminatórios. Neste percurso, para além de cuidados biomédicos a reivindicação da UPIAS era por mudanças políticas e sociais (DINIZ, 2007).

Apesar da grande importância deste movimento conduzido pela UPIAS para uma nova compreensão sobre a lesão e deficiência, sua radicalidade centralizou o debate apenas na estrutura social. Ao enfatizar a origem da opressão no modelo capitalista se desconsiderou a lesão, como forma de defesa contra o argumento biomédico, e principalmente como espelho dos objetivos e anseios de uma classe específica: homens, com impedimentos físicos, movidos pelo ideal da independência, que desejavam condições em termos de direitos e acessibilidade para sua inserção no trabalho (DINIZ, 2007).

Neste ponto, as ideias feministas colaboraram para o aperfeiçoamento e expansão do modelo social, uma vez que chamaram atenção para a experiência subjetiva do corpo lesado, aquele que sente dor e que por vezes jamais poderá vivenciar a independência. Ao retomar pautas como corpo e lesão, tornaram o debate sobre deficiência mais empático, justo e alinhado com a diversidade dessa experiência. Inseriram as doenças crônicas na discussão sobre deficiência, a interdependência como valor inerente à condição humana (de deficientes e não deficientes), bem como a vivência do cuidado por parte de mães, parentes e profissionais (DINIZ, 2007).

A potência contida na proposição do modelo social contribuiu com os avanços nas políticas sociais e nos direitos humanos voltado à pessoa com deficiência. Alguns marcos merecem destaque, devido ao impacto em diversos países no processo de construção de uma sociedade inclusiva, entre eles: a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência, instituída pela Organização das Nações Unidas – ONU em 1975, por meio da Resolução nº 30/84; o reconhecimento pela ONU do ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência; e posteriormente em 1982 a Resolução nº 37/52, com Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência.

Essas medidas convergiram e permitiram o reconhecimento da igualdade jurídica entre pessoas com deficiência e sem deficiência, legitimando o acesso para aquelas a espaços sociais que até então eram difíceis, como os destinados ao trabalho e cuidado à saúde. Além disso, foram importantes, para o comprometimento dos países em trabalhar para atenuar as causas da deficiência considerando aspectos econômicos, sociais e culturais deste fenômeno (ONU, 1982).

Apesar dessas iniciativas permaneceu a tensão entre o discurso biomédico e o modelo

social, demonstrada a hegemonia do primeiro na publicação da Organização Mundial da Saúde em 1976, intitulada como Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens – CIDID, que utilizava as categorias deficiência – incapacidade – desvantagem como uma sequência linear de efeitos (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Mais tarde, a Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas com deficiência, mais conhecida como Convenção de Guatemala, exerceu forte influência no contexto brasileiro, e foi promulgada a partir do Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Esta se concentrou na eliminação da discriminação, viabilizando a formação de uma Comissão para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, a qual deveria acompanhar este processo e contava com a presença de um representante de cada país participante (BRASIL, 2001).

A construção teórica CIDID recebeu diversas críticas e em 2001 a OMS lançou uma revisão deste documento, chamado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Este modelo, fundamentado em uma perspectiva biopsicossocial, inseriu o conceito de funcionalidade, analisada à luz de fatores biomédicos, ambientais e sociais. A CIF propôs uma mudança de paradigma quando possibilitou a ampliação do seu uso, inclusive para embasamento de políticas públicas. Bem como, quando indicou aspectos positivos e negativos da funcionalidade, entendida como produto dos seguintes componentes: funções do corpo; estrutura ou parte do corpo; atividade, entendida como a realização de tarefas do dia-dia desde mais simples às mais complexas; participação, quando inserida em um contexto social; e fatores ambientais que podem ser facilitadores ou barreiras (FARIAS E BUCHALLA, 2005).

Entre os progressos notados no Brasil, em 1999 especialmente, o Decreto de nº 3.298/99, regulamentou a Lei nº 7.853/89, de forma que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a qual objetivou assegurar o exercício dos direitos sociais por parte desse grupo, e já sinalizava a preocupação do país com a inclusão social de pessoas com deficiência (BRASIL, 1999).

O processo de avanços sociais no Brasil é observado em vários setores, a exemplo educação e saúde, e em 2002, foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Ela traz como propósito trabalhar os eixos da prevenção de deficiências, reabilitação e promoção da qualidade vida. Para tanto, ressalta a importância da organização de serviços de saúde voltados a esta demanda, à capacitação de recursos humanos, à construção de ambientes favoráveis, intersetorialidade e potencialização de informação (BRASIL, 2002).

Após alguns anos, em 2006, a ONU por meio da Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo, reafirma um projeto de sociedade atravessada pela equidade de oportunidades, integração social e respeito à diversidade. Apresenta a importância de

uma solidariedade universal em torno das diferenças humanas e introduz o compromisso dos países membros em criar estratégias para lidar com as barreiras ambientais e atitudinais que fomentam a vulnerabilidade cotidiana das pessoas com deficiência (FERREIRA E OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2008).

A Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência coloca o gênero e a infância/adolescência, como categorias que agravam o grau de vulnerabilidade de deficientes a situações de violência e discriminação, e a pobreza como elemento que está no cerne deste fenômeno. Lança luz a definições como desenho universal, ajustamento razoável, discriminação por motivo de deficiência, comunicação e língua, que conduzem a uma nova compreensão sobre a deficiência, a qual contempla e valoriza sobretudo a história de vida do sujeito, suas potencialidades e o contexto socioeconômico (BRASIL, 2008). O cenário brasileiro acompanha esses avanços. O Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulga o texto da ONU referente à Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo (BRASIL, 2008).

Além disso, no ano de 2011 com o Decreto nº 7.612 que instituiu o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, o Brasil promove a articulação de políticas públicas para construir condições necessárias ao exercício de igualdade da pessoa com deficiência. Este plano, elaborado com a colaboração do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE, estrutura-se sobre quatro eixos: acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde. Cada eixo possui estratégias para lidar com a desigualdade entre pessoas com e sem deficiência, metas de implantação e ampliação, e instruções para gestores e cidadãos (BRASIL, 2013).

A coexistência do modelo biomédico com as lutas e avanços do modelo social, bem como as diversas experiências individuais na convivência com uma lesão corporal faz da deficiência um conceito polissêmico e complexo, muitas vezes com teoria e práticas distantes. Diante de uma longa história de segregação e opressão, a efetivação dos pressupostos do modelo social nas práticas cotidianas ainda é um grande desafio. Pois, esta proposta mais que uma ferramenta para orientação de políticas, se trata de um modelo de sociedade e de uma ética do ser humano enquanto sujeito (BERNARDES *et al*, 2009).

Somado a isso, o Brasil não tem adotado um sistema de políticas públicas para PcD baseada em direitos, em que o Estado está comprometido com a desconstrução de estigmas e a assunção da cidadania deste grupo a partir de ações que garantam acessibilidade a todos. As políticas brasileiras tem se estruturado de forma fragmentada, com pequenas respostas do Estado voltadas à integração da PcD. Mas, essa questão não é entendida essencialmente como social, o que intensifica a disparidade entre as propostas legislativas e o que, de fato é vivenciado no cotidiano

da PcD (BORGES E COSTA, 2020).

Desde o governo Temer, e agora com o presidente Bolsonaro, tem se consolidado uma abordagem que reduz a participação do Estado nessa questão, que ao recuar negligência as necessidades desse segmento, as condições de desigualdade e as diversas barreiras que impedem a vida em sociedade (BORGES E COSTA, 2020).

### ***3.2 Rede de atenção à pessoa com deficiência: um caminho para integralidade***

Relativamente nova, a proposta de organização da atenção à saúde no Brasil por meio de redes busca a construção de um sistema integrado de saúde (VIANA *et al*, 2018). Conforme Ouverney e Noronha (2013) devido à grande aproximação entre esses modelos, não raro estes termos são utilizados praticamente como sinônimos.

Um sistema integrado se constitui a partir de uma abordagem do cuidado centrado na pessoa. Integra serviços, profissionais e técnicas, de modo a conecta-los com o intuito de personalizar cada vez mais as ações de saúde de acordo com as necessidades do sujeito. Visa compreender a ação dos determinantes psicossociais e socioeconômicos no indivíduo, para assim qualificar o atendimento, produzir continuidade da atenção e reduzir gastos. Entretanto, ganha desenhos diferentes em países de alta renda e países de baixa/média renda (MOUNIER-JACK; MAYHEW; MAYS; 2017).

Internacionalmente a discussão sobre a proposta de Redes de Atenção à Saúde data de 1920, no Relatório Dawson. Em países com maior grau de desenvolvimento econômico, como Reino Unido e Canadá, esse sistema foi rediscutido a partir da década de 90 (OPAS, 2011). Já no Brasil, o debate foi fortalecido a partir do ano 2000, com o movimento de regionalização, que buscou encorajar o papel do Estado de coordenar a reorganização de um sistema que visa a integralidade do cuidado (REIS *et al*, 2017).

As Redes de Atenção à Saúde – RAS surgiram para atenuar os efeitos de uma crise contemporânea nos sistemas de saúde, a qual teve influência na fragmentação da atenção. No contexto brasileiro o intenso processo de municipalização desencadeou a ampliação da oferta de serviços em vários níveis de complexidade, contrariando a lógica de economia de escopo e escala, que além da fragmentação da atenção, impactou de forma negativa nos gastos econômicos e na qualidade dos serviços (MENDES, 2011).

O conceito de RAS chama atenção para a necessária coerência entre a organização da atenção à saúde com o perfil epidemiológico e sócio sanitário, a partir de um modelo de gestão da saúde da população em invés de um modelo de gestão da oferta. Isto insere a responsabilidade sanitária dos serviços de saúde, na medida em que a população é um dos elementos constitutivos da RAS (MENDES, 2019).

O Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 4.279/2010 define Redes de Atenção à Saúde “como 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 cuidado”. De forma mais detalhada Mendes (2019, p.175) apresenta RAS:

Como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade –, e com responsabilidades sanitária e econômica de modo a gerar valor para a população.

Desta forma, a disposição de uma RAS é constituída por vários pontos de atenção que possuem certa autonomia, e buscam qualificar e aprofundar a sua inter-relação. A estrutura piramidal, hierarquizada de acordo com o nível de atenção dos serviços, cede lugar para outra lógica de complexidade, que reorganiza os pontos de atendimento de modo que não há hierarquia entre eles, pois estes se ligam como uma teia de acordo com a necessidade de saúde do usuário e a densidade dos recursos tecnológicos utilizados (MENDES, 2011).

Com o intuito de qualificação da gestão do cuidado, otimização do acesso e recursos financeiros, a RAS pressupõe uma profunda alteração no modelo que rege a estrutura e organização da atenção à saúde. Além de direcionar suas atividades para assistência em saúde, também desenvolve ações no âmbito da prevenção e promoção, estando alicerçada no princípio da integralidade (MENDES, 2011; MENDES, 2019).

Amaral e Bosi (2017) também compreendem a RAS a partir de um olhar multidimensional e interdisciplinar, e sustenta uma análise por meio de cinco categorias:

1) unidades mínimas, consistem em pontos fixos na rede, ou seja, seus componentes, que possuem variadas formas de acesso e propostas de cuidado;

2) conectividade, envolve a inter-relação entre os serviços, a capacidade de construir novas conexões e o grau de fluidez entre os pontos da rede;

3) integração, característica que promove o real funcionamento em rede diante de responsabilidades e escopo de atividades diferentes, trata-se da coerência entre os serviços que compartilham um objeto de trabalho comum;

4) normatividade, diz respeito a autonomia e controle da gestão para coordenar e organizar as ações de saúde na rede considerando diversos atores;

5) subjetividade, devido ao caráter subjetivo do humano, esta dimensão perpassa todas as outras, produz sentido ao cuidado, que vai além da técnica, pois abarcam aspectos ideológicos e éticos.

Em consonância com estas perspectivas Ouverney e Noronha (2013) ressaltam aspectos

como autonomia e interdependência entre os serviços de saúde, utilização inteligente de recursos por meio de uma relação custo/efetiva, flexibilidade da alocação de práticas e coordenação do cuidado, para que haja um funcionamento em rede, e assim a promoção de um cuidado integral e contínuo.

Estas definições apresentadas demonstram a complexidade que a organização da atenção à saúde em redes envolve. A natureza discursiva e ideológica da RAS sustenta um novo paradigma de cuidado. Pois, segundo Viana *et al.* (2018) o modelo de RAS não é meramente a união de serviços, na medida em que se desenvolve em torno de um sentido ético que considera necessidades sociais e individuais legitimadas pelos direitos humanos, e, portanto, extrapolando setores e envolvendo um planejamento refinado que tem potencial de gerar valor para os usuários quando atendidos.

No contexto dos cuidados voltado à pessoa com deficiência, até 2012, apesar de já se contar com uma Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPcD, as ações de saúde destinadas a este grupo aconteciam de forma muito pontual e desarticuladas entre si. A exemplo, diversas portarias que avançaram no sentido de melhorias na oferta do serviço de saúde para esta demanda, mas que não constituíram um cuidado articulado, congruente com a proposta do SUS de universalidade, integralidade e equidade (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A título de demonstração, a análise das seguintes publicações colabora com a compreensão deste fato. A Portaria MS/SAS nº 305, de 2 de julho de 1992, insere o código de tratamento de reabilitação no Sistema de Informação Hospitalar – SIH/SUS; a Portaria MS/SAS n.º 116, de 9 de setembro de 1993, inclui a concessão de órteses, próteses e bolsas de colostomia, a partir do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS; a Portaria MS/SAS n.º 1.531, de 4 de setembro de 2001, institui no SUS o Programa de Assistência Ventilatória Não Invasiva a Pacientes Portadores de Distrofia Muscular Progressiva, e a Portaria MS/SAS n.º 587, de 7 de outubro de 2004, determina a implantação de Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva (BRASIL, 2006).

Apenas em 2012, um fluxo de cuidado é organizado de forma mais ampla, com a Portaria MS/SAS nº 793, de 24 de abril de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, a qual é fomentada financeiramente por meio da Portaria nº 835, de 25 de abril 2012, que destina incentivos financeiros de investimento e de custeio para Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. A partir desta rede, novos pontos de atenção foram construídos e outros foram ampliados, com vistas a organizar e qualificar os serviços de saúde voltados à promoção, prevenção e reabilitação para pessoas com deficiência. Além disso, ao adotar a CIF no SUS desloca-se o foco da deficiência para funcionalidade, o que também fortalece a busca de um cuidado integral (BRASIL, 2012a).

Vale ressaltar, o processo de implantação da referida rede incluiu exaustivo contato e

debate do Ministério da Saúde com diversos segmentos da sociedade (gestores e profissionais de saúde, movimentos sociais e pesquisadores), de vários lugares do Brasil. Este fato permitiu a participação social na construção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conferindo-lhe caráter pluralista e configurando-a como conquista cidadã que converge com a proposta do SUS (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Desta forma, a rede de cuidados à pessoa com deficiência é considerada um avanço no sistema de saúde brasileiro. É composta por serviços da Atenção Básica – AB, entendida como centro de comunicação na rede, da Atenção Especializada em Reabilitação e da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, que são pontos de atenção secundária e terciária (BRASIL, 2012a). Além de outros dispositivos inerentes a RAS, como: sistemas de apoio, com serviços voltados ao diagnóstico e terapêutica e à assistência farmacêutica, e o sistema logístico, viabilizado por exemplo pelo transporte sanitário, que permite a articulação entre pontos de atenção da rede. Esses níveis devem funcionar de forma articulada, e o acesso a eles deve ser garantido a qualquer pessoa que dela necessite (MENDES, 2011).

A Atenção Básica enquanto coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, que deve manter um cuidado longitudinal e territorializado é um serviço com grande potencial para efetivar a integralidade na atenção voltada à pessoa com deficiência e capilarizar ações em reabilitação com atendimento domiciliar. Colabora para ampliação da autonomia e cidadania do usuário, bem como para evitar sobrecarga de outros serviços. Além da reabilitação, a atuação da AB deve estar pautada na prevenção de agravos e novas deficiências (incluindo a qualificação do pré-natal), estratégias de acolhimento e análise de vulnerabilidades, e na orientação e apoio de usuários e seus familiares. Para tanto, ela conta com as Unidades de Saúde da Família – USB, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF e em alguns casos com atendimento odontológico (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017c).

Conforme a Portaria nº 793/2012 na Atenção Especializada em Reabilitação, os equipamentos de atenção são: Estabelecimentos habilitados em um serviço de reabilitação, Centros de Especialidades Odontológicas – CEO e Centros Especializados em Reabilitação – CER. Os primeiros realizam diagnose e terapia em apenas uma deficiência, a depender do serviço e os CEO oferecem atendimento odontológico, os quais devem ser ampliados e qualificados de acordo com a necessidade da pessoa com deficiência.

O CER, está dividido em três modalidades: CER II – oferece dois tipos de reabilitação, CER III – oferece três tipos de reabilitação, CER IV – oferece serviços para quatro tipos de reabilitação. Eles caracterizam-se por atendimento ambulatorial voltado à reabilitação. Realizam diagnóstico e tratamento, bem como concessão e ajustes de tecnologias assistivas, nas chamadas Oficinas Ortopédicas. Vale ressaltar que as intervenções realizadas neste serviço devem estar

articuladas com os demais dispositivos da rede de cuidados por meio do Projeto Terapêutico Singular – PTS (BRASIL, 2012a).

No que concerne à Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência esta é composta por Unidades de Pronto Atendimento – UPA, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU e Hospitais de Emergência. Assim como acontece com o CEO, tratam-se de dispositivos que não se direcionam apenas à pessoa com deficiência. Então devem ampliar e qualificar seu atendimento a esta demanda, por meio, por exemplo, da constituição de equipes de referência em reabilitação e de leitos de reabilitação hospitalar (BRASIL, 2012a).

A configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência demonstra uma proposta de atenção dinâmica. A integralidade do cuidado se constrói não apenas em um serviço de saúde, mas no processo de articulação entre eles, que são construídos e viabilizados a partir de uma mudança na perspectiva sobre o que é a deficiência e o que ela implica no cotidiano das pessoas (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Neste incurso, Paim e Silva (2010) entendem a integralidade como categoria contrária a visão reducionista do modelo biomédico, ela amplia o olhar para o sujeito e o processo de saúde. Perpassa as dimensões do cuidado, da política, do programa e do sistema, uma vez que incita articulação de serviços, setores, políticas e sujeitos variados.

A integralidade torna-se ferramenta e ao mesmo tempo objetivo fundamental da proposta da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, sendo conforme Campos, Souza e Mendes (2015) potencializada à medida que o cuidado é tecido no reconhecimento e valorização das diferenças, na inclusão social e na desmistificação de preconceitos. Para tanto:

É promissor produzir saúde na alteridade, isto é, na relação com as diferenças, colocando-as em contato com as dinâmicas e desafios do SUS, trazendo as pessoas com deficiência, de fato, para dentro do sistema, para que possam exercer e reivindicar seus direitos como cidadãos que são (CAMPOS, SOUZA E MENDES, 2015, p. 210).

O cuidado em saúde, sob essa conotação, não se limita à execução de técnicas para reabilitar alguém, mas inclui a construção de vínculo entre usuário-profissional, uma prática intersubjetiva, de diálogo. Envolve a disposição subjetiva deste, em sustentar um lugar de comprometimento com um projeto de sociedade justa e de participação na construção de projetos de vida e felicidade daquele que se cuida. Há uma passagem do tratar para o cuidar (AYRES, 2001; MATTOS, 2004).

### ***3.3 Perspectivas teóricas acerca do acesso aos serviços de saúde***

O acesso trata-se de um conceito complexo, a variação de sentido que lhe é atribuído dificulta a sua delimitação de forma clara e precisa. O emprego dos termos: acesso, acessibilidade e utilização dos serviços de saúde, ora como sinônimos ora como categorias distintas de análise,

constitui um dos fatores que colabora para esta indefinição (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Alguns autores, como Donabedian (2003), não distinguem acesso de acessibilidade, já outros, como Frenk (1992) e Starfield (2002), prezam não só por sua distinção, como também pela cautela no uso de cada um.

Para Frenk (1992) apesar de estarem relacionados, o acesso se restringe a um aspecto de algo mais amplo, que é a acessibilidade. Em oposição, Starfield (2002) considera acessibilidade como os elementos necessários à obtenção do primeiro contato com o serviço de saúde, enquanto que o acesso, envolve o uso, pois configura-se como essa característica do serviço na interface com a experiência do indivíduo para obter atendimento.

Outra variação, diz respeito aos aspectos que estão envolvidos na análise deste conceito, se localizados apenas do lado da demanda, do lado da oferta ou na relação entre os dois. Donabedian (2003), situa sua descrição sobre perspectiva da oferta, dividindo o acesso entre as dimensões geográfica e sócio-organizacional. A dimensão geográfica inclui características do espaço e por isso concentra-se em analisar a relação de recursos como distância, tempo e custos de deslocamento envolvidos na utilização do serviço. Quanto aos aspectos sócio-organizacionais referem-se as qualidades da oferta que atuam no sentido de restringir ou potencializar o acesso aos serviços de saúde, inclui características de ordem social, econômica e cultural. O acesso para este autor se localiza no grau de ajuste entre a oferta de serviços e as necessidades da população (DONABEDIAN, 2003).

Desta forma, apesar de focar na oferta, as características da demanda aparecem indiretamente na compreensão de Donabedian (2003), na dimensão sócio-organizacional, quando os atributos do serviço podem colaborar ou dificultar o acesso do usuário ao serviço de saúde. Com a vasta amplitude da dimensão sócio-organizacional e sua interação com a geográfica, percebe-se então que há interação de fatores que não estão apenas do lado da oferta. Desta forma, não por acaso, a abrangência na perspectiva de Donabedian sobre o acesso foi base para outras construções posteriores.

Em confluência a esta perspectiva, estão as contribuições de Frenk (1992), o qual se utiliza das definições de Donabedian, para incluir as noções de resistência (obstáculos da oferta que dificultam a busca por serviços) e poder de utilização (poder da população para lidar ou solucionar esses obstáculos) na compreensão e definição do grau de ajuste entre a oferta de serviços e a demanda da população, que ele chama de acessibilidade. Para o autor, a oferta deve estar organizada de acordo com o poder de utilização da população. Para Travassos e Martins (2004) também prevalece a noção de acesso como dimensão associada à oferta.

Entretanto, em contrapartida ao que foi discorrido, outros autores ampliam a compressão do acesso e sistematizam com maior detalhe a relação entre as características da oferta e da

demanda (ANDERSEN, 1995; OLIVER; MOSSIALOS, 2004; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013). Oliver e Mossialos (2004) enfatizam principalmente a capacidade de pagamento como característica da população e a localização geográfica como característica do serviço que interfere em determinados grupos, de maneira diferente, na efetivação do acesso igual para necessidades iguais.

Andersen (1995) aprofunda a complexidade da análise deste conceito. Propõe o Modelo Comportamental, em que coloca o acesso como entrada no serviço e a continuidade do cuidado. Distinguindo quatro tipos de acesso: a) acesso potencial, relacionado à potencialidade dos recursos em saúde em produzir o uso de serviços, ou seja, a presença de recursos, em termos de trabalho e capital, aumentam a probabilidade do uso de serviços de saúde; b) acesso efetivo, trata-se do uso do serviço e é determinado pela interação de aspectos individuais, como genética, contexto social e de educação, necessidade de saúde, a capacidade de buscar e utilizar o serviço, e fatores do sistema, como recurso e estrutura; c) acesso equitativo e d) acesso desigual, ambos dimensionados por meio da observação de quais características se sobressaem na utilização do serviço.

Entretanto, no acesso equitativo geralmente são características demográficas e de necessidade que explicam as variações de uso, enquanto que no acesso desigual os fatores que se destacam são estruturas sociais, econômicas e culturais (ANDERSEN, 1995).

Apesar de cada autor estruturar de modo diferente a compreensão sobre o acesso, alguns de forma mais restrita outros mais ampliada, é possível observar a convergência de alguns aspectos, os quais sofrem uma releitura e/ou renomeação. Por meio de um apanhado geral da literatura, Levesque, Harris e Russell (2013) propõe um modelo conceitual estruturado a partir da interação entre cinco dimensões do acesso (acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, acessibilidade financeira e adequação) e cinco respectivas capacidades individuais (capacidade de perceber; de procurar; de alcançar; de pagamento; de se envolver).

A primeira dimensão se trata da acessibilidade, que concerne em o usuário identificar a existência de um serviço que atende a sua demanda, bem como sua possibilidade de alcance. A segunda, a aceitabilidade, corresponde à oferta de cuidado que poderá estar ou não alinhada com as características culturais e sociais da população, e, portanto, atuar, ou não, como barreira de acesso. A terceira, disponibilidade e acomodação, abarca a existência física e também o potencial de produção do serviço, envolve aspectos estruturais, instalações, distribuição, recursos humanos, contextos e geografia urbana. Configura-se no fato de alcançar um serviço de saúde e em tempo oportuno (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013)

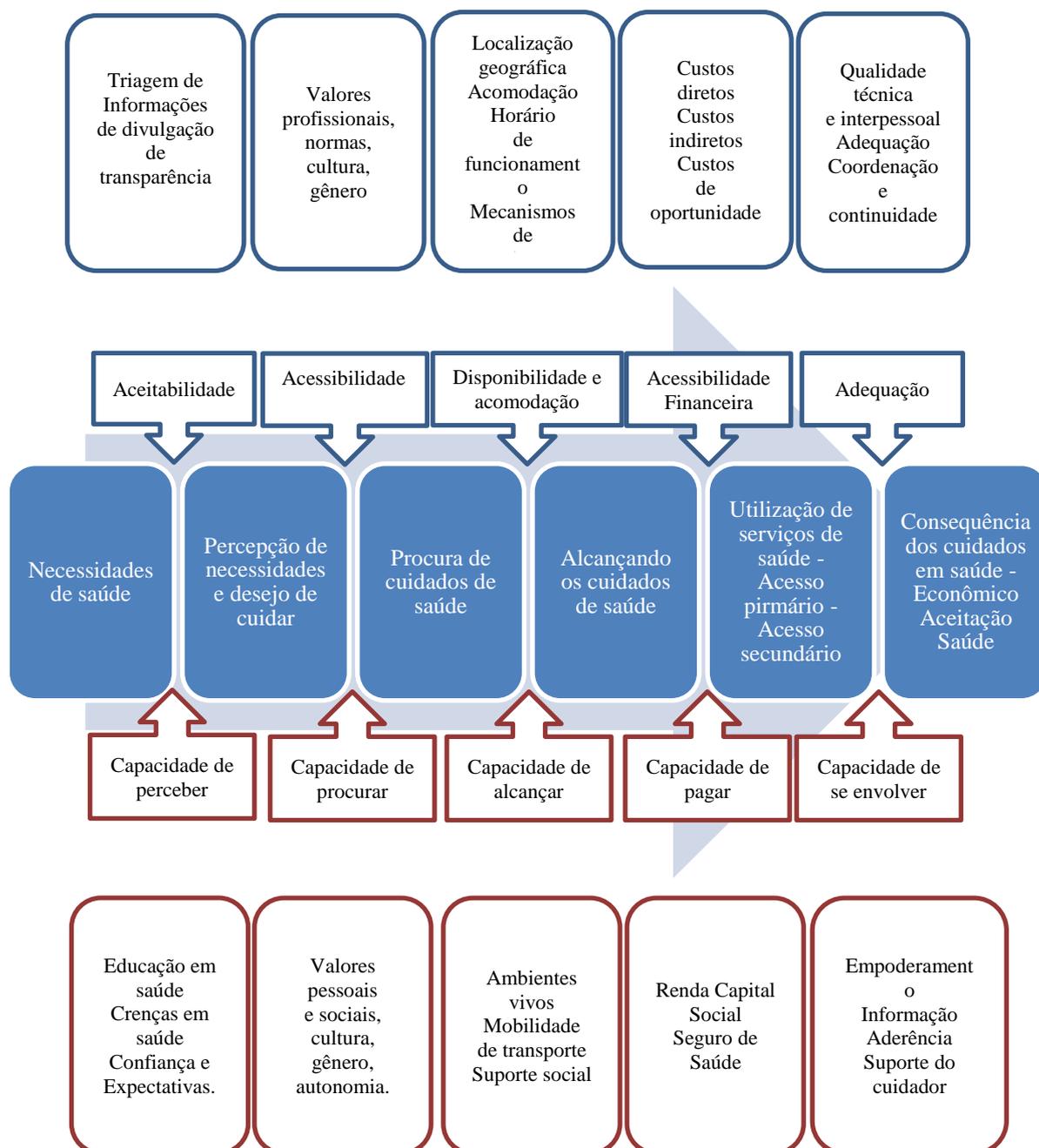
A quarta dimensão, nomeada por acessibilidade financeira, resulta do componente financeiro, da possibilidade de investimento de tempo e recurso para uso do serviço. Sobre esta dimensão, apesar do SUS ser um sistema universal, ela não perde sentido no contexto brasileiro,

pois considerando a determinação social da doença nas pessoas com deficiência, o custo pode incidir sobre a renda familiar, por meio do abandono do trabalho, ou a ausência nele em determinados dias, seja pelo usuário ou cuidador, para comparecer as consultas e cuidados de saúde. Por fim, a quinta dimensão, intitulada como adequação, reflete o ajuste entre a prestação do serviço, sua qualidade e as necessidades dos usuários. Ao envolver a qualidade, esta dimensão pressupõe o acesso a bons serviços de saúde, o contrário é entendido como restrição no acesso. (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013)

Ainda sobre as contribuições de Levesque, Harris e Russell (2013) cinco capacidades pessoais completam as dimensões supracitadas e são influenciadas pelas necessidades de saúde percebidas pela pessoa e por seus aspectos sócio demográficos. Nesse sentido, a proposta de Levesque, Harris e Russell (2013) possui semelhança com o que Andersen (1995) chama de fatores predisponentes e capacitantes, uma vez que ambos ressaltam características individuais que influenciam na obtenção dos cuidados de saúde. A capacidade de perceber, está associada ao nível de conhecimento da população sobre saúde; a de procurar, reflete a possibilidade do indivíduo obter um serviço, em que a procura é viabilizada por elementos como informação, autonomia pessoal e poder de escolha. Essas duas capacidades, convergem com a importância de empoderamento da população sobre cuidados de saúde enfatizado por Di McIntyre, Thiede e Birch (2009) ao conceituar acesso.

Destacam-se ainda a capacidade de alcançar, que se trata dos recursos físicos e ocupacionais que devem ser acionados para obtenção do atendimento, como transporte, locomoção e flexibilidade na atividade laboral. Já a capacidade de pagamento, corresponde ao poder de levantar recursos financeiros para viabilizar os cuidados de saúde, mesmo com o SUS, esta capacidade pode ser vislumbrada na necessidade, diante do desinvestimento no sistema de saúde, do pagamento por tecnologias (como exames, remédio etc) complementares aos serviços oferecidos. E por fim, a capacidade de se envolver, que está relacionada a capacidade do usuário participar da construção do processo terapêutico. Em parte, também é influenciado pelo acesso a informações e, portanto, ao empoderamento sobre sua saúde (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

**Figura 1 – Modelo conceitual de acesso aos cuidados em saúde.**



Fonte: Levesque, Harris e Russell (2013) – Adaptado pela autora

Trazendo essas dimensões e capacidades para realidade da pessoa com deficiência e considerando o contexto de maior vulnerabilidade social deste grupo é possível perceber como estas facilmente podem se transformar em barreiras de acesso, que dificultam a efetivação da integralidade e da equidade no acesso aos serviços de saúde. Diante disto, cabe destacar que, conforme Barata (2008) o acesso está alinhado aos níveis de desigualdade de uma sociedade, relacionando-se as dimensões social, individual e programática da vulnerabilidade. Por isso, para preservar a todos o direito à saúde, há necessidade das políticas de saúde garantirem o princípio

da equidade e atuarem em consonância com as especificidades dos diversos grupos sociais.

Este modelo conceitual sugere uma análise do acesso alinhada à experiência dos sujeitos que estão envolvidos na busca pelos serviços de saúde. Aprofunda a discussão sobre esta categoria na medida em que envolve desde a detecção de necessidades de saúde até seu processo de atenção e cuidado. Bem como, quando inclui aspectos dos indivíduos, dos serviços e do contexto que estão inseridos. Entretanto, os autores sinalizam a dificuldade de trabalhar o acesso, pois a complexidade do conceito não é captada em indicadores isolados, o que demanda análise correlacionada de pesquisas mistas ou de várias pesquisas com diversos fatores investigados (LEVESQUE, HARRIS E RUSSEL, 2013).

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### ***4.1 Desenho do estudo***

Esse estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado *Fortalecendo a Inclusão de Pessoas com Deficiência no Sistema de Saúde no Brasil: Explorando o Acesso das Pessoas com Deficiência aos Serviços de Saúde em Pernambuco*, desenvolvido pelo Instituto Aggeu Magalhães – FIOCRUZ/Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE e a London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Trata-se de um estudo exploratório, tipo estudo de caso, que utilizou o método da pesquisa qualitativa por enfatizar o significado, a realidade enquanto construção simbólica do ser humano que é dialética e contraditória. Para Minayo (2012) a pesquisa qualitativa valoriza as crenças, as opiniões e as ações de cada sujeito envolvido, legitimando a singularidade e subjetividade para construção da compreensão e interpretação acerca da realidade pesquisada. Esse tipo de estudo se constrói na intersubjetividade entre o sujeito que é pesquisador e o sujeito que está sendo pesquisado, com sua posterior contextualização teórica.

A pesquisa utilizou a estratégia de estudo de caso. Segundo, Yin (2005) se faz necessário levar em consideração três aspectos: a) o desenvolvimento da pergunta por meio de um “como”; b) o estudo de fenômenos cotidianos e contemporâneos, e; c) fenômenos que estão fora do controle do pesquisador (YIN, 2005).

Caracterizou-se enquanto um estudo de caso único e exploratório, que tem como caso, o acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados de saúde. Trata-se de uma proposta de estudo que demonstra a intenção da compreensão sobre este fenômeno numa perspectiva aprofundada ao considerar a relação entre evidências em um contexto específico, ainda pouco explorado, neste caso, a cidade do Recife – PE. Para tanto a exploração foi fomentada a partir de dados de documentos, dados quantitativos disponíveis do site do DATASUS (<http://www.datasus.gov.br/>) e dados qualitativos, havendo neste último a realização de entrevistas semiestruturadas com diversos atores (usuários, profissionais de saúde e gestores), em contextos diferentes (ambulatório e hospital) como forma de captar diferentes dimensões do objeto de pesquisa.

### ***4.2 Local da pesquisa e período de referência***

Esta pesquisa foi desenvolvida no período de julho de 2020 a janeiro de 2022, na cidade do Recife, capital do estado de Pernambuco. De acordo com a Plano Diretor de Regionalização

(2011), a cidade do Recife está localizada na Microrregião I da I Gerência Regional de Saúde – GERES. A capital do estado é sede da I GERES, região de saúde que possui maior concentração econômica e demográfica, se comparada às demais (RECIFE, 2018).

A saúde do Recife está organizada administrativamente em oito distritos sanitários, é composta por serviços de gestão municipal, estadual e filantrópico e é considerada referência na oferta de serviços estaduais, uma vez que possui maior aporte tecnológico direcionado ao diagnóstico e assistência à saúde (RECIFE, 2018).

Sob perspectiva da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência no âmbito do SUS, esta pesquisa realizou um recorte dos serviços da atenção especializada em reabilitação e foi desenvolvida precisamente a partir de um Centro Especializado em Reabilitação, considerando que este serviço está diretamente alinhado com a proposta de reabilitação. O nível de atenção hospitalar também fez parte da pesquisa, com a inclusão de um hospital que mantém sistema de referência e contrarreferência com o CER.

O serviço estudado foi um CER tipo II, localizado na Policlínica Lessa de Andrade, único CER sob gestão municipal do Recife. Esta modalidade de serviço se caracteriza por oferecer reabilitação para dois tipos de deficiência, que neste caso são a física e a intelectual. No que concerne ao nível hospitalar, o Hospital Getúlio Vargas foi eleito, devido grande fluxo de comunicação para encaminhamentos mantido com o CER em questão.

A escolha desse CER II como lócus para coleta de dados considerou o contexto de criação deste serviço no Recife. Esta cidade apesar de ser capital e concentrar em seu território maior quantidade de tecnologias e serviços para diagnóstico e assistência à saúde da pessoa com deficiência, iniciou a estruturação de um CER sob gestão municipal, apenas em 2016. Motivado pela epidemia do Zika vírus em 2015/2016, quando o estado de Pernambuco e o Recife foram fortemente afetados com o intenso volume de crianças nascidas com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, que necessitavam de acompanhamento contínuo à saúde e de cuidados do tipo reabilitação.

Este fato exigiu a reorganização do sistema de saúde do Recife, que além da habilitação da Policlínica Lessa de Andrade, em 2016 também instituiu a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife, apesar da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência datar de 2002.

### ***4.3 Sujeitos de pesquisa***

Os sujeitos desta pesquisa compuseram uma amostra heterogênea e intencional, com a

participação de membros que representam diferentes grupos no estudo, os quais foram selecionados de acordo com suas características e experiências, descritas melhores nos critérios de inclusão (COOPER; SCHINDLER, 2016). Os participantes da pesquisa selecionados foram:

- Duas cuidadoras do CER II – Lessa de Andrade (uma de cada tipo de deficiência atendida neste serviço).
- Dois profissionais de saúde CER II – Lessa de Andrade (um fonoaudiólogo e um terapeuta ocupacional).
- Dois profissionais de saúde do nível hospitalar no Hospital Getúlio Vargas (um enfermeiro e um fisioterapeuta).
- Dois usuários atendidos no Hospital do Getúlio Vargas, ambos com deficiência física.
- Um gestor da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência.

#### ***4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão***

- Critério de inclusão:

Usuário com deficiência intelectual ou seu cuidador e usuário com deficiência física ou seu cuidador que esteja no CER II no período mínimo de um ano; usuários do serviço de reabilitação física do Hospital Getúlio Vargas; profissional de reabilitação física e intelectual do CER II, trabalhando neste CER II há pelo menos dois anos; profissional de saúde que atua no setor de reabilitação do Hospital Getúlio Vargas; e gestor municipal da Política de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência, com tempo de experiência mínima de um ano.

- Critérios de exclusão:

Serão excluídos profissionais de reabilitação que possuem a mesma formação.

#### ***4.5 Seleção dos sujeitos***

Devido o contexto sanitário de pandemia pela COVID-19, o gestor e os participantes do CER II foram contatados de forma online para apresentação e convite de participação da pesquisa.

A coordenação do CER II mediou o contato com dois profissionais que aceitaram participar da pesquisa. Um destes profissionais foi informante chave para indicação das cuidadoras entrevistadas, devido sua possibilidade de comunicação com elas em tempos que os atendimentos estavam sendo principalmente de forma virtual. Já um dos profissionais do

Hospital Getúlio Vargas, foi contatado na própria instituição com mediação da coordenação de fisioterapia. A partir deste primeiro profissional entrevistado foi realizado o contato com os usuários, considerando sua condição clínica e a rotina do leito, e o segundo profissional do Hospital Getúlio Vargas, que também aconteceu na instituição.

#### ***4.6 Fontes e instrumentos de Coleta de Dados***

Esta pesquisa considerou a importância do cruzamento entre informações de diversas fontes de dados para o aprofundamento acerca do sujeito (YIN, 2005). Portanto, utilizou três fontes, de natureza quantitativa e qualitativa, são elas: a) documental (portarias e demais publicações oficiais), b) Sistemas de Informação em Saúde – SIS (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES e Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, disponíveis no site do DATASUS e c) entrevistas.

##### 4.6.1 Documental

A fonte documental ofereceu a possibilidade de corroborar ou contrariar informações encontradas em outras fontes e ofereceu referências iniciais sobre o sujeito (YIN, 2005). Como documentos de referência foram utilizados:

- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Portaria nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.
- Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife.

##### 4.6.2 Sistemas de Informação em Saúde

A segunda fonte, os Sistemas de Informação em Saúde, possui benefícios parecidos com a documental, entretanto, soma-se oferece dados mais precisos sobre a caracterização da rede em estudo. Neste momento foram coletados dados sobre oferta de serviços e sua produção, entre 2009 e 2019, para caracterização da rede especializada à pessoa com deficiência. Este período permitiu a observação desses dados em momentos importantes como: antes e após a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife.

Os dados desse estudo provenientes de sistemas de informação em saúde foram extraídos da base de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde – CNES e do

Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, explorados no Tabwin e obtidos no site do DATASUS, de acesso aberto ao público.

A oferta de serviços de reabilitação no CNES é visualizada a partir da variável habilitação e da variável serviço/classificação. Conforme Nota Técnica do CNES enquanto serviço/classificação depende apenas de um grupo de profissionais para realização de determinado procedimento, a habilitação exige outros fatores que possibilitam a autorização do Ministério da Saúde para oferta de determinado tipo de serviço, o que, por conseguinte, possibilita o custeio específico para determinadas habilitações e o monitoramento pelo Ministério da Saúde de grupos de procedimentos específicos. Então há vários serviços que apesar de não estarem habilitados para reabilitação na Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, oferecem reabilitação ambulatorial pois estão classificados para isso (BRASIL, 2021).

Desta forma foram tabulados os serviços classificados para reabilitação e para dispensação de Órtese, Prótese e Materiais especiais em reabilitação – OPM e os serviços habilitados em reabilitação no território do Recife. Durante o período de 2009 a 2019, houve adequações do CNES que apontaram para a mudança de códigos (BRASIL, 2012c). Então, nem todos serviços classificados para reabilitação auditiva estavam incluídos no código 135 – Serviço de Reabilitação, havendo necessidade de inclusão do 107 – Serviço de Atenção Auditiva, e a dispensação, manutenção e substituição de OPM que também compartilhavam dois códigos: 123 e 164. Diante disto, para a coleta dos serviços classificados foram utilizados os códigos:

- 107 – Serviços de Atenção auditiva (com a codificação específica para média complexidade (107001), alta complexidade (107002), implante coclear (107005) e atenção especializada para pessoas com deficiência auditiva (107008), por se entender que estas são as que caracterizam reabilitação voltada principalmente para PcD).
- 135 – Serviço de Reabilitação
- 123 – Serviço de Dispensação de Órtese, Prótese e Materiais Especiais
- 164 – Serviço de Órtese, Prótese e Materiais Especiais em Reabilitação.

A tabulação dos serviços habilitados para reabilitação utilizou os códigos referentes aos seguintes serviços:

- 2201 – Centro de referencia de reabilitacao em medicina física
- 2202 – Serviço de reabilitação física - nível intermediário
- 2203 – Unidade de reabilitação visual

- 2204 – Centro de reabilitação auditiva na média complexidade
- 2205 – Centro de reabilitação auditiva na alta complexidade
- 2206 – Centro de reabilitação intelectual
- 2207 – Centro de reabilitação dos transtornos do espectro do autismo
- 2208 – Centro especializado em reabilitação (CER) – Modalidade física
- 2209 – Centro especializado em reabilitação (CER) – Modalidade intelectual
- 2210 – Centro especializado em reabilitação (CER) – Modalidade auditiva
- 2211 – Centro especializado em reabilitação (CER) – Modalidade visual

Para descrição de CEO foram utilizados os códigos referentes a habilitação nos três tipos de Centro de especialidades odontológicas.

Também foram tabulados o tipo de gestão e a natureza jurídica das variáveis serviço/classificação e habilitação, todos nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, para cada variável. Os dados para natureza jurídica não estavam disponíveis de forma completa na base de dados do CNES, então esta consulta foi realizada no site do CNES a partir do nome de cada instituição classificada para os códigos 107, 135, 123 e 164.

No SIA, inicialmente se objetivou levantar toda produção ambulatorial relacionada a reabilitação da PcD, no entanto, foi identificado a impossibilidade de discriminação dos procedimentos voltados somente para PcD. Diante disto, optou-se por realizar a produção de OPM, uma vez que este tipo de procedimento em sua maioria está voltado para PcD temporária ou permanente. Foram tabulados todos os procedimentos do subgrupo 0701- Órtese, Prótese e Materiais Especiais não relacionado ao ato cirúrgico, com exceção das formas de organização: 070107 – OPM em odontologia e 070108 – OPM de anomalias buco-maxilo-facial. Essas formas de organização e o subgrupo 0702 – Órtese, prótese e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico foram excluídos da coleta, para se chegar a uma produção ambulatorial voltada somente para pessoa com deficiência.

#### 4.6.3 Entrevistas semiestruturadas

A última fonte, as entrevistas, trata-se do instrumento que se destaca pelo direcionamento, e, portanto, maior foco, que é dado aos elementos de investigação (YIN, 2005). Foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas, que se caracterizam pela presença do roteiro, o qual contém perguntas construídas sobre respaldo da teoria e das informações que o pesquisador conhece acerca do fenômeno em questão. O roteiro norteia a condução da

entrevista e permite que elementos essenciais ao estudo estejam presentes na coleta de dados e sejam aprofundados. Este tipo de entrevista proporcionou ao pesquisador e ao entrevistado maior liberdade durante a conversa, pois se valoriza intervenções do pesquisador que visam expandir o campo de explanação das informações (MINAYO, 1996; TRIVIÑOS, 1987).

Neste caso, foram utilizados nove participantes e cinco tipos de roteiro, disponibilizados em anexo e adequados a cada participante, seja ele usuário/cuidador, profissional, do CER II e do hospital, ou gestor. O momento das entrevistas foi conduzido de maneira individual, de modo que foram marcadas previamente em horário e local convenientes aos participantes, por meio do consentimento prévio do entrevistado. Devido ao contexto sanitário, uma parte das entrevistas precisaram ser realizadas de forma online. Entende-se que a modalidade online implica algumas perdas na experiência com o outro, muitas vezes atravessada por imprevistos como queda de energia, dificuldade de comunicação devido a qualidade da internet e até mesmo interrupções causadas por interferências do espaço ou vida doméstica. No entanto, diante do contexto sanitário este recurso precisou ser considerado e se tornou de grande importância para o andamento da pesquisa.

Os usuários e uma profissional do CER II optaram pela modalidade online. Já o gestor, os profissionais do hospital e uma profissional do CER II preferiram a realização da entrevista no local de trabalho com todos os equipamentos de proteção individual e medidas de segurança necessárias. Os usuários do hospital, por estarem na condição de internação e acamados, não houve outra possibilidade a não ser a realização da entrevista no próprio leito hospitalar.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados de gravação e transcrição foram armazenados no computador da pesquisadora, o qual apenas ela faz uso e possui senha de acesso.

Vale ressaltar, também emergiram informações originárias de registros pessoais em diário de campo dos momentos de inserção do campo de pesquisa, o qual teve por objetivo auxiliar a análise de dados por meio do surgimento de temas que compuseram a triangulação de dados.

#### ***4.7 Procedimentos para a coleta de dados***

Para qualificar o processo de coleta de evidências, foi utilizado o seguinte Protocolo de coleta de evidências, definido por Yin (2005) como um instrumento de auxílio ao pesquisador, para condução da sua linha de raciocínio que reflete as questões de pesquisa.

Quadro 1. Protocolo de coleta de dados

Objetivo	Dimensão	Definição Levesque, Harris e Russels (2013)	Características	Fontes de informações
Caracterizar a rede de atenção especializada à pessoa com deficiência na cidade do Recife;	Dimensão do acesso de acordo com a oferta de serviços na rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência.	Dimensões do acesso capturada do lado da oferta.	<b>Disponibilidade e acomodação:</b> Disponibilidade de recursos para que o serviço seja alcançado em tempo hábil. Envolve aspectos da estrutura, do contexto do ambiente, dos profissionais e dos procedimentos realizados.	<p>- Localização em documentos oficiais e sistema de informação em saúde dados sobre a configuração da rede especializada.</p> <p>- Tabulação CNES de serviço/classificação, nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, por códigos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 135 – Serviço de Reabilitação</li> <li>• 164 e 123 – Serviço de Dispensação de órtese, prótese e materias especiais em reabilitação.</li> <li>• 107 – Serviço de atenção auditiva, utilizando apenas o código para média complexidade (107001), alta complexidade (107002), implante coclear (107005) e atenção especializada para pessoas com deficiência auditiva (107008).</li> </ul> <p>- Tabulação no CNES dos serviço/classificação 135, 107 (001, 002, 005, 008), 164 e 123 por tipo de gestão nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.</p> <p>- Verificação no site do CNES da natureza jurídica dos serviços classificados para 135 – Serviço de Reabilitação, 164 e 123 – Serviço de Dispensação de órtese, prótese e materias especiais em reabilitação, 107 – Serviço de atenção auditiva, utilizando apenas o código para média complexidade (107001), alta complexidade (107002), implante coclear (107005) e atenção especializada para</p>

				<p>peças com deficiência auditiva (107008), nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabulação no CNES dos serviços habilitados para reabilitação, nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.</li> <li>- Tabulação no CNES do tipo de gestão dos serviços habilitados para reabilitação, nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.</li> <li>- Tabulação no CNES da natureza jurídica dos serviços habilitados para reabilitação, nas competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019</li> <li>- Tabulação no SIA dos procedimentos do subgrupo 0701, por tipo de gestão, com exceção das formas de organização 070107 e 070108, no período de 2009 a 2019.</li> <li>- Tabulação no SIA dos procedimentos do subgrupo 0701, por natureza jurídica, com exceção das formas de organização 070107 e 070108, no período de 2009 a 2019.</li> </ul>
<p>Analisar, a partir da perspectiva das pessoas com deficiência e/ou seus cuidadores, como se dá o acesso aos serviços especializados</p>	<p>Dimensões do acesso para usuários e/ou cuidadores.</p>	<p>Dimensões do acesso capturada do lado da oferta.</p>	<p><b>Acessibilidade:</b> se o serviço se faz conhecido para população, por meio de informações, por exemplo.</p>	<p><b>Entrevista Usuário</b> Perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como você foi encaminhado(a) para os serviços de reabilitação que você usa/usou no último ano? Quem te encaminhou, como isso aconteceu? Se você não foi encaminhado(a), como você teve acesso ao serviço?</li> <li>- Você tem alguma sugestão sobre o que poderia facilitar a busca ou o acesso a serviços de reabilitação (por exemplo: acessibilidade física, treinamento dos profissionais, opções</li> </ul>

na cidade do Recife;				de tratamento, interações sociais, materiais educativos, etc.)? - Você conhece e frequenta a Unidade Básica de Saúde de sua região? Sabe quando deverá procurá-la
			<b>Aceitabilidade:</b> adequação do serviço com as características culturais e sócio econômicas do local.	<b>Entrevista Usuário</b> Perguntas: - A forma como você foi atendida nos serviços correspondeu a suas necessidades? Você poderia falar um pouco sobre isso?  - Pensando nas duas últimas vezes em que foi atendido(a) pelo SUS para um tratamento de reabilitação, me conte sobre suas experiências: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você se sentiu durante o atendimento? Se sentiu acolhido?</li> </ul>
			<b>Disponibilidade e acomodação:</b> Disponibilidade de recursos para que o serviço seja alcançado em tempo hábil. Envolve aspectos da estrutura, do contexto do ambiente, dos profissionais e dos procedimentos realizados.	<b>Entrevista Usuário</b> Perguntas: - Agora, durante a pandemia, como os seus serviços de reabilitação foram afetados? Foi colocada alguma alternativa/algum apoio para substituir esses atendimentos?  - Nos últimos seis meses antes da pandemia, quais serviços de reabilitação você usou? Por qual(is) razão(ões)? Como você foi encaminhado/descobriu esses serviços? Esses serviços estavam disponíveis no mesmo lugar (clínica, hospital, centro de reabilitação) ou foi preciso ir a lugares diferentes para serviços diferentes? Os equipamentos necessários estavam disponíveis? Em caso negativo, o que aconteceu?

			<p>- Pensando nas duas últimas vezes em que foi atendido(a) pelo SUS para um tratamento de reabilitação, me conte sobre suas experiências:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como foi o encaminhamento? Onde era a clínica/centro de reabilitação? Na sua cidade? Como você chegou até lá?</li> <li>• Ao chegar lá, como era acessibilidade do ambiente físico (arquitetura), a sinalização, a experiência/conhecimento dos profissionais de saúde, o preço (no caso de serviços particulares), os equipamentos disponíveis?</li> </ul> <p>- Considerando os tratamentos de reabilitação que você já encerrou, você acha que foi bem preparado para retomar suas atividades diárias após a alta?</p>
		<p><b>Acessibilidade financeira:</b> envolve os gastos que a obtenção do serviço demanda, seja de recursos financeiros ou de tempo.</p>	<p><b>Entrevista Usuário</b> Perguntas:</p> <p>- Você ou seu acompanhante precisa ou precisou deixar de trabalhar para comparecer ou buscar atendimento? Se sim, qual impacto disso na sua vida financeira?</p> <p>- Você talvez já tenha mencionado antes, mas você alguma vez usou serviços privados? Quando? Por quê?</p>
		<p><b>Adequação:</b> diz respeito sobre o paciente receber o cuidado adequado à sua necessidade. Está baseado em aspectos como: qualidade, eficácia.</p>	<p><b>Entrevista Usuário</b> Perguntas:</p> <p>- Quando e como foi a última vez que você foi a um hospital/clínica/centro de reabilitação? <u>Lembrete:</u> Como foi sua experiência? Poderia nos contar o passo-a-passo? O atendimento atendeu suas necessidades? Algum serviço/cuidado foi negado, o tratamento recebido foi diferente do oferecido a outros pacientes? O que funcionou bem e o que foi difícil?</p>

				<p>- Me conte sobre uma experiência positiva que você teve com um profissional de reabilitação? Me conte sobre uma experiência negativa?</p> <p><u>Explorar:</u> Você acredita que sua deficiência influenciou a atitude/decisão/ação desse profissional de saúde? O que você espera de um profissional de saúde?</p> <p>- Pensando nas duas últimas vezes em que foi atendido(a) pelo SUS para um tratamento de reabilitação, me conte sobre suas experiências: O atendimento atendeu suas necessidades?</p> <p>- Você acha que as suas necessidades por serviços de reabilitação são atendidas?</p> <p><u>Lembrete:</u> O que significa ter acesso a serviços de reabilitação? Você acredita que recebe cuidados/serviços de reabilitação com a mesma qualidade que as outras pessoas que tem as mesmas necessidades que você?</p> <p>- Como você está se informando sobre os cuidados que deve tomar durante a pandemia?</p>
	Capacidade individuais	Capacidades individuais do lado da demanda, que interagem com as dimensões do lado da oferta no fenômeno do acesso.	<b>Capacidade de perceber:</b> Se a população sabe que pode contar aquele serviço, se conseguem identificar que existe um serviço que pode ter impacto na sua demanda.	<p><b>Entrevista Usuário</b></p> <p>Perguntas:</p> <p>- Agora eu vou te perguntar sobre os serviços de reabilitação que você estava usando antes da pandemia de COVID-19, e como eles foram afetados nessa época.</p> <p>Antes da pandemia de COVID-19, como eram suas necessidades de reabilitação?</p> <p><u>Explorar:</u> Quais serviços de reabilitação você usava? Qual a frequência com que usava? Existe algum serviço que você precisava, mas não usava? Por quê?</p>

				<p>- Como você descreveria suas necessidades de reabilitação hoje em dia?</p> <p><u>Lembrete:</u> Quais serviços de reabilitação você usa? Qual a frequência com que usa? Existe algum serviço que você precisa, mas não usa? Por quê?</p> <p>- Nos últimos seis meses antes da pandemia, quais serviços de reabilitação você usou? Poderia me contar como foi esse processo (como você identificou essa necessidade e como buscou um serviço especializado em reabilitação)? Você procurou um serviço público ou privado?</p>
			<p><b>Capacidade de procurar:</b> está relacionado a decisão do sujeito em procurar um serviço, e por isso abarca aspectos como autonomia e conhecimento sobre serviços disponíveis.</p>	<p><b>Entrevista Usuário</b></p> <p>Perguntas:</p> <p>- Como você foi encaminhado(a) para os serviços de reabilitação que você usa/usou no último ano? Quem te encaminhou, como isso aconteceu? Se você não foi encaminhado(a), como você teve acesso ao serviço?</p> <p><u>Lembrete:</u> Como você decidiu quando buscar esses serviços? Quem você consultou primeiro?</p> <p>- Pensando nas duas últimas vezes em que foi atendido(a) pelo SUS para um tratamento de reabilitação, me conte sobre suas experiências: Quais foram as razões que te fizeram buscar cuidados/serviços de reabilitação?</p>
			<p><b>Capacidade de obter:</b> envolve fatores que viabilizam o alcance do serviço pelo sujeito. Como: transporte, flexibilidade de tempo e</p>	<p><b>Entrevista Usuário</b></p> <p>Perguntas:</p> <p>- Como é o seu deslocamento para o serviço de saúde? Já precisou fazer uso do transporte sanitário? Conseguiu? Se não, por que?</p>

			informações sobre o serviço de saúde.	- Você ou seu acompanhante precisa ou precisou deixar de trabalhar para comparecer ou buscar atendimento? Se sim, qual impacto disso na sua vida financeira?
			<b>Capacidade de pagar:</b> capacidade de gerar recursos para o atendimento sem prejuízo de suas atividades e necessidades básicas.	<b>Entrevista Usuário</b> Perguntas: - Poderia me contar um pouco mais sobre a sua família/pessoas que moram com você? <u>Lembrete:</u> Quais são as fontes de renda? Mais alguém no mesmo domicílio possui uma deficiência ou uma condição grave de saúde? Em caso positivo, qual a condição deles?  - Você ou seu acompanhante precisa ou precisou deixar de trabalhar para comparecer ou buscar atendimento? Se sim, qual impacto disso na sua vida financeira?  - Você talvez já tenha mencionado antes, mas você alguma vez usa serviços privados? Quando? Por quê?
			<b>Capacidade de se envolver:</b> concerne na capacidade do paciente participar das decisões e processo de cuidado. Aborda aspectos como motivação e educação em saúde.	<b>Entrevista Usuário</b> Pergunta: - Pensando nas duas últimas vezes em que foi atendido(a) pelo SUS para um tratamento de reabilitação, me conte sobre suas experiências: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como você se sentiu durante o atendimento? Se sentiu acolhido?</li> <li>• Como foi sua participação no atendimento? Suas escolhas e opiniões são acolhidas?</li> </ul>
Analisar como os profissionais de saúde e	Dimensão do acesso para os profissionais	Dimensões do acesso capturada do lado da oferta.	<b>Acessibilidade:</b> se o serviço se faz conhecido para população, por meio de informações, por exemplo.	<b>Entrevista profissionais de reabilitação e hospital</b> Perguntas: - Existem ações que são desenvolvidas para que a população tenha conhecimento do serviço e do seu impacto na saúde? Se sim, quais? Se não, por que?

gestores percebem o acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados e os dispositivos de articulação intra e interserviços.			<p><b>Aceitabilidade:</b> adequação do serviço com as características culturais e sócio econômicas do local.</p>	<p><b>Entrevista profissionais de reabilitação e hospital</b> Perguntas: - O que você entender quando falamos de “pessoas com deficiência”? <u>Lembrete:</u> Quais condições você já viu ou conhece? Quais os diferentes tipos de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual)?</p> <p>- Você considera que o serviço atende as características culturais e socioeconômicas do usuário?</p>
			<p><b>Disponibilidade e acomodação:</b> Disponibilidade de recursos para que o serviço seja alcançado em tempo hábil. Envolve aspectos da estrutura, do contexto do ambiente, dos profissionais e dos procedimentos realizados.</p>	<p><b>Entrevista profissionais de reabilitação e hospital</b> Perguntas: - Os serviços na sua unidade foram afetados pela pandemia? Quais atividades foram mantidas? Foram realizados atendimentos à distância? Alguns pacientes/usuários foram convocados para atendimentos presenciais? Que estratégias foram colocadas como precaução na clínica? Foi dado/recebendo apoio para alguma outra Unidade? Caso sim, como. - Quais tipos de serviço/atendimento são prestados nessa instituição/estabelecimento? Que tipo de instituição/estabelecimento é esse? <u>Lembrete:</u> Me conte um pouco sobre como os serviços funcionam regionalmente. Esta é uma instituição/estabelecimento de referência para a região? Em caso positivo, de quais cidades os pacientes são encaminhados? Em caso negativo, qual é a referência dessa região? Existem serviços que seriam necessários nessa região, mas não estão disponíveis? Em caso positivo, quais são esses serviços e para onde os pacientes são encaminhados?</p>

				<p>- Esse estabelecimento é acessível para diferentes tipos de deficiência? Em caso positivo, o que a torna acessível? Em caso negativo, o que a torna inacessível e o que seria necessário para torná-la acessível?</p> <p>- O que você entende por acessibilidade e qualidade do cuidado para pessoas com deficiência?</p> <p>- De acordo com a sua experiência, você acredita que existem barreiras para a oferta de reabilitação de qualidade para as pessoas com deficiência? Em caso positivo, quais barreiras são essas?</p> <p><u>Lembrete:</u> Explore diferentes tipos de deficiência e condições de saúde e as formas de acesso ao serviço (origem das pessoas, formas de deslocamento/transporte, tempo de espera para atendimento).</p> <p>- Você acredita que existem grupos de pessoas com deficiência para os quais é particularmente difícil oferecer reabilitação de qualidade? Poderia dar algum exemplo? Por que você acha isso?</p> <p>- Se houver, quais são os desafios que você enfrenta ao oferecer tratamento de reabilitação para pessoas com deficiência?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Os recursos necessários estão disponíveis? Em caso negativo, o que está faltando e por quê?</li><li>• De acordo com a sua experiência, as pessoas com deficiência têm acesso à instituição/estabelecimento (transporte, acessibilidade das proximidades)? Por quê?</li></ul>
--	--	--	--	--

				<p>- No âmbito do apoio logístico para garantir acesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se dá o processo de regulação dos serviços de saúde voltados à pessoa com deficiência?</li> <li>• Como se dá os encaminhamentos da atenção básica à atenção especializada no âmbito da gestão municipal? E para o nível hospitalar sob gestão estadual? A pessoa com deficiência tem prioridade no processo de regulação?</li> <li>• Quais as especialidades com maior demanda reprimida e qual a média de tempo de espera?</li> <li>• E como se dá o acesso aos serviços estaduais?</li> <li>• A pessoa com deficiência tem prontuário clínico nos serviços?</li> <li>• Como se dá o acesso ao transporte sanitário?</li> <li>• Como se dá o acesso ao apoio diagnóstico e a assistência farmacêutica?</li> <li>• Como você avalia os Sistemas de informações em saúde na produção de informações sobre a pessoa com deficiência?</li> </ul> <p>- Para você quais os desafios para garantir a atenção à saúde das pessoas com deficiência? (Ampliação da oferta e melhoria da qualidade)</p>
			<p><b>Acessibilidade financeira:</b> envolve os gastos que a obtenção do serviço demanda, seja de recursos financeiros ou de tempo.</p>	<p><b>Entrevista profissionais de reabilitação e do hospital</b> Perguntas:</p> <p>- Você já se deparou com a necessidade de o paciente precisar comprar algum serviço ou tecnologia no setor privado, para eficácia de seu tratamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você considera que o gasto familiar com transporte, alimentação e tempo impacta na assiduidade do tratamento?</li> </ul>

			<p><b>Adequação:</b> diz respeito sobre o paciente receber o cuidado adequado à sua necessidade. Está baseado em aspectos como: qualidade, eficácia.</p>	<p><b>Entrevista profissionais de reabilitação e do hospital</b></p> <p>Perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que sua instituição/estabelecimento faz para melhorar a qualidade da reabilitação oferecida às pessoas com deficiência?</li> </ul> <p><u>Lembrete:</u> Existem diretrizes em nível local ou nacional? Existe alguma coisa que façam que seja diferente de outros lugares? Existe algum treinamento?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Como são feitos os encaminhamentos (referência) entre as outras instituições/estabelecimentos e os serviços especializados em reabilitação ou produtos assistivos (ajudas técnicas/tecnologias assistivas/OPM)?</li> </ul> <p><u>Lembrete:</u> Explorar tanto os encaminhamentos vindos da atenção básica quanto dos hospitais da região. Explorar também a contra-referência, do serviço especializado para a atenção básica ou especializada de menor complexidade.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se houver, quais são os desafios que você enfrenta ao oferecer tratamento de reabilitação para pessoas com deficiência? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Você teve algum treinamento específico?</li> </ul> </li> <li>- Me conte sobre a última vez em que você encaminhou alguém para outro serviço especializado em reabilitação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• O que funcionou? Quais foram os desafios? Por quê?</li> </ul> </li> </ul>
--	--	--	--	--

	Dimensões do acesso para os gestores	Dimensões do acesso capturada do lado da oferta.	<p><b>Disponibilidade e acomodação:</b> Disponibilidade de recursos para que o serviço seja alcançado em tempo hábil. Envolve aspectos da estrutura, do contexto do ambiente, dos profissionais e dos procedimentos realizados.</p>	<p><b>Entrevista Gestor</b> Perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Você acredita que existem grupos de pessoas com deficiência que são particularmente difíceis de atender? Poderia dar algum exemplo?</li> <li>- No âmbito do apoio logístico para garantir acesso: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como se dá o processo de regulação dos serviços de saúde voltados à pessoa com deficiência?</li> <li>• Como se dá os encaminhamentos da atenção básica à atenção especializada no âmbito da gestão municipal? E para o nível hospitalar sob gestão estadual? A pessoa com deficiência tem prioridade no processo de regulação?</li> <li>• Quais as especialidades com maior demanda reprimida e qual a média de tempo de espera?</li> <li>• E como se dá o acesso aos serviços estaduais?</li> <li>• A pessoa com deficiência tem prontuário clínico nos serviços?</li> <li>• Como se dá o acesso ao transporte sanitário?</li> <li>• Como se dá o acesso ao apoio diagnóstico e a assistência farmacêutica?</li> <li>• Como você avalia os Sistemas de informações em saúde na produção de informações sobre a pessoa com deficiência?</li> </ul> </li> <li>- Para você quais os desafios para garantir a atenção à saúde das pessoas com deficiência? (Ampliação da oferta e melhoria da qualidade).</li> </ul>
			<p><b>Adequação:</b> diz respeito sobre o paciente receber o cuidado adequado à sua</p>	<p><b>Entrevista Gestor</b> Perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que você entende por acessibilidade e qualidade do cuidado para pessoas com deficiência?</li> </ul>

			<p>necessidade. Está baseado em aspectos como: qualidade, eficácia.</p>	<p>- De acordo com a sua experiência, você acredita que existem barreiras para a oferta de cuidados de qualidade para as pessoas com deficiência? Em caso positivo, quais barreiras são essas?</p> <p>- Como a política pensou o processo de capacitação dos profissionais da atenção básica e especializada? Quais os desafios desse processo?</p>
--	--	--	---	---

#### **4.8 Aspectos éticos**

A realização dessa pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, aprovado com Certificado de Aprovação para Apreciação Ética – CAAE número 35033020.0.0000.5208.

A inserção no campo de pesquisa, garantiu explicação a todos participantes sobre os objetivos do estudo e considerou a utilização dos seguintes documentos: Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Recife e da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (proporcionou ao sujeito o conhecimento daquilo que se objetiva desenvolver) e o Termo de Confidencialidade (documento que garante sigilo acerca dos dados coletados durante o percurso metodológico). Os riscos e benefícios da pesquisa estão descritos no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Os dados coletados das fontes documental, registro de arquivos e entrevistas foram armazenados em uma pasta no computador da pesquisadora, o qual apenas ela possui acesso, sob responsabilidade da mesma (Tássia Mayra Oliveira Farias), e serão guardados durante o período mínimo de 5 anos, no endereço Rua Teles Junior, 122, Rosarinho, Recife – PE. Além disso, declara-se que não há conflitos de interesse.

#### **4.9 Análise e interpretação dos dados**

Os conteúdos encontrados passaram por uma triangulação de dados produto das fontes de evidências utilizadas. Esta combinação de métodos de coleta dos dados oferece uma compreensão mais aprofundada acerca do objeto de pesquisa. Ao permitir que o mesmo fenômeno seja ponderado por diversas perspectivas, esta técnica confere maior “validade ao constructo”. Além disso, seguiu a estratégia analítica baseada em proposições teóricas, que orientaram o foco da análise. Neste caso, a teorização construída por Levesque, Harris e Russell (2013) acerca do acesso, auxiliou no processo de organização dos dados e sua posterior explanação (YIN, 2005).

Com os dados quantitativos sobre a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, foi realizada uma análise descritiva, por meio de frequência absoluta e relativa no Programa Excel. Utilizou-se também o método de regressão Joinpoint (ponto de inflexão) de Poisson por meio do Joinpoint Regression Program versão 4.4.2, para análise da tendência temporal da produção ambulatorial de OPM no período de 2009 a 2019. Trata-se de uma técnica estatística que demonstra o comportamento da tendência (crescimento, redução ou manutenção) a partir do ajuste entre várias linhas e seus pontos de inflexão. O melhor ajuste é obtido com a utilização da variação percentual anual (annual percentual change – APC) e da variação percentual anual média (average annual percentual change – AAPC (KIM *et al*, 2000).

Já para os dados qualitativos foi adotada a análise de conteúdo temática de Bardin (2011), por meio da técnica de Condensação de Significados (KVALE, 2009). A análise de conteúdo

temática consiste na localização de unidades de sentido no texto, os quais serão agrupados em temas, como forma de organizar, descrever e explicar o conteúdo das mensagens. Neste sentido, este método de análise está profundamente associado a uma inferência de novos conteúdos e saberes acerca daquele que se está analisando, a qual permite o deslocamento da descrição para interpretação das informações, pois reconhece que o processo de comunicação carrega informações sobre seu emissor e seu meio (BARDIN, 2011)

A condensação de significados propõe que os significados das falas sejam reduzidos a enunciados o quanto mais curtos possíveis, de forma a manter o sentido principal. Para tanto, aponta essa construção a partir de cinco passos: 1. Leitura completa do material para familiarização com o todo; 2. Delimitação de unidades naturais de significado da forma como foram expressas pelo entrevistado; 3. Extração de temas centrais das unidades naturais de significação, de acordo com a compreensão do pesquisador; 4. Confronto entre as unidades de significação e os objetivos do estudo, para o questionamento sobre sua relação; 5. Descrição dos temas centrais na sua relação com os objetivos do estudo (KVALE, 2009)

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Essa sessão de resultados está organizada em três partes, na primeira será apresentada uma caracterização dos serviços especializados da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência localizados na cidade do Recife. Na segunda, serão apresentados os resultados sobre o acesso aos serviços de saúde especializados para PcD, a partir das dimensões e respectivas capacidades individuais, propostas por Levesque, Harris e Russel (2013). A apresentação dos resultados por dimensão trata-se apenas de uma opção didática, pois na prática estas categorias estão articuladas. Na terceira, serão tratadas as barreiras de acesso no contexto da pandemia COVID-19, considerando as necessidades assistenciais da PcD.

### *5.1 Caracterização dos serviços especializados da rede de cuidados à PcD localizados na cidade do Recife*

A atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências enquanto componente da Rede de Cuidados à Saúde da PcD, conta com os seguintes pontos de atenção: Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação – CER e Centros de Especialidades Odontológicas – CEO. Para os pontos que possuem habilitação para reabilitação física ou no CER com a modalidade física, a composição pode incluir as Oficinas Ortopédicas, que são serviços voltados para dispensação, confecção, adaptação e manutenção de OPM (BRASIL, 2012).

Os CEO são serviços que atendem o público em geral. Com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência eles devem sofrer ampliação de número e qualificação de acordo com a necessidade da pessoa com deficiência (BRASIL, 2012). Conforme dados do CNES, da competência de dezembro de 2019, Recife conta com 10 CEO em seu território. No entanto, a quantidade de CEO que atende PcD não pode ser visualizado no CNES, sendo uma limitação do sistema de informação, que não dispõe desse dado específico. Há também uma escassez de documentos que apresente essa informação no território de Recife. Portanto, entre esses 10 CEO não há como afirmar quantos, de fato, estão aptos para atender PcD.

Já a oferta de serviços especializados em reabilitação para PcD, na cidade do Recife, está distribuída em serviços habilitados nas modalidades de reabilitação de acordo com o tipo de deficiência e serviços classificados para oferecer atividade de reabilitação de diversas naturezas. Essa distinção entre habilitação e serviço/classificação está descrita melhor na metodologia do trabalho.

Tabela 01. Número de serviços especializados em Reabilitação e em Órtese, Prótese e Materiais Especiais, na cidade de Recife.

2009		2019		Variação proporcional
Serviço de Classificação	Total	Serviço de Classificação	Total	
Cód. 107 Serviço de atenção a saúde auditiva	7	Cód. 107 Serviço de atenção a saúde auditiva	8	14%
Cód. 123 e 164 Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação	71	Cód. 123 e 164 Serviço de dispensação de órteses, próteses e materiais especiais em reabilitação	70	-1%
Cód. 135 Serviço de reabilitação	15	Cód. 135 Serviço de reabilitação	83	453%
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>Total</b>	<b>161</b>	<b>73%</b>

Fonte: CNES, 2021

Dados referentes as competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, respectivamente

De 2009 para 2019, observa-se um crescimento considerável de serviços classificados voltados para reabilitação (código 135), o qual inclui, entre outras, reabilitação física, visual, intelectual, auditiva, múltiplas deficiências e pessoas ostomizadas. Neste interim, se destaca a expansão de serviços voltados à reabilitação física e auditiva.

Em parte, esse crescimento dos serviços 135 – Reabilitação se relaciona com o fato de que a partir de 2012 parte dos serviços de reabilitação classificados no código 107, migraram e foram incluídos nos serviços de reabilitação auditiva de código 135 (BRASIL, 2012c).

Associado a este número de serviços classificados para reabilitação e ao crescimento deles entre 2009 e 2019, também houve neste período aumento no número de habilitações de serviços para reabilitação no Recife.

Tabela 02. Número de habilitações em reabilitação na cidade de Recife.

Ano	Instituição	Habilitação	Número de Habilitações
2009	AACD	Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física	1
	Hospital Getúlio Vargas	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	1
	<b>Total</b>		<b>2</b>
2019	AACD	Centro de Referência de Reabilitação em Medicina Física	1
	Hospital Getúlio Vargas	Serviço de Reabilitação Física - Nível Intermediário	1
	Hospital Agamenon Magalhães	Centro de Reabilitação Auditiva na Alta Complexidade	1
	CER II Lessa de Andrade	Modalidade Física e Intelectual	2
	CER IV IMIP	Modalidade Física, Intelectual, Visual e Auditiva	4
	CER IV Fundação Altino Ventura	Modalidade Física, Intelectual, Visual e Auditiva	4
	<b>Total</b>		<b>13</b>

Fonte: CNES, 2021

Dados referentes as competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, respectivamente

Neste intervalo de tempo houve um crescimento equivalente a 550% de serviços habilitados para reabilitação. Em 2009, os dois únicos serviços habilitados eram voltados para reabilitação física, já em 2019 esse número de habilitações subiu para cinco e foram acrescentadas três habilitações para deficiência auditiva, três para intelectual e duas para visual.

Conforme Aguiar (2018), a Região Nordeste está entre aquelas que apresentou maior expansão no número de habilitações para reabilitação entre 2012 e 2017, em parte isso deve as consequências da epidemia de Zika vírus, associada ao surto de crianças nascidas com microcefalia, que demandaram a expansão da rede de cuidado à saúde da pessoa com deficiência.

Em 2015, o Brasil viveu uma das maiores emergências de saúde pública do país, a epidemia do Zika vírus. O Nordeste estava entre as regiões com maior número de casos desta arbovirose provocada pelo mosquito *Aedes aegypti*, e neste mesmo ano também foi observado um surto de crianças nascidas com microcefalia, inicialmente localizado no estado de Pernambuco, e depois em outros estados do Brasil. No ano seguinte, foi confirmada a relação entre o nascimento de crianças com microcefalia e infecção congênita por Zika vírus (ARAÚJO *et al.*, 2018). A epidemia do Zika e de microcefalia exigiu intensa resposta governamental da vigilância em saúde e da assistência, principalmente voltada às crianças nascidas com a Síndrome Congênita do Zika (GARCIA, 2018).

Nesse contexto sanitário, a Política Municipal de Saúde Integral da Pessoa com Deficiência do Recife (RECIFE, 2016) é um marco importante no avanço da implementação da Rede de cuidados a PcD, que sem dúvidas contribuiu para expansão de serviços classificados, bem como habilitados para reabilitação ou dispensação de OPM.

No entanto, observa-se uma predominância de serviços classificados em detrimento de serviços habilitados como CER. Diante disto, cabe destacar a necessidade de priorizar a habilitação desses serviços, uma vez que, no âmbito da rede de cuidados à PcD, o CER é uma estratégia importante para superar a histórica fragmentação na atenção à saúde desse segmento, pois este serviço se configura como importante articulador dos pontos de cuidado, a depender da necessidade do usuário.

Entende-se que a conformação de todos esses serviços deve apontar para o desenho de uma rede, por isso o tipo de gestão dos serviços classificados para reabilitação ou dispensação de OPM, e para os serviços habilitados em reabilitação estão apresentados, respectivamente, nas próximas tabelas.

Tabela 03. Número de serviços especializados em Reabilitação e em Órtese, Prótese e Materiais Especiais, por tipo de gestão, no Recife.

Serviço Classificação	2009				2019			
	Tipo de gestão			Total	Tipo de gestão			Total
	Dupla	Estadual	Municipal		Dupla	Estadual	Municipal	
Cód. 135 Serviço de Reabilitação	7	1	7	15	16	38	29	83
Cód. 107 Serviço de Atenção Auditiva	5	0	2	7	2	4	2	8
Cód. 123 e 164 Serviço de Órteses, Próteses e Materiais Especiais em Reabilitação	34	8	29	71	21	31	18	70
<b>Total Fa</b>	<b>46</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>93</b>	<b>39</b>	<b>73</b>	<b>49</b>	<b>161</b>
<b>Total Fi</b>	<b>49%</b>	<b>10%</b>	<b>41%</b>	<b>100%</b>	<b>24%</b>	<b>45%</b>	<b>30%</b>	<b>100%</b>

Fonte: CNES, 2021

Dados referentes as competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.

Fa = Frequência absoluta e Fi = Frequência relativa

A gestão estadual nesta variável registrou um crescimento de 711% neste período, em detrimento de um aumento de 29% da gestão municipal e um decréscimo de 15% dos serviços sob dupla gestão.

Tabela 04. Número de habilitações em Reabilitação, por tipo de gestão, no Recife .

Ano	Instituição/habilitação	Tipo de gestão			Número de Habilitações
		Dupla	Estadual	Municipal	
2009	AACD	-	1	-	1
	Hospital Getúlio Vargas	-	1	-	1
	<b>Total Fa</b>	-	<b>2</b>	-	<b>2</b>
	<b>Total Fi</b>	-	<b>100%</b>	-	<b>100%</b>
2019	AACD	-	1	-	1
	Hospital Getúlio Vargas	-	1	-	1
	Hospital Agamenon Magalhães	-	1	-	1
	CER II Lessa de Andrade	-	-	2	2
	CER IV IMIP	4	-	-	4
	CER IV Fundação Altino Ventura	4	-	-	4
<b>Total Fa</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>13</b>	
<b>Total Fi</b>	<b>62%</b>	<b>23%</b>	<b>15%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: CNES, 2021

Fa = Frequência absoluta e Fi = Frequência relativa

Entre 2009 e 2019, há um crescimento da participação do Estado na gestão dos serviços de reabilitação para PcD, tanto a partir da habilitação quanto do serviço/classificação. Contudo nos serviços habilitados essa participação se dá principalmente de forma compartilhada com o município.

Este crescimento aponta para o fortalecimento da regionalização da rede de saúde PcD de Pernambuco. No entanto, a concretização da regionalização no âmbito da Rede de Cuidados a Saúde da PcD vem sendo entendida como um desafio, pois esbarra em aspectos como grande heterogeneidade na oferta entre as modalidades de reabilitação, que colabora para formação de vazios assistenciais (MACIELL *et al.*, 2020). Além disso, a regionalização da saúde como um todo também enfrenta difíceis obstáculos, entre eles, a histórica fragmentação dos serviços e a dificuldade da qualificação do planejamento em saúde (MELO *et al.*, 2017).

A construção da atenção à saúde no formato de rede exige também o fortalecimento do poder público na gestão e regulação dos serviços. Porém, foi observado que há um crescimento da filantropia, portanto, do setor privado, no período estudado (tabela 05 e 06). Esse crescimento vem sendo discutido na literatura, enquanto um dificultador na organização das redes de saúde (PEREIRA; SHIMIZU; RAMOS; FAGG, 2020).

Dados da entrevista, que serão retomados e discutidos mais a frente, corroboram essa discussão, demonstrando que os serviços de referência para dispensação de OPM que são filantrópicos, não estão regulados, obedecendo a uma lógica de acesso diferente.

Tabela 05. Número de serviços especializados em Reabilitação e Órtese, Prótese e Materiais Especiais, por natureza jurídica, no Recife.

Serviço Classificação	2009			Total Fa	Total Fi	2019			Total	Total Fi
	Público	Privado	Filantrópico			Público	Privado	Filantrópico		
Cód. 135 Serviço de Reabilitação	8	-	7	15	16%	38	4	41	83	52%
Cód. 107 Serviço de atenção Auditiva	4	-	3	7	8%	3	2	3	8	5%
Cód. 164 e 123 Serviço de Órteses e Próteses	30	15	26	71	76%	30	7	33	70	43%
<b>Total Fa</b>	<b>42</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>71</b>	<b>13</b>	<b>77</b>	<b>161</b>	<b>100%</b>
<b>Total Fi</b>	<b>45%</b>	<b>16%</b>	<b>39%</b>	<b>100%</b>		<b>44%</b>	<b>8%</b>	<b>48%</b>	<b>100%</b>	

Fonte: CNES, 2021

Dados referentes as competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019, respectivamente

Fa = Frequência absoluta e Fi = Frequência relativa

A crescente participação do setor filantrópico na atenção à saúde da PcD, se expressa aqui a partir do crescimento de 114% nos serviços classificados para reabilitação e dispensação de OPM, entre 2009 e 2019.

Tabela 06. Número de habilitações em Reabilitação, por natureza jurídica, no Recife.

Ano	Instituição/habilitação	Tipo de natureza jurídica		Número de Habilitações
		Público	Filantrópico	
2009	AACD	-	1	1
	Hospital Getúlio Vargas	1	-	1
	<b>Total Fa</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
	<b>Total Fi</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	<b>100%</b>
2019	AACD	-	1	1
	Hospital Getúlio Vargas	1	-	1
	Hospital Agamenon Magalhães	1	-	1
	CER II Lessa de Andrade	2	-	2
	CER IV IMIP	-	4	4
	CER IV Fundação Altino Ventura	-	4	4
	<b>Total Fa</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>13</b>
	<b>Total Fi</b>	<b>31%</b>	<b>69%</b>	<b>100%</b>

Fonte: CNES, 2021

Dados referentes as competências de dezembro de 2009 e dezembro de 2019.

Fa = Frequência absoluta e Fi = Frequência relativa

O número de habilitações para reabilitação, de natureza filantrópica, também apresenta crescimento, sendo ele de 900%. Historicamente, as ações de saúde voltadas à PcD eram mantidas por iniciativas não governamentais, fato que colaborou para participação da filantropia no cuidado a PcD. Em especial na década de 50 e 60, devido a epidemia de poliomielite no país, surgiram diversos centros de reabilitação, instituições filantrópicas, que desenvolviam atividades de cunhos caritativo e assistencialistas. As ações governamentais também caminhavam com forte viés assistencialista, principalmente através da Legião Brasileira de Assistência – LBA, órgão público criado para ajudar os familiares de soldados enviados à Segunda Guerra Mundial (MAIOR, 2017).

Hoje essa tradição da filantropia no cuidado a PcD permanece, e até mesmo é mantida pelo Estado, a partir dos diversos benefícios concedidos ao setor privado. A predominância do setor filantrópico nos serviços de reabilitação para PcD também foi identificado em outro estudo, o qual aponta que esse fato tem desdobramentos na conformação da Rede de Cuidados à Saúde da PcD e no acesso aos serviços, uma vez que, diminui a capacidade do Estado gerir e organizar a rede de atenção à saúde (ÁGUIAR, 2018).

Ao contrário do que foi observado com os serviços classificados e habilitados para reabilitação e dispensação de OPM, os dados sobre a produção de OPM do SIA, demonstram que não houve alteração no padrão de participação do setor filantrópico nesta área, no período de 2009 a 2019.

Tabela 07. Frequência de procedimentos de Órtese, prótese e material especial em reabilitação por natureza jurídica em 2009 e 2019.

Natureza Jurídica	Frequência absoluta - 2009	Frequência relativa - 2009	Frequência absoluta -2019	Frequência relativa - 2019
Público	85593	87%	154449	87%
Filantropico	12684	13%	23297	13%
Total	98277	100%	177746	100%

Fonte: SIA, 2021

No entanto, cabe destacar, que o estado de Pernambuco conta com apenas uma Oficina Ortopédica, sendo ela de natureza filantrópica e estando sobre gestão estadual. O fato da única oficina ortopédica ser uma instituição filantrópica, demarca, portanto, uma importante influência da filantropia na oferta de OPM. Além disso, há autores, como Barroso (2019) que também reforçam a forte presença da filantropia na concessão de OPM.

A produção de OPM no período de 2009 a 2019 também esteve em sua maioria sob gestão estadual, no entanto, a predominância desse tipo de gestão não demonstrou alteração neste intervalo de tempo. Diferente dos serviços classificados e habilitados para reabilitação e dispensação de OPM, que apresentaram crescimento da gestão estadual.

Tabela 08. Frequência de procedimentos de Órtese, prótese e material especial em reabilitação por tipo de gestão em 2009 e 2019.

Tipo de gestão	Frequência absoluta - 2009	Frequência relativa - 2019	Frequência absoluta - 2019	Frequência relativa - 2019
Federal	24	0,02%	35	0,02%
Estadual	93246	94,88%	171800	96,65%
Dupla	5007	5,09%	5911	3,33%
Total	98277	100%	177746	100%

Fonte: SIA, 2021

Portanto, Recife não possui Oficina Ortopédica sob sua gestão, e o restante da dispensação de OPM é realizado por unidades concessionárias. A escassez de oficinas ortopédicas demarca um problema importante que é a dificuldade no ajuste e a manutenção de OPM, de forma a oferecer um material personalizado às medidas e biotipo do usuário e portanto, mais confortável, uma vez que para além da concessão, esse ponto de atenção oferece adaptação e manutenção dos materiais.

Além disso, os dados das entrevistas revelaram a dificuldade no acesso a OPM, que será discutido a frente, e está atravessado por tempo de espera relativamente grande, o que sugere

relação com uma oferta insuficiente de OPM no âmbito da rede de cuidado (tabela 09 e Figura 02).

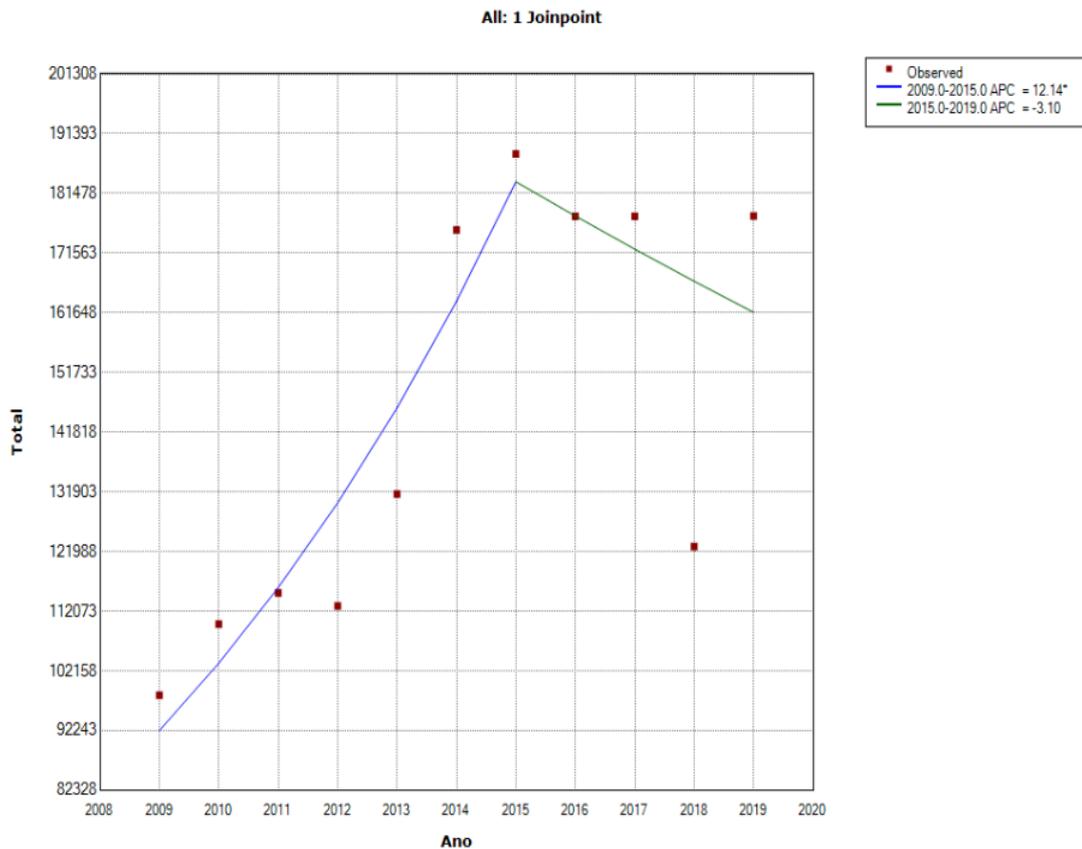
Tabela 09. Produção ambulatorial de Órtese, prótese e materiais especiais em reabilitação por forma de organização\* de 2009 a 2019.

Forma Organização	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total
070101 OPM auxiliares da locomoção	2492	3163	4554	5714	6337	8192	6937	6330	7384	7345	6658	66457
070102 OPM ortopédicas	6597	7094	6691	9232	9252	11570	13349	14966	14992	13307	14498	124631
070103 OPM auditivas	4671	6723	6693	6717	7598	8750	7065	6506	5030	4386	2682	67586
070104 OPM oftalmológicas	512	752	1158	764	383	594	1200	1128	1145	616	349	8671
070105 OPM em gastroenterologia	77457	86057	89617	85895	102662	141395	153897	142470	140378	85807	140489	1333971
070106 OPM em urologia	6343	6155	6346	4597	5232	4855	5524	6219	8652	11267	12934	85507
070109 Substituição/Troca em órteses/próteses	23	10	26	34	49	61	55	69	107	103	100	655
Total	98095	109954	115085	112953	131513	175417	188027	177688	177688	122831	177710	1687478

Fonte: SIA, 2021

\* A Tabela de Procedimentos do SUS é organizada por Grupos, Subgrupos e Forma de Organização, este último se trata do terceiro nível de agregação de procedimentos nesta tabela.

Figura 2. Tendência da produção Ambulatorial do subgrupo (0701) órteses, próteses e materiais especiais, segundo modelo Joinpoint, por forma de organização no município do Recife.



\* Indicates that the Annual Percent Change (APC) is significantly different from zero at the alpha = 0.05 level.  
Final Selected Model: 1 Joinpoint.

Fonte: SIA, 2021

Apesar de um crescimento de 81% na produção ambulatorial de OPM de 2009 para 2019, observado na tabela 09, as entrevistas demonstraram que esta oferta ainda é insuficiente, marcada por longo período de espera. Isso expressa que o acesso universal a este tipo de tecnologia tem sido um dos entraves na construção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

A tendência da produção ambulatorial de OPM para o Recife, demonstra que essa questão se agrava principalmente a partir de 2015, momento em que há um declínio nessa oferta. Vale ressaltar que até 2015 o crescimento dessa produção apresenta significância estatística, enquanto que a tendência de redução a partir deste ano, não possui significância estatística.

A insuficiência na oferta de OPM se desdobra, por exemplo, na dificuldade que a PcD enfrenta para acessar esse tipo de tecnologia. Diante disto, cabe destacar que capacidade de cobertura do SUS para OPM é de apenas 42%, e a falta de uma Rede de Oficinas formal para troca de experiências também tem sido entendido como um dos dificultadores na garantia de OPM (BRASIL, 2020a).

A garantia de OPM tem se configurado como um desafio, principalmente para países de baixa e média renda. Entre os aspectos que convergem para esta situação estão a fragilidade de políticas voltadas à organização do fornecimento e provisão de materiais e a insuficiência de recursos financeiros, capacidade de treinamento dos profissionais e do fornecimento dos produtos de OPM de qualidade (TANGCHAROENSATHIEN; WITTHAYAPIPOPSAKUL; VIRIYATHORN; PATCHARANARUMO, 2018; TORO-HERNÁNDEZ *et al.*, 2019).

Outro aspecto importante se trata da incipiente produção de tecnologia brasileira no âmbito de OPM, concentradas principalmente no Sul e Sudeste, essas são regiões que detém o maior número de patentes para OPM visuais, por exemplo (SANTOS; MEDOLA; PASCHOARELLI; LANDIM, 2018).

Em parte, essa questão se relaciona às desigualdades socioespaciais, com concentração de Centros Regionais Inovativos de Tecnologia Assistiva no Sul e Sudeste, pois o desenvolvimento econômico desses locais possibilita melhores condições para sustentar e desenvolver inovações tecnológicas. Também há uma dificuldade das patentes brasileiras de tecnologia assistiva conseguirem se inserir no sistema produtivo, seja pelo pouco investimento na área de pesquisa e desenvolvimento ou pelo fato da tecnologia assistiva não se encontrar no centro dos interesses das grandes empresas do país. Havendo assim, um número maior de pedidos de patentes estrangeiras (ANVERSA, 2018).

## ***5.2 Como se dá o acesso da PcD aos serviços de saúde na cidade do Recife***

Conforme discutido anteriormente, o acesso foi analisado de acordo com as cinco dimensões e capacidades propostas por Levesque, Harris e Russell (2013): acessibilidade e

capacidade de perceber, aceitabilidade e capacidade de procurar, disponibilidade e acomodação e capacidade de obter, acessibilidade financeira e capacidade de pagar, adequação e capacidade de se envolver.

A acessibilidade, primeira dimensão abordada, consiste no trabalho voltado para que o serviço se torne conhecido entre a população de um grupo ou determinado espaço geográfico, como forma das pessoas, diante das suas necessidades, identificarem o equipamento de saúde e a respectiva função dele.

Os profissionais do CER II demonstraram que não há comunicação com a população sobre o CER, para fortalecer a disseminação da existência do serviço. Apesar de ter havido um trabalho voltado para levar informação no nível da gestão distrital, as iniciativas de divulgação estavam focadas no Núcleo de Desenvolvimento Infantil – NDI.

“Olha, já saiu no próprio site da prefeitura algumas notas, alguns informes sobre o serviço, sobre o núcleo, que chamava Núcleo de Desenvolvimento Infantil, não como CER. Mas, eu já fiz, este ano não, mas nos anos anteriores eu ia sempre nas reuniões de distrito, para eu levar não para a população, mas pelo menos para a rede”. (Profissional de saúde 1 do CER II)

“No início estava a divulgação do NDI, passou na televisão e tudo, foi muito comentado na época da microcefalia. Aí realmente ficou conhecido, porque teve uma mídia maior divulgando [...] hoje eu não vejo tanta divulgação. É um serviço que existe há um certo tempo já, a rede de saúde já conhece o NDI ou deveria conhecer”. (Profissional de saúde 2 do CER II)

No caso deste CER II em especial, acredita-se que a acessibilidade, no sentido de divulgação dele, está atravessada pelo contexto de surgimento do serviço, que enquanto NDI, nasceu voltado apenas para a estimulação precoce, como resposta a epidemia de microcefalia.

Naquele momento os estados não estavam preparados para atender as necessidades assistenciais dessas crianças, demonstrando a fragilidade na Rede de cuidados à pessoa com deficiência, quando serviços tiveram que ser criados para expansão dessa rede (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019). No Recife surgiu o NDI, no início de 2016, como núcleo voltado para a estimulação precoce de crianças, devido à crescente demanda por reabilitação que este público demandava. No final de 2016 este serviço foi habilitado para reabilitação física e intelectual de todas as faixas etárias, passou a receber recurso financeiro destinado ao custeio de Centro Especializado em Reabilitação, caracterizando-se como CER II (BRASIL, 2016)

Este CER II tem, então, sua origem associada ao NDI e ao surto de microcefalia. A análise dos dados desta pesquisa aponta que as implicações do contexto sanitário de 2015 foram determinantes para centralidade da informação no NDI. Passado esse período de maior atenção para a microcefalia, mesmo com a mudança do NDI para CER, não há mais a divulgação do serviço para que a população possa tomar conhecimento da sua existência.

Neste incurso, os dados do diário de campo também apontam que o espaço físico, os recursos humanos e materiais são insuficientes, havendo prioridade para o público infantil, algo que interfere na dimensão acessibilidade, mas também diz respeito à disponibilidade e acomodação do serviço. A fala a seguir corrobora com esta interpretação, quando, de forma naturalizada, se remete constantemente às crianças, público alvo do NDI.

“A gente faz na reabilitação atendimento a todas as crianças e adultos ou adolescentes [...] Olhe a gente tem a deficiência física que tem crianças bem graves, principalmente crianças, eu digo, por que é nosso foco maior. Por isso que eu vou estar sempre falando em criança. (Profissional de saúde 1 do CER II)

Na Rede de cuidados à pessoa com deficiência, o CER se trata de um ponto de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que deve oferecer diagnóstico, tratamento e concessão de OPM, para todas as faixas etárias. Ao ser do tipo II, o CER deve realizar reabilitação para dois tipos de deficiência (BRASIL, 2020b).

No entanto, é possível apreender que o serviço estudado possui uma atenção mais focada em crianças, demonstrando que a transição para CER, e, por conseguinte, ampliação da faixa etária de forma equitativa para adolescentes e adultos também, tem sido difícil e não está concluída. Isto revela um modo de funcionamento muito próximo do NDI, que produz um impacto na acessibilidade, pois não há como haver divulgação de um CER, quando a unidade de saúde tem um funcionamento ainda descolado da caracterização desse tipo de serviço. Também demonstra que a oferta assistencial para PcD continua insuficiente, o que dificulta o seu acesso, sobrecarregando outros serviços da rede e colaborando para formação de filas de espera, por exemplo.

Diante disso, observa-se a insegurança de um dos profissionais em divulgar este serviço como CER, considerando que a transição de NDI para CER parece não estar concluída.

“Divulgar, talvez fazer algum informativo e deixar nas unidades, talvez isso pudesse fazer para melhorar, mas também tem que ver a nossa capacidade. Eu tenho receio de abrir muito e depois não poder dar conta” (Profissional 1 do CER II).

Vale destacar, que apesar dessas dificuldades em relação a divulgação do serviço e ampliação da faixa etária no atendimento, recentemente foi divulgado um material explicativo construído em parceria entre o CER II e a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife, sobre o fluxo de acesso ao serviço, o qual apresenta ampliação da faixa etária e contém os tipos de especialidades disponíveis para cada uma (RECIFE, 2020). Isso expressa que a gestão e o próprio serviço vêm operando mudanças na caracterização e no acesso desse CER II. Novamente observa-se que para além da dimensão acessibilidade, essas questões também se relacionam com a disponibilidade e acomodação do serviço.

Do lado do usuário, a dimensão da acessibilidade está relacionada com a capacidade

individual de perceber a necessidade de cuidado em saúde, sendo, portanto, atravessada por aspectos como educação em saúde e orientação profissional.

“Logo quando nasceu, com a médica, eu fui botar para ela os pontos que eu achava que tinha, é que eu achava que ela não estava acordando. E ela foi e disse: “você está procurando doença na sua filha, sua filha é normal e você quer complicar [...] Eu disse: eu não estou pedindo que você me dê o laudo que minha filha tem algum problema não, eu só quero que a gente faça algum exame, a senhora me oriente. Que nem eu mesmo sei o que precisa ser feito. Ela fez: estou dizendo a você que ela não tem nada. Aí depois que a gente fez muitos exames, que descobriu, ela já estava com um ano [...]. Mas como eu não sabia a quem recorrer, eu só escutei o que ela falou e fui embora. E só tive fôlego para lutar de novo, quando ouvi uma palavra positiva da pediatra: “vá atrás por que tem”. Se a pediatra também tivesse passado, deixado para lá, eu também não teria corrido atrás”. (Mãe de criança com deficiência intelectual).

“Em momento nenhum lá me disseram que ela tinha tido falta de oxigenação no cérebro. Que ela era uma PC, uma paralisia cerebral [...] as pessoas me perguntavam o que era que ela tinha e eu não sabia. Desde o primeiro momento eu queria saber o que era que ela tinha. Eu vim saber, acho que ela já tinha de dois para três meses”. (Mãe de criança com deficiência física)

No caso da mãe da criança com deficiência intelectual que frequenta o CER II, ela conseguiu desde o nascimento de sua filha observar alterações no bebê e depois no desenvolvimento da criança. No entanto, suas considerações não foram valorizadas no ambiente hospitalar, sendo, posteriormente, a orientação da pediatra da Unidade de Saúde da Família – USF, fundamental para constatação da necessidade de cuidados por profissionais especializados. Observa-se que neste caso a falha de comunicação e a ausência de orientação do profissional do hospital retardaram o atendimento da criança, que poderia ter iniciado o processo diagnóstico e de reabilitação antes. Vale ressaltar ainda, que essa criança perdeu um momento importante de estimulação precoce, intervenção que deve ser iniciada o quanto antes.

Já no caso da mãe de criança com deficiência física, a capacidade individual de perceber foi prejudicada pela falta de informação sobre o quadro clínico da sua filha, que aconteceu de forma tardia, uma vez que já havia passado por diversos profissionais que não a informaram sobre o diagnóstico de paralisia cerebral da criança desde o seu nascimento.

Em ambas situações a autonomia dos cuidadores foi prejudicada pela falta de informação e orientação profissional sobre as condições de saúde do seu filho. Essa barreira, além de restringir o acesso ao serviço de saúde, possui um efeito importante na condição clínica da PcD, e neste caso específico no desenvolvimento dessas crianças. A fala a seguir ratifica essa análise, demonstrando que é comum a criança chegar de forma tardia no serviço por falta de comunicação com os profissionais que encaminham.

“Eu vejo muito deficiente que podia estar bem melhor, os casos que chegam para a gente com um atraso muito grande de diagnóstico, de encaminhamento. Entre a equipe a gente fala: meu deus! Ele chegou tão tarde. Se tivesse chegado há mais tempo, logo no início, podia estar bem melhor [...] a gente pega muito paciente

que estão em uma idade muito avançada, perderam tanto tempo de estimulação e só agora a mãe e a família conseguiram chegar, que elas fazem: não, só agora que o médico me encaminhou”. (Profissional 2 do CER II)

Neste íterim, observa-se que a informação em saúde é crucial para a capacidade de perceber a necessidade de cuidado. O investimento na comunicação em saúde é um dos aspectos determinantes para melhorar a equidade no acesso, uma vez que oferece subsídios para liberdade do uso, conceito que está intrinsecamente associado às preferências do usuário, e, portanto, a quantidade e qualidade de informações em saúde que ele tem contato (THIEDE E DI MCINTYRE, 2008).

Um estudo realizado com mães de crianças com deficiência intelectual revela que a falta de orientação e de comunicação pelos profissionais é fundamental para o sentimento de insegurança dos familiares e a dificuldade para identificar quais tipos de serviços e instituições oferecem acompanhamento. Então, trata-se de uma barreira de acesso que além de gerar angústia, impede desde cedo que dúvidas possam ser sanadas e uma trajetória de cuidado possa ser construída com mais segurança e empoderamento, a partir do diálogo entre serviço e usuário (CERQUEIRA; ALVES; AGUIAR, 2016).

A falta de informação e de comunicação entre profissionais de saúde e usuários dificulta a apropriação do sujeito sobre sua condição de saúde e se configura como uma barreira de acesso, que prejudica a autonomia do usuário e a busca por serviços. Diante disso, Thiede e Di McIntyre (2008) salientam um tipo de comunicação que rompe com a lógica unilateral, a partir de uma prática interativa, que dá voz ao sujeito e que está alinhada com as condições econômicas e socioculturais dos usuários.

É sabido que pessoas com deficiência estão expostas a maior possibilidade de desfechos negativos em relação à saúde (CARVALHO; COSTA, 2020; AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA; 2018). Diante disto, a capacidade de perceber a necessidade de cuidado é um dos aspectos fundamentais no acesso aos serviços de saúde, bem como para evitar o agravamento de condições clínicas.

Enquanto a acessibilidade e a capacidade de perceber abordam as necessidades de saúde do sujeito, para que a percepção sobre estas necessidades e o desejo de cuidar se transformem de fato na procura por atendimento, outros fatores estão relacionados, e abordados naquilo que Levesque, Harris e Russell (2013) chamam de aceitabilidade e de capacidade de procurar.

A aceitabilidade, diz respeito às características socioculturais do serviço que determinam a aceitação e a busca do estabelecimento de saúde pelos usuários (LEVESQUE, HARRIS E RUSSELL, 2013). Ou seja, trata a possibilidade do serviço considerar as características do usuário. A aceitabilidade no CER II pode ser exemplificada com as seguintes falas de usuários e de profissionais:

“Como aconteceu de eu não ir, por eu não conseguir sair de casa, elas me acolheram de uma forma grandiosa [...] E sempre nessa preocupação, quando eu chego elas perguntam, se eu estou bem, se eu estou conseguindo me adaptar melhor, se está tendo alguma dificuldade, elas sempre têm essa atenção”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

“A gente é mais flexível nessas questões das faltas, demora um pouco mais para desligar, ainda mais sabendo que o paciente não faltou porque quis, teve dificuldades maiores para estar comparecendo. Então a gente analisa isso também, esse contexto do paciente”. (Profissional 2 do CER II)

No caso da mãe da criança com deficiência intelectual, houve momento que por questões de saúde mental, ela não conseguiu sair de casa, e, por conseguinte, houve faltas da criança para os atendimentos de reabilitação. A equipe tanto conseguiu se adaptar às suas necessidades, como articular acompanhamento psicológico para a mãe.

Cuidadores de crianças com deficiência, que geralmente são as mães, estão mais suscetíveis aos problemas de saúde mental. Isso porque o cuidado de uma criança com deficiência possui custos diretos e indiretos, somado a carga física e mental que esta função inclui. Além de influenciar na saúde da pessoa que está à frente desses cuidados, isso pode ter um efeito no próprio acompanhamento da criança. O apoio social nesse contexto pode minimizar essa vulnerabilidade aos sintomas de sofrimento psíquico (KUPER *et al.*, 2019). Por isso, articulações como esta desenvolvida pelo CER II são de grande importância para melhorar as condições de vida do cuidador e o espaço de socialização da criança em desenvolvimento, bem como para a garantia do acesso da criança ao serviço.

Em ambas as falas citadas se observa o esforço do serviço para responder às necessidades dos usuários, principalmente diante de suas faltas. Este é um fator importante na garantia do acesso. Pois, a alta administrativa, caracterizada como a interrupção do tratamento antes do seu fim, devido, à falta de colaboração do usuário, seja por faltas ou por descumprimento de normas administrativas da instituição, é realidade nos serviços de saúde. Contudo, o que se entende por falta de colaboração pode guardar situações graves de vulnerabilidade. Principalmente porque é sabido que PcD estão mais expostas a situações de pobreza e violência, por exemplo (FELICÍSSIMO *et al.*, 2017; OMS, 2012).

Em concomitância a isto, existe no discurso de um profissional de reabilitação do CER II um viés caritativo e assistencialista do serviço público, associando o uso do SUS à pobreza. Na medida em que quando questionado sobre a adequação do serviço às necessidades socioeconômicas do usuário, ele coloca:

“Por que assim como é um serviço público, então é para as pessoas mais de baixa renda, pessoas que têm mais necessidades. Então é um serviço que está ali para poder ajudar essas pessoas mais carentes, que precisam mais desse serviço, que é o público maior da gente, é o de baixa renda”. (Profissional 2 do CER II)

Esta fala insere duas discussões relevantes, a primeira é que ela reflete um aspecto importante da realidade, ou seja, as PcD de fato são um público em maiores condições de vulnerabilidade. Documentos nacionais e internacionais demonstram isso. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, traz dados recentes do contexto brasileiro e revela que este grupo se mantém com barreiras socioeconômicas. Os dados de escolaridade demonstram que 67,6% das PcD não possui instrução ou não estão com o ensino fundamental completo, enquanto que nas pessoas que não possuem deficiência esse valor diminui para 30,9%. As PcD também possuem uma taxa menor para a conclusão de ensino superior e de ocupação. Apenas 28,3% das PcD estavam inseridas no mundo do trabalho, para as pessoas sem nenhum tipo de deficiência esse valor é de 66,3%. Além disso, essa pesquisa aponta que as PcD estão inseridas nos domicílios que possuem um dos menores rendimentos per capita do país (IBGE, 2021).

Associado a este dado socioeconômico, existe na fala da profissional 2 do CER II um discurso subliminar, que relaciona o uso do SUS à pobreza. Em uma discussão sobre o que é o SUS e as diversas visões que há sobre ele, Paim (2009) pontua a existência, entre alguns atores sociais, de uma compreensão de que o SUS é para pobre. Apoiado no estigma da relação entre saúde pública e pobreza, entende-se que o que há é um sistema de proteção residual para cuidado daqueles que não conseguem acessar os serviços de saúde dentro da lógica do mercado.

A fala deste profissional revela que a realidade do serviço tem sido o acesso principalmente por pessoas com piores condições socioeconômicas. No entanto, é necessário cuidado, pois por outro lado, o estereótipo da pobreza com o serviço público também, tem desdobramentos na relação profissional-usuário, e, portanto, em como o usuário se sente no uso deste serviço, o que pode interferir no acesso ao serviço de saúde, categoria que deve ser tratada primordialmente no âmbito da cidadania e do gozo do direito comum a todos.

Ainda na aceitabilidade, foram identificados nas falas de profissionais (tanto do CER quanto do hospital) resquícios de uma compreensão biologicista sobre a deficiência, pois há uma centralidade apenas nos aspectos do corpo do indivíduo, que aponta a incapacidade e a limitação, como defeitos que merecem ser corrigidos em prol da funcionalidade da vida. Nestes discursos, não estão presentes elementos na estrutura social que compõe a experiência da deficiência, como as barreiras atitudinais, arquitetônicas e urbanísticas.

“São pessoas que apresentam algum grau de limitação, que precisam de algum suporte para realização das suas atividades cotidianas (...) Então são pessoas que têm geralmente ou dificuldade motora ou sensorial. E que precisa desse suporte”. (Profissional 1 do CER II)

“Que nem sempre é uma deficiência que vai ficar, pode ser uma deficiência momentânea. Como pode ser uma deficiência adquirida, que vai ficar já com aquela pessoa. Eu acho que é isso, uma pessoa que está com uma deficiência de mexer, de movimentar, ou de ver, ou de qualquer coisa, temporária ou como eu disse pode ser definitiva”. (Profissional 1 do hospital)

Em contrapartida o gestor demonstra estar mais alinhado com um conceito de deficiência a partir dos pressupostos do Modelo Social.

Não é a pessoa que é deficiente, é a sociedade que é deficiente e não está preparada para acolher aquela pessoa, por que uma pessoa com deficiência pode fazer tudo ou quase tudo que uma pessoa sem deficiência desde que aquela sociedade esteja estruturada para acolher aquela pessoa [...] para a gente ser inclusivo a gente precisa estar preparado estruturalmente, para acolher uma pessoa com deficiência, e isso é uma obrigação da sociedade, do governo, de se preparar para acolher essas pessoas, não é nenhum favor, é um direito delas. (Gestor)

A compreensão sobre a deficiência tem se ampliado nas últimas décadas, extrapolando a perspectiva puramente biológica, que por muito tempo predominou e conduziu as ações no campo da saúde, educação e assistência social, por exemplo. A gestão demonstra estar ciente dos fatores sócio históricos que determinam a deficiência, no entanto, nos serviços de assistência, a lógica biomédica é predominante. O que aponta a coexistência de dois modelos sobre a deficiência no espaço da saúde.

Conforme Diniz (2007) ainda existe a dificuldade de deslocar a deficiência do campo da tragédia pessoal para o da justiça social. O modelo social, está alinhado a esta última perspectiva, e propõe a mudança da visão da deficiência como um defeito no corpo que causa limitação - modelo biomédico, para o de uma estrutura social que produz interpretações violentas à diversidade corporal e cognitiva.

O capacitismo está alinhado com esta perspectiva, pois, trata-se de uma categoria analítica que expressa a discriminação da deficiência, a partir de um padrão hegemônico de funcionalidade do corpo, baseado na interpretação de determinados corpos como incapazes, inferiores e necessitados de ajuste (VENDRAMIN, 2019). A adoção desta categoria nos documentos oficiais do Brasil foi um avanço e possui um aspecto ético, pois enseja a possibilidade de maior visibilidade política e social, para um grupo que segue tendo seus direitos invisibilizados e violados, mesmo diante de enquadramentos legais, como a promulgação da Convenção sobre o Direito das Pessoas com Deficiência (MELLO, 2016).

Os aspectos históricos sobre a deficiência têm um impacto importante na forma como se revela hoje a visão sobre a PcD e as práticas de saúde voltadas para elas, muitas vezes ainda atravessadas pela herança do preconceito e do sentido de desvalorização da vida. Há pesquisas como a de Omote e Baleotti (2014) que demonstram a preocupação da influência que a concepção dos docentes sobre a deficiência exercem no âmbito da formação do profissional de saúde e de suas futuras práticas.

No contexto da saúde, uma prática capacitista ou que concebe a deficiência puramente com enfoques biológicos, torna-se perigosa na medida em que a concentração de esforços para

normalização das pessoas, tende a desconsiderar os fatores sociais que produz a deficiência (MAIOR, 2017). O que pode produzir barreiras de acesso no âmbito da aceitabilidade, deixando o serviço em desajuste com o usuário.

Associada à dimensão aceitabilidade está a capacidade individual de procurar, que concerne na capacidade de materializar o desejo de procurar atendimento, então se relaciona, por exemplo, com a autonomia do sujeito e conhecimento que ele possui sobre as opções de serviços disponíveis (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Neste incurso, os usuários do CER II, demonstraram a importância da comunicação com o profissional para procurar o atendimento.

“Mas como eu não sabia a quem recorrer, eu só escutei o que ela falou e fui embora. E só tive fôlego para lutar de novo, quando ouvi uma palavra positiva da pediatra: “vá atrás por que tem”. Se a pediatra também tivesse passado, deixado para lá, eu também não teria corrido atrás” (Mãe de criança com deficiência intelectual).

“Comecei questionar lá no CER II, olha eu não quero uma fisioterapia só na semana, eu quero duas. Aí as meninas: mas não tem necessidade. Tem, eu quero duas. Quando a gente ver que ela está bem evoluída, diminui e volta para uma [...] aí foi quando botaram”. (Mãe de criança com deficiência física)

Para a mãe da criança com deficiência intelectual a orientação da pediatra da USF sobre a existência do serviço foi determinante para a busca dos serviços de reabilitação. Já no caso da mãe da criança com deficiência física se destaca sua proatividade para intensificação do tratamento, acatada pelo serviço, e que só foi possível após o diálogo com o profissional, que explicou o diagnóstico e prognóstico da criança, permitindo que dúvidas fossem sanadas, e assim maior autonomia no cuidado e na busca por acompanhamento. Observa-se que a comunicação entre profissional-usuário, debatida na capacidade de perceber, aqui também foi de grande importância para o acesso ao serviço de saúde.

A busca por serviços de saúde está atravessada por aspectos subjetivos, sociais e culturais. Ou seja, a opinião de familiares, a comunicação entre profissionais e usuários, as crenças e conhecimento sobre o processo saúde e doença são relevantes na decisão de procurar um serviço (ETIM *et al.*, 2019). Desta forma, o acesso à informação sobre tipos de atendimento necessários e a orientação de profissionais para encaminhamentos disponíveis na rede é fundamental para que o acesso aos serviços de reabilitação possa de fato acontecer.

Além disso, importa destacar a relevância do apoio social para a procura de cuidado. Para as PcD entrevistadas no hospital, a rede de apoio está restrita ao apoio familiar, com parentes que estão atentos às necessidades de saúde deles.

“Eu não queria vir, porque eu já tinha saído do outro hospital. Mas minha perna estava muito inchada, estava me preocupando já e minha madrinha ficou muito preocupada, falou na hora “tem que ir, tem que se internar, não pode ficar assim, não pode”. (Pessoa com deficiência física 2)

“Uma irmã minha [...] eu que digo assim: oh estou meio chumbado, quero ir para o hospital. Aí na mesma hora leva”. (Pessoa com deficiência física 1)

A literatura que versa sobre a influência da rede de apoio social para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde é escassa. Um estudo quantitativo com pessoas que convivem com deficiência física no município de João Pessoa, demonstra que a maioria dos participantes afirma ser importante o apoio social para o acesso aos serviços de saúde e que grande parte desse apoio também se relaciona com o núcleo familiar (HOLANDA *et al.*, 2015). Reddy *et al.* (2019) identificaram o apoio familiar restrito como uma barreira para o acesso de idosos com dificuldades auditivas aos serviços de saúde.

A construção de uma sociedade inclusiva, ultrapassa o seio familiar, pois entende-se que esta não é uma causa individual, mas sim social. Maior (2015b) explica que o modelo biomédico, fortemente investido no século XX, estava vinculado à ideia de integração social, compreensão que em certa medida, possui relação com a supervalorização da capacidade física e sensorial, necessária à força de trabalho do modelo capitalista. Esta compreensão produz segregação e isolamento, na medida em que localiza no núcleo familiar a responsabilidade desse segmento, que na verdade é compartilhada também entre estado e sociedade.

Entende-se por apoio social o conjunto de apoio direcionado ao sujeito em determinado contexto de vida, que venha contribuir de forma positiva (HOLANDA *et al.*, 2015). Pode-se apresentar, por exemplo, no apoio emocional ou por meio de informações e programas que contribuem para melhorar a qualidade de vida do sujeito. Logo, este apoio estende-se a outros atores, como vizinhos, amigos, profissionais de saúde, comunidade religiosa e Estado (CARVALHO; LOPES; OLIVEIRA; NUNES, 2018).

Ações que promovem a circulação de informações sobre os direitos da PcD, como palestras organizadas por conselhos e movimentos sociais, também se configuram como importante instrumento de apoio social, uma vez que colaboram na tomada de decisão e solução de problemas dessas pessoas (CARVALHO; LOPES; OLIVEIRA; NUNES, 2018).

A presença de uma rede de apoio social consistente na vida de uma pessoa com deficiência aumenta a interação social dela. Enquanto que a fragilidade dessa rede contribui para isolamento social (DAMIANCE, 2016).

Até aqui foram discutidos os aspectos que envolvem a procura e a aceitação do serviço. O alcance dele é trabalhado por Levesque, Harris e Russell (2013) na dimensão disponibilidade e acomodação e na capacidade de obter.

A disponibilidade e acomodação se trata de uma categoria que envolve o alcance concreto do serviço em tempo hábil. Por isso, inclui aspectos individuais, urbanos e da estrutura e organização do serviço (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

O CER II em estudo se configura como um serviço regional que atende a microrregião I, da I GERES de Pernambuco. O fluxo de acesso acontece por guia de encaminhamento, com exceção da neuropediatria, que além desta forma, também é marcada pela regulação. Como mencionado na dimensão acessibilidade, o serviço já se encontra habilitado como CER II, mas ainda está vivenciando a transição de NDI para CER no processo de trabalho, o que tem mobilizado insegurança e resistência no cotidiano de trabalho dos profissionais.

“Inicialmente a gente foi para lá com o objetivo, foi colocado para gente trabalhar com estimulação precoce [...] Como está como CER, que depois foi colocado isso, então a idade aumenta. Mas assim os profissionais, a maioria tem experiência de trabalhar com crianças de no máximo até cinco anos. Então, com a parte de estimulação precoce. Que é o objetivo da microcefalia. Mas como agora é CER, a gente está vendo como é que se agrega outros profissionais também que possam atender outras faixas etárias maiores”. (Profissional 2 do CER II)

Este profissional do CER II demonstra que o atendimento fora da prática de estimulação precoce se coloca como um desafio para a equipe. A habilitação do NDI em CER II, insere fortes mudanças na caracterização do serviço, os quais conforme este profissional, não foram trabalhados previamente, pois não houve nenhum tipo de educação permanente sobre a Rede de Cuidados à PcD e sobre esse novo formato de trabalho.

Além disso, a própria estrutura física do CER II não está adequada para este tipo de funcionamento, com poucas e pequenas salas e recursos voltados prioritariamente para crianças.

“Não tem como exigir mais recursos materiais se a gente não tem uma estrutura física adequada, um ambiente. Não tem como porque barra muito na estrutura física, não pode contratar mais profissionais, não pode pedir mais materiais, por que não tem como armazenar” (Profissional 1 do CER II)

Existem documentos oficiais que direcionam a organização do espaço físico de um CER. O Ministério da Saúde, inclusive, lançou Instrutivo de Reabilitação auditiva, física, visual e intelectual, para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o qual contém uma série de requisitos e orientações sobre a adequação dos espaços, recursos humanos, materiais e equipamentos, voltado ao funcionamento do serviço de acordo com um CER (BRASIL, 2020b).

A análise documental também revela que a Política Municipal de Atenção Integral a Saúde da Pessoa com Deficiência objetiva ampliar e qualificar os espaços de reabilitação da atenção especializada. Contudo, o CER II em questão se localiza nas instalações de uma policlínica, juntamente com outros serviços de diversas naturezas como: o Centro de Referência para Cuidados de Crianças, Adolescentes e suas famílias em situação de violência - CERCCA, Ambulatório LBGT, atendimentos para hanseníase, Centro Especializado de Odontologia - CEO, atendimentos de urologia, geriatria, pequenas cirurgias, entre outros. Com isso, a infraestrutura se torna insuficiente, sendo então mais uma dificuldade para o funcionamento deste CER II. Este é um aspecto importante, pois verifica-se a indisponibilidade de recursos humanos e físicos com

capacidade de produzir os serviços programados para um CER.

Diante disto, cabe ressaltar que historicamente a oferta assistencial para PcD se organiza de forma fragmentada e insuficiente. As diversas consequências clínicas da epidemia do Zika Vírus vieram corroborar este quadro e mostrar como o sistema de saúde não está preparado para cuidar da PcD. Não raro, há problemas básicos de infraestrutura ou falta de preparação profissional (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

O NDI surgiu em um contexto agitado, de expansão imediata de serviços voltados para o cuidado de crianças com microcefalia. Hoje, a habilitação em CER II aponta a necessidade de ajuste na estrutura e no processo de trabalho, como forma de garantir o acesso do usuário que precisa de reabilitação.

Outro aspecto importante nesta dimensão é a acessibilidade arquitetônica, que envolve aspectos físicos do acesso em diversos espaços, seja no contexto urbano, em que foram mencionados obstáculos por grande parte dos participantes da pesquisa ou na estrutura dos prédios e serviços de saúde. Este é um dos obstáculos que parece alcançar o entorno e até mesmo vários serviços de saúde.

A estrutura do prédio do CER II é considerada acessível pelos usuários de reabilitação.

“É um lugar super acessível, eu gosto lá do CER II [...] aquela rampa que é maravilhosa para empurrar a cadeira. E ele é bem perto da parada de ônibus, então para chegar até ele é mais fácil. Eu só acho as salas pequenininhas, mas é a estrutura do prédio. Mas fora isso, eu gosto de lá”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

A análise desse dado demonstra a possibilidade da compreensão dessa mãe estar enviesada pela ótica apenas das necessidades de locomoção de sua filha. As informações do diário de campo, corroboram com a fala de um profissional, que considera o prédio parcialmente acessível, havendo determinados espaços acessíveis para algumas deficiências e para outras não.

“Ele não é 100% acessível. Ele tem rampa de acesso para os dois blocos, tem a questão da largura dos espaços externos. Em algumas salas, eles não entram e os banheiros também não são adaptados. É mais na questão dos consultórios e dos banheiros para a questão do deficiente físico. Para o deficiente visual a gente também não tem sinalização [...] Então, por isso que eu digo, ele tem algumas partes que são acessíveis para alguns tipos de deficiência”. (Profissional 1 do CER II)

Além do serviço de reabilitação, a falta de acessibilidade esteve presente no cenário hospitalar.

“A estrutura de até quando você chegar aqui, se você vier de ambulância tudo bem, você está ali deitadinho na maca, de ambulância você entra. Mas se você vier andando? Se você vier de cadeiras de rodas para andar por aqui, não tem estruturas, já começa por aqui”. (Profissional 1 do hospital)

A acessibilidade arquitetônica nos serviços de saúde de uma forma geral ainda é um grande

obstáculo no acesso a estes espaços, interferindo negativamente não apenas no primeiro contato com a instituição, mas também na desmotivação para continuidade do tratamento (CASTRO *et al.*, 2021; MARTINS *et al.*, 2018).

A acessibilidade está relacionada à possibilidade e condição de utilização de forma autônoma dos espaços urbanos e sociais, envolvendo, por exemplo, o alcance de edifícios, transporte, informação e comunicação. A legislação brasileira garante isto, estabelecendo desenhos universais e adaptações razoáveis (BRASIL, 2015). Entendendo os desenhos universais como: “concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou de projeto específico, incluindo os recursos de tecnologia assistiva” (BRASIL, 2015).

Normas de acessibilidade estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT (2015) também são empregadas para regular parâmetros técnicos de acessibilidade em diversos setores, como o da construção e comunicação. As barreiras arquitetônicas e urbanísticas estão para além do setor saúde, sendo um problema que persiste e alcança a maioria dos espaços de convivência social.

Em contrapartida a estas barreiras de acesso, tanto os profissionais quanto os usuários do CER II, ressaltam de forma positiva a acessibilidade geográfica do serviço, que se localiza em um lugar central da cidade, com acesso fácil a ônibus e metrô para várias regiões.

“A questão da localização do CER, que fica dentro de uma policlínica, que ela fica dentro de uma região central, de fácil acesso. [...] para quem vem de diversos bairros da cidade de Recife, ou até de outros municípios também [...]”.  
(Profissional 2 do CER II)

Considerando que este é um serviço regional, que atende usuários dos municípios vizinhos e diante de tantas barreiras arquitetônicas citadas, este é um fator de grande importância para facilitar o acesso ao serviço. Pois como será discutido adiante, a falta de acessibilidade geográfica se trata de um dos aspectos que interfere na continuidade do tratamento, além de colaborar para o aumento de absenteísmo no serviço.

Do lado do usuário alguns fatores restringem a capacidade de obter atendimento, caracterizada pelas condições pessoais que permitem o sujeito alcançar fisicamente o serviço de saúde (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013). Entre esses aspectos está a necessidade de transporte público, que foi mencionado sob perspectiva dos usuários como um obstáculo ao acesso aos serviços de saúde, principalmente devido à falta de acessibilidade e contexto de superlotação.

“Ontem eu cheguei tarde na consulta por não ter coragem de enfrentar, porque passaram quatro ônibus, superlotados que não dava nem para entrar com a cadeira”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

“Eu já fiquei várias vezes sentada no degrau do ônibus com ela. O ônibus lotado, e eu sentada para poder conseguir segurar e poder levar, porque a gente subia e

ninguém dava cadeira não. Tem pessoas que ainda dizia: está vendo que está cheio, sobe por que quer”. (Mãe de criança com deficiência física)

O estudo da acessibilidade urbana tem potencial para melhorar o alcance das pessoas aos lugares que elas necessitam, considerando suas características individuais. No entanto, é um aspecto que, historicamente, não tem sido priorizado nas políticas de transporte do Brasil. As pautas que envolvem a redução do congestionamento e com isso o elevado tempo gasto no trânsito acabam se tornando o foco dessas políticas (PEREIRA; BRAGA; SERRA; NADALIN, 2020).

Além disso, como citado, os desenhos universais são garantidos pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. No entanto, a dificuldade deste segmento no uso de transporte público ainda é realidade de diversos locais (SILVEIRA; DISCHINGER, 2017). A falta de acessibilidade nos transportes é citada como uma das principais barreiras do acesso aos serviços de saúde da PcD (CASTRO *et al.*, 2021), associada ao contexto de superlotação, ela restringe a mobilidade e, portanto, o acesso a outros direitos fundamentais, como educação e participação na sociedade.

Cabe destacar que a cidade do Recife conta com uma importante iniciativa no âmbito da Agência Estadual de Tecnologia da Informação – ATI, do Consórcio de Transporte Metropolitano – CTM do Grande Recife e do Instituto Federal de Pernambuco –IFPE, a partir da construção de uma plataforma de inteligência geográfica que está em fase de teste, e auxilia a PcD nos principais problemas de locomoção em espaço urbano, além de proporcionar a gestão de informações sobre a PcD, para o aperfeiçoamento e personalização de ações voltadas a este público (GUIMARÃES *et al.*, 2021).

Além da dificuldade com o transporte, a necessidade de dedicação exclusiva da mãe para a rotina clínica e doméstica da criança também é aspecto que influencia a capacidade de obter atendimento das pessoas entrevistadas.

“Minha rotina é só nos cuidados das crianças. Eu não pude mais trabalhar para ficar em função deles. Por que é rotina de médicos, terapias. Meu filho também está sendo analisado, que também tem essa suspeita de ter autismo”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

“Sobre mim, sou mãe, deixei de trabalhar para poder cuidar dela, para poder fazer o tratamento dela”. (Mãe de criança com deficiência física)

Nesses casos, a flexibilidade de tempo para comparecer ao tratamento só aconteceu mediante a renúncia ao trabalho formal das mães. Logo, a deficiência dos filhos marca mudanças importantes na trajetória de vida dessas mulheres mães, que também assumem papel de cuidadoras. Vale destacar que historicamente a mulher é vista enquanto figura associada a função reprodutiva e de cuidado do lar. Apesar de haver avanços, com a sua inserção no mundo do trabalho para além das tarefas domésticas, esses traços de uma sociedade sexista (pois geralmente são as mulheres se

tornam cuidadoras) permanecem e possuem um efeito importante na trajetória de vida de mulheres mães de crianças com deficiência, que não raro abdicam do trabalho em prol dos cuidados da criança.

Uma pesquisa realizada com mães de crianças diagnosticadas com microcefalia na cidade do Recife – PE apontou para dados semelhantes a esta análise: a ruptura biográfica dessas mulheres, a partir, por exemplo, da necessidade de abandono do trabalho para exercer os cuidados da criança. Além da mudança de projetos pessoais, como trabalho e estudo, há uma paralisia nas formas de lazer e diversão pessoal, para a dedicação a um projeto de vida construído a partir das necessidades da criança. Este processo de ruptura biográfica promove uma transição nas histórias de vida dessas mulheres. Uma vez que mobiliza recursos subjetivos e concretos, para construção de um novo lugar e forma de estar no mundo (MELO *et al.*, 2020).

Essa questão da dedicação exclusiva da mãe para com a rotina clínica e doméstica da criança, além da capacidade de obter, se relaciona com a acessibilidade financeira, pois esse gasto de tempo produz um impacto considerável na renda familiar. Já que como visto, os genitores precisam deixar de trabalhar. Neste sentido, observa-se que o alcance e a utilização dos serviços possuem um custo para as pessoas, por isso, Levesque, Harris e Russell (2013) abordam a dimensão acessibilidade financeira.

A acessibilidade financeira se trata da capacidade do usuário arcar com os custos diretos e indiretos que o acesso ao serviço inclui, como por exemplo, o gasto de tempo e as despesas relacionadas ao atendimento (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Como observado nas falas anteriores, o tratamento dessas crianças além do acompanhamento nas terapias, exige uma rotina intensa de estimulação e cuidados no âmbito doméstico. Realidade que exige maior dedicação da pessoa incumbida de ser cuidadora, expressando um custo de tempo que produz repercussão financeira. Neste incurso, Massoli, Alves e Esper (2020) também identificaram mães que precisaram largar o seu trabalho para cuidar das necessidades de seus filhos com deficiência, e este como fator que tem grande influência na organização financeira do lar, dificultando inclusive, os gastos com despesas para medicações e outras necessidades clínicas das crianças.

Diante de novas formas de sobrevivência, ao mesmo tempo que se diminui a capacidade econômica de gasto para acessar o atendimento, essa situação também agrava a vulnerabilidade econômica e social de muitas famílias. Neste sentido, a acessibilidade financeira é também atravessada pelo impacto do gasto familiar na assiduidade do tratamento.

“A gente ver que tem pessoas que deixam de ir, não frequentam. Não podem ir para o atendimento muitas vezes porque não tem dinheiro para o transporte, não tem se alimentado direito. Até casos de a pessoa chegar lá e não ter tomado café da manhã. Às vezes você vê que a pessoa veio com maior esforço. Ver que não se alimentou, e até diz “eu estou aqui sem comer, vim por que tinha que vir”.

(Profissional 1 do CER II)

Somado a esta realidade, o sistema de saúde público brasileiro ainda convive com a necessidade do usuário assumir o custo de parte de seu tratamento, como por exemplo, a partir de medicamentos ou outros materiais que estão em falta nos serviços de saúde. A fala a seguir exemplifica isto.

“Tudo geralmente são eles que tem que comprar [...] Paciente para receber alta daqui do hospital, às vezes, cirurgia de coluna precisa de colete, e esse colete ele que tem que comprar, por que se não, não vai chegar nunca esse colete que ele precisa para receber alta, entendeu? Isso eu vejo direto, lá”. (Profissional 1 do hospital)

Todas essas falas mais uma vez confirmam a dificuldade financeira que este grupo está exposto e a necessidade de um apoio social consistente para que o direito à saúde possa de fato ser garantido. O SUS é uma forma de apoio do Estado, na medida em que se constitui enquanto oferta de ações e serviços de saúde de caráter universal e gratuito.

No entanto, quando comparado a outros países que também possuem sistemas universais, o Brasil ainda possui um pequeno gasto público com a saúde. A universalização do acesso à saúde sugere um gasto público igual ou superior a 70% dos gastos totais em saúde (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019). Mas, em 2014, essa porcentagem no Brasil era equivalente a menos de 50%. Em contraste com países como Portugal e Reino Unido, que também possuem sistemas universais, e neste mesmo ano tiveram um gasto público de respectivamente 68% e 83% nos gastos totais de saúde. Este cenário brasileiro, induz uma predominância do gasto privado no total dos gastos com saúde. Portanto, implica também maior participação das famílias em gastos privados com saúde (FIGUEIREDO; PRADO; MEDINA; PAIM; 2018).

Somado a isto, o pequeno gasto público, na situação do Brasil, se agrava devido os incentivos governamentais para o mercado privado, os quais contribui significativamente para o subfinanciamento do SUS. (FIGUEIREDO, PRADO, MEDINA, PAIM; 2018).

Essa relação entre o público e o privado no cerne do SUS possui aspectos políticos e econômicos, e inclusive, é alimentada por políticas públicas que fomentam essas iniciativas de apoio ao crescimento do setor privado, e, por conseguinte, colaboram para a intensificação do desinvestimento nos serviços públicos (BAHIA; SHEFFER, 2018). Com a destinação de recursos públicos insuficientes para garantir a universalidade do acesso e integralidade no atendimento, as despesas familiares com necessidades de saúde acabam aumentando, tornando-se mais um problema diante do perfil socioeconômico do segmento PcD.

Essa discussão está associada a acessibilidade financeira e também diretamente ligada à restrição da capacidade individual de pagar pelo serviço, pois diminui a capacidade de o usuário gerar recursos para pagar os serviços de saúde de forma que não cause impacto negativo nas

despesas de suas necessidades básicas.

Junto aos gastos diretos para alcance do serviço (como passagem e alimentação), o gasto de tempo, significou uma grande desorganização na renda familiar dos usuários do CER II.

“Eu tive que ficar em casa, o dinheiro diminuiu mais da metade. As coisas caras, tudo muito caro. Complicou porque a gente também não recebe nada do governo. Então assim, onde deu uma aliviada, que não é nem uma melhorada, deu uma ajuda, foi agora na parte do auxílio. Aumentou o valor do bolsa família. Mas aí as coisas estão tão caras que parece que não aumentou nada [...] Ela ano passado ficava muito doente. Então, era medicação, era hospital. Às vezes não dava para fazer exame naquele dia, a gente fazia pelo particular, e carro, custo de alimentação em hospital. E a gente tome a fazer empréstimo. E hoje está todo mundo sem dinheiro para pagar e ainda nessa agonia”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

"Quando eu tive ela eu não voltei a trabalhar, eu optei por cuidar dela. Até mesmo antes de ter o benefício dela, eu não pensava em trabalhar justamente para fazer o tratamento. Porque eu sabia que se eu voltasse a trabalhar eu não ia ter tempo de levar ela para as consultas [...] Eu não tinha o benefício dela e depois, foi o que eu tive. Aí foi que melhorou as coisas financeiramente, mas ficava uma dificuldade imensa no comecinho com ela”. (Mãe de criança com deficiência física)

Essas famílias demonstram uma baixa capacidade de gerar recursos para pagar os gastos envolvidos no acesso ao serviço de saúde. A primeira delas chegou a situações mais extremas de endividamento, e os programas de transferência de renda, apesar de colaborarem na organização financeira, são notadamente insuficientes diante das necessidades da criança. A segunda mãe, também enfrentou dificuldades financeiras para manter o acesso da sua filha ao CER II, que foi aliviado pelo Benefício de Prestação Continuada – BPC. Em ambos os casos a necessidade da mãe deixar o trabalho expõe a família a dificuldades econômicas.

Não é raro PcD expostas a problemas econômicos. Diversos estudos relacionam a deficiência com situações de vulnerabilidade, como pobreza e dificuldades no acesso à educação e ao mercado de trabalho, o que prejudica a possibilidade de gerar recursos para custeio dos atendimentos e para a própria subsistência. A baixa escolarização e a exclusão do mundo do trabalho, potencializam a precariedade nas condições de vida, e a condição de dependência de um cuidador, diversas vezes também atua como agravante da vulnerabilidade socioeconômica da família (CASTRO *et al.*, 2021; PAIVA; BENDASSOLLI, 2017).

Neste aspecto, o BPC, mesmo não sendo suficiente, acaba sendo um suporte importante na renda familiar e na capacidade individual de pagar pelo serviço. De acordo com a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, o BPC faz parte da proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social. Trata-se da “garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 2011).

O BPC e seus critérios de inclusão voltados à pessoa com deficiência vêm sendo discutidos sob diversas perspectivas. Alguns autores, como Stopa (2019) consideram restritivos os critérios de elegibilidade, compostos por comprovação de renda (possuir renda mensal familiar per capita inferior a ¼ de salário mínimo) e de deficiência (por meio de laudo ou perícia médica).

A configuração do critério de renda, desconsidera a possibilidade de alcance dos serviços públicos, gastos com a própria rotina clínica (como remédios, dieta, transporte e outros) e as particularidades de cada sujeito ou família que traçam essa linha de pobreza. Neste incurso, seria mais razoável estabelecer critério de renda e consumo, em vez de critério de renda. Uma vez que a insuficiência do recurso para as despesas clínicas e domésticas, também é uma realidade que tem sido discutida (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA 2006).

A definição de deficiência também provoca diversas inconsistências na concessão do benefício. A soberania do modelo médico centrado, limita a compreensão sobre deficiência, uma vez que reduz a categoria a uma condição de incapacidade biológica e desconsidera fatores sociológicos, promovendo inconformidades com os princípios de igualdade que fundamentam o BPC. A perspectiva puramente biológica não permite a relativização entre lesão e deficiência, negando o benefício àqueles que não se enquadram na listagem de deficiências, mas que convivem com uma séria dificuldade na habilidade de desenvolver suas tarefas diárias (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA 2006).

Neste ponto, há de se considerar que em 2007, foi regulamentada a avaliação da deficiência para concessão do BPC, a partir dos princípios da CIF. Isso é um avanço importante, que começa a introduzir a discussão da deficiência desvinculada da incapacidade permanente. No entanto, diante dos aspectos históricos e sociais na compreensão da deficiência, essa mudança legislativa não garante a incorporação desse modelo no cotidiano dos profissionais que estão a frente dessas avaliações (STOPA, 2019).

As características citadas, aliadas à burocratização, ao terreno de disputa entre interesses neoliberais e progressistas, e à dificuldade de articular setores como a Assistência Social e o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, infelizmente, torna este, um benefício de difícil acesso, com alcance limitado (STOPA, 2019).

Todos esses fatores confluem como barreira para o acesso aos serviços de saúde. Apesar do avanço legislativo do Brasil em diversas áreas para minimizar a desigualdade deste segmento, este quadro, continua reforçando a necessidade de investimento do Estado em políticas sociais em direção à igualdade, não apenas no sentido de construir novos arranjos legais, como também de garantir o cumprimento dos existentes, para que de fato as PcD possam ter condições de gozar de seus direitos enquanto cidadãos.

Neste sentido é fundamental destacar o papel dos movimentos sociais da PcD e de órgãos

como CONADE, para manter este tema na agenda das políticas públicas, de modo que elas não caiam no esquecimento e negligência do Estado e possam ser construídas em consonância com as lutas e os direitos da PcD.

Contudo, a atual situação política do Brasil é de retrocessos nos direitos sociais. O CONADE se caracteriza como ferramenta de gestão que aponta e fortalece a possibilidade do exercício da cidadania no cotidiano das PcD. Mas, hoje, apesar de mantido, o CONADE segue negligenciado pelo governo federal, com mudanças no seu funcionamento interno de forma arbitrária e sob ausência de mandato ativo, pois o Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos não iniciou o processo de assunção de novos conselheiros. Essa situação compromete o poder de atuação do CONADE e, por conseguinte, a luta pela efetivação dos direitos da pessoa com deficiência (AMPID, 2021)

A experiência de utilização dos serviços possui consequências para o cuidado, influenciando, por exemplo, na adesão ao acompanhamento e na continuidade da linha de cuidado que o usuário precisa acessar. É neste sentido que Levesque, Harris e Russell (2013) introduzem a adequação, última dimensão explicativa do acesso.

Essa dimensão caracteriza a adequação entre o serviço e a necessidade do usuário. Trata de qual serviço é ofertado e da forma como ele é prestado, de maneira que é esperada a possibilidade de acessar os serviços de saúde de forma contínua, integrada e de boa qualidade. Por isso inclui aspectos como qualidade técnica e interpessoal no atendimento (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013)

Os dados desta pesquisa revelam que não há nenhum espaço de formação para os profissionais do CER II, voltada para o trabalho neste tipo de serviço, apesar deles expressarem esse desejo.

“Não, a gente teve uns treinamentos. No período da questão do zika vírus, então teve vários treinamentos com relação ao atendimento dessa clientela que acaba sendo uma parte da questão também do atendimento da pessoa com deficiência”.  
(Profissional 1 do CER II)

“Como a gente é CER [...] encaminham muitos pacientes para a gente. Tem alguns pacientes que a gente não deveria atender. Então tem alguns profissionais, inclusive, eu também me coloco dentro, que a gente precisaria estar capacitado para isso. Ter treinamento, oferecer cursos para a gente, para a gente se preparar melhor, para receber essa demanda que está chegando cada vez mais”.  
(Profissional 2 do CER II)

Novamente se observa a concentração de esforços governamentais durante a epidemia de Zika e de Microcefalia, quando o serviço se estruturava enquanto NDI, uma vez que o trabalho de qualificação da equipe estava voltado para o atendimento desta demanda. Não há então, o investimento na formação do trabalhador voltado para o atendimento a PcD, a PNSPcD e a caracterização do CER.

Entre os documentos analisados tanto a PNSPcD quanto a PMAISPCD prevê treinamento e capacitação de recursos humanos no âmbito da atenção à saúde para estas pessoas, contudo, esta permanece como uma inadequação, que diminui a eficácia do serviço enquanto CER e a rede de cuidados à saúde da PcD.

O gestor entrevistado, reconhece a necessidade de investimento voltado para qualificação de profissionais que atendem PcD, e aponta que durante sua gestão houve esta iniciativa, mas voltada para profissionais da atenção básica e com o foco na barreira atitudinal.

“E eu acho que o que pode melhorar é isso, você qualificar esse profissional para atender esse segmento, eles precisam de qualificação [...] Uma das outras coisas que a gente tentou trabalhar foi essa questão de fazer, não diria curso, mas alguma “sensibilização” com alguns profissionais [...] Então a gente teve alguns encontros, iniciou mas não consegui dar continuidade, com profissionais, na atenção básica, nesse sentido, de falar da experiência de atender uma pessoa com deficiência, das dificuldades, de como abordar”. (Gestor)

Esta se trata de uma iniciativa importante, no entanto, é necessária a inclusão de outros segmentos de trabalhadores e a abordagem de outros tipos de barreira para além da atitudinal, já que como demonstra Castro *et al.* (2021), a dificuldade de acesso ao serviço de saúde pela PcD se expressa por meio de diversos tipos de barreiras. Uma profissional do hospital também demonstrou dificuldade na condução do atendimento a PcD devido a ausência de treinamento para lidar com este segmento.

“Interfere muito no trabalho da gente, a gente sente muita falta desse preparo, desse treinamento com pessoas com deficiência [...] De saber lidar com isso, com aquele tipo de tratamento, para ofertar um trabalho melhor, mais confortável, eu sinto muita falta”. (Profissional 2 do Hospital)

Diante disso, vale lembrar que na capacidade de perceber, a fala das mães entrevistadas também demonstra um despreparo profissional para lidar com a PcD, quando não houve comunicação sobre diagnóstico da criança com paralisia cerebral, por exemplo. Há pesquisas que corroboram com esta análise e apontam por exemplo, a falta de preparo profissional na comunicação com a mãe ou cuidadores sobre o diagnóstico de microcefalia, o qual aconteceu por vezes de forma violenta, desconsiderando a mãe/cuidador como sujeito e enquanto figura fundamental nos cuidados dessa criança (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Outros autores que também identificam a ausência de qualificação dos trabalhadores para atender as necessidades da PcD, demonstram que não raro, esse processo de investimento na formação profissional acontece por meio de iniciativas privadas do próprio trabalhador (CASTRO *et al.*, 2021). Além da PNSPcD, a qualificação de equipes para atenção à pessoa com deficiência também faz parte das estratégias da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012). Então este também se trata de um compromisso que deve ser compartilhado com o Estado.

Esse tipo de obstáculo ao acesso demonstra como a política municipal e estadual de atenção

à saúde da PcD precisa avançar no sentido de investir na formação e qualificação do trabalho no cuidado para este segmento.

No contexto hospitalar outro aspecto importante que se relaciona a adequação, trata-se da hegemonia do saber médico no cotidiano de trabalho, que dificulta a interdisciplinaridade.

“Para mim eu acho que todo paciente deveria ser atendido pelo fisioterapeuta dali do trauma. Pelo menos para dar orientação, para dar alguma coisa. Mas não é assim, a gente vai quando tem a solicitação médica, então nem sempre tem”.  
(Profissional 1 do Hospital)

Neste caso, o usuário perde a oportunidade de uma avaliação mais completa e, portanto, com maior qualidade, devido à concentração das ações no poder médico instituído no hospital. Os documentos analisados demonstram que interdisciplinaridade e a integralidade são enfoques da PNSPcD para a prática de reabilitação, e independem do nível de complexidade que estão associadas. No entanto, historicamente o médico ocupa um lugar de poder em instituições de saúde, dificultando uma abordagem integral, em espaços como o hospital.

Há um simbolismo na figura médica, que impõe relações de hierarquia com o restante dos profissionais, havendo a tendência de valorização e legitimação do saber médico em detrimento dos outros, que dificulta o trabalho em equipe, principalmente em ambientes hospitalares. Pois, simbolicamente o hospital é entendido como lugar onde se vive a morte e a vida, e o médico a personificação daquele que pode salvar (SILVA, 2006).

Este cenário está alinhado ao modelo biomédico e a utilização da Classificação Internacional de Doenças – CID, que tem a doença como foco das práticas, no contexto hospitalar. Portanto, encontra-se na contramão dos estudos e legislações voltadas a PcD, os quais têm apontado o potencial da CIF, enquanto referencial interdisciplinar que pode guiar ação de profissionais e gestores no âmbito da deficiência.

No que concerne à fala dos usuários sobre os atendimentos, tanto no serviço de reabilitação quanto no hospitalar, eles apontaram experiências positivas nesta dimensão.

“São maravilhosos, até para instruir. Às vezes eu quero explicar algo e não sei como descrever, e eles percebem assim do meu jeito de querer apontar, eles deduzem na hora o que eu quero dizer. Eles são bem atentos, são muito bem capacitados. A forma de me orientar como fazer em casa também” (Mãe de criança com deficiência intelectual).

“Explica, ele é bem atencioso. Esse doutor é um dez” (Pessoa com deficiência física 1)

Este é um aspecto relevante, pois sinaliza a possibilidade de construção de vínculos que qualificam o atendimento, além de oferecer maior segurança para o usuário que usufrui do serviço de saúde. Contudo, cabe destacar, que o discurso dos usuários em contexto hospitalar pode estar influenciado pelo viés de gratidão (VAITSMAN E ANDRADE, 2005), tendo em vista que as

entrevistas foram realizadas no próprio leito do hospital.

Neste aspecto, os profissionais do CER II têm construído boas relações com os usuários, demonstrando boa capacidade técnica para condução do atendimento e relações interpessoais que tem sido desenvolvida no sentido de considerar a participação do usuário. Isto, além de melhorar a adequação do serviço, também se relaciona com a capacidade de se envolver, pois cria um ambiente propício para a PcD se sentir confortável e se envolver no seu acompanhamento terapêutico.

Somado a isso, cabe ressaltar a compreensão ampliada da acessibilidade e do cuidado à saúde de um profissional do CER II, a partir do entendimento do acesso ao serviço de saúde como um direito, que para a sua efetivação, envolve também transformações na sociedade.

“Que ela possa viver bem dentro da deficiência dela, mas com todos os recursos necessários para que ela tenha uma vida de qualidade, tenha uma vida inserida na sociedade, que ela possa fazer parte da sociedade como qualquer outra pessoa. Que tenha as adaptações necessárias que ela precisa [...] ter o direito dela como cidadão”. (Profissional 2 do CER II)

Nestes moldes a acessibilidade se constrói em uma perspectiva de justiça social, que converge com a proposta do Modelo Social da Deficiência, o qual agrega aspectos que dizem respeito à estrutura da sociedade na experiência da deficiência e insere a necessidade de mudanças para além do âmbito arquitetônico (DINIZ, 2007).

A discussão sobre acessibilidade está atravessada pela Determinação Social da Saúde. Ou seja, as iniquidades vivenciadas no cotidiano da PcD e a dificuldade no acesso aos diversos serviços básicos, como educação, mobilidade, saúde e etc, é determinada por uma totalidade social, constituída por múltiplos complexos, distintos e articulados (saúde, ciência, trabalho, Estado, cultura, entre outros). Esta conjuntura enseja a necessidade de profundas mudanças na estrutura política, econômica e social do país, as quais de fato, proporcionem condições para o surgimento de uma cidadania crítica e para o gozo do espaço social enquanto direito de todos. Trata-se, portanto, de uma mudança estrutural, da construção de um outro projeto de sociedade (BARRETO, 2019).

Cabe destacar, que apesar dessa referência à acessibilidade de forma ampliada, em outros momentos, este mesmo profissional do CER II demonstrou uma compreensão biologicista sobre a deficiência. Essa contradição expressa a dificuldade para que a cidadania de fato seja alcançada pela PcD, e o legado de uma compreensão capacitista sobre a deficiência.

Sob perspectivas dos usuários, acrescenta-se à inadequação na continuidade do tratamento. Pois, no caso da mãe da criança com deficiência física não há serviços e vagas na rede para continuação de fisioterapia de acordo com seu caso, que está mais leve. Já a mãe da criança com deficiência intelectual, pontua a restrição no acesso às terapias disponíveis na rede a partir do

diagnóstico, que não é consequência do Zika, e acrescenta que há momentos em que o acesso para alguns serviços é mais fácil, e momentos em que este é mais difícil.

“A única coisa que eu questiono e converso sempre é que poderia melhorar em relação ao problema dela. Continuar, se tivesse onde continuar com as fisioterapias dela. A única coisa que me queixo é isso: é poder continuar e ficar de mãos atadas em relação a isso, e eu sabendo que ela precisa”. (Mãe de criança com deficiência física)

“É por partes, tem hora que a gente consegue, é fácil, a gente chega se admira. Outras demoram muito. É por parte, eu não me sinto totalmente acessível a tudo não [...] No SUS agora tem várias terapias para crianças com microcefalia. Aí o que acontece, só é microcefalia da Zika, aí quer dizer que a outra microcefalia normal, não tem vez em canto nenhum?” (Mãe de criança com deficiência intelectual)

Isto recai na insuficiência de serviços especializados e na fragilidade da rede de saúde voltada para PcD, que tem se organizado de forma fragmentada. Por conseguinte, expressa a discrepância entre o pressuposto legal da universalidade do acesso e a real dificuldade de acesso aos serviços especializados que as PcD estão vivenciando. Além disso, demonstra a especificidade do contexto em que houve uma priorização da oferta de reabilitação e “organização da rede” para crianças com microcefalia, influenciada pela organização das mães de crianças com microcefalia, enquanto que outras deficiências seguem com baixa assistência (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

A atenção especializada no Brasil historicamente se constituiu como uma das grandes dificuldades na construção do SUS. A insuficiência de recursos e serviços no âmbito da rede especializada pública, impõe por exemplo a escassez de leitos e vagas para determinadas especialidades. Essa é uma realidade atravessada por fatores complexos como a interdependência entre o setor público e privado no contexto de saúde brasileiro, pois a hegemonia neoliberal possibilitou a expansão e concentração de serviços especializados na iniciativa privada, retraindo a organização desse tipo de serviço no SUS. Junto a isso, a herança cultural e ideológica da Saúde Coletiva, que a aproxima de discussões no sentido da prevenção e promoção à saúde e afasta dessa clínica quando a doença está posta, também é pontuada por alguns autores como elemento que, em menor medida, influencia a fragilidade na organização do serviço especializado no SUS (TESSER; NETO, 2017).

A insuficiência de serviços na rede de atenção à PcD, funciona como uma barreira de acesso, que acaba se desdobrando em um longo tempo de espera para o atendimento. Além disso, como visto na dimensão disponibilidade e acomodação, o CER II em estudo não possui estrutura física, recursos humanos e materiais adequados para funcionamento como CER II, o que, por conseguinte tem influência na falta de vagas e no tempo que os usuários esperam para conseguir acessar o serviço.

“É, tempo de espera. E mesmo assim tem pessoas que relatam que para conseguir

o atendimento com a neuropediatra passou dois anos na fila de espera. Porque a gente só tem uma neuro para todo Recife. E para chegar muitas vezes na reabilitação tem que passar pela especialista para eles prescreverem a reabilitação, então imagina o tempo que a pessoa vai perdendo”. (Profissional 1 do CER II)

“Até certo ponto lá no CER II estava disponível e estava adequado para ela, mas chegou certo ponto, lá não teve mais equipamentos. Me encaminharam para outros lugares, mas quando chegou lá também tem crianças que também têm mais dificuldades que ela, e eles não ficam”. (Mãe de criança com deficiência física)

Estes fatores comprometem a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, princípios que regem a organização do SUS. A insuficiência de serviços na rede e também de vagas para algumas especialidades no interior das instituições provoca maior tempo de espera por atendimento, ou até mesmo a falta de assistência em tempo hábil, que por sua vez podem ter impactos negativos na vida do usuário e no seu prognóstico (TESSER; NETO, 2017; ALMEIDA; GIOVANELLA; FILHO; LIMA, 2019). Há estudos demonstrando que na rede de cuidados à pessoa com deficiência, permanece esse obstáculo, com a formação de vazios assistenciais para determinados tipos de deficiência a depender do território (MACIELL *et al.*, 2020).

Associado a isto, a insuficiência de recursos atinge o cenário hospitalar e interfere de forma negativa a adequação do atendimento ofertado. Uma vez que restringe a possibilidade do usuário utilizar um serviço de qualidade e adequado a sua necessidade. Conforme o profissional de enfermagem e de fisioterapia do hospital, este setor sofre grandes dificuldades em relação à infraestrutura do serviço.

“Se você já não tem para ninguém, imagine para pessoa com deficiência. Se a gente já não tem a estrutura do geral, você imagina com quem tem deficiência”. (Profissional 1 do Hospital)

“Eu senti falta uma vez, de uma cadeira de banho [...] teve uma dificuldade imensa para gente levar ele para tomar banho, para colocar ele no banheiro, que não tem cadeira de banho. Como é que em um serviço de saúde desse não tem uma cadeira de banho, uma coisa que é tão básico”. (Profissional 2 do hospital)

Esses discursos apontam a falta de recursos básicos no cotidiano hospitalar, isto também está relacionado a dimensão disponibilidade e acomodação, e restringe o acesso do usuário do serviço de uma forma geral, mas principalmente da PcD, que muitas vezes necessita de recursos específicos para adequar seu atendimento. Este é um fenômeno diretamente relacionado ao subfinanciamento do SUS, que é um problema antigo, discutido por diversos autores, os quais atualizam as discussões desse tema a partir do surgimento de novos cenários políticos e econômicos (PAIM, 2018; FUNCIA, 2019; MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Identificado como um dos grandes obstáculos à concretização do SUS, o subfinanciamento tem origem no próprio surgimento do sistema, período que a doutrina neoliberal se destaca em detrimento dos valores civilizatórios do SUS. Algumas medidas, como a Emenda Constitucional

– EC 95/2000 e o movimento Saúde+10, em 2012, foram tomadas no intuito de adequar o financiamento da saúde pública (PAIM, 2018).

No entanto, este objetivo nunca foi de fato atingido, e a adoção de políticas de austeridade associada à EC 95, contribuíram significativamente para o agravamento do subfinanciamento crônico do SUS. Diante das EC 95 e sua repercussão na saúde, fala-se então de desfinanciamento do SUS, já que a expectativa de perda para as Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS é de R\$ 800 milhões, entre 2020 e 2036. Isso impede o crescimento de investimentos em gastos sociais e desconsidera por exemplo, o crescimento populacional, a transição demográfica e epidemiológica, a necessidade de construção e fortalecimento da RAS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Alinhadas com pressupostos que subvertem a lógica que sustenta esse sistema de saúde (a saúde enquanto direito e o estado como agente garantidor de direitos) o que se tem é a intervenção neoliberal para construção de um estado que estimula o mercado e uma sociedade marcada pela concorrência, em detrimento da solidariedade e de uma rede de proteção social (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Diante deste dado, é importante destacar que a insuficiência da atenção especializada torna, em especial, a oferta para a deficiência intelectual mais difícil, devido à necessidade de articulação de diversas especialidades, como relatado a seguir.

“É a deficiência mais complicada, que até o prognóstico é mais complicado. De você ter um bom prognóstico na parte intelectual, atrapalha um pouquinho dela conseguir as habilidades necessárias para o desenvolvimento dela. Não que ela não vá conseguir, mas atrapalha um pouco essa questão” (Profissional 2 do CER II)

“A intelectual ainda é uma grande dificuldade, porque às vezes ela carrega uma série de sequelas [...] Então a grande dificuldade seria nesse sentido por que não seria algo específico, ele demanda uma multiplicidade de ações maior, e de um nível mais elaborado, pouca coisa se consegue se fazer”. (Gestor)

Estes relatos corroboram com os resultados de outras pesquisas que analisam a assistência para pessoa com deficiência intelectual, como um desafio para a rede de atenção à PcD, sobretudo, pela forte necessidade da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade que este segmento impõe no cuidado, em relação às outras deficiências. O itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com deficiência intelectual é marcado pela dificuldade do acesso ao serviço de saúde e pela passagem por diversas instituições (CERQUEIRA; ALVES; AGUIAR, 2016).

Em parte, isto se deve à menor organização política e capacidade representativa em espaços públicos das pessoas com deficiência intelectual. As quais acabam tendo uma mobilização reduzida na luta por medidas governamentais que auxiliem sua autonomia e liberdade e contribuam com a defesa das necessidades específicas desse grupo (MAIOR, 2017).

Esse quadro compromete o acesso aos serviços de saúde, a qualidade do cuidado e enseja a necessidade de articulação entre a Política de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Política de Saúde Mental, de forma que o usuário possa transitar entre serviços de reabilitação e de saúde mental de acordo com sua necessidade, tendo a possibilidade de uma linha de cuidado traçada em coerência com a perspectiva integral.

A insuficiência de serviços na rede além de impedir a continuidade do cuidado, também dificulta o próprio gerenciamento de vagas a partir do sistema de regulação. A regulação se configura como uma ferramenta de gestão, que auxilia o desenho das políticas de saúde, bem como a organização, o controle e a avaliação da atenção à saúde. Um dos objetivos da regulação em saúde é potencializar a gestão de equipamentos e recursos humanos, e o acesso aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013). Inclusive, o conceito de Regulação assistencial, desde a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, mas principalmente a partir do Pacto pela Saúde está associado à equidade e ao acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2021).

Nesta pesquisa a regulação perpassou diversas discussões. Observou-se que para um usuário e até mesmo para profissionais do CER II, a regulação restringiu o acesso inicial ao serviço de saúde.

“Eu não sei como é que está essa regulação, pelo menos anteriormente não funcionava tão bem, eu não sei agora. Está entendendo? Aí não chegava para gente”. (Profissional 2 do CER II)

“Por que agora é mais fácil, como agora eu já estou no CER II, eu só vou a coordenadora ou então se passar três meses de uma consulta, a coordenadora já sabe e já remarca. Então se tudo eu consigo pela regulação é por que eu já estou dentro, mas eu não esqueço a dificuldade que foi entrar”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

Em tese para além de um instrumento burocrático que organiza a oferta de vagas, a regulação assistencial possui grande capacidade de reduzir as iniquidades do acesso, a partir de sua função primordial que é a de adequar a necessidade do usuário e a oferta de serviços, a partir de um estudo e diagnóstico das necessidades locais. Assim, implica articulações da esfera técnica e política, na produção de respostas adequadas ao que o usuário precisa do ponto de vista clínico (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A discussão sobre regulação e o acesso aos serviços, e, por conseguinte a construção de redes regionalizadas, está atravessada por aspectos cruciais, como: subfinanciamento crônico do SUS, a complexa relação entre público e privado tecida no sistema de saúde, e a diversidade e desigualdade presente no seu território, fatores que se associam ao sistema de governança da RAS. Descontextualizados desses aspectos que entram o acesso ao serviço de saúde, a regulação pode ser reduzida a mero instrumento burocrático na gestão de procedimentos, aproximando-se mais de

algo que “regula a escassez” e por isso expõe tanta dificuldade na gestão de vagas por atendimento (MELO *et al.*, p. 19, 2021).

Estes discursos em que a regulação aparece restringindo o acesso inicial ao serviço de saúde, enseja uma questão importante e que esteve presente tanto no relato de uma mãe do serviço de reabilitação, como também no de um profissional de enfermagem do hospital: a cultura do alcance de vagas por encaixe fora da regulação, com profissionais ou pessoas conhecidas que mediam a ocupação de vagas para exames, por exemplo. Pois, se a regulação surge para desprivatizar as vagas, mas não o faz, acaba tornando o usuário suscetível à busca de outras formas de acesso ao serviço de saúde.

Conforme a profissional 2 do hospital esta, inclusive, ainda é uma realidade no contexto hospitalar, que apesar de ter melhorado após o sistema de regulação, ainda permanece principalmente por intervenções de cunho político.

“Politicamente ainda é muito forte essa presença, na vaga, de um político [...] Cirurgias, canceladas por que botam preferências na frente. Tem muito disso aqui. Paciente chega, tanto falta material, o material para realização da cirurgia, como eles ainda tem que lutar com isso, com a diferença social. É aquela pessoa que liga para o diretor e diz “oh tem um fulano de tal aí que é fulano de tal, e tal e tal, e tem que fazer essa cirurgia, então os outros são esquecidos. Isso, deficiente ou qualquer uma pessoa”. (Profissional 2 do hospital)

Alguns autores entendem a regulação não só como um instrumento técnico, mas como uma produção social, em que atua diversas forças de poder e de interesses. Por isso, eles afirmam haver diferentes tipos de regulação na produção dos mapas de cuidado dos usuários, para além da tradicional regulação governamental. Nesta compreensão, a regulação clientelística se trata deste modo de acesso aos serviços, mediado por figuras políticas, que se utilizam basicamente da barganha e da pressão para flexibilizar e agilizar os fluxos normais de acesso. O resultado dessa relação clientelista é por um lado a conquista de votos (e com isso a soma de apoio para seu projeto governamental) a partir do prestígio conquistado pelo ator político, e por outro lado, a redução da capacidade política e operacional da regulação governamental de produzir o acesso equitativo (CECÍLIO *et al.*, 2014).

Para além do acesso da PcD, esta é uma prática que vai contra a universalidade do acesso, restringe o uso dos serviços de saúde para diversos usuários e esvazia o sistema de regulação, tornando-o um instrumento sem eficácia.

Além disso, na própria rede também foi relatado que alguns serviços são regulados e outros, especialmente os filantrópicos do estado, funcionam com demanda espontânea, a partir de encaminhamentos.

“A gente também faz o encaminhamento para basicamente dois serviços, que é o que a gente tem aqui de referência, que é para o IMIP e para AACD (...) A gente faz e eles entram numa fila de espera que é da instituição. A gente enquanto

profissional faz o encaminhamento, que é nossa referência, mas não tem nada formalizado. É tudo demanda espontânea”. (Profissional 1 do CER II)

“É, a gente sempre encaminha. Agora é assim, filantrópico não tem nenhuma ligação com o SUS diretamente, com a prefeitura, a gente faz o encaminhamento e o paciente vai diretamente lá no local com o encaminhamento para tentar marcar o serviço”. (Profissional 2 do CER II)

A compreensão do serviço filantrópico sem nenhuma ligação com o SUS é um equívoco. A condição de entidade filantrópica no âmbito do SUS tem assegurado a captação de recursos e uma série de benefícios fiscais para estas instituições, demonstrando uma relação complexa dessas organizações com o setor saúde (MORAIS *et al*, 2018). Inclusive, um estudo realizado em Recife, no período de 2001 a 2008, revela uma participação significativa da filantropia nos gastos públicos com procedimentos de alto custo (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015). Apesar deste financiamento, e, portanto, inserção desses serviços na rede pública, os dados desta pesquisa apontam que não há o funcionamento em rede da filantropia com os demais serviços de saúde.

A conformação desses serviços filantrópicos dificulta a efetivação do funcionamento dos serviços de saúde em rede, pois foge à lógica e estrutura de comunicação e articulação estabelecida dentro da RAS. Contribuindo, portanto, para a fragmentação na rede de cuidados à saúde.

Os relatos citados demonstram que a regulação se apresenta como uma questão emblemática. Além dos aspectos analisados, houve queixas referentes à barreira geográfica que a regulação muitas vezes impõe, com uma marcação que insere grande distância entre o serviço de saúde e a residência do usuário.

“Todas as vezes que eu pedi encaminhamento [...] dizia que tinha que primeiro vir para o sistema e o sistema que jogava. Uma vez jogou para um hospital bem longe, lá em Casa Amarela. Eu não fui, porque para mim ficava muito difícil chegar até lá”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

A questão geográfica tem sido analisada como uma das dificuldades do Sistema de Regulação - SISREG. O SISREG é uma ferramenta potente para análise da disponibilidade de vagas, contudo encontra seus limites na medida em que o local de atendimento fica sob escolha do regulador, o que não permite a regionalização dos procedimentos que estão sendo regulados. Outra pesquisa também aponta este fator como dificultador da acessibilidade geográfica do usuário (PINTO; SORANZ; SCARDUA; SILVA, 2017).

Associado a isso, vale ressaltar que a organização da regulação assistencial está atravessada por fatores políticos e por uma arena de conflitos entre interesses públicos e privados que determinam a governabilidade da gestão no desenvolvimento de projetos de regulação no SUS. Observa-se que no caso de Recife, a Secretaria Municipal de Saúde teve baixa governabilidade para descentralização da oferta da rede complementar, que permaneceu concentrada em determinados bairros e alinhada aos interesses privados ao invés da necessidade assistencial do

território (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015). Isto tem um impacto importante na acessibilidade geográfica do usuário, principalmente porque já é sabido a forte atuação do setor complementar no SUS.

Além dessas dificuldades, a inadequação no setor de OPM marcado pelo atraso no acesso a estas tecnologias, também foi citado pelos profissionais do CER II.

“Para mim é uma certa dificuldade [...] o tempo que vai demorar para receber”  
(Profissional 1 do CER II)

“A gente encaminha para uma órtese, prótese, uma questão de adaptação, ou para cadeira de rodas, ela tira as medidas já direitinho, já vai com tudo certinho. Mas às vezes demora, é que a demanda é realmente muito grande para esses serviços. Então a gente encaminha e nem sempre vai ser rápido [...] Eles conseguem, mas eles demoram”. (Profissional 2 do CER II)

Como discutido na sessão sobre a caracterização da rede de cuidados a PcD (nas páginas 33 e 34), por diversos motivos, a garantia de OPM tem sido um grande desafio para PNSPcD. Dados do Ministério da Saúde demonstram diversos pontos críticos das oficinas ortopédicas, no âmbito da gestão, formação e inovação, que resultam em uma cobertura insuficiente, e, portanto, um longo tempo de espera para o acesso nas tecnologias assistivas (BRASIL, 2020a).

Diante disso, cabe ressaltar a importância de investimento no sentido de ampliação do acesso a OPM, uma vez que o Brasil possui um arcabouço legal para garantir e ampliar a oferta dessa tecnologia. Na análise documental, por exemplo, observa-se que esse é um dos objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Há a Portaria de Nº116/1993, que incluiu OPM no SIA. Esses aspectos apontam a preocupação com o aprimoramento na dispensação de OPM, mas este permanece como um dos desafios postos ao SUS.

Além disso, dados do IBGE (2021) demonstram que os recursos de OPM mais custosos são em grande medida acessados por meio do SUS. Por exemplo, 54% das pessoas que possuem próteses, 45,7% das órteses, 44,5% de aparelhos auditivos e 40,1% de implantes cocleares foram obtidos pelo SUS. Isso evidencia que muitos usuários precisam, ou até mesmo dependem do SUS para conseguir acessar algum tipo de tecnologia assistiva.

Barroso (2019), demonstra que a ampliação do acesso e otimização da aquisição de OPM, está ligada aos processos de concessão desses materiais. Ou seja, ressalta a necessidade de um olhar atento para o financiamento das políticas, os fluxos que estão sendo executados, os itinerários terapêuticos dos usuários para obtenção de OPM e as relações público-privada que permeiam esse espaço.

Pensando a coordenação e a continuidade do cuidado, enquanto aspectos que também atravessam a adequação do acesso ao serviço de saúde, é de grande importância discutir o acesso da PcD à atenção básica e à organização dos sistemas de apoio que passam por todos os níveis de

atendimento.

A Atenção Básica se configura como “principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede” (BRASIL, 2017a). Ou seja, possui uma função que lhe exige conhecimento sobre a RAS. A partir de atributos como territorialização e estratégias clínicas como a construção de vínculos, a atenção básica é um serviço de saúde que está mais próximo do cotidiano do usuário, e tem condições favoráveis para realização de encaminhamentos mais assertivos.

A maioria dos usuários entrevistados, tanto do CER II quanto do hospital, demonstraram possuir bons vínculos com a Atenção Básica, sendo a USF a referência de cuidado para a família que procura atendimento, o que é importante para além da adequação, proporcionar o conhecimento de diversos serviços especializados.

“O enfermeiro aqui do posto, próximo a minha casa, que fez meu pré-natal, ele me encaminhou. Ele conseguiu uma vaga com a neuro lá do CER II” (Mãe de uma criança com deficiência física).

“Saiu um ferimento no pé, a enfermeira vinha fazer curativo. Ela que resolvia tudinho. Quando era dia do médico, eu ia no médico. Quando era dia do médico ir para casa, para eu não ir lá, ele vinha” (Pessoa com deficiência física 1).

Em contrapartida aos discursos mencionados acima, uma usuária do CER relatou a dificuldade de acessar a atenção básica, evidenciando, portanto, que os processos de trabalho nessa rede de atenção são distintos, apesar de estarem no mesmo município.

“Assim, começando daqui da unidade básica de saúde, não tem ninguém de agente de saúde com capacidade de nem entender o que o paciente precisa ou quer, não tem coragem nem de vir na porta, saber se está precisando de uma consulta, se as vacinas estão em dia, nada”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

Esse último relato corrobora com a literatura que trata sobre o acesso da PcD na atenção básica, e que aponta este como sendo um grande desafio, seja por barreiras atitudinais, físicas ou até mesmo pela falta de qualificação dos profissionais para lidar com este público (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

Estudos recentes demonstram, que uma das dificuldades de acesso na atenção básica refere-se a estrutura arquitetônica, por exemplo, com espaços que não estão adaptados de forma adequada física e sensorialmente (PINTO; KÖPTCKE; DAVID; KUPER, 2021). O cenário pernambucano também apresenta diversas inadequações na estrutura das USF, de modo que dificulta a garantia de autonomia da PcD nesses espaços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2014).

Essa dificuldade no acesso à atenção básica, além de restringir a coordenação e continuidade do cuidado, também acaba influenciando de forma negativa a acessibilidade dos serviços de reabilitação. Pois, entendendo a atenção básica como espaço que permite a

corresponsabilização do cuidado, ela pode se tornar uma ferramenta potente na acessibilidade da PcD ao serviço especializado.

Nesta conformação dos serviços em rede durante o cuidado em reabilitação para PcD, inclui também no âmbito da RAS o sistema logístico e o sistema de apoio, sendo eles: o diagnóstico, o farmacêutico, o de sistema de informação. Conforme Mendes (2011) os sistemas de apoio são aqueles que oferecem serviço para todos os pontos de atenção da rede.

O apoio farmacêutico, se trata de outro componente da RAS que faz parte de um dos sistemas transversais de apoio, inclui a logística de medicamentos e a farmácia clínica. A logística de medicamentos consiste na seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos. Estas etapas envolvem aspectos técnicos, administrativos e jurídicos na organização da oferta de medicamentos. Então, engloba desde a sua seleção e compra até a estocagem e distribuição de forma regular, para atender as necessidades de uma população. Já a farmácia clínica inclui o formulário terapêutico, acompanhamento e revisão farmacoterapêutico e a farmacovigilância. Visa desenvolver o uso seguro e econômico de medicamentos junto ao usuário, mesmo quando ele muda o ponto de assistência. Além de identificar e avaliar os efeitos de tratamentos medicamentosos em populações (MENDES, 2011)

O relato dos profissionais do CER II sobre o apoio farmacêutico demonstra que ele está voltado principalmente para a distribuição de medicamentos e desarticulado do processo de trabalho no CER II, não sendo, portanto, um tipo de serviço que os trabalhadores estão apropriados em toda sua dimensão.

“A assistência farmacêutica, os pacientes que são de Recife pegam medicamento aqui [...] Agora com relação a outros municípios, eles têm que buscar no município deles, aí isso aí eu também não tenho acesso”. (Profissional 1 do CER II)

“Como é uma parte tão específica [...] no caso o neuropediatra ou o pediatra, mas aí eu não sei, teria que falar com a neuro para ver essa questão. Por que ela solicita a medicação, não sei se vai ter lá na farmácia, nem sempre vai ter na farmácia a medicação que ela solicita”. (Profissional 2 do CER II)

Essa realidade não é exclusiva deste CER II, a fragmentação e desarticulação dos serviços na RAS também atingem a assistência farmacêutica, tornando-a um serviço afastado da construção em rede e um dos desafios a ser superado por esse tipo de organização do sistema de saúde. Ou seja, a visão restrita sobre a assistência farmacêutica na RAS também representa um dos obstáculos neste sistema de apoio (ARAÚJO *et al.*, 2017).

A redução da assistência farmacêutica a um processo logístico em detrimento da valorização da farmácia clínica, prioriza o medicamento em vez do sujeito, como objeto da assistência. Isso empobrece a contribuição deste componente na RAS, e, por conseguinte, a qualidade do acesso do usuário ao medicamento e ao cuidado em saúde (MENDES, 2011;

ARAÚJO *et al.*, 2017).

No campo do apoio diagnóstico, também foi identificado entraves, como a indisponibilidade de exames em alguns municípios. Conforme profissional do CER II o apoio diagnóstico acontece prioritariamente pela rede municipal de origem do usuário e no Recife o acesso tem sido mais fácil que em outros municípios da microrregião I.

Muitas vezes é pedido e eles não trazem. Se a médica passa uma ressonância, se passa uma tomografia, então a criança fica vindo várias vezes e não consegue fechar um diagnóstico [...] O apoio diagnóstico também, Recife a gente tem tudo regulado. O que demorava mais, era ressonância e tomografia, e atendimento oftalmológico, também é outra dificuldade que a gente tem [...] Mas, no restante, está bem tranquilo, o pessoal fazendo eletro”. (Profissional 1 do CER II)

A garantia de exames é fundamental para o diagnóstico e para construção do projeto terapêutico do usuário, no entanto, o fato de estar associado à regulação da rede municipal impõe alguns desafios, pois esbarra diretamente nos déficits assistenciais de cada município. Apesar da dificuldade no acesso para alguns exames, considerando que Recife se trata de uma capital, e, portanto, possui maior aporte tecnológico, o acesso ao apoio diagnóstico ocorre de forma mais fácil que em outros municípios menores, onde esta dificuldade se acentua.

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico se trata de um componente transversal na RAS, por isso deve funcionar integrado aos outros pontos de atenção e em coerência com os princípios que orientam a constituição de redes de saúde, como economia de escala e maximização do acesso. Ao contrário do que foi identificado aqui, o apoio diagnóstico deve estar distribuído de forma otimizada de acordo com sua densidade tecnológica, melhorando o seu acesso na região de saúde (MENDES, 2011).

A restrição do acesso aos exames e tecnologias que apoiam o diagnóstico observados aqui, tem por sua vez, um impacto importante no acesso às terapias de reabilitação e na continuidade do cuidado, já que em alguns serviços esse tipo de atendimento é condicionado ao diagnóstico. O acesso ao apoio diagnóstico e farmacêutico é determinante para um bom ou mau prognóstico, sendo sua garantia fundamental para a integralidade da assistência à saúde e para eficácia do tratamento, ou seja, para a adequação do acesso.

No que consiste, ao apoio de sistema de informação, há um consenso entre gestores e profissionais de reabilitação sobre a inadequação dos sistemas de informação para produção de informação sobre a PcD.

“Assim, foi uma grande angústia minha, quando eu cheguei na política, por que eu queria ter um olhar geral, de qual o perfil dessa população do Recife, e eu me deparei com a falta de informação nesse sentido [...] a maioria dos instrumentos, os indicadores, não estão voltados para isso”. (Gestor)

“Os sistemas de informação com relação a isso, eu acho bem falho. Por que você não ver sistema nenhum voltado para isso”. (Profissional 1 do CER II)

Esses dados coadunam com os resultados quantitativos, que expressaram a impossibilidade de informação voltada para a construção de um perfil de produção ambulatorial da PcD. Uma vez que, a produção de reabilitação voltada a este grupo não pode ser desagregada da produção geral, fornecida também para as pessoas sem deficiência. Para melhor compreensão, segue os exemplos, em tabelas, de dados que expressam recortes da produção de um CER IV no território do Recife, a partir de filtros como procedimento, forma de organização ou o CID-10, os quais demonstram como os sistemas de informações não estão adequados a isto, pois as variáveis se tornam muito amplas para esse tipo de informação.

Tabela 10. Número de procedimentos de reabilitação em dezembro de 2019 no município de Recife

<b>Procedimento</b>	<b>Freq.</b>
0211060011 Bometria Ultrassônica (monocular)	55
0211060127 Mapeamento de retina	6.354
0211060259 Tonometria	3.754
0301070113 Terapia fonoaudiológica individual	7.777
0301080160 Atendimento em psicoterapia de grupo	562
0302040013 Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório	1.022
<b>Total</b>	<b>19.524</b>

Fonte: SIA, março de 2021

Tabela 11. Número de procedimentos por forma de organização\* em dezembro de 2019 no município de Recife

<b>Forma Organização</b>	<b>Freq.</b>
021106 Diagnóstico em oftalmologia	13.879
021107 Diagnóstico em otorrinolaringologia/fonoaudiologia	21.835
030204 Assistência fisioterapêutica cardiovasculares e pneumo-funcionais	3.763
030205 Assistência fisioterapêutica nas disfunções musculoesqueléticas (todas as origens)	912
030206 Assistência fisioterapêutica nas alterações em neurologia	3.915
<b>Total</b>	<b>44.304</b>

Fonte: SIA, março de 2021

\*A Tabela de Procedimentos do SUS é organizada por Grupos, Subgrupos e Forma de Organização, este último se trata do terceiro nível de agregação de procedimentos nesta tabela.

Tabela 12. Número de procedimentos por CID -10 em dezembro de 2019 no município de Recife

<b>CID -10 Principal</b>	<b>Freq.</b>
A30.9 Hanseníase não especificada	1
F21 Transt esquizotípico	1
G24.3 Torcicolo espasmódico	44
I64 Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico isquêmico	713
J45.8 Asma mista	38
J45.9 Asma não especificada	52
J69.0 Pneumonite devido alimento ou vômito	1.436
J98.9 Transtorno respiratório não especificado	1.169
S43.0 Luxação da articulação do ombro	2
S83.1 Luxação do joelho	2
<b>Total</b>	<b>3.458</b>

Fonte: SIA, março de 2021

Além de não haver nenhum tipo de seleção disponível ou variável específica para expressar a produção ambulatorial voltada para PcD, grande parte dos serviços que oferecem este tipo de atendimento não possuem um CNES próprio para o CER ou para o serviço de reabilitação, o que colabora para que a produção disponível esteja superestimada a partir de todos os públicos que frequentam aquele local, principalmente porque há instituições, como hospitais ou grandes ambulatorios que além da reabilitação oferecem uma série de outros tipos de atendimentos.

A análise documental evidencia que a PNSPCD prevê a ampliação dos mecanismos de informação, com o objetivo de caracterizar esse público, a partir da construção de um perfil do usuário com deficiência, a sua distribuição e a produção de serviços voltados para eles (BRASIL, 2002). No entanto, como visto, ainda há grande dificuldade na produção desta informação, que ao impedir a caracterização desse segmento e de sua produção ambulatorial, repercute de forma negativa na adequação do acesso. Cabe destacar, que essa dificuldade também tem um efeito importante na organização dos movimentos da PcD, que se veem prejudicados na luta pelos serviços que devem reivindicar.

Além disso, outra discussão que envolve a produção de informação no Brasil se trata da utilização da CIF. A produção de informação em saúde no país ainda utiliza a CID, o que dificulta a análise de funcionalidade deste segmento e reduz a informação à doença categorizada pela CID (BIZ; CHUN, 2020). Considera-se este como um dos grandes obstáculos a qualificação da informação produzida no âmbito do SUS sobre a PcD.

O uso da CIF no SUS foi normatizado por meio da Resolução Nº 452/12 do Conselho Nacional de Saúde. No entanto, o que se vê, é uma divergência, posta pela utilização de uma classificação que não alcança a funcionalidade do sujeito, se encerra em um diagnóstico, e por isso, não permite a análise das especificidades que a interação entre uma lesão e determinado

contexto social e espacial impõe a PcD.

Entende-se que uso da CIF é uma potente ferramenta de gestão para construção de ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde da PcD e a qualificação do acesso aos serviços. Isso porque facilita uma abordagem biopsicossocial e seu uso nos sistemas de informação oferta uma linguagem unificada e padronizada, que pode servir de referência para a descrição da saúde, proporcionando uma base científica para o estudo dos determinantes de saúde e de suas condições relacionadas (BIZ; CHUN, 2020).

No último sistema logístico, o do transporte sanitário, com veículo adaptado, como preconizado pela PNSPcD, para as pessoas que possuem dificuldade de chegar ao serviço, esta pesquisa identificou que sua garantia tem sido um desafio.

“Olha, a maior dificuldade é a questão mesmo de marcar (...) de ter o carro. Por que assim, o carro que teria aqui, do CER, nunca veio. Ele tem carro, mas nunca veio para cá. O carro fisicamente, ele nunca chegou (...) Até na auditoria nunca responderam”. (Profissional 1 do CER II)

“O transporte sanitário dos distritos não está direcionado para a pessoa com deficiência. Ele está direcionado para pessoas que realizam tratamento contínuo e que não tem condições, de mobilidade ou condições clínicas de pegar um transporte público [...] a maioria desse transporte é utilizado por paciente que faz hemodiálise, são poucos os pacientes que fazem por exemplo, reabilitação [...] Mas o transporte não está específico para pessoa com deficiência não, até porque em alguns casos teria que ser um transporte adaptado”. (Gestor)

Na ausência do transporte sanitário garantido pelo setor saúde, outras alternativas estão sendo utilizadas. O profissional 2 do CER II ressalta o uso do PE CONDUZ por diversos usuários.

“Tem uns pacientes da gente, que tinham essa questão do PE CONDUZ, que tinha que ir para o assistente social [...] para poder fazer a solicitação e conseguir o PE CONDUZ. Mas a maioria conseguiu”. (Profissional 2 do CER II)

O PE CONDUZ é um Programa do Estado de Pernambuco, coordenado pela Superintendência Estadual de Apoio à Pessoa com Deficiência – SEAD. A SEAD é um órgão do governo vinculado à Secretaria Executiva de Justiça e Direitos Humanos – SEJUDH, da Secretaria Estadual de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos – SEDSDH.

A falta desse tipo de apoio logístico restringe o acesso aos serviços de saúde e pode trazer sérias consequências ao usuário. A seguir, o exemplo, de um dos usuários do hospital, que vivenciou esse tipo de barreira, a qual originou sequelas por falta de tratamento.

“Eu cheguei a fazer fisioterapia. Mas o carro ia em um dia, no outro não ia [...] Porque lá tem um carro para levar e trazer toda hora, agora só que – vou no sítio levar um paciente, quando voltar estou aí –, “não deu tempo ir não” [...] pronto, atrasava e não pode atrasar lá. Acaba perdendo a consulta” (Pessoa com deficiência física 1)

Em casos que envolvem grande situação de vulnerabilidade social ou dificuldade de

locomoção, o transporte adaptado é essencial para assiduidade e continuidade no tratamento. A organização da RAS no SUS prevê o apoio logístico enquanto estratégia de integração entre os pontos de atenção na rede. O transporte sanitário é uma modalidade de apoio logístico (BRASIL, 2010). Os dados de documentos demonstram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a própria Política Municipal de Atenção Integrada à Pessoa com Deficiência prevê a garantia desse apoio para os usuários com deficiência que não possuem autonomia de locomoção por meio de transporte convencional ou que possuem restrição no acesso ao transporte público (BRASIL, 2012).

Outros autores também identificam a dificuldade do acesso ao transporte sanitário (SOUZA, 2015). Ou seja, apesar de um arcabouço legal para garantir as necessidades de mobilidade da PcD no uso dos serviços de saúde, é possível observar que a efetivação permanece como um desafio para a Rede de Atenção de Cuidados à Pessoa com Deficiência que restringe o acesso desse grupo ao serviço especializado, uma vez que colabora para interrupção do tratamento.

Se do lado do serviço a adequação expressa as consequências do cuidado, do lado do usuário esta dimensão interage com a capacidade individual de se envolver. Ou seja, ela discute o envolvimento do usuário no processo terapêutico, a sua capacidade de decidir e de opinar no tratamento, bem como a motivação e comprometimento com ele (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Uma profissional do CER II demonstrou que a equipe está atenta também às necessidades dos cuidadores. Isso é importante, pois como foi visto, a função de cuidar aumenta a possibilidade de sofrimento psíquico e adoecimento no sujeito, interferindo também na adesão e assiduidade da PcD ao serviço de saúde.

“Não, acho que o que a gente faz de diferente aqui, é que a gente acolhe bem, tenta dar esse suporte, feito eu disse, tanto aos pacientes como aos cuidadores”.  
(Profissional 1 do CER II)

A função de cuidador de uma PcD promove diversas mudanças na vida de um sujeito, que pode inclusive ter impactos negativos sob sua saúde física e mental, devido à sobrecarga de trabalho, quando esta função não é compartilhada. Há estudos como o de Câmara *et al.* (2016), que aponta o processo de adoecimento e o surgimento dos sentimentos de insegurança, preocupação e medo nos cuidadores. Desta forma, ações como estas são importantes, uma vez que potencializa uma clínica para além da lesão, acolhendo alguns atores que fazem parte do seu ambiente de cuidado e socialização.

Associado a isso, na capacidade de se envolver, o discurso das cuidadoras demonstrou a possibilidade de seu envolvimento no processo de cuidado.

“Acolhida e satisfeita [...] Eu sempre saio de lá muito motivada, para fazer o

melhor por minha filha”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

“Eu me sentia à vontade para falar, tanto é, que quando eu questionei mais dias de fisioterapia, elas também aceitaram”. (Mãe de criança com deficiência física)

Um estudo na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais, apresenta dados nessa direção, demonstrando avaliações positivas sobre o envolvimento do usuário no atendimento e nas decisões relativas ao seu cuidado (DIAS; FRICHE; LEMOS, 2019). Este é um facilitador do acesso ao serviço de saúde, pois, além de motivador, auxilia na construção de um ambiente propício para o empoderamento do usuário e seus familiares sobre sua condição de saúde.

Esse tipo de abordagem considera a PcD enquanto protagonista do seu cuidado, permitindo o deslocamento de uma posição passiva de paciente, para a de um sujeito de direitos que tem papel ativo no seu processo de reabilitação. Trata-se, então, de um fazer ético.

### ***5.3 O acesso da pessoa com deficiência durante a pandemia da COVID-19***

Devido à importância da situação sanitária, houve a opção de inserir um item específico para tratar do acesso da PcD durante a pandemia da COVID-19. Essa sessão, portanto, discute duas dimensões do acesso: a disponibilidade e acomodação e a adequação.

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, teve o primeiro caso oficial anunciado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. Trata-se de uma doença com alto potencial de transmissibilidade. Em janeiro de 2020 a OMS declarou o surto do novo coronavírus como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – ESPII, e em março de 2020, conforme a OMS, a contaminação foi elevada ao nível de pandemia, pois a transmissão sustentada do vírus estava por diversos continentes (OMS, 2020).

Uma doença que tem causado milhares de mortes por todo mundo, devido complicações no sistema respiratório, ainda não possui cura com um remédio específico. Diante disso, grandes esforços foram voltados para o trabalho de prevenção, a partir do isolamento social, uso de máscaras em espaços públicos e intensificação de hábitos de higiene, como lavar as mãos, uso de álcool em gel e vacinação.

Os sistemas de saúde de diversos países, inclusive o Brasil, precisaram e ainda precisam se organizar para oferecer resposta no atendimento de pessoas com COVID-19 e tomar medidas de controle para minimizar o risco de exposição dos usuários e evitar a disseminação da doença. Com isso, diversos serviços de saúde, da atenção básica à alta complexidade, tiveram que adotar medidas de proteção, com o uso de Equipamento de Proteção Individual - EPI e reorganização do processo de trabalho, reduzindo, por exemplo, a quantidade de atendimentos, para diminuir a rotatividade de pessoas nos espaços públicos.

No contexto hospitalar grandes mudanças foram operadas no sentido de aumentar a capacidade instalada de leitos para casos agudos.

“Na época da pandemia diminuiu muito nos leitos, foi dada alta à grande maioria, até por causa do contágio. Como as cirurgias foram reduzidas também, então foi tudo diminuído no período de COVID [...] às vezes alterava, era de trauma, mas no mesmo quarto foram pessoas de outras enfermarias para poder desobstruir a enfermaria que foi virar COVID. Então teve isso, foi essa loucura com o paciente, de estar se reorganizando (Profissional 1 do hospital).

O hospital, sendo o lugar que atende na linha de frente de casos graves de COVID, teve sua dinâmica de trabalho fortemente afetada, devido à crescente demanda por leitos. Isso teve impacto nos serviços de reabilitação desenvolvidos nesses espaços e para PcD.

Em vários países a reabilitação hospitalar houve a contenção da admissão de novos usuários, principalmente aqueles que precisavam de reabilitação considerada não urgente. Em países como Reino Unido, Bélgica e Índia, foram reduzidos o tempo de internação para pacientes que recebem reabilitação. Além da redução do tempo de tratamento, que é preocupante, isto se torna sobretudo difícil para o cuidador, que precisará dar continuidade nos cuidados de forma mais solitária, em momento de isolamento social (PRVU BETTGER *et al.*, 2020).

No nível ambulatorial não foi diferente, o CER II demonstra que o processo de trabalho também sofreu alterações no intuito de adequar o acesso ao serviço frente à pandemia da COVID-19.

“Tem crianças que os profissionais estão atendendo de quinze em quinze dias, tem umas que está toda semana, que são crianças que estão precisando de uma assistência maior e que a mãe tem condição de trazer de carro, são os diferenciais, para não está se expondo totalmente de ônibus. Então, a gente está fazendo de acordo com o caso, mas pelo menos uma vez por mês eles estão sendo atendidos presencialmente”. (Profissional 1 do CER II)

“Teleatendimento são todos os dias. Mas assim, uma vez por mês, todos que são por teleatendimento são vistos pessoalmente lá no CER II, para a gente ter esse contato mais próximo. Então todo mundo uma vez por mês é agendado para o atendimento presencial [...] todos os atendimentos que a gente faz, bota o capote, a gente está usando máscara, tudo que é preconizado”. (Profissional 2 do CER II)

A redução ou a suspensão de cuidados ambulatoriais neste contexto sanitário trata-se de uma opção para diversos países. Dessa forma, no cenário brasileiro, o teleatendimento, para além do uso de EPI, tem sido bastante indicado e utilizado. No entanto, a telereabilitação enquanto alternativa diante do distanciamento social, necessita de uma infraestrutura adequada do serviço de saúde e do próprio usuário (PRVU BETTGER *et al.*, 2020).

Considerando o Brasil enquanto país que convive com fortes disparidades socioeconômicas, e o segmento PcD como grupo exposto a situações de pobreza, esta trata-se de uma alternativa que pode restringir o acesso à parcela da população que não tem a oportunidade

de utilizar a internet ou recursos tecnológicos para vídeo-chamadas.

Cabe destacar também que contextos de crise como a Pandemia da COVID-19 agravam as situações de vulnerabilidade de uma população (REICHENBERGER *et al.*, 2020). As pessoas com deficiência, por conseguinte ficam mais expostas a situações de risco social e para a saúde física e mental.

Porque até esse ano eu nunca tinha parado para me julgar [...] Só que esse ano foi muito mais complicado, porque teve a pandemia que limitou tudo, e dentro da pandemia veio as crises convulsivas. Eu fiquei com muito medo, porque a gente não tinha médico. Eu não tinha para quem recorrer, só foi a minha fé que conseguiu me centralizar e me acalmar. E eu precisei de acompanhamento, eu também estou sendo acompanhada lá no CER II, pela psicóloga, porque eu travei de verdade. Eu ficava chorando o tempo todo. E agora eu estou começando a me reequilibrar novamente, mas foi muito difícil, está sendo muito difícil. Por que ela já estava no período começando a andar de ladinho, agarradinha na grade, ela já estava falando às vezes “papa”, ela mesmo falava o nome dela, e agora ela não está fazendo mais nada. Ela literalmente voltou para a estaca zero. (Mãe de criança com deficiência intelectual).

A dificuldade no acesso aos serviços, neste caso, teve repercussões na saúde mental da mãe e no desenvolvimento infantil da criança, que regrediu em áreas que tinha conquistado ganhos funcionais.

A mudança repentina na rotina de reabilitação e na própria rotina familiar, associada ao sentimento de insegurança e incerteza deste período, tem um efeito sobre o desenvolvimento das crianças, especialmente aquelas que já possuem problemas no neurodesenvolvimento, tornando-as mais suscetíveis a quadros psiquiátricos. Além de tornar mais frequente situações de regressão no desenvolvimento por causas ambientais (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2020; COLIZZI *et al.*, 2020).

É inegável a importância do teleatendimento nesta conjuntura, no entanto, sua contribuição varia de acordo com a gravidade dos casos e da disponibilidade desta ferramenta, então vale ressaltar a necessidade do retorno gradual e protegido dos atendimentos presenciais para pessoa com deficiência, como forma de atenuar os danos imediatos e de longo prazo causados pelas consequências da pandemia da COVID -19 a este público.

Além dos obstáculos vivenciados pela PcD, este momento impõe grandes dificuldades para a saúde mental de seus cuidadores. Em outro estudo mães relatam intenso sofrimento psíquico diante das dificuldades e preocupações trazidas pela pandemia, como a falta de medicamentos, ruptura de itinerários terapêuticos, insuficiência de alimento e material de higiene no lar, e a tensão colocada pelo risco de contágio, em uma conjuntura que diante da escassez de respiradores faz surgir o receio de restrição do acesso ao serviço de saúde devido o estigma de desvalorização do corpo PcD (MATOS, 2020). Também houve pesquisa que demonstrou a dificuldade de pais, de crianças com Transtorno do Espectro Autista - TEA, para organizar o tempo na rotina doméstica e atividades estruturadas para criança durante o isolamento social (COLIZZI *et al.*, 2020).

Observa-se que durante este momento de pandemia a disponibilidade de serviços foi reduzida, restringindo o acesso aos serviços de saúde de uma forma geral, mas principalmente para PcD que muitas vezes necessitam de cuidados contínuos e cotidianamente já enfrenta dificuldades nesse âmbito.

Diante da atual conjuntura sanitária, o Conselho Nacional de Saúde recomendou medidas que visam a garantia dos direitos da PcD e a proteção social deles e de suas famílias. Essas recomendações incluem medidas no âmbito da saúde, da comunicação e da economia (BRASIL, 2020c).

No entanto, há entraves na garantia desses direitos. A inclusão deste segmento como grupo prioritário para a vacinação foi um desafio, há lacuna na produção de informação sobre a vivência da PcD no atual contexto sanitário, houve atraso na construção de planos de enfrentamento que consideram as necessidades da PcD, e de início houve poucas informações acessíveis sobre a prevenção da doença (SALDANHA *et al.*, 2021). Todos esses aspectos restringem o acesso ao serviço de saúde e violam a garantia do direito à saúde.

Esta pandemia expôs diversos desafios na assistência para pessoas com deficiência, alguns não tão novos, corroborando a necessidade de ações que não sejam apenas pontuais. Mas, que possam por exemplo, incluir a PcD no planejamento das estratégias de enfrentamento, e produzir informação voltada ao conhecimento dos impactos da pandemia neste segmento, como forma de garantir seus direitos e a implementação das diretrizes da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (REICHENBERGER *et al.*, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso das PcD ao serviço de reabilitação é produto da interação entre fatores que estão para além do setor saúde, e abarca aspectos históricos, sociais, políticos e econômicos. No contexto do Recife, as consequências da epidemia de microcefalia pelo Zika vírus, foram determinantes para que se iniciasse de forma mais contundente a organização dos serviços especializados para reabilitação da PcD e em menor medida, para superação da histórica fragmentação do cuidado a este segmento.

No entanto, este estudo revelou que passada a emergência com relação a epidemia de Zika e microcefalia, não houve avanço no sentido de qualificar a rede municipal de cuidados à saúde da PcD e o CER II que participou da pesquisa. Neste ínterim, há que se considerar como limitação deter-se apenas a um CER no Recife, não sendo explorados os CER IV ou outros equipamentos que compõem a rede.

Esse contexto possui diversos desdobramentos na restrição do acesso das PcD aos serviços especializados. A acessibilidade do CER II, por exemplo, foi prejudicada. Pois, diante do funcionamento do CER II mais próximo ao NDI, que propriamente de um CER II, não houve divulgação do serviço, havendo um desinvestimento nos mecanismos que tornam o serviço conhecido pela população.

A aceitabilidade apesar de trazer pontos fortes, como a atitude da equipe considerar as características socioeconômicas dos usuários no processo terapêutico, também se confronta com aspectos que restringem o acesso, na medida em que, a compreensão da deficiência a partir de aspectos puramente biológicos pode influenciar de forma negativa na aceitação do serviço.

Vale ressaltar, que o alcance da reabilitação em tempo hábil também está atravessado pelas questões da epidemia microcefalia no Recife, uma vez que a caracterização do CER II em desacordo com o que é previsto para este tipo de serviço, possui uma repercussão na capacidade instalada deste equipamento de saúde e na oferta assistencial do município.

Além disso, o uso dos serviços de reabilitação envolve um gasto de tempo que tem significado uma grande desorganização na renda familiar dos usuários, apontando para restrições na acessibilidade financeira, que por conseguinte, agrava as situações de vulnerabilidade socioeconômica ao mesmo tempo que também tem repercussões no tratamento da PcD, diante da necessidade de gastos privados da família para a rotina clínica destas pessoas.

Esses fatores influenciam assiduidade ao tratamento e somado a eles há outros aspectos que determinam a continuidade no acesso ao CER II. Por um lado, verifica-se a adequação técnica dos profissionais e na relação interpessoal desenvolvida com o usuário, considerando as mães de crianças com deficiências enquanto sujeitos ativos no tratamento, com capacidade e autonomia para participar do projeto terapêutico. Contudo, apesar da portaria que institui a Rede de cuidados

a saúde da PcD ter sido lançada em 2012 e a Política Municipal de Saúde Integral das Pessoas com Deficiência de Recife datar de 2016, a constituição dessa rede temática no município ainda está em construção, não havendo, portanto, um desenho dos serviços que aponte para um funcionamento em rede. Essa fragilidade na rede repercute de forma negativa na adequação do serviço, que ainda enfrenta dificuldades com o sistema de regulação e os sistemas de apoio, em que o acesso aos exames e transporte sanitário também são difíceis.

As dimensões e capacidades do acesso abordadas nesse trabalho estão em constante interação, demonstrando como este é um fenômeno complexo. O contexto de vulnerabilidade a que este segmento está exposto, as barreiras arquitetônicas de uma sociedade que não está estruturada de forma inclusiva, o desfinanciamento do SUS e a relação público privada no âmbito do sistema de saúde são aspectos que agravam a dificuldade de garantia do acesso e apontam a necessidade de uma resposta do Estado para esta questão.

O Brasil possui um arcabouço legal robusto em direção ao fortalecimento dos direitos da PcD, no entanto, a garantia do acesso em consonância com os princípios da integralidade e equidade, está vinculada a uma decisão política nos diversos níveis de poder do Estado, pois é a partir do fortalecimento de políticas sociais e do diálogo com este segmento que é possível construir um caminho que avança no sentido da inclusão e equidade.

## REFERÊNCIAS

ABNT (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS) NBR 9050. **Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Reduzida às Edificações, Espaços e Equipamentos Urbanos**. ABNT, Rio de Janeiro: 2015.

AGUIAR, D do V. **Oferta de serviços especializados em reabilitação no âmbito da rede de cuidados à pessoa com deficiência: análise do perfil dos estabelecimentos e cobertura regional entre 2012 e 2017**. Dissertação de mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília. Brasília, 2018.

ALBUQUERQUE, M do S V de *et al.* Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade** [online]. 2013, v. 22, n. 1, pp. 223-236. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100020>>. Acesso em 09 de janeiro de 2021.

ALBUQUERQUE, M do S V de *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde em Debate** [online]. 2014, v. 38, nº SPE, pp. 182-194. ISSN 0103-1104. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S014>>. Acesso em 09 de janeiro de 2021.

ALBUQUERQUE, M do S V; MORAIS, H M M de; LIMA, L P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6, pp. 1825-1834. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>>. Acesso em 05 de março de 2021.

ALBUQUERQUE, M do S V; *et al.* *Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals*. **Health Policy and Planning**, vol. 34, nº 7, 2019, pp. 499–507. Disponível em <https://doi.org/10.1093/heapol/czz059>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

ALMEIDA, P F de; GIOVANELLA, L; FILHO, M T M; LIMA, L D. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, vol. 24, nº 12, pp. 4527-4540. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017. Disponível em: <

<https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v26n2/1984-0470-sausoc-26-02-00424.pdf>> Acesso em: 18 de abril de 2020.

AMORIM, E G; LIBERALI, R; MEDEIROS NETA, O M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS (IFRN)**, vol. 1, pp. 224-236, fev. 2018. ISSN 1807-1600. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2020.

AMPID. NOTA PÚBLICA SOBRE O POSICIONAMENTO DAS/DOS CONSELHEIRAS/OS REPRESENTANTES DAS/OS SIGNATÁRIAS/OS NA 125ª REUNIÃO DO CONADE Diante do histórico e lamentável momento de ataque contra nosso fundamental Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). Disponível em: <https://ampid.org.br/site2020/nota-publica-de-representantes-do-conade/>>. Acesso em: 25 de setembro de 2021.

ANDERSEN, R M. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?* **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 36, n°. 1, American Sociological Association, Sage Publications, Inc., pp. 1–10, 1995. Disponível em <<https://doi.org/10.2307/2137284>>. Acesso em 09 de janeiro de 2020.

ANVERSA, M V A. **Os centros regionais inovativos de tecnologia assistiva do Brasil**. Revista Geográfica de América Central N° 61E (3) Especial CLAG, 2018 • pp. 23-38

ARAÚJO, R L; OLIVEIRA, G da P. Potenciais danos silenciosos da pandemia COVID-19 em crianças com transtorno do neurodesenvolvimento e paralisia cerebral. **Residência Pediátrica**, 2020, vol. 10, n° 3, pp. 1-3 Disponível em: <<https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/rp110321a03.pdf>>. Acesso em: 11 de novembro de 2021.

ARAÚJO, S Q *et al.* Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol. 22, n° 4, pp. 1181-1191. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>>. Acesso em: 09 de janeiro de 2022.

ARAÚJO, T V B. *et al.* *Investigators from the Microcephaly Epidemic Research Group; Brazilian Ministry of Health; Pan American Health Organization; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; State Health Department of Pernambuco. Association between microcephaly,*

*Zika virus infection, and other risk factors in Brazil: final report of a case-control study.* **LANCET INFECT DIS**, 2018 vol. 18, nº 3, pp. 328-336. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29242091/>>. Acesso em 15 de setembro 2021.

AYRES, J R de C M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2001, v. 6, n. 1, pp. 63-72. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232001000100005>>. Acesso em: 15 de janeiro de 2021.

BAHIA, L; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate** [online], 2018, vol. 42, nº 3, pp. 158-171, ISSN 2358-2898. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S312>>. Acesso em: 28 de agosto de 2021.

BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde considerações sobre os resultados da Pesquisa de Condições de Vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, volume. 22, nº 2, pp. 19-29, 2008. Disponível em: <[http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02\\_02.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v22n02/v22n02_02.pdf)> Acesso em: 18 de outubro de 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, N M A de J. **Determinantes Sociais da inclusão Profissional da Pessoa com Deficiência**, 2019. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

BARROSO, R B. O acesso à órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. Dissertação (mestrado) - **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Programa de Ciências da Reabilitação. São Paulo, 2019.

BERNARDES, L C G *et al.* Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2009, vol. 14, nº 1, pp. 31-38. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000100008>>. Acesso em: 16 de março de 2020.

BIZ, M C P; CHUN, R Y S. Operacionalização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, CIF, em um Centro Especializado em Reabilitação. **CoDAS - Communication Disorders, Audiology and Swallowing** [online]. 2020, vol. 32, nº 2. ISSN 2317-1782 Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20192019046>>. Acesso em 18 de abril de 2021.

BORGES, M L; COSTA, J R C. A abordagem das políticas públicas para inclusão das pessoas com deficiência no Brasil. **Revista Disruptiva** [online]. 2020, vol. 1, nº 3. ISSN 2674-7804.

Disponível em: < <http://revista.cers.com.br/ojs/index.php/revista/article/view/51>>. Acesso em 02 de março de 2022.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde - CNS. **Recomendação nº 019**, de 6 de abril de 2020c. Recomenda medidas que visam a garantia dos direitos e da proteção social das pessoas com deficiência e de seus familiares [Internet]. Acesso em: 11 de setembro de 2021. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1095-recomendacao-n-019-de-06-de-abril-de-2020>> Acesso em 16 de outubro de 2021

BRASIL. **LEI Nº 12.435**, DE 6 DE JULHO DE 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Acesso em: 12 de agosto de 2021. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm#art1)> Acesso em 11 maio de 2021.

BRASIL. **LEI Nº 13.146**, DE 6 DE JULHO DE 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)>. Acesso em: 18 de outubro de 2019.

BRASIL. **LEI Nº 8.742**, DE 7 DE DEZEMBRO DE 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm) Acesso em: 13 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual** (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas), 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa “CERBRASIL: Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)**, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES – Nota Técnica Estabelecimentos**. Acesso em: janeiro de 2021. Disponível em: [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT\\_Estabelecimentos.htm](http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)> Acesso em: 15 de julho de 2021.

BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE. **Portaria N° 2.569** de 29 de dezembro de 2016. Habilita Centro Especializado em Reabilitação (CER). Acesso em outubro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 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). Acesso em: julho de 2021. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) Acesso em: 18 de outubro de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE/CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 98, Seção 1, p. 44. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>> Acesso em 14 de janeiro de 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Seção 1, p. 10. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)> Acesso em: 22 de agosto de 2020.

BRASIL. Decreto nº 3.956 de 8 de outubro de 2001 (Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência). **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 194, Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2001/D3956.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm)> Acesso em: 22 de agosto de 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011a (Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite). **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Seção 1, p. 12. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)> Acesso em: 02 de setembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo da portaria nº 1.060 de 5 de junho de 2002. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição: 219, Seção: 1, p. 81. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)> Acesso em 02 de setembro de 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 452,

de 10 de maio de 2012. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452\\_10\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0452_10_05_2012.html)> Acesso em: 11 de dezembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 116 de 09 de setembro de 1993. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição: 176, Seção 1, p. 137 Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116\\_09\\_09\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1993/prt0116_09_09_1993.html)> Acesso em: 11 de janeiro de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 249, Seção: 1, p. 407. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)> Acesso em 11 de maio de 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 492, de 30 de abril de 2013. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição: 56-C, Seção 1 – Extra, p. 4. Brasília, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0492\\_30\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0492_30_04_2013.html) Acesso em: 22 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 793 de 24 de abril de 2012a. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 72, Seção: 1, p. 81. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)> Acesso em: 13 de setembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 835, de 25 de abril 2012b. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 160, Seção 1, p. 95. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835\\_25\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html)> Acesso em: 22 de agosto de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 971, de 13 de setembro de 2012c. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição: 188, Seção 1, p. 254 Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0971\\_13\\_09\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0971_13_09_2012.html)> Acesso em: 15 de maio de 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. **Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território.** Brasília, 2017c. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/praticas\\_reabilitacao\\_atencao\\_basica\\_territorio.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/praticas_reabilitacao_atencao_basica_territorio.pdf)> Acesso em: 04 de setembro de 2019

BRASIL. RESOLUÇÃO nº 30/84, aprovada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas em 09 de dezembro de 1975 (**Declaração dos direitos das pessoas deficientes**) in DE OLIVEIRA, Ana Emília Figueiredo e GARCIA, Paola Trindade (Orgs.). **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.** São Luís: EDUFMA, 2017b.

BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SDH/PR). SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SNPD). **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** SDH-PR/SNPD, Brasília, 2013.

BRASIL. SECRETARIA ESPECIAL DOS DIREITOS HUMANOS. COORDENADORIA NACIONAL PARA INTEGRAÇÃO DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA. **A Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência comentada.** Brasília: 2008.

CÂMARA, F. dos S. dos S. *et al.* Perfil do cuidador de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, vol. 20, nº 4, pp. 269–276, 2016. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/26571>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

CAMPOS, M F; SOUZA, L A de P; MENDES, V L F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], 2015, vol. 19, nº 52, pp. 207-210. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0078>>. Acesso em: 15 de agosto de 2020.

CARVALHO A.M.F, LOPES, R.E., OLIVEIRA, E.M., NUNES, JM. O suporte social como estratégia de enfrentamento de pessoas com deficiência frente a situações de violência. **Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.** (Online), 2018, vol. 10, nº 4, pp. 991-997. Disponível em <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-916064>>. Acesso em 11 de julho de 2021.

CARVALHO, C. almeida de e COSTA, S. L. da. (2020). “Fora do mapa”: mapeamento dos serviços e do acesso de pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social no município de Santos/SP, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, vol. 22, nº 2, pp. 78–88. Disponível em: <https://doi.org/10.47456/rbps.v22i2.17594>. Acesso em 11 de julho de 2021.

CASTRO, A. M. M. de. *et al.* Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva**, 2021, vol. 2, e11351. Disponível em <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

CECILIO, L C de O *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, nº 7, pp. 1502-1514. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

CERQUEIRA, M M F; ALVES, R de O; AGUIAR, M G G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, vol. 21, nº 10, pp. 3223-3232. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17242016>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

COLIZZI, M; SIRONI, E; ANTONINI, F; CICERI, M L; BOVO, C; ZOCCANTE, L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in *Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey*. *Brain Sciences*, 2020. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/2076-3425/10/6/341>> Acesso em: 18 de outubro de 2021.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. 12. ed., AMGH Editora, Porto Alegre, 2016.

DAMIANCE, P. R. M. **Acesso da pessoa com múltiplas deficiências aos serviços de saúde bucal**. Tese (doutorado) – Faculdade de Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo. Bauru, 2016.

DIAS, T E C; FRICHE, A A de L; LEMOS, S M A. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *CoDAS* 2019;31(5).

DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D; BARBOSA, L; SANTOS, W R dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **SUR (Revista Internacional de Direitos Humanos)** [online]. 2009, v. 6, nº 11, pp. 64-77. Epub, 2011. ISSN 1983-3342. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1806-64452009000200004>>. Acesso em 09 de janeiro de 2021.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University, 2003.

ETIM, B A *et al.* *EHR health seeking behavior of patients attending eye clinic in Southern Nigeria. Nigerian Journal of Clinical Practice*, vol. 22, nº 7, 2019. Disponível em <<https://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=7;spage=988;epage=996;aulast=Etim>>. Acesso em 14 de novembro de 2021.

FARIAS, N.; BUCHALLA, C. M. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. **Revista Brasileira de Epidemiologia** (online), vol. 8, nº 2, pp. 187-93, 2005. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>> Acesso em: 11 de outubro de 2019

FELICÍSSIMO, M F *et al.* Posição socioeconômica e deficiência: “Estudo Saúde em Belo Horizonte, Brasil”. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2017, vol. 22, nº 11, pp. 3547-3556. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22432017>>. Acesso em: 15 de janeiro 2021.

FERNANDES, L. B.; SCHLESENER, A.; MOSQUERA, C. Breve histórico da deficiência e seus paradigmas. **Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia**, Curitiba, vol. 2, pp. 132–144, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.unespar.edu.br/index.php/incantare/article/view/181/186>> Acesso em 18 de outubro de 2019.

FERREIRA, V. da S.; OLIVEIRA, L. N. de. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência Sede da ONU, Nova Iorque, agosto de 2006. **REVIVA** (online) vol. 4, 2007. Disponível em: <[https://mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/prodide/Reviva\\_ano4\\_2007.pdf](https://mpdft.mp.br/portal/pdf/unidades/promotorias/prodide/Reviva_ano4_2007.pdf)> Acesso em 02 de setembro de 2019.

FIGUEIREDO, J O; PRADO, N M de B L; MEDINA, M G; PAIM, J. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. **Saúde em Debate** [online], 2018, v. 42, nº 2, pp. 37-47. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S203>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

FRENK, J. **The concept and measurement of accessibility**. In: White, KL. *Health Services Research: An Anthology*. Washington: PAHO, 1992.

FUNCIA, F R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, vol. 24, nº 12, pp. 4405-

4415. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25892019>>. Acesso em 11 de julho de 2021.

GARCIA, L P. **Epidemia do vírus zika e microcefalia no brasil: emergência, evolução e enfrentamento**. Texto para discussão - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília: Rio de Janeiro. 2018.

GUIMARÃES, J C de O. *et al.* Inteligência geográfica e tecnologia na contribuição ao acesso de pessoas com deficiência ao transporte público no Recife. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, 2021 vol. 7, nº 2, pp. 17187-17198. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/download/24933/19886>>. Acesso em 11 de julho de 2021.

HOLANDA, C M de A. *et al.* *Support networks and people with physical disabilities: social inclusion and access to health services*. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, vol. 20, nº 1. pp. 175-184. Disponível em : <<https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.19012013>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo demográfico 2010**. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd\\_2010\\_religiao\\_deficiencia.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf)> Acesso em: 15 de outubro. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019 – Ciclos de Vida**. Rio de Janeiro, 2021.

KIM, H J. *et al.* *Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates*. **Stat Med**. 2000, vol. 19, nº 3, pp. 335-351. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10649300/>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

KUPER, H. *et al.* *The association of depression, anxiety, and stress with caring for a child with Congenital Zika Syndrome in Brazil; Results of a crosssectional study*. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, 2019.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. **Interviews: learning the craft of qualitative research Interviewing**. 2ed, SAGE, 2009.

LEVESQUE, J-F.; HARRIS, M.F.; RUSSELL, G. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. **International Journal**

**for Equity in Health**, 2013, vol. 12, n° 18. Disponível em <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>> Acesso em 18 de outubro de 2019.

MACHADO, W C A. *et al.* INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2018, vol. 27, n° 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MACIELL, F J. *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. **CoDAS** [online]. 2020, vol. 32, n° 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018104>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

MAIOR, I. M. M. de L. (2017). Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. **Inclusão Social**, vol. 10, n° 2. Disponível em <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4029>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MAIOR, I. **Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em: <<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto2.pdf>> Acesso em 18 de outubro de 2019.

MARTINS, K P. *et al.* *Furniture and sanitary facilities in family health units: accessibility for physical disability* (Mobiliários e instalações sanitárias em unidades de saúde da família: acessibilidade física para pessoas com deficiência). **Rev. Pesq. Cuid. Fundam** (online), vol. 10 n° 4, pp.1150-1155. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/5436>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MARTINS, K P. *et al.* Estrutura interna de Unidades de Saúde da Família: acesso para as pessoas com deficiência. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, vol. 21, n° 10, pp. 3153-3160. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.20052016>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MASSOLI, L P de O; ALVES, S C; ESPER, M V. Contexto familiar de crianças com deficiência. **Construção psicopedagógica**, vol.28 n° 29, São Paulo, 2020. Disponível em:<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542020000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542020000100002)> Acesso em 18 de outubro de 2021.

MATOS, S S de. “Unidos pelo contágio?” Novas precarizações das famílias que têm filhos com a Síndrome Congênita do Zika Vírus em tempos de

pandemia da COVID - 19. **Boletim Cientistas sociais e o coronavírus**, n.53. São Paulo, s/p. (2020). Disponível em: [http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim\\_CS/Boletim\\_n53\\_.pdf](http://anpocs.com/images/stories/boletim/boletim_CS/Boletim_n53_.pdf). Acesso em: 18 outubro de 2021.

MATTOS, R A de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública [online]**, 2004, vol. 20, nº 5, pp. 1411-1416. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500037>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MCINTYRE, D; THIEDE, M; BIRCH, S. *Access as a policy-relevant concept in low- and middle-income countries*. **Health Econ Policy Law**. 2009, vol. 4, nº 179-93. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19187569/>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MEDEIROS, M; DINIZ, D; SQUINCA, F. Transferência de renda para população com deficiência no Brasil: uma análise do benefício de prestação continuada (originalmente *Cash Benefits to Disabled Persons in Brazil: an analysis of BPC – continuous cash benefit programme*). Texto para discussão Nº 1184. **Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA**, 2006. Disponível em [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_1184.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1184.pdf). Acesso em 11 de outubro de 2021.

MELLO, A G de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, 2016, vol. 21, nº 10, pp. 3265-3276. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.07792016>. Acesso em 16 de abril de 2021.

MELLO, G A. *et al.* O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 22, nº 4, p. 1291-1310, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ML5vsvyD9WccNyD93RmJtJRH/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 15 de outubro de 2021.

MELO, A P L de. *et al.* *Life Is Taking Me Where I Need to Go”: Biographical Disruption and New Arrangements in the Lives of Female Family Carers of Children with Congenital Zika Syndrome in Pernambuco, Brazil*. **Viruses**, 2020, vol. 12, nº 12, p. 1410. Disponível em <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33302536/>. Acesso em 19 de maio de 2021.

MELO, E A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2021, vol. 31, nº 1. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>. Acesso em 20 de outubro de

2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 549 p., 2011. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)> Acesso em: 15 de dezembro de 2019.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>> Acesso em: 18 de dezembro 2019.

MENEZES, A P do R, MORETTI, B e REIS, A A C dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. vol. 43, n. 5, pp. 58-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Acesso em: 26 de julho de 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec – ABRASCO: São Paulo Rio de Janeiro, 1996.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2012, vol. 17, n° 3, pp. 621-626. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MORAIS, H M M de. *et al.* Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, vol. 34, n° 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00194916>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

MOUNIER-JACK, S; MAYHEW, S. H; MAYS, N. *Integrated care: learning between high-income, and low- and middle-income country health systems*. **Health Policy and Planning**, vol. 32, n° 4, Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886259/pdf/czx039.pdf>> Acesso em: 12 de abril de 2020.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. **Equity of access to health care: outlining the foundations for action**. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 58, p. 655–658, 2004.

OMOTE, S; BALEOTTIA, L R. A concepção de deficiência em discussão: ponto de vista de docentes de Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional**. UFSCar, São Carlos, vol. 22, n° 1, pp. 71-78, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, Organização Pan-americana da saúde (OPAS). Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus). 2020.

Disponível

em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6101:covid19&temid=875](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&temid=875) Acesso em: 15 de outubro de 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência** [*World Health Organization, The World Bank*]. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (SEDPcD), 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Resolução nº 37/52, de 3 de dezembro de 1982. **Estabelece o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes**. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cdhm/comite-brasileiro-de-direitos-humanos-e-politica-externa/ProgAcMundPessDef.html>> Acesso em: 15 de novembro de 2019

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OUVERNEY, A.M. e NORONHA, J.C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In **FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. Vol. 3. pp. 143-182. Disponível em <<https://books.scielo.org/id/98kjjw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

PAIM, J. S. **O que é o SUS?** Editora Fiocruz, 2009.

PAIM, J. S.; SILVA, L. M. V. da. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, vol.12, nº2, 2010.

PAIM, J S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, vol. 23, nº 6, pp. 1723-1728, ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em 12 de janeiro de 2021.

PAIVA, J C M; BENDASSOLLI, P F. Políticas sociais de inclusão social para pessoas com deficiência. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 418-429, jan. 2017.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**, 2011.

PEREIRA, R H M; BRAGA, C K V; SERRA, B; NADALIN, V G. **Desigualdades socioespaciais de acesso a oportunidades nas cidades brasileiras** (2019). Texto para discussão 2535, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Brasília, 2020.

PEREIRA, V O de M; SHIMIZU, H E; RAMOS, M C; FAGG, C W. Regionalização em saúde em Minas Gerais: uma análise da percepção dos representantes de Comissões Intergestores Regionais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2020, vol. 30, nº 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312020300117>>. Acesso em 16 de julho de 2021.

PINTO, A; KÖPTCKE, L S.; DAVID, R.; KUPER, H. *A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil—Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health?* **International Journal of Environmental Research and Public Health**, 2021, vol. 18, nº 6: Disponível em <https://doi.org/10.3390/ijerph18062953>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

PINTO, L F; SORANZ, D; SCARDUA, M T; SILVA, I de M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol. 22, nº 4, pp. 1257-1267. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

PRVU BETTGER, J. *et al.* *COVID-19: maintaining essential rehabilitation services across the care continuum.* **BMJ Global Health**, vol. 5, nº 5, 2020. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7228480/>> Acesso em 11 de janeiro de 2022.

RECIFE (PERNAMBUCO). SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. Portaria nº 067 de 13 de dezembro de 2016 (Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência). **DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO.** Disponível em: <[http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/portaria\\_politica\\_municipal\\_de\\_atencao\\_integrada\\_a\\_saude\\_da\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://www2.recife.pe.gov.br/sites/default/files/portaria_politica_municipal_de_atencao_integrada_a_saude_da_pessoa_com_deficiencia.pdf)> Acesso em: 18 de outubro de 2019.

RECIFE. Governo Municipal, Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, **Plano Municipal de Saúde 2018 – 2021**. 1ª. Ed., 2018. Disponível em: <<http://www2.recife.pe.gov.br/taxonomy/term/16627?op=MTMz>> Acesso em: 12 de dezembro de 2019.

REDDY, R. *et al.* **Identifying hearing care access barriers among older Pacific Island people in New Zealand: a qualitative study** *BMJ Open*, 2019. Disponível em: <<https://bmjopen.bmj.com/content/9/8/e029007>>. Acesso em 02 de agosto de 2021.

REICHENBERGER, V. *et al.* O desafio da inclusão de pessoas com deficiência na estratégia de enfrentamento à pandemia de COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], 2020, vol. 29, nº 5, ISSN 2237-9622. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500023>>. Acesso em 09 de agosto de 2021.

REIS, A A C dos. *et al.* Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2017, vol. 22, nº 4, pp. 1045-1054, ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26552016>>. Acesso em 25 de agosto de 2021.

SALDANHA, J H. S. *et al.* Pessoas com deficiência na pandemia da COVID-19: garantia de direitos fundamentais e equidade no cuidado. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2021, vol. 37, nº 9, ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00291720>>. Acesso em 12 de dezembro de 2021.

SANTOS, A D P dos; MEDOLA, F O; PASCHOARELLI, L C; LANDIM, P da C. Tecnologia assistiva para pessoas com deficiência visual: uma análise da produção tecnológica no Brasil. **Cadernos de Prospecção** – Salvador, v. 11, n. 5, 2018.

SILVEIRA, C T; DISCHINGER, M. Orientação e mobilidade de pessoas com deficiência visual no transporte público discussões através de grupo focal nacional. **Revista Projetar**, v.2, n.3, 2017.

SILVA, I M B P. **A relação conflituosa entre médicos e enfermeiras no contexto hospitalar**. 2006. 157 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2006.

SOUZA, K de M. **Avaliação do acesso aos serviços de reabilitação física para vítimas de acidente de trânsito: caminhos para a melhoria na qualidade do sistema de saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2015.

SOUZA, W. S. de. *et al.* Epidemia de microcefalia relacionada ao vírus zika e condições de vida em Recife, Nordeste do Brasil. **BMC Saúde Pública**, vol. 18, n. 130, 2018.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco: Ministério da Saúde, 2002.

Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>> Acesso em: 09 de dezembro de 2019.

STOPA, R. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 135, p. 231-248, maio/ago. 2019.

TANGCHAROENSATHIEN, V; WITTHAYAPIPOSAKUL, W; VIRIYATHORN, S; PATCHARANARUMOL, W. **Improving access to assistive technologies: challenges and solutions in low- and middle-income countries.** WHO South-East Asia Journal of Public Health | September 2018 | 7(2).

TESSER, C D; NETO, P P. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):941-951, 2017.

THIEDE, M; DI MACINTYRE. **Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(5):1168-1173, 2008.

TORO-HERNÁNDEZ, M L. *et al.* *Appropriate Assistive Technology for Developing Countries* [Tecnologia assistiva apropriada para países em desenvolvimento]. **Medicina Física e Clínicas de Reabilitação da América do Norte**, 2019, vol. 30, nº. 4, pp. 847-865. Disponível em <<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10400435.2021.1992541>>. Acesso em 12 de outubro de 2021.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], 2004, vol. 20, suppl. 2, pp. 190-198. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

TRIVIÑOS, A N S (Autor) A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, J; ANDRADE, G R B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2005, vol. 10, nº 3, pp. 599-613. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2005.v10n3/599-613>> . Acesso em 20 de fevereiro de 2022.

VENDRAMIN, C. **Repensando mitos contemporâneos: o capacitismo.** III Simpósio Internacional “repensando mitos contemporâneos” (UNICAMP), 2019.

<<https://www.publionline.iar.unicamp.br/index.php/simpac/article/view/4389/4393>>. Acesso 02 em setembro de 2021.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila *et al.* Regionalização e Redes de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2018, vol. 23, nº 6, pp. 1791-1798. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05502018>>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do nordeste brasileiro, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Tássia Mayra Oliveira Farias, com endereço Rua Teles Junior, nº 122, Rosarinho e CEP 52050505 – telefone (87) 99810.8143 e e-mail: tassiamoliveira@hotmail.com.

Está sob a orientação das pesquisadoras: Socorro Veloso de Albuquerque, Telefone: (81) 99939.0665, e-mail: [msoveloso@gmail.com](mailto:msoveloso@gmail.com); e Raquel Santos Oliveira, Telefone: (81) 98149.9865, e-mail: [raquelsoliveira78@yahoo.com.br](mailto:raquelsoliveira78@yahoo.com.br).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa:** A convivência com uma lesão muitas vezes demanda a continuidade de um cuidado em saúde, exigindo o contato periódico com serviços especializados de saúde. O acesso aos serviços de saúde é um dos objetivos da política nacional da pessoa com deficiência e da sua rede de cuidados, entretanto, entendendo que o acesso envolve dimensões que estão além da sua garantia legal e da disponibilidade física de serviços, a efetivação desta rede de cuidado e da integralidade, se torna algo complexo e muitas vezes fragilizada. Pois, um dos maiores desafios no âmbito dos direitos das pessoas com deficiência, trata-se justamente da efetivação daquilo que está posto em lei. Diante disto, esta pesquisa objetiva compreender como se dá o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife. Bem como: Caracterizar a rede de atenção especializada à pessoa com deficiência na cidade do Recife; Analisar, a partir da perspectiva das pessoas com deficiência e/ou seus cuidadores, como se dá o acesso aos serviços especializados na cidade do Recife; Analisar como os profissionais de saúde e gestores percebem o acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados e os dispositivos de articulação intra e interserviços. Para isso, serão realizadas consultas a Portarias, Sistemas de Informação de Base Nacional e entrevistas individuais semiestruturadas com usuários dos serviços de reabilitação e hospitalares; profissionais destes dois tipos de serviços de saúde; e gestores da Política de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência.
- **RISCOS:** tratam-se da possibilidade de receio ou desconforto dos profissionais e gestores em discorrerem sobre sua prática e seus desafios cotidianos, e com isso também possíveis fragilidades da rede de cuidados ou processo de trabalho. Além disso, os usuários/cuidadores também podem se encontrar neste impasse, tendo em vista que a temática rebate em questões pessoais, as quais devido sua trajetória de vida e o estigma na sociedade, poderão ou não estar associados a situações que implicam sofrimento para o sujeito. Estas situações serão amenizadas com a garantia do sigilo e do não julgamento, pois considera-se que o estudo visa, sobretudo, a produção de conhecimento. Diante da necessidade, também será ofertado uma escuta e acolhimento ao sujeito em sofrimento. Entretanto, ao persistir qualquer incômodo, os participantes podem desistir de sua colaboração, sem qualquer prejuízo profissional ou pessoal.

- **BENEFÍCIOS:** esse estudo possui potencial para auxiliar os profissionais e gestores municipais no aperfeiçoamento do acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados da rede de cuidados em saúde voltada a este grupo. Poderá colaborar para ampliação da compreensão dos usuários, cuidadores, profissionais e gestores acerca dos aspectos que estão implicados no acesso aos serviços de saúde. E por fim, pretende-se contribuir no âmbito acadêmico, por meio de publicações para literatura pertinente.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa gravações de áudios das entrevistas, ficarão armazenados em pastas de arquivo do computador pessoal da pesquisadora, sob a responsabilidade da pesquisadora, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).**

---

(Assinatura do pesquisador)

### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do nordeste brasileiro”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão digital (opcional)
------------------------------------

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
(SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO)  
FORTALECENDO O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
AO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

**OBJETIVO:** Explorar a perspectiva das pessoas com deficiência sobre seu acesso aos serviços de reabilitação, assim como suas experiências ao acessar ou receber cuidados.

**MATERIAIS:**

- Bloco de anotações e caneta
- Gravador

**APRESENTAÇÃO:**

Olá, obrigado(a) por seu tempo. Meu nome é (*NOME DO ENTREVISTADOR*) da (*NOME DA INSTITUIÇÃO*). Eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre seu uso dos serviços de saúde e sobre como o(a) sr(a) toma decisões sobre cuidados de saúde.

Lembre-o(a) sobre a confidencialidade e a anonimidade dos dados, que está explicada em detalhe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido anteriormente. Verifique se ainda há dúvidas a respeito do TCLE e sobre a pesquisa. Lembre-o(a) que ele(a) pode ficar a vontade para não responder qualquer questão e para interromper a entrevista a qualquer momento.

**INFORMAÇÕES PESSOAIS:**

Data e Horário da Entrevista	
Entrevistador(a)	
Local da Entrevista	
Cidade/Estado	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Idade	
Estado Civil	
Observações Gerais (quaisquer aspectos que podem influenciar a entrevista, como a presença de terceiros)	

**A. SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)**

1. Por favor, me conte sobre você (trabalho, estudo, família, rotina, etc)
2. Poderia me contar um pouco mais sobre a sua família/pessoas que moram com você?  
Lembrete: Quais são as fontes de renda? Mais alguém no mesmo domicílio possui uma deficiência ou uma condição grave de saúde? Em caso positivo, qual a condição deles?

**B. SOBRE A DEFICIÊNCIA**

3. Poderia me contar sobre sua condição de saúde/deficiência?  
Lembrete: Data (aproximada) do surgimento dessa condição/deficiência. Se apropriado, perguntar o que deu origem a essa condição/deficiência.
4. Você tem algum tipo de dificuldade ao realizar as atividades da sua rotina? A sua condição de saúde/deficiência limita o que você precisa ou quer fazer? Como?

**5.** Você precisa de ajuda para fazer as coisas que precisa fazer no seu dia-a-dia? Em caso positivo, você recebe ajuda ou suporte de familiares ou amigos? Qual tipo de ajuda?

**Lembrete:** Atividades rotineiras como ir ao banheiro, se vestir, se alimentar, sair de casa. Em caso positivo, quem oferece ajuda e como? Em caso negativo, por que não há ninguém disponível para ajudar?

### **C. NECESSIDADE DE REABILITAÇÃO**

**6.** Agora eu vou te perguntar sobre os serviços de reabilitação que você estava usando antes da pandemia de COVID-19, e como eles foram afetados nessa época.

**a.** Antes da pandemia de COVID-19, como eram suas necessidades de reabilitação?

**Explorar:** Quais serviços de reabilitação você usava? Qual a frequência com que usava? Existe algum serviço que você precisava, mas não usava? Por quê?

**b.** Agora, durante a pandemia, como os seus serviços de reabilitação foram afetados? Foi colocado alguma alternativa/algum apoio para substituir esses atendimentos?

**7.** Nos últimos seis meses antes da pandemia, quais serviços de reabilitação você usou? Por qual(is) razão(ões)? Como você foi encaminhado/descobriu esses serviços?

**a.** Poderia me contar como foi esse processo (como você identificou essa necessidade e como buscou um serviço especializado em reabilitação)? Você procurou um serviço público ou privado?

**b.** Esses serviços estavam disponíveis no mesmo lugar (clínica, hospital, centro de reabilitação) ou foi preciso ir a lugares diferentes para serviços diferentes?

**c.** Os equipamentos necessários estavam disponíveis? Em caso negativo, o que aconteceu?

**d.** Considerando os tratamentos de reabilitação que você já encerrou, você acha que foi bem preparado para retomar suas atividades diárias após a alta?

**8.** Como você descreveria suas necessidades de reabilitação hoje em dia?

**Lembrete:** Quais serviços de reabilitação você usa? Qual a frequência com que usa? Existe algum serviço que você precisa, mas não usa? Por quê?

### **D. FATORES LEVADOS EM CONSIDERAÇÃO AO BUSCAR SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

**9.** Como você foi encaminhado(a) para os serviços de reabilitação que você usa/usou no último ano? Quem te encaminhou, como isso aconteceu?

**a.** Se você não foi encaminhado(a), como você teve acesso ao serviço?

**Lembrete:** Como você decidiu quando buscar esses serviços? Quem você consultou primeiro?

**10.** Como é o seu deslocamento para o serviço de saúde? Já precisou fazer uso do transporte sanitário? Conseguiu? Se não, por que?

### **E. EXPERIÊNCIAS AO RECEBER CUIDADOS/SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

**11.** Quando e como foi a última vez que você foi a um centro de reabilitação da SUS?

**a.** Quais foram as razões que te fizeram buscar cuidados/serviços de reabilitação?

**b.** Como foi o encaminhamento?

**c.** Onde era a clínica/centro de reabilitação? Na sua cidade? Como você chegou até lá?

**d.** Ao chegar lá, como era acessibilidade do ambiente físico (arquitetura), a sinalização, a experiência/conhecimento dos profissionais de saúde, o preço (no caso de serviços particulares), os equipamentos disponíveis?

**e.** Como foi sua experiência? Poderia nos contar o passo-a-passo? O atendimento atendeu suas necessidades?

- f. Algum serviço/cuidado foi negado, o tratamento recebido foi diferente do oferecido a outros pacientes? O que funcionou bem e o que foi difícil?
- g. Como você se sentiu durante o atendimento? Se sentiu acolhido?
- h. Como foi sua participação no atendimento? Suas escolhas e opiniões são acolhidas?

**12.** Você ou seu acompanhante precisa ou precisou deixar de trabalhar para comparecer ou buscar atendimento? Se sim, qual impacto disso na sua vida financeira?

**13.** Você talvez já tenha mencionado antes, mas você alguma vez usou serviços privados? Quando? Por quê?

**14.** Você já precisou de serviços de reabilitação e não teve acesso? Por quê? Se houver, me conte sobre as duas últimas vezes em que isso aconteceu.

## **F. IMPRESSÕES GERAIS SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO**

**15.** Você acha que as suas necessidades por serviços de reabilitação são atendidas?

Lembrete: O que significa ter acesso a serviços de reabilitação? Você acredita que recebe cuidados/serviços de reabilitação com a mesma qualidade que as outras pessoas que tem as mesmas necessidades que você?

**16.** Você conhece algum programa, serviço ou ação que ajuda as pessoas que tem dificuldade para acessar os serviços de reabilitação? Em caso positivo, você poderia me contar sobre eles?

**17.** Você tem alguma sugestão sobre o que poderia facilitar a busca ou o acesso a serviços de reabilitação (por exemplo: acessibilidade física, treinamento dos profissionais, opções de tratamento, interações sociais, materiais educativos, etc.)?

**18.** A forma como você foi atendida nos serviços correspondeu a suas necessidades? Você poderia falar um pouco sobre isso?

**19.** Me conte sobre uma experiência positiva que você teve com um profissional de reabilitação? Me conte sobre uma experiência negativa?

Explorar: Você acredita que sua deficiência influenciou a atitude/decisão/ação desse profissional de saúde? O que você espera de um profissional de saúde?

## **OUTRAS INFORMAÇÕES**

Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que são importantes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação?

## **AGRADECIMENTO**

Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA -  
HOSPITAL  
FORTALECENDO O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
AO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

**OBJETIVO:** Explorar a perspectiva das pessoas com deficiência sobre seu acesso aos serviços de reabilitação, assim como suas experiências ao acessar ou receber cuidados.

**MATERIAIS:**

- Bloco de anotações e caneta
- Gravador

**APRESENTAÇÃO:**

Olá, obrigado(a) por seu tempo. Meu nome é (*NOME DO ENTREVISTADOR*) da (*NOME DA INSTITUIÇÃO*). Eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre seu uso dos serviços de saúde e sobre como o(a) sr(a) toma decisões sobre cuidados de saúde.

Lembre-o(a) sobre a confidencialidade e a anonimidade dos dados, que está explicada em detalhe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido anteriormente. Verifique se ainda há dúvidas a respeito do TCLE e sobre a pesquisa. Lembre-o(a) que ele(a) pode ficar a vontade para não responder qualquer questão e para interromper a entrevista a qualquer momento.

**INFORMAÇÕES PESSOAIS:**

Data e Horário da Entrevista	
Entrevistador(a)	
Local da Entrevista	
Cidade/Estado	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
Idade	
Estado Civil	
Observações Gerais (quaisquer aspectos que podem influenciar a entrevista, como a presença de terceiros)	

**A. SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)**

1. Por favor, fale um pouco sobre você.

Explorar: Rotina? Sobre a sua família/pessoas que moram com você? Mais alguém no mesmo domicílio possui uma deficiência ou uma condição grave de saúde? Em caso positivo, qual a condição deles? Quais são as fontes de renda na sua casa?

**B. SOBRE A DEFICIÊNCIA**

2. Poderia me contar sobre sua deficiência?

Explorar: Data (aproximada) do surgimento dessa deficiência. Se apropriado, perguntar o que deu origem a essa deficiência.

3. A sua deficiência limita o que você precisa ou quer fazer? Como? Você precisa de ajuda para fazer as coisas que precisa fazer no seu dia-a-dia? Em caso positivo, você recebe ajuda ou suporte de familiares ou amigos? Qual tipo de ajuda?

Explorar: Atividades rotineiras como ir ao banheiro, se vestir, se alimentar, sair de casa. Em caso positivo, quem oferece ajuda e como? Em caso negativo, por que não há ninguém disponível para ajudar?

## **E. EXPERIÊNCIA AO RECEBER CUIDADOS/SERVIÇOS DE SAÚDE**

**4.** Quando e como foi a última vez que você foi a um serviço de saúde do SUS?

Explorar: Como foi sua experiência? Poderia nos contar o passo-a-passo? Como você foi até lá? Ao chegar lá, como era acessibilidade do ambiente físico (arquitetura), a sinalização, a experiência/conhecimento dos profissionais de saúde, os equipamentos disponíveis, algum serviço/cuidado foi negado, o tratamento recebido foi diferente do oferecido a outros pacientes? O que funcionou bem e o que foi difícil?

Se foi durante a pandemia: Como foi diferente de alguma vez que você tenha ido antes da pandemia?

## **F. IMPRESSÕES GERAIS SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**5.** Me conte sobre uma experiência positiva que você teve com um profissional de saúde do SUS? Me conte sobre uma experiência negativa?

- a. Você acredita que sua deficiência influenciou a atitude/decisão/ação desse profissional de saúde?
- b. O que você espera de um profissional de saúde?

**6.** Você acha que as suas necessidades por serviços de saúde são atendidas?

Lembrete: Não em relação a pandemia, mas como seria “normalmente”?

Explorar: O que significa ter acesso a serviços de saúde para você? Você acredita que recebe cuidados/serviços com a mesma qualidade que outras pessoas que não tenham a mesma deficiência que você?

**7.** Você conhece algum programa, serviço ou ação (exemplo: transporte, aplicativo, organizações de apoio ou outros) que ajuda as pessoas que tem dificuldade para acessar os serviços de saúde? Em caso positivo, você poderia me contar sobre eles?

**8.** Você tem alguma sugestão sobre o que poderia facilitar a busca ou o acesso a serviços de saúde (por exemplo: acessibilidade física, treinamento dos profissionais, opções de tratamento, interações sociais, materiais educativos, etc.)?

## **G. COVID-19**

Eu gostaria de fazer duas perguntas diretamente relacionadas à pandemia de COVID-19:

**11.** Como você está se informando sobre os cuidados que deve tomar durante a pandemia?

**12.** Você conhece e frequenta a Unidade Básica de Saúde de sua região? Sabe quando deverá procurá-la?

## **OUTRAS INFORMAÇÕES**

Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que são importantes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de reabilitação?

### **AGRADECIMENTO**

Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE  
REABILITAÇÃO  
FORTALECENDO O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
AO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

**OBJETIVO:** Explorar a perspectiva dos profissionais de reabilitação sobre o acesso das pessoas com deficiências aos serviços de saúde, assim como suas experiências e conhecimentos sobre o tema.

**MATERIAIS:**

- Bloco de anotações e caneta
- Gravador

**APRESENTAÇÃO:**

Olá, obrigado(a) por seu tempo. Meu nome é (*NOME DO ENTREVISTADOR*) da (*NOME DA INSTITUIÇÃO*). Eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre os serviços de saúde locais e o acesso das pessoas com deficiência a esses serviços.

Lembre-o(a) sobre a confidencialidade e a anonimidade dos dados, que está explicada em detalhe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido anteriormente. Verifique se ainda há dúvidas a respeito do TCLE e sobre a pesquisa. Lembre-o(a) que ele(a) pode ficar a vontade para não responder qualquer questão e para interromper a entrevista a qualquer momento.

**INFORMAÇÕES PESSOAIS:**

Data e Horário da Entrevista	
Entrevistador(a)	
Local da Entrevista	
Cidade/Estado	
Instituição/Estabelecimento	do
Entrevistado(a)	
Cargo/Função	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

Lembrete: Se necessário, adapte as questões às funções específicas do(a) entrevistado(a).

**A. SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)**

- a. Qual a sua formação? Há quanto tempo você trabalha na área?
- b. Você tem alguma especialização? Em que?
- c. Há quanto tempo você trabalha nessa instituição/estabelecimento?
- d. Quais são suas funções e responsabilidades?

**B. SOBRE A INSTITUIÇÃO/ESTABELECIMENTO**

**1.** Quais tipos de serviço/atendimento são prestados nessa instituição/estabelecimento? Que tipo de instituição/estabelecimento é esse?

Lembrete: Me conte um pouco sobre como os serviços funcionam regionalmente. Esta é uma instituição/estabelecimento de referência para a região? Em caso positivo, de quais cidades os pacientes são encaminhados? Em caso negativo, qual é a referência dessa região? Existem serviços que seriam necessários nessa região, mas não estão disponíveis? Em caso positivo, quais são esses serviços e para onde os pacientes são encaminhados?

2. Esse estabelecimento é acessível para diferentes tipos de deficiência? Em caso positivo, o que a torna acessível? Em caso negativo, o que a torna inacessível e o que seria necessário para torná-la acessível?

3. Existem ações que são desenvolvidas para que a população tenha conhecimento do serviço e do seu impacto na saúde? Se sim, quais? Se não, por que?

### C. COVID-19

4. Os serviços na sua unidade foram afetados pela pandemia? Quais atividades foram mantidas?

- a. Foram realizados atendimentos à distância?
- b. Alguns pacientes/usuários foram convocados para atendimentos presenciais?
- c. Que estratégias foram colocadas como precaução na clínica?
- d. Foi dado apoio para alguma outra Unidade? Caso sim, como.

Agora vamos sair do tema “pandemia” e gostaria de falar sobre deficiência...

### D. CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A DEFICIÊNCIA

5. O que você entende quando falamos de “pessoas com deficiência”?

Lembrete: Quais condições você já viu ou conhece? Quais os diferentes tipos de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual)?

6. O que você entende por acessibilidade e qualidade do cuidado para pessoas com deficiência?

### D. SERVIÇOS DE REABILITAÇÃO

7. Você poderia me contar quais são as condições de saúde e deficiências atendidas nessa instituição/estabelecimento?

8. De acordo com a sua experiência, você acredita que existem barreiras para a oferta de reabilitação de qualidade para as pessoas com deficiência? Em caso positivo, quais barreiras são essas?

Lembrete: Explore diferentes tipos de deficiência e condições de saúde e as formas de acesso ao serviço (origem das pessoas, formas de deslocamento/transporte, tempo de espera para atendimento)

9. Você acredita que existem grupos de pessoas com deficiência para os quais é particularmente difícil oferecer reabilitação de qualidade? Poderia dar algum exemplo? Por que você acha isso?

10. O que sua instituição/estabelecimento faz para melhorar a qualidade da reabilitação oferecida às pessoas com deficiência?

Lembrete: Existem diretrizes em nível local ou nacional? Existe alguma coisa que façam que seja diferente de outros lugares? Existe algum treinamento?

11. No âmbito do apoio logístico para garantir acesso:

- a. Como se dá o processo de regulação dos serviços de saúde voltados à pessoa com deficiência?

- b.** Como se dá os encaminhamentos da atenção básica à atenção especializada no âmbito da gestão municipal? E a contra-referência? E para o nível hospitalar sob gestão estadual? A pessoa com deficiência tem prioridade no processo de regulação?
- c.** Quais as especialidades com maior demanda reprimida e qual a média de tempo de espera?
- d.** E como se dá o acesso aos serviços estaduais?
- e.** A pessoa com deficiência tem prontuário clínico nos serviços?
- f.** Como se dá o acesso ao transporte sanitário?
- g.** Como se dá o acesso ao apoio diagnóstico e a assistência farmacêutica?
- h.** Como você avalia os Sistemas de informações em saúde na produção de informações sobre a pessoa com deficiência?

**12.** Você já se deparou com a necessidade de o paciente precisar comprar algum serviço ou tecnologia no setor privado, para eficácia de seu tratamento?

- a.** Você considera que o gasto familiar com transporte, alimentação e tempo impacta na assiduidade do tratamento?

### **E. EXPERIÊNCIA DE PROFISSIONAIS CLÍNICOS:**

**13.** Se houver, quais são os desafios que você enfrenta ao oferecer tratamento de reabilitação para pessoas com deficiência?

- a.** Você teve algum treinamento específico?
- b.** Os recursos necessários estão disponíveis? Em caso negativo, o que está faltando e por quê?
- c.** De acordo com a sua experiência, as pessoas com deficiência têm acesso à instituição/estabelecimento (transporte, acessibilidade das proximidades)? Por quê?
- d.** De acordo com a sua experiência, quais relações as pessoas com deficiência estabelecem entre suas necessidades por cuidados de saúde e suas deficiências?
- e.** Você considera que o serviço atende as características culturais e socioeconômicas do usuário?

**14.** Se houver, me conte como foi seu último atendimento com algumas pessoas com algumas deficiências específicas como:

- a.** Um paciente cego.
- b.** Um paciente cadeirante.
- c.** Um paciente surdo.
- d.** Um paciente com deficiência intelectual.

**15.** Me conte sobre a última vez em que você encaminhou alguém para outro serviço especializado em reabilitação:

- a.** O que funcionou? Quais foram os desafios? Por quê?

### **G. RECOMENDAÇÕES**

**16.** Você consegue pensar em alguma coisa que você poderia fazer para melhorar o acesso ou a qualidade dos serviços de reabilitação para as pessoas com deficiência?

**17.** De acordo com a sua experiência, quais seriam os facilitadores ou suas recomendações para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de reabilitação para as pessoas com deficiência?

**OUTRAS INFORMAÇÕES**

Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que são importantes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde?

**AGRADECIMENTO**

Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.

**APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DO  
HOSPITAL  
FORTALECENDO O ACESSO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA  
AO SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL**

**OBJETIVO:** Explorar a perspectiva dos profissionais de reabilitação sobre o acesso das pessoas com deficiências aos serviços de saúde, assim como suas experiências e conhecimentos sobre o tema.

**MATERIAIS:**

- Bloco de anotações e caneta
- Gravador

**APRESENTAÇÃO:**

Olá, obrigado(a) por seu tempo. Meu nome é (*NOME DO ENTREVISTADOR*) da (*NOME DA INSTITUIÇÃO*). Eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre os serviços de saúde locais e o acesso das pessoas com deficiência a esses serviços.

Lembre-o(a) sobre a confidencialidade e a anonimidade dos dados, que está explicada em detalhe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido anteriormente. Verifique se ainda há dúvidas a respeito do TCLE e sobre a pesquisa. Lembre-o(a) que ele(a) pode ficar a vontade para não responder qualquer questão e para interromper a entrevista a qualquer momento.

**INFORMAÇÕES PESSOAIS:**

Data e Horário da Entrevista	
Entrevistador(a)	
Local da Entrevista	
Cidade/Estado	
Instituição/Estabelecimento	do
Entrevistado(a)	
Cargo/Função	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

Lembrete: Se necessário, adapte as questões às funções específicas do(a) entrevistado(a).

**B. SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)**

1. Me conte sobre a sua formação, quanto tempo levou?
  - a. Você tem alguma especialização? Em que?
  - b. Há quanto tempo você trabalha na instituição/estabelecimento aonde você trabalha hoje?
  - c. Quais são suas funções e responsabilidades?

**C. SOBRE A INSTITUIÇÃO/ESTABELECIMENTO**

2. Quais tipos de serviço/atendimento são prestados na instituição/estabelecimento aonde você trabalha? Que tipo de instituição/estabelecimento é?

**D. COVID-19**

3. Os serviços na sua unidade foram afetados pela pandemia? Quais atividades foram mantidas?

- a. Foram realizados atendimentos à distância?
- c. Alguns pacientes/usuários foram convocados para atendimentos presenciais?
- d. Que estratégias foram colocadas como precaução na clínica?
- e. Foi dado/recebendo apoio para alguma outra Unidade? Caso sim, como.

Agora vamos sair do tema “pandemia de COVID-19” e gostaria de falar sobre deficiência...

## **E. CONSCIENTIZAÇÃO SOBRE A DEFICIÊNCIA**

4. O que você entender quando falamos de “pessoas com deficiência”?

Lembrete: Quais condições você já viu ou conhece? Quais os diferentes tipos de deficiência (física, visual, auditiva, intelectual)?

5. Você vê ou atende pessoas com deficiência com frequência no seu trabalho? Em caso negativo, por que não?

6. O que você entende por acessibilidade e qualidade do cuidado para pessoas com deficiência?

7. O estabelecimento aonde você trabalha é acessível para diferentes tipos de deficiência? Em caso positivo, o que a torna acessível? Em caso negativo, o que a torna inacessível e o que seria necessário para torná-la acessível?

## **F. SERVIÇOS DE SAÚDE**

8. Você acha que as pessoas com deficiência têm as mesmas necessidades por cuidados de saúde das pessoas sem deficiência? Ou essas necessidades são diferentes?

9. De acordo com a sua experiência, você acredita que existem barreiras para a oferta de cuidados de qualidade para as pessoas com deficiência? Em caso positivo, quais barreiras são essas?

Lembrete: Explore diferentes tipos de deficiência e condições de saúde.

10. Você acredita que existem grupos de pessoas com deficiência que são particularmente difíceis de atender? Poderia dar algum exemplo? Por que você acha isso?

11. O que uma instituição/estabelecimento precisa ter para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados às pessoas com deficiência?

Lembrete: Existem diretrizes em nível local ou nacional? Existe alguma coisa que façam que seja diferente de outros lugares? Existe algum treinamento?

12. Como são feitos os encaminhamentos (referência) entre a instituição/estabelecimento e os serviços especializados em reabilitação ou produtos assistivos (ajudas técnicas/tecnologias assistivas/OPM)?

## **G. EXPERIÊNCIA DOS PROFISSIONAIS CLÍNICOS:**

13. Se houver, quais são os desafios que você enfrenta ao prestar serviços de saúde para pessoas com deficiência?

Lembrete:

- Você teve algum treinamento específico?

- Os recursos necessários estão disponíveis? O que você tem à disposição? O que está faltando e por quê?

- De acordo com a sua experiência, as pessoas com deficiência têm acesso à instituição/estabelecimento (transporte, acessibilidade das proximidades)? Por quê?

- Você como profissional você percebe que as pessoas relacionam as suas condições de saúde mais geral com sua deficiência?

**14.** Se houver, me conte como foi a última vez em que atendeu pessoas com algumas deficiências específicas como:

- a. Um paciente cego.
- b. Um paciente com deficiência física que seja cadeirante.
- c. Um paciente surdo.
- d. Um paciente com deficiência intelectual.

**15.** Me conte sobre a última vez que você encaminhou alguém para um serviço especializado em reabilitação:

- a. O que funcionou? Quais foram os desafios? Por quê?
- b. A sua equipe (a equipe dessa instituição/estabelecimento) acompanha os serviços prestados pelo serviço de reabilitação? Por quê?
- c. Vocês (sua instituição/estabelecimento e o serviço de reabilitação) compartilham informações sobre o(a) paciente?

## **H. RECOMENDAÇÕES**

**16.** Você consegue pensar em alguma coisa que você poderia fazer para melhorar o acesso ou a qualidade dos serviços de reabilitação para as pessoas com deficiência?

**17.** De acordo com a sua experiência, quais seriam os facilitadores ou suas recomendações para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de reabilitação para as pessoas com deficiência?

## **OUTRAS INFORMAÇÕES**

Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que são importantes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde?

## **AGRADECIMENTO**

Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.

## APÊNDICE E – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTOR DE SAÚDE

**OBJETIVO:** Explorar a perspectiva dos gestores da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência, sobre o acesso das pessoas com deficiências aos serviços de saúde, assim como suas experiências e conhecimentos sobre o tema.

### MATERIAIS:

- Bloco de anotações e caneta
- Gravador

### APRESENTAÇÃO:

Olá, obrigado(a) por seu tempo. Meu nome é (*NOME DO ENTREVISTADOR*) da (*NOME DA INSTITUIÇÃO*). Eu gostaria de conversar um pouco com o(a) sr(a) sobre os serviços de saúde locais e o acesso das pessoas com deficiência a esses serviços.

Lembre-o(a) sobre a confidencialidade e a anonimidade dos dados, que está explicada em detalhe no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) preenchido anteriormente. Verifique se ainda há dúvidas a respeito do TCLE e sobre a pesquisa. Lembre-o(a) que ele(a) pode ficar a vontade para não responder qualquer questão e para interromper a entrevista a qualquer momento.

### INFORMAÇÕES PESSOAIS:

Data e Horário da Entrevista	
Entrevistador(a)	
Local da Entrevista	
Cidade/Estado	
Instituição/Estabelecimento	do
Entrevistado(a)	
Cargo/Função	
Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino

Lembrete: Se necessário, adapte as questões às funções específicas do(a) entrevistado(a).

### A. SOBRE O(A) ENTREVISTADO(A)

1. Me conte sobre a sua formação?
  - a. Você tem alguma especialização? Em que?
  - b. Você poderia falar sobre sua experiência na coordenação dessa política?

### B. SOBRE A DEFICIÊNCIA

2. Você poderia falar sobre o conceito de deficiência que norteia a Política Municipal?
3. Você acredita que existem grupos de pessoas com deficiência que são particularmente difíceis de atender? Poderia dar algum exemplo? Quais as especialidades com maior demanda reprimida e qual a média de tempo de espera?

### C. O ACESSO NA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

3. Você poderia falar sobre como está estruturada a rede de atenção especializada a pessoa com deficiência? (Rede própria e/ou conveniada)
4. O que você entende por acessibilidade e qualidade do cuidado para pessoas com deficiência?

5. Como você analisa o acesso as ações e aos serviços de saúde da pessoa com deficiência na cidade do Recife?
6. Como se dá o acesso a atenção em saúde bucal? Na sua avaliação existe alguma dificuldade? Você poderia falar um pouco sobre isso?
7. De acordo com a sua experiência, você acredita que existem barreiras para a oferta de cuidados de qualidade para as pessoas com deficiência? Em caso positivo, quais barreiras são essas?
8. Como se dá o processo de regulação dos serviços de saúde voltados à pessoa com deficiência? Como se dá os encaminhamentos da atenção básica à atenção especializada no âmbito da gestão municipal? E para o nível hospitalar sob gestão estadual? A pessoa com deficiência tem prioridade no processo de regulação? Quais as especialidades com maior demanda reprimida e qual a média de tempo de espera?
9. E como se dá o acesso aos serviços estaduais?
10. A pessoa com deficiência tem prontuário clínico nos serviços?
11. Como se dá o acesso ao transporte sanitário? Como se dá o acesso ao apoio diagnóstico e a assistência farmacêutica? Como você avalia os Sistemas de informações em saúde na produção de informações sobre a pessoa com deficiência?
12. Como a política pensou o processo de capacitação dos profissionais da atenção básica e especializada? Quais os desafios desse processo?
13. Para você quais os desafios para garantir a atenção à saúde das pessoas com deficiência? (Ampliação da oferta e melhoria da qualidade)

#### **D. RECOMENDAÇÕES**

14. Você consegue pensar em alguma coisa que você poderia fazer para melhorar o acesso ou a qualidade dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência?
15. De acordo com a sua experiência, quais seriam os facilitadores ou suas recomendações para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para as pessoas com deficiência?

#### **OUTRAS INFORMAÇÕES**

Você acha que existem outras questões importantes sobre as quais não conversamos e que você gostaria de comentar ou acha que são importantes para o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde?

#### **AGRADECIMENTO**

Muito obrigado(a) por dedicar seu tempo a essa entrevista. Aprendi(emos) muito com você e suas experiências.

## **ANEXO A – NORMATIZAÇÃO PARA SUBMISSÃO AO PERÍODO REVISTA PHYSIS**

### **Instruções aos autores**

#### **Escopo e política**

**Physis:** Revista de Saúde Coletiva, revista trimestral publicada pelo Instituto de Medicina Social Hesio Cordeiro da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e o Centro de Estudos, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico em Saúde Coletiva (CEPESC), tem por objetivo geral divulgar a produção acadêmica em Saúde Coletiva. Está classificada como B1 na área de Saúde Coletiva, segundo os critérios Qualis da CAPES.

A versão online SciELO da revista, que utiliza modalidade contínua de publicação, inclui os textos completos dos artigos e está disponível gratuitamente, com acesso aberto. Está indexada também nas bases de dados: Directory of Open Access Journals, EBSCO Publishing, LILACS, PubMed, Scopus, Sociological Abstracts, REDALYC e PROQUEST - Social Science Journals.

A linha editorial de Physis enfatiza abordagens interdisciplinares, críticas e inovadoras em temas atuais no campo da Saúde Coletiva. A revista é composta basicamente de artigos originais de demanda livre e seções de resenhas, entrevistas, cartas e comentários. O Conselho Editorial poderá, ocasionalmente, propor temas específicos considerados relevantes, e publicar trabalhos de autores convidados especialistas no tema, e que também irão passar por um processo de revisão por pares.

#### **Forma e preparação de manuscritos**

Physis publica artigos nas seguintes categorias:

Artigos originais por demanda livre (até 7.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. A publicação é decidida pelo Conselho Editorial, com base em pareceres - respeitando-se o anonimato tanto do autor quanto do parecerista (double-blind peer review) - e conforme disponibilidade de espaço.

Artigos originais por convite (até 8.000 palavras, incluindo notas e referências): textos inéditos provenientes de pesquisa ou análise bibliográfica. O Conselho Editorial e o editor convidado podem solicitar a autores de reconhecida experiência que encaminhem artigos originais relativos a temáticas previamente decididas, conforme o planejamento da revista. Neste caso, o Conselho Editorial e o editor convidado deverão deliberar sobre a publicação dos artigos recebidos com base em pareceres (double-blind peer review). Revisões e atualizações são em geral provenientes de convite. O número de autores será limitado ao máximo de dois por artigo, sendo que cada autor só poderá figurar em um único artigo por número.

Resenhas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): podem ser provenientes de demanda livre ou convite. O Conselho Editorial decide quanto à publicação, levando em conta temática, qualidade, boa redação e disponibilidade de espaço. Só serão aceitas resenhas com um único autor.

Seção de Entrevistas (até 4.000 palavras, incluindo notas e referências): publica depoimentos de pessoas cujas histórias de vida ou realizações profissionais sejam relevantes para as áreas de abrangência da revista.

Seção de Comentários (até 1.500 palavras, incluindo notas e referências): publica comentários

sobre publicações da revista e notas ou opiniões sobre temas relevantes para a Saúde Coletiva.

### **Instruções para encaminhamento de textos:**

1. O processo de submissão é feito apenas online, no sistema ScholarOne Manuscripts, no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/physis-scielo>. É necessário se cadastrar no sistema, fazer o login, acessar o "Author Center" e dar início ao processo de submissão. Todos os autores dos artigos aprovados para publicação deverão, obrigatoriamente, associar seu número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, <https://orcid.org/>) ao seu perfil no ScholarOne e informá-lo na declaração de autoria (ver modelo adiante).

2. Embora Physis seja mantida por uma instituição pública, a verba atualmente destinada à revista não tem sido suficiente para sua manutenção. Assim, a partir de 1º de janeiro de 2020, será cobrada uma taxa de publicação, como forma de garantir a continuidade do periódico. O valor dessa taxa é de R\$ 600,00 (seiscentos reais) por artigo aprovado, ou seja, na submissão o autor não pagará a taxa, apenas e exclusivamente se o artigo for aceito para publicação. O valor para publicação de textos nas demais seções de Physis será de R\$ 200,00 (duzentos reais). Será fornecido aos autores comprovante do pagamento da taxa. Após aprovação do artigo, os autores serão orientados, por e-mail, sobre como proceder quanto ao pagamento da taxa. Solicitações de dispensa de pagamento da taxa de publicação, devidamente justificadas, deverão ser encaminhadas à Editoria da revista, que irá analisá-las.

3. Os artigos devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial ou Times New Roman 12, respeitando-se o número máximo de palavras definido por cada seção, que compreende corpo do texto, notas e referências. Resumos são considerados separadamente. O texto não deve incluir qualquer informação que permita a identificação de autoria; os dados dos autores deverão ser informados apenas nos campos específicos do formulário de submissão e na declaração de autoria (item 11, adiante)..

4. Os estudos que envolvam a participação de seres humanos deverão incluir a informação referente à aprovação por comitê de ética na pesquisa com seres humanos, conforme Resoluções do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. Os autores devem indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado e se há conflitos de interesse envolvidos na mesma. Informações sobre financiamento devem constar no item "Agradecimentos", ao final do artigo ou em nota de fim.

5. Physis incentiva o depósito de manuscritos em plataformas preprints. Caso ocorra o depósito, é necessário que os autores notifiquem aos editores utilizando o campo "Cover Letter" inserindo o link (URL) e o número do DOI do manuscrito aceito pela plataforma preprint. No que concerne aos artigos que já foram divulgados como preprints, a avaliação ocorrerá de forma simples cega, tendo em vista que será possível consultar os nomes dos autores do texto.

6. Os artigos devem ser escritos em português (preferencialmente), inglês ou espanhol. A Editoria reserva-se o direito de efetuar alterações nos originais recebidos para adequá-los às normas da revista, preservando, no entanto, estilo e conteúdo. Eventualmente, serão aceitos artigos traduzidos, já publicados em outro idioma, que, pela sua relevância, possam merecer maior divulgação em língua portuguesa. Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista dos editores e do Conselho Editorial da revista.

7. O resumo do artigo e as palavras-chave em português devem ser incluídos nas etapas indicadas do processo de submissão. Resumo e palavras-chave em inglês devem ser incluídos no corpo do

artigo, após as referências (somente nas seções de artigos originais por demanda livre e temáticos). Os resumos não poderão ultrapassar 200 palavras, devendo destacar o objetivo principal, os métodos básicos adotados, os resultados mais relevantes e as principais conclusões do artigo. Devem ser incluídas de 3 a 5 palavras-chave em português e em inglês. O título completo do artigo também deverá ser traduzido. A revista poderá rever ou refazer as traduções.

8. Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 200 dpi, com legenda e fonte Arial ou Times New Roman 10. Tabelas devem ser produzidas em Word. Todas as ilustrações devem estar inseridas no corpo do artigo, mas aquelas produzidas em formato que não seja Word deverão ser encaminhadas em arquivos separados também, e serão inseridas no sistema como "image" ou "figure", com respectivas legendas e numeração.

9. As notas, numeradas sequencialmente em algarismos arábicos, devem ser colocadas no final do texto, após as referências, com fonte tamanho 10. As notas devem ser exclusivamente explicativas, escritas da forma mais sucinta possível. Não há restrições quanto ao número de notas.

10. As referências devem seguir as normas da ABNT (NBR 6023: 2018). No corpo do texto, citar apenas o sobrenome do autor e o ano de publicação, seguidos do número da página no caso de citações. Todas as referências citadas no texto deverão constar nas referências, ao final do artigo, em ordem alfabética. Os autores são responsáveis pela exatidão das referências, assim como por sua correta citação no texto. No caso de usar algum software de gerenciamento de referências (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

11. Tendo em vista o crescimento no número de coautores em muitos artigos encaminhados a *Physis*, o número máximo de autores está limitado a quatro, e só com justificativas excepcionais será aceito número maior. Além disso, será avaliada com bastante rigor a contribuição efetiva de cada autor. A Editoria se reserva o direito de recusar artigos cujos autores não prestem esclarecimentos satisfatórios sobre este item, e/ou solicitar a exclusão de participantes sem contribuição substancial. As responsabilidades individuais de todos os autores na preparação do artigo deverão ser indicadas na "Declaração de responsabilidade" (vide modelo), conforme os critérios do International Committee of Medical Journal Editors, que determina que o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada a: (1) Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; (2) Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; (3) Aprovação final da versão a ser publicada; (4) Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. A declaração, assinada por todos os autores, deverá ser digitalizada e encaminhada como documento suplementar ("supplemental file not for review"). Poderá ser incluído no final do corpo do artigo ou como nota de fim um item de "Agradecimentos", caso seja necessário citar instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de coautoria. Não será admitido o acréscimo de autores após a submissão, e a retirada de algum dos nomes apontados como autor só poderá ser feita caso diretamente determinada pela editoria em função do não atendimento aos critérios de atribuição de autoria.

12. Os trabalhos publicados em *Physis* estão registrados sob a licença Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR). A declaração de responsabilidade, cujo modelo se encontra ao final destas instruções, deverá ser assinada por todos os autores, digitalizada e inserida no sistema, como "supplemental file not for review", de modo que os avaliadores não identifiquem o(s) autor(es) do artigo. Quaisquer outros comentários ou observações encaminhados aos editores deverão ser inseridos no campo "Cover letter".

13. Conforme orientação da SciELO, a identificação da afiliação de cada autor deverá restringir-se a nomes de entidades institucionais, cidade, estado e país. O endereço eletrônico poderá ser

informado. Os nomes e endereços informados serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

14. Não serão aceitos trabalhos que não atendam às normas fixadas, mesmo que eles tenham sido aprovados no mérito (pelos pareceristas). Os editores se reservam o direito de solicitar que os autores adequem o artigo às normas da revista, ou mesmo descartar o artigo, sem nenhuma outra avaliação. Quaisquer outros comentários ou observações poderão ser encaminhados no campo "Cover letter".

15. Em caso de artigo já aceito para publicação, será possível publicá-lo também em inglês ou espanhol, se for de interesse do autor. No entanto, a tradução deverá ser feita por empresa qualificada (ou recomendada pela Editoria de Physis), e os custos de tradução correrão por conta do autor. As versões em português e/ou espanhol ou inglês de cada artigo só poderão ser publicadas no mesmo volume e número da Revista e serão identificadas com o mesmo DOI.

16. Todo conteúdo publicado nos artigos e resenhas é de inteira responsabilidade dos autores.

17. Os casos omissos serão decididos pelo Conselho Editorial.

### **Declaração de responsabilidade (MODELO)**

A contribuição de cada autor para o texto  
\_\_\_\_\_ foi a seguinte:

AUTOR 1 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR 2 (ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

AUTOR n(ORCID: 0000-0000-0000-0000)\*: (atividades desempenhadas), INSTITUIÇÃO, CIDADE, ESTADO, E-MAIL

O texto é um trabalho inédito e não foi publicado, em parte ou na íntegra, nem está sendo considerado para publicação em outro periódico, no formato impresso ou eletrônico.

Em caso de aceitação deste texto por parte de Physis: Revista de Saúde Coletiva, declaramos estar de acordo com a política de acesso público e de direitos autorais adotadas por Physis, que estabelece o seguinte: (a) os autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, sendo o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Atribuição 3.0 Brasil (CC-BY 3.0 BR), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico; (b) os autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (p.ex., publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista; e (c) os autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (p.ex., em repositórios institucionais ou em sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado.

Assinaturas:

\_\_\_\_\_

---

\*ORCID (Open Researcher and Contributor ID)

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## **ANEXO B – ARTIGO “O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE DA ADEQUAÇÃO DOS SERVIÇOS ESPECIALIZADOS DE SAÚDE EM UMA CAPITAL DO NORDESTE”**

### **RESUMO**

Esse estudo analisou o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife, a partir da dimensão adequação. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que teve como sujeitos gestores, profissionais e usuários. Utilizou-se entrevistas semi-estruturadas, documentos e dados dos sistemas de informação em saúde. E teve como principal categoria analítica o acesso na proposta de Levesque, Harris e Russel. Analisou-se o acesso a partir do CER II sob gestão municipal, implantado no contexto da epidemia do Zika e de microcefalia em Pernambuco. Os achados evidenciaram que a adequação na relação interpessoal desenvolvida com o usuário do CER II contribui na experiência do acesso, no entanto, a ausência de espaços de formação para o trabalhador, que aborde o atendimento à pessoa com deficiência colaboram para inadequação do serviço. Além disso, essa rede temática na cidade do Recife é bastante incipiente. Não existe um desenho que aponte para um funcionamento em rede, com repercussão na dimensão adequação do serviço analisado. Conclui-se que é necessária uma resposta do Estado para que direitos relativos à saúde e garantidos em lei possam de fato ser gozados pelo segmento PcD.

**Palavras chave:** Acesso aos serviços de saúde; Pessoas com Deficiência; Sistemas Integrados de Cuidados de Saúde

### **ABSTRACT**

This study analyzed the access to specialized services of the network of care for people with disabilities in the city of Recife, from the adequacy dimension. This is a case study of a qualitative approach, which had managers, professionals and users as subjects. Semi-structured interviews, documents and data from health information systems were used. The main analytical category used was access, as proposed by Levesque, Harris and Russel. It analyzed the access from the CER II under municipal management, implemented in the context of the Zika and microcephaly epidemics in Pernambuco. The findings showed that the adequacy in the interpersonal relationship developed with the user of the CER II contributes to the experience of access, however, the absence of training spaces for the worker, which addresses the care to the person with disabilities collaborate to the inadequacy of the service. Besides, this thematic network in the city of Recife is quite incipient. There is no design that points to a network operation, with repercussions in the dimension of adequacy of the service analyzed. We conclude that a response from the State is necessary so that rights related to health and guaranteed by law can actually be enjoyed by the PcD segment.

**Keywords:** Health Services Accessibility; Disabled Persons; Delivery of Health Care Integrated

### **INTRODUÇÃO**

O conceito de acesso aos serviços de saúde é impreciso, há diversas abordagens sobre ele, o que acaba por produzir variações de sentido sobre este fenômeno (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Enquanto alguns autores não distinguem acesso de acessibilidade (DONABEDIAN, 2003), outros como Frenk (1992) e Starfield (2002), partem dessa diferenciação para estudar o acesso. Há estudos, como o de Donabedian (2003), que localizam a análise do acesso na oferta dos serviços. Outros teóricos aprofundam essa relação entre oferta e demanda na experiência do acesso

(ANDERSEN, 1995; OLIVER; MOSSIALOS, 2004; LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

Para Levesque, Harris e Russell (2013) o acesso envolve desde a percepção sobre as necessidades de cuidados em saúde até a efetivação e continuidade do uso dos serviços de saúde, e sua compreensão está sistematizada na interação entre 5 dimensões do serviço (acessibilidade, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, acessibilidade financeira e adequação) e 5 respectivas capacidades individuais dos usuários (de perceber, de procurar, de alcançar, de pagar e de se envolver).

Este artigo se deteve à adequação do acesso, que observa aspectos da utilização do serviço e as suas consequências para o cuidado. Essa dimensão explicativa do acesso, analisa o grau de adequação entre o serviço e a necessidade do usuário. Trata do serviço que é ofertado e da forma como ele é prestado, de maneira que é esperada a possibilidade do usuário acessar os serviços de saúde de forma contínua, integrada e de boa qualidade (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013).

A discussão sobre o acesso das Pessoas com Deficiência - PcD aos serviços de saúde demonstra que este direito é mais restrito para eles. É sabido, por exemplo, que o público PcD possui mais dificuldade de acesso aos serviços de saúde, se comparadas as pessoas sem deficiência (AMORIM; LIBERALI; MEDEIROS NETA, 2018).

A deficiência é uma condição atravessada por aspectos históricos, culturais e sociais, que produzem um quadro de exclusão social deste grupo e dificulta o acesso aos direitos básicos, como saúde e educação e os expõe a maiores situações de vulnerabilidade socioeconômica (OMS, 2012). Este fato exige uma resposta do Estado no sentido de garantir os direitos desse segmento, uma vez que o Sistema de Único de Saúde – SUS prevê acesso universal e gratuito a este tipo de serviço.

Contemporaneamente o Brasil ampliou a legislação voltada à PcD. O Plano Viver sem Limites, por exemplo, propõe articular políticas de acessibilidade, inclusão social, acesso à educação e a saúde, no intuito de avançar na equidade e exercício da cidadania das PcD (BRASIL, 2013). Em específico, na área da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência – PNSPPD<sup>2</sup>, instituída em 2002, visa organizar as ações voltadas às PcD, com o propósito de proteger e reabilitar a saúde desse segmento (BRASIL, 2002). Somado a isto, a implantação da Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência – RCSPcD, propõe organizar os serviços de referência para desenvolver ações que envolve a atenção básica, especializada, hospitalar, urgência e emergência, objetivando qualificar o atendimento e expandir serviços voltados a prevenção, promoção e reabilitação da saúde das PcD (BRASIL, 2012a).

No âmbito dos serviços especializados a RCSPcD é composta por: Estabelecimentos habilitados em um serviço de reabilitação, que realizam diagnose e terapia em apenas uma

---

<sup>2</sup> Ao entrar em desuso, devido o estigma contido na nomenclatura “Pessoa portadora de deficiência”, esta política passou a ser chamada de Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPcD, uma vez que a expressão Pessoa com Deficiência, ressalta sobretudo a pessoa independente de sua condição física ou cognitiva.

deficiência, a depender do serviço; Centros de Especialidades Odontológicas – CEO, oferecem atendimento odontológico; e os Centros Especializados em Reabilitação – CER, divididos em três modalidades: CER II – oferece dois tipos de reabilitação, CER III – oferece três tipos de reabilitação, CER IV – oferece serviços para quatro tipos de reabilitação. Eles caracterizam-se por atendimento ambulatorial voltado à reabilitação. Realizam diagnóstico e tratamento, bem como concessão e ajustes de tecnologias assistivas, nas chamadas Oficinas Ortopédicas (BRASIL, 2012a).

No entanto, o acesso da PcD aos serviços de saúde se trata de um fenômeno complexo, e sua garantia ultrapassa a existência legal e física da RCSPcD, pois, está situado na relação entre aspectos que abarcam desde a existência do serviço e seu potencial de produção até os fatores individuais de uma população que irão resultar em diferentes experiências na busca e utilização do serviço. Configura-se, portanto, como um processo que envolve aspectos subjetivos, políticos, econômicos e sociais.

Ao entender que o acesso envolve dimensões que estão além da sua garantia legal e da disponibilidade física de serviços, a efetivação desta rede de cuidado e da integralidade, se torna algo complexo e muitas vezes fragilizada (MACHADO *et al.*, 2018). Pois, um dos maiores desafios no âmbito dos direitos das PcD, trata-se justamente da efetivação daquilo que está posto em lei (MAIOR, 2015). Diante disto, este estudo objetiva analisar como se dá o acesso aos serviços especializados da rede de cuidados à pessoa com deficiência na cidade do Recife, a partir da dimensão adequação, apresentada por Levesque, Harris e Hussel (2013).

## PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso (YIN, 2005) que teve como caso único e exploratório o acesso das pessoas com deficiência aos serviços especializados de saúde. Esta pesquisa realizou um recorte dos serviços da atenção especializada em reabilitação da Rede de Cuidados da PcD e foi desenvolvida precisamente a partir de um Centro Especializado em Reabilitação – CER do tipo II. O nível de atenção hospitalar também foi inserido na pesquisa, com a inclusão de um hospital que mantém sistema de referência e contrarreferência com o CER II.

A escolha do CER II como locus para coleta de dados considerou o contexto de criação deste serviço em Recife. Esta cidade apesar de concentrar em seu território maior quantidade de tecnologias e serviços para diagnóstico e assistência à saúde da pessoa com deficiência, iniciou a estruturação de um CER sob gestão municipal, apenas em 2016, motivada pela epidemia do Zika vírus em 2015/2016, quando o estado de Pernambuco e Recife foram fortemente afetados com o intenso volume de crianças nascidas com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, as quais necessitavam de acompanhamento contínuo à saúde e cuidados do tipo reabilitação.

Além disso, considerando esta situação sanitária também foi instituída a Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência de Recife, em 2016, por isso, optou-se, para este artigo, apenas a análise da dimensão adequação do acesso.

Como instrumentos de pesquisa, foram utilizadas 3 fontes de dados, de natureza quantitativa e qualitativa, são elas: 1. Documental; 2. Sistemas de Informação em Saúde – SIS; e, 3. entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais e usuários.

Na fonte documental foram utilizados como documentos de referência: Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência; Portaria nº 793/2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde; Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência de Recife.

Já a pesquisa nos Sistemas de Informação em Saúde foi realizada na base de dados do Sistema de Informação Ambulatorial – SIA, explorado no Tabwin e obtido no site do DATASUS, de acesso aberto ao público. Inicialmente se pretendeu uma análise de toda produção ambulatorial voltada para PcD, no entanto, diante da impossibilidade de desagregação dos procedimentos voltados apenas para PcD, optou-se pela tabulação dos dados sobre a produção de OPM no período de 2009 a 2019.

Por fim, foram realizadas 9 entrevistas semiestruturadas com 2 profissionais do CER II; 2 profissionais do hospital; 2 mães/cuidadoras de crianças acompanhadas no CER II (uma com deficiência física e outra com deficiência intelectual); 2 pessoas com deficiência física internados no hospital e um gestor da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência de Recife, com experiência mínima de 1 ano. Todos os profissionais foram contatados a partir da mediação de suas respectivas coordenações. Um profissional do CER II foi informante chave para seleção dos usuários, devido sua possibilidade de comunicação com eles em tempos que os atendimentos estavam sendo principalmente de forma virtual. Um profissional do hospital também mediou o contato com os usuários da instituição, considerando a rotina do leito e a condição clínica do paciente.

Os conteúdos foram triangulados a partir dos dados analisados nas 3 fontes de evidência (YIN, 2005). Os dados quantitativos foram analisados por meio do método de regressão Joinpoint (ponto de inflexão) de Poisson por meio do Joinpoint Regression Program versão 4.4.2 (KIM *et al*, 2000). Já os dados qualitativos, foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin e da Condensação de significados de Kvale (BARDIN, 2011; KVALE, 2009). O conceito orientador da análise realizada é o da dimensão da adequação do acesso (LEVESQUE; HARRIS; RUSSELL, 2013). A partir deste, foram elencadas categorias empíricas para a realização da análise. São elas: 1) Processo de formação contínuo do trabalhador; 2) Relação usuário e serviço; 3) Deficiências estruturais da rede; 4) Regulação dos serviços; 5) Acesso a OPM.

Este artigo é produto da dissertação de mestrado “O acesso da pessoa com deficiência aos serviços especializados de saúde: um estudo de caso em uma capital do nordeste brasileiro”. Com parecer aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco e Certificado de Aprovação para Apreciação Ética – CAAE número: 35033020.0.0000.5208.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Entende-se que o processo de utilização do serviço de saúde possui consequências para o cuidado, influenciando, por exemplo, na adesão ao acompanhamento e na continuidade da linha de cuidado que o usuário precisa acessar. É neste sentido que Levesque, Harris e Russell (2013) introduzem a adequação.

Os tópicos apresentados nesta sessão de resultados se relacionam com a adequação, a medida que, apontam aspectos que influenciam na qualidade do serviço ofertado, bem como na continuidade do acesso aos serviços que são necessários ao cuidado. Portanto, traduz alguns fatores que demonstram como os serviços estão adequados à necessidade do usuário.

Ao partir da perspectiva proposta por Levesque, Harris e Russel (2013), para efetivação do acesso é necessária, além de outras características, a preparação contínua das equipes de profissionais de saúde que prestam o atendimento as PcD.

No entanto, os dados desta pesquisa evidenciam que não há espaços de formação para os profissionais do CER II, voltada para o trabalho neste tipo de serviço. O relato do profissional entrevistado evidencia a dificuldade:

“Não, a gente teve uns treinamentos. No período da questão do zika vírus, então teve vários treinamentos com relação ao atendimento dessa clientela que acaba sendo uma parte da questão também do atendimento da pessoa com deficiência”.  
(Profissional 1 do CER II)

Em 2015, assim como outros estados do Brasil, Pernambuco viveu uma intensa epidemia do vírus Zika, uma arbovirose causada pelo mosquito *aedes aegypti*. Associada a isso, houve grande número de nascimentos de crianças com microcefalia e, posteriormente, foi confirmada sua relação com a infecção congênita por Zika vírus (ARAÚJO *et al.*, 2018). Esta situação sanitária exigiu resposta governamental para ampliar a oferta de cuidados voltada à PcD e principalmente à estimulação precoce, apontando para necessidade de investimentos na RCSPcD.

Esse contexto foi determinante para a implantação do Núcleo de Desenvolvimento Infantil – NDI, em 2015, inicialmente voltado para estimulação precoce e posteriormente habilitado como CER II e da Política Municipal de Atenção Integrada à Saúde da Pessoa com Deficiência de Recife, em 2016,

Assim, observa-se a concentração de esforços governamentais durante a epidemia de Zika

e de Microcefalia, quando o serviço se estruturava enquanto NDI, uma vez que o trabalho de qualificação da equipe estava voltado para o atendimento desta demanda. Não há então, o investimento na formação do trabalhador voltado para o atendimento a PcD, a PNSPcD e a caracterização do CER.

O gestor entrevistado, reconhece a necessidade de investimento para qualificação de profissionais que atendem PcD, e aponta que durante sua gestão houve esta iniciativa, mas voltada para profissionais da atenção básica e com o foco na barreira atitudinal.

“Eu acho que o que pode melhorar é isso, você qualificar esse profissional para atender esse segmento [...] Uma das outras coisas que a gente tentou trabalhar foi essa questão de fazer, não diria curso, mas alguma “sensibilização” com alguns profissionais [...] Então a gente teve alguns encontros, iniciou mas não conseguiu dar continuidade, com profissionais, na atenção básica, nesse sentido, de falar da experiência de atender uma pessoa com deficiência, das dificuldades, de como abordar”. (Gestor)

Esta se trata de uma iniciativa importante, no entanto, é necessária a inclusão de outros segmentos de trabalhadores e a abordagem de outros tipos de barreira para além da atitudinal, pois, como demonstra Castro *et al.* (2021), a dificuldade de acesso ao serviço de saúde pela PcD se expressa por meio de diversos tipos de barreiras.

Além disso, a análise documental aponta que a PNSPcD prever treinamento e capacitação de recursos humanos no âmbito da atenção à saúde para estas pessoas, esta permanece como uma inadequação, que diminui a eficácia do serviço enquanto CER e da rede de cuidados à saúde da PcD.

Outros autores que também identificam a ausência de qualificação dos trabalhadores para atender as necessidades da PcD, demonstram que não raro, esse processo de investimento na formação profissional acontece por meio de iniciativas privadas do próprio trabalhador (CASTRO *et al.*, 2021). Contudo, esse é um compromisso que deve ser compartilhado com o Estado e demonstra como a política municipal e estadual de atenção à saúde da PcD precisa avançar na formação e qualificação do trabalho no cuidado para este segmento.

Apesar das dificuldades relacionadas ao processo de formação dos profissionais voltado para as necessidades dos usuários PcD, no que concerne a fala dos usuários sobre os atendimentos, tanto no serviço de reabilitação quanto no hospitalar, são experiências positivas.

“São maravilhosos, até para instruir. Às vezes eu quero explicar algo e não sei como descrever, e eles percebem assim do meu jeito de querer apontar, eles deduzem na hora o que eu quero dizer. Eles são bem atentos, são muito bem capacitados. A forma de me orientar como fazer em casa também” (Mãe de criança com deficiência intelectual).

“Explica, ele é bem atencioso. Esse doutor é um dez” (Pessoa com deficiência física 1)

Este é um aspecto relevante, pois sinaliza a possibilidade de construção de vínculos que

qualificam o atendimento, além de oferecer maior segurança para o usuário que usufrui do serviço de saúde. Contudo, cabe destacar, que o discurso dos usuários em contexto hospitalar pode estar influenciado pelo viés de gratidão, tendo em vista que as entrevistas foram realizadas no próprio leito do hospital.

Neste ponto, os profissionais do CER II, têm construído boas relações com os usuários, apresentando aspectos positivos sobre a capacidade técnica para condução do atendimento e as relações interpessoais, que tem sido desenvolvida no sentido de considerar a participação do usuário.

Somado a isso, cabe ressaltar a compreensão ampliada da acessibilidade e do cuidado à saúde de um profissional do CER II, a partir do entendimento do acesso ao serviço de saúde como um direito, que para a sua efetivação, envolve também transformações na sociedade.

“Que ela possa viver bem dentro da deficiência dela, mas com todos os recursos necessários para que ela tenha uma vida de qualidade, tenha uma vida inserida na sociedade, que ela possa fazer parte da sociedade como qualquer outra pessoa. Que tenha as adaptações necessárias que ela precisa [...] ter o direito dela como cidadão”. (Profissional 2 do CER II)

Nestes moldes a acessibilidade se constrói em uma perspectiva de justiça social, que converge com a proposta do Modelo Social da Deficiência, o qual entende a deficiência como uma experiência que é produto do encontro entre um corpo lesado e um contexto social não acessível, portanto, agrega aspectos que dizem respeito a estrutura da sociedade e insere a necessidade de mudanças para além do âmbito arquitetônico ou do ajuste de uma alteração meramente biológica (DINIZ, 2007).

A discussão sobre acessibilidade está atravessada pelo processo de Determinação Social da Saúde. Ou seja, as iniquidades vivenciadas no cotidiano da PcD e a dificuldade no acesso aos diversos serviços básicos, como educação, mobilidade, saúde e etc, é determinada por uma totalidade social, constituída por múltiplos complexos, distintos e articulados (saúde, ciência, trabalho, Estado, cultura, entre outros). Esta conjuntura enseja a necessidade de profundas mudanças na estrutura política, econômica e social do país, as quais de fato proporcionem condições para o surgimento de uma cidadania crítica e para o gozo do espaço social enquanto direito de todos. Trata-se, portanto, de uma mudança estrutural, da construção de um outro projeto de sociedade (BARRETO, 2019).

Cabe destacar, que apesar da referência a acessibilidade de forma ampliada pelo entrevistado, em outros momentos, este profissional demonstrou uma compreensão puramente biologicista sobre a deficiência. Essa contradição expressa a dificuldade para que a cidadania de fato seja alcançada pela PcD, e o legado de uma compreensão capacitista sobre a deficiência.

Sobre aspectos que envolvem a adequação, os usuários expuseram barreiras na garantia do

acesso, como a inadequação na continuidade do tratamento e a dificuldade do acesso em determinados espaços de saúde.

“Se tivesse onde continuar com as fisioterapias dela. A única coisa que me queixo é isso: é poder continuar e ficar de mãos atadas em relação a isso, e eu sabendo que ela precisa”. (Mãe de criança com deficiência física)

“É por partes, tem hora que a gente consegue, é fácil, a gente chega se admira. Outras demoram muito [...] No SUS agora tem várias terapias para crianças com microcefalia. Aí o que acontece, só é microcefalia da Zika, aí quer dizer que a outra microcefalia normal, não tem vez em canto nenhum?” (Mãe de criança com deficiência intelectual)

Isto recai na insuficiência de serviços especializados e na fragilidade da rede de saúde voltada para PcD, que tem se organizado de forma fragmentada. Por conseguinte, expressa a discrepância entre o pressuposto legal da universalidade do acesso e a real dificuldade que as PcD estão vivenciando para acessar os serviços especializados. Além disso, demonstra a especificidade do contexto em que houve uma priorização da oferta de reabilitação e “organização da rede” para crianças com microcefalia, devido a epidemia de Zika, enquanto que outras deficiências seguem com baixa assistência (ALBUQUERQUE *et al.*, 2019).

Historicamente, a atenção especializada à saúde, no Brasil, se constituiu como uma das grandes dificuldades na construção do SUS. A insuficiência de recursos e serviços no âmbito da rede especializada pública, impõe por exemplo a escassez de leitos e vagas para determinadas especialidades. Essa é uma realidade atravessada por fatores complexos como a interdependência entre o setor público e privado no contexto de saúde brasileiro, pois a hegemonia neoliberal possibilitou a expansão e concentração de serviços especializados na iniciativa privada, retraindo a organização desse tipo de serviço no SUS (TESSER; NETO, 2017).

A insuficiência de serviços na rede de atenção à PcD, é uma barreira de acesso, que acaba se desdobrando em um longo tempo de espera para o atendimento. Além disso, o CER II em estudo não possui estrutura física, recursos humanos e materiais adequados para funcionamento como CER II, o que, por conseguinte tem influência na falta de vagas e no tempo que os usuários esperam para conseguir acessar o serviço. A condição é reconhecida por profissional do serviço:

“É, tempo de espera. E mesmo assim tem pessoas que relatam que para conseguir o atendimento com a neuropediatra passou dois anos na fila de espera. Porque a gente só tem uma neuro para todo Recife. E para chegar muitas vezes na reabilitação tem que passar pela especialista para eles prescreverem a reabilitação, então imagina o tempo que a pessoa vai perdendo”. (Profissional 1 do CER II)

Estes fatores comprometem a integralidade do cuidado e a universalidade do acesso, princípios que regem a organização do SUS. A insuficiência de serviços na rede, e com isso o maior tempo de espera por atendimento, ou até mesmo a falta de assistência em tempo hábil, por sua vez podem ter impactos negativos na vida do usuário e no seu prognóstico (TESSER; NETO,

2017; ALMEIDA; GIOVANELLA; FILHO; LIMA, 2019). Há estudos demonstrando que na RCSPcD, permanece esse obstáculo, com a formação de vazios assistenciais para determinados tipos de deficiência a depender do território (MACIELL *et al.*, 2020).

A insuficiência de serviços e de recursos também está diretamente relacionado ao subfinanciamento do SUS. Identificado como um dos grandes obstáculos à concretização do SUS, o subfinanciamento tem origem com o próprio surgimento do sistema, período que o neoliberalismo se destaca em detrimento dos valores civilizatórios do SUS. Algumas medidas, como a Emenda Constitucional – EC 95/2016 e o movimento Saúde+10, em 2012, foram tomadas no intuito de adequar o financiamento da saúde pública (PAIM, 2018).

No entanto, este objetivo nunca foi de fato atingido, e a adoção de políticas de austeridade associada à EC 95, contribuíram significativamente para o agravamento do subfinanciamento crônico do SUS. Diante da EC 95 e sua repercussão na saúde, fala-se então de desfinanciamento do SUS, já que a expectativa de perda para as Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS é de R\$ 800 milhões, entre 2020 e 2036. Isso impede o crescimento de investimentos em gastos sociais e desconsidera por exemplo, o crescimento populacional, a transição demográfica e epidemiológica, a necessidade de construção e fortalecimento da RAS (MENEZES; MORETTI; REIS, 2019).

Este dado é importante para destacar que a insuficiência da atenção especializada torna, em especial, a oferta para a deficiência intelectual mais difícil, devido à necessidade de articulação de diversas especialidades. Essa complexidade é evidenciada no trecho:

“A [deficiência] intelectual ainda é uma grande dificuldade, porque às vezes ela carrega uma série de sequelas [...] Então a grande dificuldade seria nesse sentido por que não seria algo específico, ele demanda uma multiplicidade de ações maior, e de um nível mais elaborado, pouca coisa se consegue se fazer”. (Gestor)

Este relato corrobora com os resultados de outras pesquisas que analisam a assistência para este grupo como um desafio para a rede de atenção à PcD, sobretudo, pela forte necessidade da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade que este segmento impõe no cuidado, em relação às outras deficiências. O itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com deficiência intelectual é marcado pela dificuldade do acesso ao serviço de saúde e pela passagem por diversas instituições (CERQUEIRA; ALVES; AGUIAR, 2016).

Em parte, isto se deve à menor organização política e capacidade representativa em espaços públicos das pessoas com deficiência intelectual. As quais acabam tendo uma mobilização reduzida na luta por medidas governamentais que auxiliem sua autonomia e liberdade e contribuam com a defesa das necessidades específicas desse grupo (MAIOR, 2017).

Esse quadro compromete o acesso aos serviços de saúde, a qualidade do cuidado e enseja a necessidade de articulação entre a Política de Atenção à Pessoa com Deficiência e a Política de

Saúde Mental, de forma que o usuário possa transitar entre serviços de reabilitação e de saúde mental de acordo com sua necessidade, tendo a possibilidade de uma linha de cuidado traçada em coerência com a perspectiva integral.

Além dessas dificuldades, a insuficiência de serviços na rede insere diversos entraves no sistema de regulação, que possuem forte repercussão na continuidade do cuidado. A regulação se configura como uma ferramenta de gestão, que auxilia o desenho das políticas de saúde, bem como a organização, o controle e a avaliação da atenção à saúde. Um dos objetivos da introdução da regulação em saúde é potencializar a gestão de equipamentos e recursos humanos, e o acesso aos serviços de saúde (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013). Inclusive, o conceito de Regulação assistencial, desde a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, mas principalmente a partir do Pacto pela Saúde está associado à equidade e ao acesso adequado e oportuno aos serviços de saúde (MELO *et al.*, 2021).

Nesta pesquisa a regulação perpassou em diversas discussões. Observou-se a regulação restringiu o acesso inicial ao serviço de saúde.

“Por que agora é mais fácil, como agora eu já estou no CER II, eu só vou a coordenadora ou então se passar três meses de uma consulta, a coordenadora já sabe e já remarca. Então se tudo eu consigo pela regulação é por que eu já estou dentro, mas eu não esqueço a dificuldade que foi entrar”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

Em tese para além de um instrumento burocrático que organiza a oferta de vagas, a regulação assistencial possui grande capacidade de reduzir as iniquidades do acesso. Pois sua função primordial é adequar a necessidade do usuário e a oferta de serviços, mediante um estudo e diagnóstico das necessidades locais. Assim, implica articulações da esfera técnica e política, na produção de respostas adequadas ao que o usuário precisa do ponto de vista clínico (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

A discussão sobre regulação e o acesso aos serviços, e, por conseguinte a construção de redes regionalizadas, está atravessada por aspectos cruciais, como: subfinanciamento crônico do SUS, a relação entre público e privado tecida no sistema de saúde e a diversidade e desigualdade presente no seu território, fatores que se associam ao sistema de governança da RAS. Descontextualizados desses aspectos que entram o acesso ao serviço de saúde, a regulação pode ser reduzida a mero instrumento burocrático na gestão de procedimentos, aproximando-se mais de algo que “regula a escassez” e por isso expõe tanta dificuldade na gestão de vagas por atendimento (MELO *et al.*, p. 19, 2021).

Estes discursos em que a regulação aparece restringindo o acesso inicial ao serviço de saúde, apresenta uma questão importante: a cultura do alcance de vagas por encaixe fora da regulação, com profissionais ou pessoas conhecidas que mediam a ocupação de vagas para exames,

por exemplo. Pois, se a regulação surge para desprivatizar as vagas, mas, diante da escassez de vagas não o faz, acaba tornando o usuário suscetível a busca de outras formas de acesso ao serviço de saúde.

Conforme a profissional 2 do hospital esta inclusive ainda é uma realidade no contexto hospitalar, que apesar de ter melhorado após o sistema de regulação, ainda permanece principalmente por intervenções de cunho político.

“Politicamente ainda é muito forte essa presença, na vaga, de um político [...] Cirurgias, canceladas por que botam preferências na frente. [...] É aquela pessoa que liga para o diretor e diz “oh tem um fulano de tal aí que é fulano de tal, e tal e tal, e tem que fazer essa cirurgia, então os outros são esquecidos. Isso, deficiente ou qualquer uma pessoa”. (Profissional 2 do hospital)

Alguns autores entendem a regulação como uma produção social, em que atua diversas forças de poder e de interesses. Por isso, afirmam haver diferentes tipos de regulação na produção dos mapas de cuidado dos usuários, para além da tradicional regulação governamental. Nesta compreensão, a regulação clientelística se trata deste modo de acesso aos serviços, mediado por figuras políticas, que se utilizam basicamente da barganha e da pressão para flexibilizar e agilizar os fluxos normais de acesso. O resultado dessa relação clientelista é por um lado a conquista de votos (e com isso a soma de apoio para seu projeto governamental) a partir do prestígio conquistado pelo ator político, e por outro lado, a redução da capacidade política e operacional da regulação governamental de produzir o acesso equitativo (CECÍLIO *et al*, 2014).

Para além do acesso da PcD, esta é uma prática que vai contra a universalidade do acesso, restringe o uso dos serviços de saúde para diversos usuários e esvazia o sistema de regulação, tornando-o um instrumento sem eficácia.

Os relatos citados demonstram que a regulação se apresenta como uma questão emblemática. Além dos aspectos analisados, houve queixas referentes a barreira geográfica que a regulação muitas vezes impõe, com uma marcação que insere grande distância entre o serviço de saúde e a residência do usuário.

“Todas as vezes que eu pedi encaminhamento [...] dizia que tinha que primeiro vir para o sistema e o sistema que jogava. Uma vez jogou para um hospital bem longe, lá em Casa Amarela. Eu não fui, porque para mim ficava muito difícil chegar até lá”. (Mãe de criança com deficiência intelectual)

A questão geográfica tem sido analisada como uma das dificuldades do Sistema de Regulação - SISREG. O SISREG é uma ferramenta potente para análise da disponibilidade de vagas, contudo encontra seus limites na medida em que o local de atendimento fica sob escolha do regulador, o que não permite a regionalização dos procedimentos que estão sendo regulados. Outra pesquisa também aponta este fator como dificultador da acessibilidade geográfica do usuário (PINTO; SORANZ; SCARDUA; SILVA, 2017).

Associado a isso, vale ressaltar que a organização da regulação assistencial está atravessada por fatores políticos e por uma arena de conflitos entre interesses públicos e privados que determinam a governabilidade da gestão no desenvolvimento de projetos de regulação no SUS. Observa-se que no caso de Recife, a Secretaria Municipal de Saúde teve baixa governabilidade para descentralização da oferta da rede complementar, que permaneceu concentrada em determinados bairros e alinhada aos interesses privados ao invés da necessidade assistencial do território (ALBUQUERQUE; MORAIS; LIMA, 2015). Isto tem um impacto importante na acessibilidade geográfica do usuário, principalmente porque já é sabido a forte atuação do setor complementar no SUS.

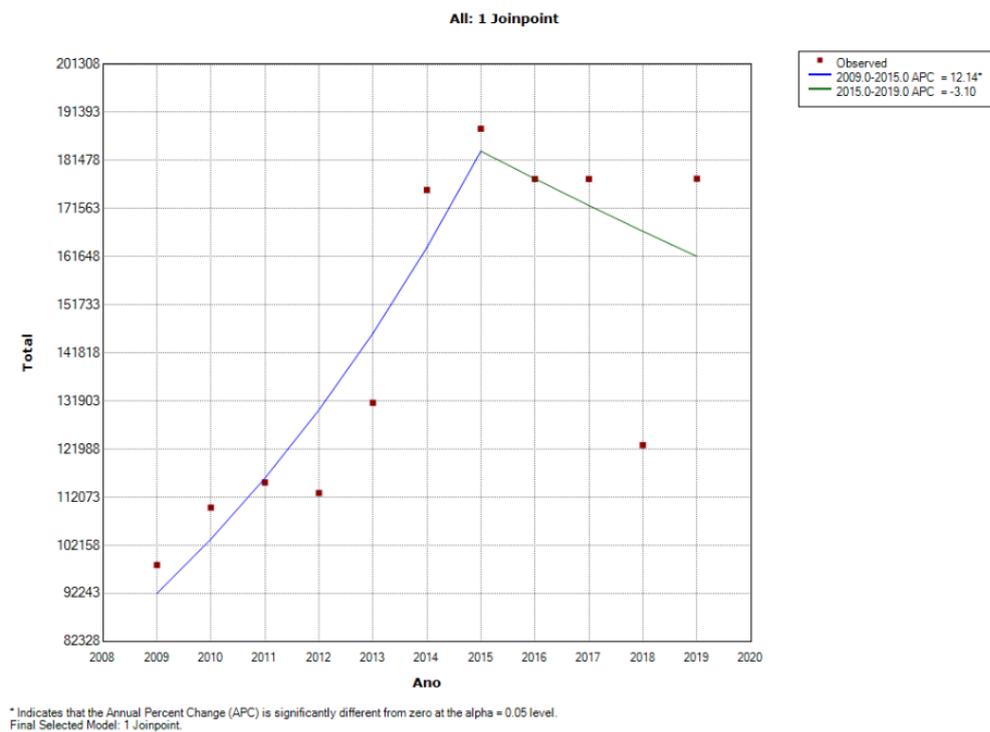
Além desses entraves na adequação do acesso, há dificuldades no setor de OPM, marcado pelo atraso no acesso a estas tecnologias.

“A gente encaminha para uma órtese, prótese, uma questão de adaptação, ou para cadeira de rodas, ela tira as medidas já direitinho, já vai com tudo certinho. Mas às vezes demora, é que a demanda é realmente muito grande para esses serviços. Então a gente encaminha e nem sempre vai ser rápido [...] Eles conseguem, mas eles demoram”. (Profissional 2 do CER II)

A garantia de OPM tem sido um grande desafio para PNSPcD. Dados do Ministério da Saúde demonstram diversos pontos críticos das oficinas ortopédicas, no âmbito da gestão, formação e inovação, que resultam em uma cobertura insuficiente, e, portanto, um longo tempo de espera para o acesso nas tecnologias assistivas (BRASIL, 2020a).

A tendência da produção ambulatorial de OPM em Recife, demonstra que essa questão se agrava principalmente a partir de 2015, momento em que há um declínio nessa oferta.

Figura 2. Tendência da produção Ambulatorial do subgrupo (0701) órteses, próteses e materiais especiais, segundo modelo Joinpoint, por forma de organização no município do Recife.



Fonte: SIA, 2021

A capacidade de cobertura do SUS para OPM é de apenas 42%, e a falta de uma Rede de Oficinas formal para troca de experiências também tem sido entendido como um dos dificultadores na garantia de OPM (BRASIL, 2020a).

Além disso, dados do IBGE (2021) demonstram que os recursos de OPM mais custosos são em grande medida acessados por meio do SUS. Por exemplo, 54% das pessoas que possuem próteses conseguiram através do SUS; 45,7% das órteses; 44,5% de aparelhos auditivos; e 40,1% de implantes cocleares também foram obtidos pelo SUS. Isso evidencia que muitos usuários precisam, ou até mesmo dependem do SUS para conseguir acessar algum tipo de tecnologia assistiva. Isso corrobora a necessidade de investimento no sentido de ampliação do acesso a OPM, uma vez que o Brasil possui um arcabouço legal que visa garantir e ampliar essa oferta.

Barroso (2019), demonstra que a ampliação do acesso e otimização da aquisição de OPM, está ligada aos processos de concessão desses materiais. Ou seja, ressalta a necessidade de uma análise para o financiamento das políticas, os fluxos que estão sendo executados, os itinerários terapêuticos dos usuários para obtenção de OPM e as relações público-privada que permeiam esse espaço.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo evidenciou que a constituição dessa rede temática no município ainda é

incipiente, não havendo, portanto, um desenho dos serviços que aponte para um funcionamento em rede, uma vez que esta organização dos serviços, se deu, motivada principalmente pela Epidemia de Zika e microcefalia.

A insuficiência de serviços, dificulta a continuidade do cuidado e se desdobra em outras fragilidades, como os entraves enfrentados pela regulação, que por sua vez também repercute de forma negativa na adequação do serviço. O desafio na garantia de OPM, trata-se de outro fator que torna o serviço em desacordo com a necessidades do usuário.

Além disso, apesar da adequação na relação interpessoal desenvolvida com o usuário do CER II, contribuir para o acesso, a falta de investimento para formação do trabalhador que atende este segmento, aponta para dificuldades no processo de trabalho que podem restringir o acesso ao serviço de saúde.

A adequação abordada nesse trabalho está em constante interação com as outras dimensões, demonstrando como o acesso é um fenômeno complexo. A construção social sobre a deficiência, o desfinanciamento do SUS e a relação público privada no âmbito do sistema de saúde são aspectos que agravam a dificuldade de garantia do acesso e apontam a necessidade de uma resposta do Estado para esta questão, para que de fato os direitos garantidos em lei possam ser gozados e uma sociedade com maior inclusão e equidade possa ser construída.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M do S V de *et al.* Regulação assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade** [online]. 2013, v. 22, n. 1, pp. 223-236. ISSN 1984-0470. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100020>>. Acesso em 09 de janeiro de 2021.

ALBUQUERQUE, M do S V; MORAIS, H M M de; LIMA, L P. Contratualização em saúde: arena de disputa entre interesses públicos e privados. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2015, v. 20, n. 6, pp. 1825-1834. ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.11862014>>. Acesso em 05 de março de 2021.

ALBUQUERQUE, M do S V; *et al.* *Access to healthcare for children with Congenital Zika Syndrome in Brazil: perspectives of mothers and health professionals.* **Health Policy and Planning**, vol. 34, nº 7, 2019, pp. 499–507. Disponível em <https://doi.org/10.1093/heapol/czz059>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

ALMEIDA, P F de; GIOVANELLA, L; FILHO, M T M; LIMA, L D. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde**

**Coletiva** [online]. 2019, vol. 24, nº 12, pp. 4527-4540. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.25562019>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

AMORIM, E G; LIBERALI, R; MEDEIROS NETA, O M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS (IFRN)**, vol. 1, pp. 224-236, fev. 2018. ISSN 1807-1600. Disponível em: <<https://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2020.

ANDERSEN, R M. *Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter?* **Journal of Health and Social Behavior**, vol. 36, nº. 1, American Sociological Association, Sage Publications, Inc., pp. 1–10, 1995. Disponível em <<https://doi.org/10.2307/2137284>>. Acesso em 09 de janeiro de 2020.

ARAÚJO, T V B. *et al. Investigators from the Microcephaly Epidemic Research Group; Brazilian Ministry of Health; Pan American Health Organization; Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira; State Health Department of Pernambuco. Association between microcephaly, Zika virus infection, and other risk factors in Brazil: final report of a case-control study.* **LANCET INFECT DIS**, 2018 vol. 18, nº 3, pp. 328-336. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29242091/>>. Acesso em 15 de setembro 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARRETO, N M A de J. **Determinantes Sociais da inclusão Profissional da Pessoa com Deficiência**, 2019. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2019.

BARROSO, R B. O acesso à órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção no Sistema Único de Saúde de uma microrregião de saúde do município de São Paulo. Dissertação (mestrado) - **Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**. Programa de Ciências da Reabilitação. São Paulo, 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Anexo da portaria nº 1.060 de 5 de junho de 2002. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição: 219, Seção: 1, p. 81. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)> Acesso em 02 de setembro de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Pesquisa “CERBRASIL: Avanços, Desafios e Operacionalização dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), 2020a.**

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA nº 793 de 24 de abril de 2012. **DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO**, Edição 72, Seção: 1, p. 81. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)> Acesso em: 13 de setembro de 2019.

BRASIL. SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA (SDH/PR). SECRETARIA NACIONAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA (SNPD). **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** SDH-PR/SNPD, Brasília, 2013.

CASTRO, A. M. M. de. *et al.* Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas E Cuidado: Revista De Saúde Coletiva**, 2021, vol. 2, e11351. Disponível em <<https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

CECILIO, L C de O *et al.* O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, nº 7, pp. 1502-1514. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00055913>>. Acesso em 11 de agosto de 2021.

CERQUEIRA, M M F; ALVES, R de O; AGUIAR, M G G. Experiências vividas por mães de crianças com deficiência intelectual nos itinerários terapêuticos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2016, vol. 21, nº 10, pp. 3223-3232. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17242016>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2007.

DONABEDIAN, A. *An introduction to quality assurance in health care.* New York: Oxford University, 2003.

FRENK, J. **The concept and measurement of accessibility.** In: White, KL. Health Services Research: An Anthology. Washington: PAHO, 1992.

KIM, H J. *et al.* Permutation tests for joinpoint regression with applications to cancer rates. **Stat Med.** 2000, vol. 19, nº 3, pp. 335-351. Disponível em

<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10649300/>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

KVALE, S.; BRINKMANN, S. *Interviews: learning the craft of qualitative research Interviewing*. 2ed, SAGE, 2009.

LEVESQUE, J-F.; HARRIS, M.F.; RUSSELL, G. *Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations*. **International Journal for Equity in Health**, 2013, vol. 12. n° 18. Disponível em <<https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>> Acesso em 18 de outubro de 2019.

MACHADO, W C A. *et al.* INTEGRALIDADE NA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2018, vol. 27, n° 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MACIELL, F J. *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. **CoDAS** [online]. 2020, vol. 32, n° 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-1782/20202018104>>. Acesso em 11 de janeiro de 2022.

MAIOR, I. M. M. de L. (2017). Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. **Inclusão Social**, vol. 10, n° 2. Disponível em <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4029>. Acesso em 11 de janeiro de 2021.

MAIOR, I. **Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência**. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2015. Disponível em: <<http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto2.pdf>> Acesso em 18 de outubro de 2019.

MELO, E A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. 2021, vol. 31, n° 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310109>>. Acesso em 20 de outubro de 2021.

MENEZES, A P do R, MORETTI, B e REIS, A A C dos. O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate** [online]. vol. 43, n. 5, pp. 58-70. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>>. Acesso em: 26 de julho de 2021.

OLIVER, A.; MOSSIALOS, E. **Equity of access to health care: outlining the foundations for action**. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 58, p. 655–658, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre a deficiência** [*World Health Organization, The World Bank*]. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo: Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência de São Paulo (SEDPcD), 2012.

PAIM, J S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], 2018, vol. 23, nº 6, pp. 1723-1728, ISSN 1678-4561. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. Acesso em 12 de janeiro de 2021.

PINTO, L F; SORANZ, D; SCARDUA, M T; SILVA, I de M. A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2017, vol. 22, nº 4, pp. 1257-1267. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>>. Acesso em 15 de agosto de 2021.

STARFIELD, B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, Unesco: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>> Acesso em: 09 de dezembro de 2019.

TESSER, C D; NETO, P P. **Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):941-951, 2017.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online], 2004, vol. 20, suppl. 2, pp. 190-198. ISSN 1678-4464. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>>. Acesso em 09 de janeiro de 2022.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.