

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE
FOZ DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM
REGIÃO DE FRONTEIRA - MESTRADO**

FÁTIMA MOUSTAFA ISSA

**Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em
um município de fronteira**

**FOZ DO IGUAÇU
2022**

FÁTIMA MOUSTAFA ISSA

**Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em
um município de fronteira**

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Pública em Região de Fronteira - Mestrado, do Centro de Educação, Letras e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Adriana Zilly

FOZ DO IGUAÇU
2022

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Moustafa Issa, Fátima

Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em um município de fronteira / Fátima Moustafa Issa; orientadora Adriana Zilly. -- Foz do Iguaçu, 2022.
90 p.

Dissertação (Mestrado Acadêmico Campus de Foz do Iguaçu) -- Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Centro de Educação, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2022.

1. Acesso aos Serviços de Saúde. 2. Pessoas com Deficiência. 3. Integralidade em Saúde. 4. Saúde na Fronteira. I. Zilly, Adriana, orient. II. Título.

ISSA, F. M. **Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em um município de fronteira.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Foz do Iguaçu, 2022.

Aprovado em __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador Profa. Dra. Adriana Zilly
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Campus Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Prof. Dra. Rosane Meire Munhak da Silva
Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Campus Foz do Iguaçu (UNIOESTE)

Prof. Dra. Chris Mayara Tibes-Cherman
Faculdade União das Américas (UNIAMÉRICA)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Criador pela vida e por essa conquista.

Ao meu pai Tufik M. Issa (in memorian) e minha mãe Sobhie I. Issa, por me ensinarem o valor da educação, honestidade, justiça, humildade e respeito a todas as vidas vividas. Vocês sempre foram meu porto seguro.

À minha filha Sophia, por ser minha inspiração e estar comigo em todos os momentos dessa caminhada.

Aos meus irmãos, pelo amor e união de nossa família, essa é a maior riqueza de um ser humano.

À minha amiga Leticia Miller, por me incentivar a fazer o mestrado e nunca me deixar esmorecer. Por estar sempre pronta para me ajudar nas correções mesmo nas horas mais difíceis.

À Gabriela Dominicci, Aurora Tontini e André Brito, pelo conhecimento compartilhado, cujo valor foi inestimável para que essa pesquisa se concretizasse.

Aos meus colegas de mestrado pela troca de conhecimentos, pelo companheirismo e apoio quando mais precisei. Vocês vão estar sempre no meu coração.

A todos os professores do programa de Pós-Graduação, que me instruíram e ajudaram a superar as dificuldades. Aos que, diante da pandemia se mostraram guerreiros, armados de conhecimento, usando os livros como escudo, se reinventando a cada novo desafio e doando seus conhecimentos para que pudéssemos florescer. Hoje me curvo diante de vocês em respeito e reconhecimento.

À minha orientadora Adriana Zilly, que na forma segura e na arte de ensinar nunca perdeu a ternura, compartilhou seus conhecimentos plantando sonhos e esperança em minha trajetória, e nessa gentileza se mostrou uma fortaleza. Que não largou da minha mão nas dificuldades, sempre me direcionando ao melhor caminho. Em você me espelho, minha mestre, com muita gratidão e admiração.

A gestão municipal por permitir a realização desse estudo, abrindo as portas para a pesquisa; a todos os participantes entrevistados, trabalhadores, usuários, familiares e cuidadores, que sem eles esse estudo não seria possível.

"Para cada corpo que cai, mil se levantarão. As balas, as facadas, os enforcamentos, os estrangulamentos, os tiros, as fogueiras... só fizeram renascer sementes de luta, que brotaram e florescem feito os girassóis. E seremos primavera! E nossa defesa será para além dos golpes de luta pessoal, nossa defesa será coletiva, nas construções e garantias de políticas públicas inclusivas e reparadoras! Será a somatória das políticas dos movimentos sociais e das representações eleitas para os poderes legislativo e executivo. E vai ter pauta identitária, sim! Porque defendemos mais que identidades, defendemos existências!"

Régis Moreira

ISSA, F. M. **Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em um município de fronteira.** 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Centro de Educação, Letras e Saúde, Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientador: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída em 2012, a partir do programa Viver Sem Limites, teve como propósito a ampliação do acesso e a qualificação da oferta de cuidados às pessoas com deficiência. Em junho de 2018, Foz do Iguaçu, município de tríplice fronteira (Brasil – Paraguai – Argentina), foi contemplado com a implantação de um Centro Especializado em Reabilitação - nível IV, com abrangência na microrregião, composta por nove municípios da Nona Regional de Saúde. Esse estudo buscou analisar o acesso à Rede de Cuidados em Saúde das Pessoas com Deficiência em um município de fronteira. Tratou-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta quantitativa foi a partir do Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, e as variáveis expuseram os perfis sociodemográfico e epidemiológico dos usuários. Foi considerada população de estudo todos os usuários atendidos no Centro Especializado em Reabilitação, desde 2018, quando o serviço foi implantado. Os dados coletados foram lançados no Microsoft Office Excel®, em um instrumento estruturado com variáveis organizadas da seguinte forma: sexo, faixa etária, cor de pele/raça e modalidade de reabilitação e a análise bivariada foi realizada pelo teste do qui-quadrado, ainda, empregou-se a regressão de Poisson, considerando um nível de significância de 5%. Para o estudo qualitativo, foram entrevistados 11 trabalhadores e 14 usuários do serviço. A coleta de dados seguiu um roteiro semiestruturado por categoria de entrevistados, a partir de uma questão norteadora. Para análise dos dados, foi utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo, desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre. Constatou-se que, entre 2018 a 2021, foram atendidos 125.857 usuários, com predominância do sexo masculino (59,3%) e idade até 18 anos (47,6%). A reabilitação física foi a que mais se destacou, seguida da auditiva, intelectual e por último a visual. A maior parte dos usuários (69,6%), necessitou de mais de um tipo de reabilitação, não sendo contabilizados nas modalidades únicas. De acordo com a abordagem qualitativa, observou-se a desarticulação dos níveis de atenção, com os serviços especializados em reabilitação como centralizadores do cuidado. Há trabalhadores empenhados na produção do vínculo e melhoria da oferta do cuidado e usuários satisfeitos, conformados com a oferta de cuidado recebida, mas um município ainda carente na oferta de acesso e acessibilidade a essa população. Para que um sistema funcione de forma integrada na fronteira, é preciso legitimar todos os saberes envolvidos nessa construção, tornar unânime o pensamento de que toda vida importa, entender a urgência da criação de políticas públicas que incluam toda forma de existência e não permitir uma sociedade regida por um poder que controla e define a forma de ser “normal”, e dessa forma, assegurar a continuidade do cuidado às pessoas com deficiência, com a desburocratização do acesso à população de fronteira e estrangeiros.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde; Pessoas com Deficiência; Integralidade em Saúde; Saúde na Fronteira.

ISSA, F. M. **Access to the health care network of people with disabilities in a border municipality.** 88 f. Dissertation (Master in Public Health) - Center of Education, Literature and Health, Estate University of Western Paraná. Supervisor: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2022.

ABSTRACT

The Care Network for People with Disabilities, established in 2012, based on the “Living Without Limits” program, aimed to expand access and improve the provision of care to people with disabilities. In June 2018, Foz do Iguaçu, a triple-border county (Brazil – Paraguay – Argentina), was awarded with the implementation of a Level IV Specialized Rehabilitation Center, covering the micro-region, composed of nine counties of the Ninth Health Regional (9th RS). This study sought to analyze access to the Health Care Network for People with Disabilities in a border town. This was a descriptive study, with a quantitative and qualitative approach. The quantitative collection was based on the Health Management System of the Municipal Health Department of Foz do Iguaçu, and the variables dealt with the sociodemographic and epidemiological profiles of the users. All users attended at the Specialized Rehabilitation Center since 2018, when the service was implemented, were considered as the study population. The collected data were entered in a spreadsheet in the Microsoft Office Excel® software, in a structured instrument with variables organized as follows: sex, age group, skin color/race and rehabilitation modality, and the bivariate analysis was performed using the chi-square test as well as Poisson regression, considering a significance level of 5%. For the qualitative study, 11 workers and 14 service users were interviewed. Data collection followed a semi-structured script by category of respondents, based on a guiding question. For data analysis, the Collective Subject Discourse, developed by Lefèvre and Lefèvre, was used. It was found that, between 2018 and 2021, 125,857 users were served, with a predominance of males (59.3%), aged up to 18 years (47.6%). Physical rehabilitation was the one that stood out the most, followed by auditory, intellectual, and finally visual. Most users (69.6%) needed more than one type of rehabilitation, not being counted in the single modalities. According to the qualitative approach, the disarticulation of the levels of care was observed, with specialized services in rehabilitation as care centralizers. There are workers committed to creating bonds and improving the provision of care and satisfied users, satisfied with the provision of care received, but a municipality still lacking in the provision of access and accessibility to this population. For a system to function in an integrated manner on the frontier, it is necessary to legitimize all the knowledge involved in this construction, to make the thought that all life matters unanimous, to understand the urgency of creating public policies that include all forms of existence and not to allow a society governed by a power that controls and defines the way of being “normal”, and therefore to ensure the continuity of care for people with disabilities, with the reduction of bureaucracy in access to the border population and foreigners.

Keywords: Health Services Accessibility; Disabled Persons; Integrality in Health; Border Health.

ISSA, F. M. **Acceso a la red de atención en salud para personas con discapacidad en una ciudad fronteriza.** 88 f. Dissertación (Maestría en Salud Publica) – Centro de Educación, Letras y Salud, Universidad Estadual del Oeste del Paraná. Líder: Adriana Zilly. Foz do Iguaçu, 2022.

RESUMEN

La Red de Atención a Personas con Discapacidad, constituida en 2012, con base en el Programa “Vivir Sin Límites”, tuvo como objetivo ampliar el acceso y mejora de la atención a las personas con discapacidad. En junio de 2018, Foz do Iguaçu, ciudad de la triple frontera (Brasil – Paraguay – Argentina), se adjudicó la implantación de un Centro Especializado de Rehabilitación de Nivel IV, con amplitud en la microrregión, compuesta por nueve ciudades de la Novena Regional de Salud. Este estudio buscó analizar el acceso a la Red de Atención a la Salud para Personas con Discapacidad en una ciudad fronteriza. Se trata de un estudio descriptivo, con abordaje cuantitativo y cualitativo. La colecta cuantitativa fue a partir del Sistema de Gestión en Salud de la Secretaria de Salud de la ciudad de Foz do Iguaçu, y las variables sobre los perfiles sociodemográficos y epidemiológicos de los usuarios. Se consideró como población de estudio a todos los usuarios atendidos en el Centro Especializado de Rehabilitación desde el año 2018, cuando se implementó el servicio. Los datos recolectados fueron ingresados en una hoja de cálculo en el software Microsoft Office Excel®, e nun instrumento estructurado con variables organizadas de la siguiente manera: sexo, grupo de edad, color de piel/raza y modalidad de rehabilitación y, posteriormente, el análisis bivariada fue realizada por el test del qui-cuadrado, aun se agregó la regresión de Poisson, considerando un nivel de significado del 5%. Para el estudio cualitativo, fueron entrevistados 11 trabajadores y 14 usuarios del servicio. La recolección de datos siguió un guión semiestructurado por categoría de encuestados, a partir de una pregunta orientadora. Para el análisis de los datos se utilizó el Discurso del Sujeto Colectivo, desarrollado por Lefèvre y Lefèvre. Se averiguo que, entre 2018 y 2021, fueron atendidos 125.857 usuarios, con predominio del sexo masculino (59,3%), con edad hasta 18 años (47,6%). La rehabilitación física fue la que más se destacó, seguida de la auditiva, la intelectual y finalmente la visual. La mayoría de los usuarios (69,6%) necesitaban más de un tipo de rehabilitación, no siendo contabilizados en las modalidades únicas. De acuerdo con el abordaje cualitativa, se observó la desarticulación de los niveles de atención, con los servicios especializados en rehabilitación como centralizadores de atención. Hay trabajadores comprometidos en la producción del vínculo y mejora de oferta de cuidado y usuários satisfechos, que se mostraron satisfechos con la mejor atención recibida, pero una ciudad aun necesita una oferta de acceso y accesibilidad a esa población. Para que un sistema funcione de forma integrada en la frontera, es necesario legitimar todos los conocimientos implicados en esa construcción, convertir unánime el pensamiento de que toda vida importa, entender la urgencia de la creación de políticas públicas que incluyan toda forma de existencia y no permitir una sociedad gobernada por un poder que controla y define la forma de ser “normal”, y de esa forma asegurar la continuidad del cuidado a las personas con discapacidad, con la reducción de burocracia del acceso a la población de frontera y extranjeros.

Palabras-clave: Accesibilidad a los servicios de Salud; Personas con Discapacidad; Integralidad en Salud; Salud Fronteriza.

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AC	Ancoragem
ACDD	Associação Cristã de Deficientes Físicos
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AE	Atenção Especializada
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APASFI	Associação de Pais e Amigos Surdos de Foz do Iguaçu
APS	Atenção Primária em Saúde
ASPAS	Associação Solidária às Pessoas Autistas
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEM	Código de Ética Médica
CEMURA	Centro Municipal de Reabilitação Auditiva
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEP	Código de Endereçamento Postal
CEPAL	Comissão Econômica para América Latina e Caribe
CER	Centro de Especialidades em Reabilitação
CESUFOZ	Centro de Ensino Superior de Foz do Iguaçu
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COMUS	Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID19	Coronavírus
CPF	Cadastro de Pessoas Físicas
CREFI	Centro de Reabilitação de Foz do Iguaçu
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde

CRM	Conselho Regional de Medicina
DA	Deficiência Auditiva
DF	Deficiência Física
DI	Deficiência Intelectual
DIRS	Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional
DIUE	Diretoria de Urgência e Emergência
DM	Deficiências Múltiplas
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DP	Doença de Parkinson
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DSM-5	Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5. ^a ed.
DV	Deficiência Visual
DVASE	Divisão de apoio aos serviços especializados
DVATU	Divisão de atenção às urgências
DVESM	Divisão de equipamentos de saúde mental
DVFAR	Divisão de atenção farmacêutica
DVPSM	Divisão de promoção de saúde mental
DVREP	Divisão de residência e educação permanente
EC	Expressões Chave
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GM	Gabinete Ministerial
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Ideia Central
IN	Instrução Normativa
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPM	Órteses, Próteses e Meios de Locomoção
PC	Paralisia Cerebral
PCD	Pessoas com Deficiência
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PSF	Programa Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPCD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RG	Registro Geral
RS	Regional de Saúde
RNE	Registro Nacional do Estrangeiro
RNM	Registro Nacional Migratório
RSM-ES	Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel às Urgências
SIATE	Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma de Emergência
SMSA	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TCE	Traumatismo Crânio Encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEA	Transtorno do Espectro Autista
TEP	Tromboembolismo Pulmonar
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
TRM	Trauma Raquimedular
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIAMÉRICA	Faculdade União das Américas

UNICEF	Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Questões da pesquisa, categorização das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo geradas pelos trabalhadores do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	43
Quadro 2 - Caracterização dos Usuários. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	52
Quadro 3 - Questões da pesquisa, categorização das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo geradas pelos usuários do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características gerais dos atendimentos realizados no CER IV, de acordo com variáveis sociodemográficas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2018-2021.....	34
Tabela 2 - Frequências, absoluta e relativa, dos tipos de reabilitação realizadas no CER IV, de acordo com variáveis sociodemográficas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2018-2021.....	35
Tabela 3 - Frequências, absoluta e relativa, e razões de prevalência (RP), bruta e ajustada, dos procedimentos de reabilitação auditiva do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	37
Tabela 4 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação física do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	38
Tabela 5 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação intelectual do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	40
Tabela 6 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação visual do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022.....	41

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	19
2.1 OBJETIVO GERAL.....	19
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	19
3 QUADRO TEÓRICO	20
3.1 HISTÓRICO.....	20
3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	24
3.2.1 Acesso à Rede de cuidados em saúde à Pessoa com Deficiência	25
4 MÉTODO	29
4.1 TIPO DE ESTUDO	29
4.2 LOCAL DE ESTUDO E COLETA DE DADOS	29
4.3 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	29
4.3.1 Participantes da pesquisa	30
4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão	30
4.3.3 Análise de dados	30
4.4 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	30
4.4.1 Participantes da Pesquisa	31
4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão	31
4.4.3 Seleção e caracterização dos participantes das entrevistas	32
4.4.4 Análise de dados	32
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA.....	34
5.2 ABORDAGEM QUALITATIVA: ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DO CER IV.....	43
5.3 ABORDAGEM QUALITATIVA: ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO CER IV.....	51
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
7 REFERÊNCIAS	66
APÊNDICE A	80
APÊNDICE B	81
APÊNDICE C	82

ANEXO A.....	84
ANEXO B.....	86

1 INTRODUÇÃO

Segundo a legislação brasileira, a partir de 2015, a deficiência passa a ser compreendida como resultado entre o impedimento corporal e as barreiras socioambientais, resultando numa participação social deficitária (BRASIL, 2015).

Desde a antiguidade, toda forma de vida que difere dos padrões de normalidade definido pelos homens gerou sofrimento, exclusão e abandono. Pessoas nascidas com alguma deficiência eram rotuladas como fruto de maldição ou bruxaria e, muitas vezes, abandonadas à própria sorte, em cavernas ou florestas, para morrer. Nessa trajetória, a pergunta que não cala é: quem é o diferente, aquele que nasceu com alguma deficiência ou aquele que se nega a criar um mundo acessível, para que o outro possa transitar sem barreiras estruturais ou sociais, tendo autonomia e oportunidades como todo cidadão de direito? (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Para sanar essa e outras lacunas, o Governo Federal, em 2012, criou o programa Viver sem Limites, em que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) (BRASIL, 2019a). Vários CER foram construídos pelo Brasil, com o objetivo de que interagissem em rede com os demais serviços já existentes nos municípios, fortalecendo, assim, a RCPCD. Estes CERs construídos, além de excelente estrutura física, ofertavam, também, o transporte especializado para os usuários da RCPCD (TUON; CERETTA, 2017; SANTOS *et al.*, 2020; BRASIL, 2021a).

Em julho de 2015, embasado na Convenção Internacional sobre os Direitos das PCD, ocorrida em 2009, foi criado o Estatuto da Pessoa com Deficiência, através da Lei nº 13.146 (BRASIL, 2015). Consta, em seus artigos 6º, 84º e 85º, que a deficiência não afeta a plena capacidade civil, retirando as PCD da categoria de incapazes e meros merecedores de caridade e assistencialismo, para sujeitos de direitos e deveres. O sonho pela garantia da acessibilidade e igualdade de tratamento começa a se configurar; a pessoa passa a ser valorizada em toda sua forma de vida e, dessa forma, uma luta pelo respeito começa a ser trilhada (PEREIRA; SARTORI, 2019).

Apesar da legislação vigente, para uma efetiva resolutividade dessa rede de cuidados, faz-se importante entender como realmente as PCD vivem e quais são as barreiras de acesso e acessibilidade, sejam elas arquitetônicas, atitudinais e/ou organizacionais que, muitas vezes, as impossibilitam de buscar atendimento à saúde. Alguns exemplos entre essas barreiras são as calçadas danificadas, as rampas inadequadas, os sanitários sem adaptação, o preconceito, a falta de sensibilidade e de conhecimento por parte dos profissionais, além da descontinuidade dos atendimentos, resultando, muitas vezes, no afastamento das PCD do que lhes é garantido por

lei (ARAÚJO *et al.*, 2018).

Dentre as pessoas mais vulneráveis, encontram-se as PCD, que comumente se deparam com barreiras atitudinais e/ou ambientes, que as impedem da plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de oportunidades com as demais. No mundo, existem mais de um bilhão de indivíduos com algum tipo de deficiência, estima-se que, aproximadamente, 12% da população da América Latina e do Caribe tem alguma deficiência, o que equivale a 70 milhões de pessoas. Baseado em dados da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), reunidos a partir da informação censitária de 18 países, as limitações visuais e de mobilidade se sobressaem, seguidas pelas deficiências de audição e da fala (na América Latina) e pelas dificuldades relacionadas com as funções mentais e a destreza (no Caribe) (RIBEIRO, 2016). Ademais, segundo dados do Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), 150 milhões de crianças têm alguma deficiência. Nessa perspectiva, o acesso à educação inclusiva se firma como mais um obstáculo (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019).

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), 20% das pessoas que se apresentam abaixo da linha de pobreza apresentam algum tipo de deficiência; com a pobreza e a deficiência associadas, o cenário de vulnerabilidade se agrava, escancarando que a pandemia vigente do coronavírus está aprofundando ainda mais o quadro de desigualdades (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2019; LIMA, 2020; PEREIRA, 2020; ROTHAN; BYRAREDDY, 2020; SÁ, 2020).

Ao se refletir sobre a diversidade e especificidade de cada tipo de deficiência, na demanda de acessibilidade da informação e da comunicação, a situação se torna mais complexa. Se fazem necessárias estratégias que considerem a partir do princípio da equidade, as necessidades específicas de cada PCD, já previstas nas legislações e políticas públicas vigentes (MEDEIROS *et al.*, 2017; PRAXEDES, 2020).

De acordo com o censo de 2010, 23,9% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, totalizando um contingente de 45,6 milhões de pessoas. Considerando que Foz do Iguaçu apresenta uma população estimada de 256.081 mil habitantes, 23,9% dessa população corresponde à um total aproximado de 61.203 pessoas com algum tipo de deficiência no município (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012a; INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL, 2022).

Foz do Iguaçu é um município fronteiriço, e, segundo Giovanella *et al.* (2007), nas fronteiras, onde os espaços se apresentam com diferentes sistemas políticos, de proteção social e de segurança, desencadeando tensões e variados desafios para os gestores do sistema de saúde

local, faz-se necessário políticas públicas específicas para promover e garantir o direito universal à saúde a todos os indivíduos (BRASIL, 1979; CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017).

Tendo em vista os pilares do Sistema Único de Saúde (SUS), a gratuidade do sistema brasileiro e a universalidade do acesso, a busca por atendimento nos serviços de saúde por estrangeiros provenientes do Paraguai e Argentina torna-se frequente (HIGASHI, 2019; TEIXEIRA *et al.*, 2019).

Nos repasses de recursos do governo federal, a população flutuante não é contabilizada, prejudicando a efetiva integração nas fronteiras, a qual necessita de políticas estruturadas e articuladas internacionalmente para alavancar o desenvolvimento social e sobrelevar as diferenças legislativas. Sem a legitimização dos processos da população transfronteiriça, as discriminações, instabilidade e descontinuidade do acesso aos serviços de saúde se tornam barreiras para uma organização regional mais equânime (CARVALHO; JESUS; SENRA, 2017; AIKES; RIZOTTO, 2018; LISBOA; PERON, 2019; BRASIL, 2021b).

Diante desse contexto, surgiu a questão norteadora: Como ocorre o acesso à saúde, ofertado para PCD no município de Foz do Iguaçu? e Quais as dificuldades existentes na rede de cuidados à saúde das PCD em região de fronteira?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar o acesso à Rede de Cuidados em Saúde das Pessoas com Deficiência em um município de fronteira.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar as pessoas com deficiência, atendidas no Centro Especializado em Reabilitação Dr. José Carlos Azeredo de Foz do Iguaçu, nas quatro modalidades de reabilitação;
- Identificar o perfil de atendimento das Pessoas com Deficiência em um município de fronteira;
- Analisar a associação entre diferentes tipos de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual) e variáveis sociodemográficas nessa mesma população;
- Identificar os fatores relacionados ao acesso à Rede de Cuidados em Saúde das Pessoas com Deficiência.

3 QUADRO TEÓRICO

Não se pode discorrer sobre a rede de cuidados à saúde da PCD sem antes fazer uma retrospectiva da história de toda a caminhada da Saúde Pública no Brasil; uma terra em que o povo sofre, mas não sucumbe, não desiste nunca de sua luta. Nessa trajetória, o país passou por uma série de normas e reorganizações administrativas até chegar ao SUS, que é uma somatória dos serviços mais simples, como aferir uma temperatura, até o mais complexo, como um transplante de órgão. Para que o SUS emergisse, houve muitas reivindicações, interesses coletivos, oposições e soluções, num fervor incansável por melhorias nos serviços de saúde ofertados à população brasileira (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

3.1 HISTÓRICO

O fim do século XIX e início do século XX foi marcado por várias epidemias: febre amarela, cólera, varíola, malária, tuberculose, gripe espanhola e outras mais, e muitas mortes assolaram o país. Antes do SUS, somente contribuintes da previdência tinham direito ao atendimento de saúde, uma vez que não existia uma oferta, nem política de saúde voltada a população mais vulnerável. Essa população se mantinha na invisibilidade, com os “pobres” abandonados à mercê de atendimentos de cunho filantrópico, religiosos, benzedeiros e caridade (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2017).

Os movimentos sanitaristas, sociais e a população acreditavam em uma saúde universal e gratuita, como direito de todo cidadão brasileiro, no entanto, a saúde era determinada pela classe social do indivíduo. Associado a este fator, vinha a desvalorização das pessoas denominadas ‘diferentes’, segundo o que era definido como normalidade pelo homem, seja pela condição física, mental, auditiva, sensorial, visual, raça ou cor (PEREIRA; SARAIVA, 2017).

Em 1978, na I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, houve o reconhecimento da saúde como um direito humano, com suas determinantes e participação da população; foi traçado um acordo e meta para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária em Saúde (APS). Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000' e o acordo foi assinado entre 134 países (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

Sem direito a participação popular, a assistência caminhava para um modelo meramente hospitalocêntrico, curativo e médico centrado. Essa união e afincamento por uma saúde de qualidade para a população culminou, em 1986, na “VIII Conferência Nacional de Saúde”. Pela primeira

vez, o país teve uma conferência com a participação de movimentos populares, de trabalhadores e de gestores, culminando na aprovação e criação do SUS, que começa a engatinhar, a ganhar forma, embasado nos princípios da Universalidade, Equidade, Integralidade e Participação Popular (BRASIL, 2019b).

Como consequência desse marco histórico, emerge a Constituição Federal de 1988, ficando estabelecido, em seu art. 196, a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, assim, a saúde pública começa a avançar de forma mais digna e coesa, com a valorização da vida de todos (BRASIL, 1988).

Apesar da menção “a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, qual a abrangência do ‘todos’ nessa afirmação? (FEITOSA; MARTINS; JAQUEIRA, 2020).

Em 1989, com a repercussão do movimento social, publicou-se a Lei nº 7.853, que trata dos direitos e deveres das PCD, configurando mais uma das incitações do recém-criado SUS (BRASIL, 1989). Com relação à saúde, esta lei prevê: a promoção de ações preventivas; o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas; a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação; a garantia de acesso às pessoas com deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados; a garantia de atendimento domiciliar de saúde a pessoa com deficiência grave não internada; e o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2018).

Em 1990, é criada a legislação orgânica da saúde, com as Leis: nº 8.080, de 1990, que cria o SUS, e a nº 8.142, de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, além de outras providências (BRASIL, 1990a; 1990b).

Após a criação do SUS, a saúde passa a ser respeitada e vista como qualidade de vida, com a oferta de serviços muito ampliada. Os desafios começam a florescer, o financiamento e a gestão se mostram complexos e o sistema participativo da sociedade através dos Conselhos somam muito para a eficiência do sistema. Dá-se início, então, a uma caminhada incessante pela igualdade, universalidade, promoção, proteção, recuperação e reabilitação; mas apesar da evolução no que condiz às legislações e as portarias, com o passar dos anos, tristemente se observa um subfinanciamento do SUS, o que coloca em risco sua sustentabilidade (MENDES; GOMES, 2018).

Para Giovanella e Almeida (2017), o SUS é financiado inadequadamente, com recursos insuficientes para a garantia do direito universal à atenção integral à saúde, abaixo do previsto pela Constituição, apresentando recursos menores de 4% do Produto Interno Bruto (PIB), ao passo que o setor privado é privilegiado.

Em 1990, o Brasil passa por uma remodelação da política de Atenção Básica com a implantação dos princípios da APS e do Programa Saúde da Família (PSF). A APS incorpora os princípios da reforma sanitária, levando o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS), atuando como porta de entrada ao serviço de saúde, que além de atender diversas demandas, funcionam também como filtro para a AE. Essa reorientação do modelo assistencial se fez fundamental para a realização de um serviço de rede bem planejado e de qualidade. Através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os trabalhadores da área passam a conhecer os territórios a serem focados e suas particularidades, trazendo à tona as narrativas dos usuários, suas dificuldades, suas expectativas e seus sofrimentos. Entende-se que sem uma ABS eficiente, nenhum serviço de saúde terá eficácia (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

A meta “Saúde para Todos no Ano 2000” caminhou a passos engessados, a desigualdade social a galopes, ganhando território, e a necessidade clara da implementação da ABS como base necessária para alcançar a Cobertura Universal de Saúde, clamando em alto e bom som para ser ouvida, o que culminou, em 2018, em uma reunião entre líderes mundiais em Astana – Cazaquistão, os quais se comprometeram com o tema e, ao assinarem a declaração de Astana, o consenso foi que, para se enfrentar esses desafios, faz-se necessário empoderar as pessoas para se apropriarem de sua saúde; que antes de detalhar os desafios e ações necessárias, é mister destacar nossos bens coletivos, valorizando as pessoas e as comunidades como “ativos” nesse processo, tirando-as da invisibilidade, dando-lhes voz, a fim de que os objetivos e metas tão sonhados na declaração de 1978 possam ser alcançados (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978; LONG; MARKHAM; GAITONDE, 2018).

A invisibilidade se mostra presente também na análise da atenção à saúde da PCD, resultante das concepções centradas no aspecto biológico e das poucas vivências de cuidado a PCD, não levando em conta, muitas vezes, os demais elementos intrínsecos do vivido dessas pessoas (ZENI *et al.*, 2020).

Segundo Merhy *et al.* (2019), as relações sociais são mediadas por bioidentidades, vislumbrando a necessidade do percurso na direção da ética, concordando que as diferenças circulem, apesar dos estigmas, pois o comum está posto. Ainda, no momento em que a pessoa com deficiência é simplesmente envolvida por sua cidadania, vista tão somente como pessoa, pode-se dizer que o efetivo debate sobre a inclusão social está se iniciando (INSTITUTO

BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, 2008).

No município de Foz do Iguaçu, a APS é composta por Divisão de Saúde Bucal, Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), Programa Bolsa Família, Agentes ACS, Programa Saúde na Escola, Banco de Leite Humano, Saúde da Criança e do Adolescente, NASF, Divisão de Programa Saúde da Família – PSF, Departamento de Informação, Monitoramento e Avaliação, Coordenação Saúde do Idoso e Doenças Crônicas, Coordenação da Equipe Multidisciplinar, Coordenação de Nutrição, Divisão de Serviços e Programas e Saúde da Mulher (FOZ DO IGUAÇU, 2021).

A AE é composta pelos seguintes serviços: Divisão de apoio aos serviços especializados (DVASE), Centro de Especialidades Médicas (CEM), Tratamento Fora do Domicílio (TFD), Central de Cirurgias Eletivas, Central Regulação de Consultas e Exames; Divisão de Assistência Farmacêutica - DVFAR e Divisão de Atenção às Urgências (DVATU). Em 2021 alguns serviços que faziam parte da AE migraram para uma nova diretoria designada Diretoria de Saúde Mental e Residência Multiprofissional (DISR), que fica responsável pelos seguintes serviços: Divisão de promoção de saúde mental (DVPSM); Divisão de residência e educação permanente (DVREP) e Divisão de equipamentos de saúde mental (DVESM), divisão a qual o CER IV, campo de pesquisa do projeto, foi inserido como um equipamento especializado de saúde mental (CAMPOS; SENA; SILVA, 2017; FOZ DO IGUAÇU, 2021).

Na Atenção Terciária, o município conta com o Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL) e com a Diretoria de Urgência e Emergência (DIUE), a qual é composta pelos seguintes serviços: Serviço Integrado de Atendimento ao Trauma de Emergência (SIATE), Unidade de Pronto Atendimento (UPA) João Samek, Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e a UPA Walter Cavalcanti Barbosa (FOZ DO IGUAÇU, 2021).

Em 2012, o programa Viver sem Limites, instituiu a RCPCD (BRASIL, 2019a) e vários CER foram construídos pelo Brasil. Apesar de todo incentivo técnico e financeiro, falta ao país dados de como esses serviços se estabeleceram e como funciona a RCPCD, todavia, para avançar nesse contexto, faz-se necessário conhecer a trajetória da saúde da PCD, no Brasil e no mundo, e como essa legislação e atendimento se dão, de fato, no cotidiano, na vida real desses usuários, desde o relacionamento social com a população, vizinhança e familiares, até o atendimento em saúde (BISOL; PEGORINI; VALENTINI, 2017; MERHY *et al.*, 2019).

As desigualdades socioeconômicas, aliadas à dificuldade de distanciamento social em comunidades de baixa renda, a alta prevalência de comorbidades (diabetes, obesidade, hipertensão, entre outras) na população, e a falta de uma RAS eficaz, são fatores determinantes para o agravamento da doença. Sob esta ótica, fica claro que além da parcialidade na assistência,

a tendência é que a propagação da doença também seja desigual (CARVALHO; LIMA; COELI, 2020).

Dentre as pessoas que apresentam vulnerabilidade, encontram-se as PCD. A Lei nº 13.146, de seis de julho de 2015, institui a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) da PCD (BRASIL, 2015) e estabelece que em determinadas situações, especialmente as de risco, emergência ou estado de calamidade pública, a PCD será considerada vulnerável e o Poder Público adotará medidas para a sua proteção, seguindo os preceitos do direito à vida (BRASIL, 2020).

Deve-se considerar que a deficiência não escolhe em quem se assenta, por exemplo, em casos de pandemia, onde a vida das pessoas fica muito impactada, não se pode tratar a questão da PCD de forma descontextualizada. Não importa quem é essa pessoa, a sua idade, opção sexual, religião, situação financeira, raça ou cor, o que importa é que é um indivíduo, um ser humano, uma vida que deve ser respeitada e cuidada em todos os sentidos, independente da forma que se apresenta (PRAXEDES, 2020; WERNECK; CARVALHO *et al.*, 2019; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2020).

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE - RAS

Com um sistema de saúde trabalhando de forma fragmentada, onde cada ponto de atenção atuava de forma independente, resultando em baixa resolutividade e eficácia, o Governo Federal, através da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010).

Com a implantação das RAS uma ação cooperativa e interdependente começa a ser trabalhada, permitindo uma oferta de serviços mais eficiente e humanizada, os serviços passam a ser coordenados pela APS, visando melhorar a qualidade de saúde ofertada e a redução de custos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Nas RAS, todos os pontos de atenção são igualmente importantes na busca da garantia da integralidade do cuidado, desde a família até a atenção hospitalar, primando pela comunicação e trabalho de todos os atores em prol da vida do cidadão. Os serviços de saúde, antes ordenados de maneira fragmentada e voltados para as condições de saúde agudas e agudização de condições crônicas, com baixa eficiência e qualidade na resolução das condições crônicas, passam por uma remodelação, tendo a APS como porta de entrada (MENDES, 2010).

Para Giovanella *et al.* (2018), no intuito de se alcançar a garantia de cuidado integral nos sistemas universais de saúde, faz-se necessário a coordenação entre os serviços, devendo ser organizados em rede, com integração e territorialização, distribuídos com economia de escala,

coordenados e orientados pela APS, com predomínio da administração e prestação públicas. Somente assim pode-se esperar uma melhor qualidade com menores custos e maior eficiência dos serviços ofertados.

Apesar de toda expectativa e empenho nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), o que se observa na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), é uma notável fragilidade da continuidade do cuidado, especialmente em relação aos fluxos descontínuos de referência e contrarreferência, com pouca articulação dos pontos de atenção especializados com a APS. Falta ainda formação profissional orientada aos pressupostos da RAS, focando na integração entre os serviços e continuidade do cuidado (PEITER *et al.*, 2019).

3.2.1 Acesso à Rede de cuidados em saúde à Pessoa com Deficiência

Segundo Starfield (2002), o acesso é como a pessoa vivencia a atenção nos serviços e a acessibilidade é o elemento estrutural necessário para a primeira atenção, sendo a forma como o indivíduo chega nos serviços, o qual deverá ofertar um local de atendimento facilmente acessível e disponível, para que a atenção não seja postergada, muitas vezes a ponto de afetar adversamente o diagnóstico e manejo do problema.

Ainda para a mesma autora, quando os pacientes têm seu primeiro acesso, a “porta de entrada”, pela atenção básica, estes médicos recebem um treinamento com pacientes que tem pequena chance de terem problemas raros ou graves, além de doenças que são grandemente influenciadas pelo seu contexto social, menos procedimentos e exames são realizados e ainda se obtém os mesmos ou melhores resultados em comparação com os que passam com especialistas, que seu treinamento geralmente se dá com casos raros e graves, exigindo muitos procedimentos e exames.

Como valioso instrumento, o acesso se estabelece como um dos direitos fundamentais de cidadania, e não se equipara à simples utilização do serviço de saúde, mas também à possibilidade de desfrutar dos serviços em situações que motivem o uso apropriado dele, no tempo adequado, para o alcance dos melhores resultados de saúde. Vale ressaltar que o acesso universal aos serviços de saúde, além de ser uma garantia constitucional, é uma bandeira de luta dos movimentos sociais (MOURA, 2018; BERTUSSI *et al.*, 2021).

Fato é que a garantia do acesso e da acessibilidade das PCD com segurança, autonomia e conforto estão apoiadas em uma riqueza de leis que estabelecem normas gerais para assegurar o pleno exercício de seus direitos individuais, sociais e sua efetiva integração social. A legislação versa ainda sobre a acessibilidade das PCD aos serviços de saúde, determinando o

tratamento prioritário e adequado, preservação do acesso, introdução e disseminação de normas técnicas e medidas funcionais para edificações, mobiliários, espaços, equipamentos urbanos, bem como definir o que constitui acessibilidade, acesso e barreiras, prevendo a criminalização de atitudes preconceituosas (BRASIL, 1989; 1990a; 1999; 2006; ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2015; BRASIL, 2015; 2019b; 2019c).

O que se observa é que a RCPCD se desenha como uma rede analógica, fazendo com que o usuário necessite forçosamente acessar alguns pontos da rede para chegar em outro, até alcançar o tão esperado desfecho com a conquista da vaga no serviço almejado; os fluxos de acesso apresentam-se engessados, burocratizados em que os usuários-cidadãos que não se emolduram nas “regras” peregrinam em procura de tratamento e atendimento das suas demandas de saúde (MERHY *et al.*, 2019).

Com o Plano Viver sem Limites, a implantação de um novo tipo de serviço de saúde com ampliação do acesso às PCD se apresentou como novidade, sua edificação foi pautada predominantemente pelo aumento de serviços e oferta de procedimentos, mas sem a devida atenção aos arranjos produzidos e suas ligações em rede para a produção do cuidado. A aposta da produção do cuidado em saúde nos diferentes territórios onde a vida é produzida, o cuidado contextualizado, para além do corpo biológico, careceria levar em conta a singularidade de cada usuário e os cenários específicos das vidas nos territórios (MERHY *et al.*, 2019).

Apesar da RCPCD estar organizada com base em um sistema de referência e contrarreferência entre o CER e os demais níveis de atenção, os fluxos apresentam-se desorganizados, as PCD desbravam diversos caminhos para obter a assistência, demonstrando a desarticulação da rede, que se apresenta como uma barreira organizacional, se agravando ainda mais quando se refere às comunidades rurais (ZENI *et al.*, 2020).

Com o receio da falta de garantia do acesso, os trabalhadores do serviço sentem-se inseguros em dar alta e encaminhar os usuários para outros espaços sociais, temor esse reforçado também pelos familiares. Tais receios se justificam pela precariedade da rede e/ou desprovimento de equipamentos sociais que acolham a PCD como uma pessoa que apresenta variadas necessidades de vida, sem centralizar o olhar somente na deficiência (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Vale ressaltar que, além do acesso do usuário cidadão residente em território nacional, faz-se relevante abordar o acesso da população fronteiriça, estrangeiros e turistas. Rege a Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017, Art. 4º, inciso VIII, seção II, que instituiu a Lei da Migração, que a política migratória brasileira se orienta pelos seguintes princípios e diretrizes: “acesso a

serviços públicos de saúde e de assistência social e à previdência social, nos termos da lei, sem discriminação em razão da nacionalidade e da condição migratória” (BRASIL, 2017a, p. 03).

Vários estudos mostram que por escolhas e deliberações políticas, as barreiras de acesso ao SUS emergem aos indivíduos fronteiriços. Essa recusa gera um afastamento do migrante, deixando-o à margem do sistema. Com relação a gestão, desencadeia fatores de instabilidade no processo de planejamento e gestão dos serviços de saúde. Além da perda da possibilidade de recursos financeiros adicionais aos municípios que fornecem atendimento a esses grupos de pacientes (LIMA, 2017).

As regiões de fronteira onde há a negação de atendimento ao estrangeiro fronteiriço ou até mesmo ao brasileiro residente no país vizinho, faz com que esses indivíduos procurem, por muitas vezes, maneiras ilegais no intuito de conseguir acesso ao sistema de saúde no Brasil (STRADA, 2018).

Segundo Casacio *et al.* (2022), a fragilidade da PCD tende a aumentar em região de fronteira internacional, tendo em vista as barreiras para o acesso aos serviços de saúde, associada a escassez de políticas de integração entre países com financiamento insuficiente, distância dos grandes centros de referência, despreparo dos profissionais a respeito das singularidades e dos direitos da PCD, além da dificuldade dos estrangeiros em regularizar a documentação.

Ao passo que os protocolos e fluxos de acesso tentam garantir a universalidade e equidade no SUS, a não observância dos fluxos moveidões, tanto protocolos quanto fluxos instituídos, são capazes de se tornar barreiras para muitos usuários, caso o foco esteja centralizado no cumprimento da normativa convencionada. O arranjo do trabalho que não propicia a observância das singularidades no encontro, pode se transformar em um favorecimento de barreiras, fazendo com que o usuário não experimente sua potência de viver (BERTUSSI *et al.*, 2021).

No entanto, os usuários tendem a se submeter às prescrições dos profissionais de maneira conformada, sem questionamentos. Essa resignação surge como uma forma de garantir o acesso a alguma forma de cuidado, perante a precariedade e as barreiras apresentadas nos dispositivos da RAPS (ROCHA *et al.*, 2021).

Somente quando os saberes de todos atores envolvidos forem somados na elaboração de políticas e ações públicas, capazes de reduzir as limitações existentes no processo de reabilitação da PCD, poder-se-á dizer que nesse momento, inicia-se a garantia do acesso e a resolução das dificuldades no processo de reabilitação, tais como a precariedade de recursos financeiros para a implantação dos serviços, aquisição de tecnologia assistiva e de apoio,

recurso humano especializado e a falta de capacitação profissional por meio da educação permanente (GIGANTE; CAMPOS, 2016; LUZ, 2018; AMORIM, 2021).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa.

4.2 LOCAL DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

O Estado do Paraná está localizado na Região Sul do Brasil e faz fronteira com outros três estados: ao norte, com São Paulo; ao sul, com Santa Catarina e ao Oeste com Mato Grosso do Sul. O Estado é constituído por 399 municípios, distribuídos em 22 Regionais de Saúde (RS), numa extensão territorial de 199.304 km², e sua população estimada é de 1.163.018 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012b; PARANÁ, 2021).

O cenário desse estudo foi Foz do Iguaçu, um município localizado no oeste do Paraná (PR), fazendo divisa com o Brasil, Paraguai e Argentina, apresenta uma população estimada de 256.081 mil habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2021) e integra os países da América Latina.

O estudo foi realizado no CER IV de Foz do Iguaçu, município que faz fronteira com o Paraguai e Argentina, situado na 9ª RS. O CER IV é um instrumento de saúde que proporciona atendimento para pessoas com deficiência nas quatro modalidades de reabilitação: física, auditiva, intelectual e visual; compõe a RCPCD prevista no Plano Viver Sem limite do MS. A implantação de um CER nível IV no município de Foz do Iguaçu e microrregião (9ª RS), teve como objetivo a garantia do cuidado integral à saúde da PCD. Inaugurado em 14 de junho de 2018, fortalecendo a Rede de Cuidados à PCD, em 26 de julho do mesmo ano, foi publicada a Portaria nº 2.252, que habilitou o CER IV de Foz do Iguaçu/PR e estabeleceu recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (PARANÁ, 2018).

4.3 ABORDAGEM QUANTITATIVA

A pesquisa ocorreu no segundo semestre de 2021, e, para atender aos objetivos específicos de caracterizar, identificar e analisar as pessoas com deficiência, atendidas no Centro Especializado em Reabilitação Dr. José Carlos Azeredo de Foz do Iguaçu, foi considerado como população do estudo todas as PCD que foram atendidas no CER IV, desde 2018, quando o serviço foi implantado.

Os dados foram coletados a partir do Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu como apoio do responsável técnico da tecnologia da

informação; as variáveis traçaram os perfis sociodemográficos e epidemiológicos dos pacientes. Posteriormente, as informações foram lançadas em uma planilha no software Microsoft Office Excel®, em um instrumento estruturado com variáveis organizadas da seguinte forma: sexo, faixa etária, cor de pele/raça e modalidade de reabilitação.

4.3.1 Participantes da pesquisa

Foi considerado como população do estudo todas as PCD, usuários do Centro Especializado em Reabilitação Dr. José Carlos Azeredo - CER IV de Foz do Iguaçu, cujos atendimentos constavam no Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, desde 2018, quando o serviço foi implantado.

4.3.2 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, ser usuário do CER IV, em atendimento ativo ou não, com seus dados incluídos no Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu. Já como critério de exclusão, dados incompletos do PCD no Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, impossibilitando a coleta de dados.

4.3.3 Análise de dados

A análise descritiva foi realizada por meio de distribuição de frequências absoluta e relativa, de tal modo que os tipos de reabilitação (i.e., auditiva, física, intelectual, visual e outras) foram apresentados tanto no geral quanto estratificados por variáveis sócio-demográficas: sexo, faixa etária e cor de pele/raça. As análises bivariadas entre os diferentes tipos de reabilitação e variáveis sócio-demográficas foi realizada pelo teste do qui-quadrado. A regressão de Poisson com ajuste robusto de variância foi empregada para estimar as razões de prevalência, bruta e ajustada, dos diferentes tipos de reabilitação com as variáveis sociodemográficas. A seleção das variáveis para o modelo ajustado seguiu critério matemático (i.e.: $p < 0,20$ na análise bivariada). Todas as análises foram realizadas pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 19.0, adotando-se um nível de significância de 5%.

4.4 ABORDAGEM QUALITATIVA

Por buscar conhecer quais são as percepções dos trabalhadores e das PCD usuárias do CER IV, justifica-se a natureza qualitativa da pesquisa. Minayo (2017) pontua que a pesquisa

qualitativa se volta para questões socioculturais que são expressas através das representações, crenças, valores, opiniões, costumes.

A coleta de dados foi realizada seguindo a questão norteadora: “Como ocorre o acesso à saúde, ofertado para PCD, no município de Foz do Iguaçu? Quais as dificuldades existentes na rede de cuidados à saúde das PCD em região de fronteira? Para as entrevistas foram seguidos dois roteiros semiestruturados, um primeiro para os trabalhadores (APÊNDICE A) e um segundo para os usuários (APÊNDICE B).

4.4.1 Participantes da Pesquisa

Participaram da pesquisa 11 trabalhadores e 14 usuários do Centro Especializado em Reabilitação Dr. José Carlos Azeredo - CER IV de Foz do Iguaçu.

Todos entrevistados, participantes da pesquisa, foram informados quanto aos objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, o qual lhes assegurou a confidencialidade e anonimato. Todas as entrevistas se realizaram de forma presencial. Somente um usuário idoso solicitou ser entrevistado em um local mais próximo de sua casa, o qual foi atendido prontamente, as demais foram todas realizadas no CER IV, em horário pré-definido entre pesquisador e usuário por telefone. As entrevistas foram realizadas em uma sala específica destinada pela instituição para este fim, oferecendo assim privacidade para o pesquisador e os participantes.

Foi realizada uma entrevista piloto como preparação preliminar, a qual foi desconsiderada para este estudo. A autora do projeto, que tem experiência profissional na atenção à saúde das PCD, realizou todas as entrevistas, as quais foram gravadas com a autorização dos participantes e ofertadas ao final para que os entrevistados pudessem dar sua opinião sobre o conteúdo; posteriormente foram transcritas em sua íntegra para a análise dos dados. As entrevistas foram feitas no momento do trabalho de campo em que a coleta de novos dados pouco acrescentariam para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados ao material já alcançado da pesquisa (MINAYO, 2017).

4.4.2 Critérios de inclusão e exclusão

Como critério de inclusão, ser trabalhador concursado do município, formalmente designado para o cargo que exerce; Ser usuário do CER IV e estar há pelo menos dois meses em atendimento na instituição, visto que a média de permanência é de seis meses (informação da gerência); ter condições de se responsabilizar pelas informações dadas, ou, em caso de

impossibilidade de conceder a entrevista ou ser menor de idade, dispor de um responsável, cuidador ou familiar, para responder pelo mesmo.

Os critérios de exclusão relacionam-se aos trabalhadores que não fazem parte do quadro efetivo de servidores do município/CER IV; Usuários que não apresentem condições de responder e se responsabilizar pelos dados informados.

4.4.3 Seleção e caracterização dos participantes das entrevistas

Para a seleção dos trabalhadores houve a parceria da gestão do CER IV com a seleção de variadas profissões, para um maior entendimento de como se dá o atendimento nas diversas modalidades de reabilitação.

Foram entrevistados 11 trabalhadores conforme caracterização a seguir: Um nutricionista; dois Terapeutas Ocupacionais; um Assistente Social; dois Fonoaudiólogos; um Médico; um Psicólogo; um enfermeiro; um fisioterapeuta e um profissional de orientação e mobilidade. Todos os entrevistados eram servidores concursados do município.

Para a seleção dos usuários houve a parceria dos trabalhadores do CER IV, foram priorizados casos com atendimento em mais de uma modalidade de reabilitação, brasileiros residentes em território nacional, brasileiros residentes em países fronteiriços, estrangeiros e migrantes que estivessem em atendimento na instituição.

4.4.4 Análise de dados

Para análise dos dados da pesquisa qualitativa, utilizou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvido por Lefèvre e Lefèvre no fim da década de 90. O DSC é uma técnica de processamento de dados qualitativos, especialmente de depoimentos, que intenta a obtenção e descrição dos sentidos das opiniões ou idéias coletivas. O alcance do discurso está subdividido em várias etapas, realizado por meio de quatro operadores elaborados sobre o material verbal ou escrito coletado nas pesquisas: Expressões Chave (EC), Idéia Central (IC), Ancoragem (AC) e o DSC propriamente dito (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2006; LEFÈVRE, 2017).

Com o DSC, se ambiciona recuperar e expressar as representações sociais adquiridas da experiência vivida, na qual as opiniões ou expressões individuais com sentidos semelhantes são reunidas em esferas semânticas gerais, como habitualmente é feito quando se refere a perguntas ou questões abertas (LEFÈVRE, 2017).

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, de Foz do Iguaçu, sob o Parecer nº 4.300.226 e respeitou as exigências formais presentes nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução nº 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e Pesquisa envolvendo seres humanos (ANEXO A).

Para a realização da coleta de dados e entrevistas, a autora solicitou autorização da Secretaria Municipal da Saúde, a qual foi deferida pela gestora municipal em 28 de maio de 2021 (ANEXO B).

Com o intuito de respeitar o anonimato dos participantes, todos entrevistados foram identificados por códigos alfanuméricos, empregando a letra T seguida por números para os trabalhadores e a letra U seguida por números para os usuários.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ABORDAGEM QUANTITATIVA

Constatou-se que, entre 2018 a 2021, o atendimento foi realizado a 125.857 usuários, com predominância do sexo masculino e idade até 18 anos. A modalidade de reabilitação que mais se destacou foi a reabilitação física, seguida da auditiva, intelectual e por último a visual. A maior parte dos usuários, num quantitativo de 69,6%, necessitou de mais de um tipo de reabilitação, não sendo inseridos e contabilizados nas modalidades únicas.

Os idosos representam a maior parte do público atendido para reabilitação auditiva, o sexo masculino até 17 anos está mais ligado a reabilitação intelectual, jovens e adultos do sexo masculino procuraram mais a reabilitação física e adultos representam a maioria dos atendimentos para reabilitação visual.

Desde sua criação em 2018, conforme dados do Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 125.857 atendimentos foram realizados no CER IV de Foz do Iguaçu, PR. Do total, 74.625 (59,3%) eram do sexo masculino, 59.884 (47,6%) tinham até 18 anos, 75.743 (60,2%) não tinham a indicação de cor de pele/raça. Das quatro modalidades de reabilitação: física, auditiva, intelectual e visual foram as mais procuradas, de acordo com essa ordem, contudo, chama atenção o fato de que quase 70% dos atendimentos não puderam ser categorizados em um dos tipos de reabilitação, por não poderem ser classificados em apenas um tipo de reabilitação ou não deixarem claro o tipo de reabilitação (Tabela 1).

Tabela 1 - Características gerais dos atendimentos realizados no CER IV, de acordo com variáveis sociodemográficas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2018-2021 (N=125.857)

Variáveis sociodemográficas	N	%
Sexo		
Feminino	51.232	40,7
Masculino	74.625	59,3
Faixa etária		
Até 18 anos	59.884	47,6
De 19 a 59 anos	35.258	28,0
60 anos ou mais	30.715	24,4
Cor da pele/Raça		
Branca	37.391	29,7
Preta	1.970	1,6
Amarela	159	0,1
Parda	10.594	8,4
Não informada	75.743	60,2
Reabilitação		
Auditiva	12.831	10,2
Física	18.983	15,1
Intelectual	4.693	3,7
Visual	1.720	1,4
Outras*	87.630	69,6

* A categoria “Outras” inclui atendimentos que não podem ser classificados em apenas um tipo de reabilitação (auditiva, física, intelectual ou visual) ou que não deixam claro o tipo de reabilitação. Por exemplo: consultas, acolhimento, classificação de risco, etc.

Fonte: dados da pesquisa.

A Tabela 2 indica as variáveis sociodemográficas de acordo com o tipo de reabilitação ofertada, do total de 125.857 atendimentos, com predominância do sexo masculino apenas para a reabilitação intelectual (3.193, 4,3%). Idosos são o público com maior incidência para reabilitação auditiva (5.939, 19,3%) e jovens e adultos correspondem ao público mais atendido para reabilitação física (6.458, 6,6% e 7.608, 21,6% respectivamente). Sobre a cor da pele/raça, para 75.743 atendimentos não foi anotada/indicada essa variável, demonstrando a incompletude do sistema.

Tabela 2 - Frequências, absoluta e relativa, dos tipos de reabilitação realizadas no CER IV, de acordo com variáveis sociodemográficas. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2018-2021 (N=125.857)

			TIPO DE REABILITAÇÃO					
			Auditiva	Física	Intelectual	Visual	Outras*	Total
Sexo	Feminino	N	6.617	7.742	1.500	894	34.479	51.232
		%	12,9%	15,1%	2,9%	1,7%	67,3%	100,0%
	Masculino	N	6.214	11.241	3.193	826	53.151	74.625
		%	8,3%	15,1%	4,3%	1,1%	71,2%	100,0%
Faixa etária	Jovens	N	3.366	6.458	3.959	582	45.519	59.884
		%	5,6%	10,8%	6,6%	1,0%	76,0%	100,0%
	Adultos	N	3.526	7.608	508	714	22.902	35.258
		%	10,0%	21,6%	1,4%	2,0%	65,0%	100,0%
	Idosos	N	5.939	4.917	226	424	19.209	30.715
		%	19,3%	16,0%	0,7%	1,4%	62,5%	100,0%
Cor da pele/Raça	Branca	N	4.046	4.830	1.543	421	26.551	37.391
		%	10,8%	12,9%	4,1%	1,1%	71,0%	100,0%
	Preta	N	147	471	71	83	1.198	1.970
		%	7,5%	23,9%	3,6%	4,2%	60,8%	100,0%
	Amarela	N	42	1	0	0	116	159
		%	26,4%	,6%	0,0%	0,0%	73,0%	100,0%
	Parda	N	1.168	1.392	412	90	7.532	10.594
		%	11,0%	13,1%	3,9%	,8%	71,1%	100,0%
	Não informada	N	7.428	12.289	2.667	1.126	52.233	75.743
		%	9,8%	16,2%	3,5%	1,5%	69,0%	100,0%

* A categoria “Outras” inclui atendimentos que não podem ser classificados em apenas um tipo de reabilitação (auditiva, física, intelectual ou visual) ou que não deixam claro o tipo de reabilitação. Por exemplo: consultas, acolhimento, classificação de risco, etc.

Fonte: dados da pesquisa.

No CER IV de Pernambuco, em estudo cuja amostra foi composta por 46 prontuários de pacientes amputados, atendidos na reabilitação física no período de 2018 a 2019, Lins e

Martins (2019), vindo de encontro aos resultados encontrados nessa pesquisa, que apresenta predominância de jovens e adultos para a reabilitação física, observaram que a média de idade dos pacientes foi de 55,18 anos, com predominância do sexo masculino (58,97%).

Na questão sobre deficiência intelectual, corroborando com dados versados nessa pesquisa, que apresenta predominância do sexo masculino para a reabilitação intelectual, estudos demonstram a predominância do sexo masculino, idade infantil e diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA, 2014; ROCHA *et al.*, 2019; SILVA; PASCOTINI; FEDOSSE, 2021; BUENO; SANTOS, 2022).

Em um estudo realizado em Marabá - PA, 23,7% da população apresenta algum tipo de deficiência com prevalência da deficiência visual, com relação à população com deficiência, 51% eram do sexo feminino, com predominância da faixa etária de 10 a 14 anos, seguida pelos de 15 aos 17 anos. No grupo de crianças de 0 a 04 anos, que compõe 10,48% da população, há um número menor de casos de deficiência, o que, segundo o autor, pode ser atribuído a avanços nos fatores geradores de deficiência (LIMA *et al.*, 2018). Esse estudo apresenta consonância com a prevalência da população feminina na deficiência visual porém vai na contramão dos resultados da pesquisa em questão, a qual apresenta a deficiência física e o sexo masculino como prevalentes nos dados gerais.

É importante a discussão e o tensionamento das causas dos resultados apresentados considerando as particularidades de cada região. A deficiência física derivada de acidentes de trânsito e diabetes toma uma grande proporção na população masculina na idade adulta, consenso nos contextos dos autores (CHAMLIAN *et al.*, 2013; NOGUEIRA *et al.*, 2016; SOUZA; SANTOS; ALBUQUERQUE, 2019; VIEIRA *et al.*, 2022). Vale destacar que, na contramão dos dados versados nessa pesquisa, encontra-se o relatório do censo demográfico do IBGE de 2010, que descreveu uma prevalência de deficiência física predominante em mulheres, divergindo dos achados desse estudo.

É importante observar que o conceito de PCD pautado no modelo social avança no sentido de articular a deficiência com elementos sociais e políticos, com divergentes marcadores sociais, como exemplo a raça, gênero, geração e classe social, os quais limitam a participação concreta das PCD na sociedade (ZENI *et al.*, 2020).

A seguir, são apresentados os dados relativos de forma independente aos atendimentos para as seguintes reabilitações: auditiva, física, intelectual e visual. A frequência de procedimentos relacionados à reabilitação auditiva foi maior entre as mulheres (39,5%), idosos com 60 ou mais anos de idade (51,6%) e pessoas de pele parda (38,1%) (Tabela 3).

O teste do qui-quadrado revelou que os procedimentos de reabilitação auditiva se associaram ao sexo, faixa etária e cor de pele. A análise ajustada demonstrou que a frequência de procedimentos de reabilitação auditiva foi a) 25% superior no sexo feminino (RP: 1,25; IC95%: 1,20-1,31) em relação ao masculino; b) 16% e 104% superior, respectivamente, na faixa etária dos 18 aos 59 anos e de 60 anos ou mais em relação aos mais jovens (até 17 anos); e c) 51% inferior entre pessoas de pele preta quando comparadas as pessoas de pele branca/amarela (RP: 0,49; IC95%: 0,43-0,57) (Tabela 3).

Tabela 3 - Frequências, absoluta e relativa, e razões de prevalência (RP), bruta e ajustada, dos procedimentos de reabilitação auditiva do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

	N	n	%	p-valor ^a	Análise bruta			Análise ajustada ^c		
					RP	(IC95%)	p-valor	RP	(IC95%)	p-valor ^b
Sexo				<0,01						
Masculino	21.474	6.214	28,9		1,00			1,00		
Feminino	16.753	6.617	39,5		1,37	(1,33-1,40)	<0,01	1,25	(1,20-1,31)	<0,01
Faixa etária				<0,01						
Até 17 anos	14.364	3.366	23,4		1,00			1,00		
18 a 59 anos	12.355	3.525	28,5		1,22	(1,17-1,27)	<0,01	1,16	(1,09-1,23)	<0,01
60 anos ou mais	11.506	5.939	51,6		2,20	(2,13-2,28)	<0,01	2,04	(1,94-2,15)	<0,01
Cor da pele				<0,01						
Branca/amarela	10.883	4.088	37,6		1,00			1,00		
Preta	772	147	19,0		0,51	(0,44-0,59)	<0,01	0,49	(0,43-0,57)	<0,01
Parda	3.062	1.168	38,1		1,02	(0,97-1,07)	0,56	1,04	(0,99-1,10)	0,09

a= p-valor do teste do qui-quadrado;

b= p-valor da regressão de Poisson;

c=ajustado por sexo, faixa etária e cor de pele.

Fonte: dados da pesquisa.

Respalhando o resultado apresentado nesse trabalho, pesquisa realizada por Deus *et al.* (2019) analisou 1.115 prontuários de pacientes atendidos no Setor de Audiologia Clínica em um centro de saúde universitário de Minas Gerais. Como resultado, houve a predominância do sexo feminino (n=633; 56,77%) com preponderância dos idosos, que foram os que mais realizaram exames audiométricos (n=484; 43,41%).

Tal afirmação vem de encontro com a ótica de Magrini e Santos (2018), ao discorrer que o crescimento da população de idosos existe e torna-se assunto de interesse em vários estudos, principalmente sobre a qualidade de vida destes indivíduos. Como resultado de sua pesquisa, realizada no Pará, dos 150 sujeitos entrevistados, a média de idade foi de 72,7 anos, sendo 63,5% do sexo feminino.

A alta incidência da deficiência auditiva em idosos nesse estudo, pode ter relação com

o aumento da estimativa de vida dessa população no Brasil, pois ainda existem dificuldades para atender o idoso de forma integral de acordo com a Política Nacional do Idoso e a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva, que necessitam ter diretrizes resolutivas para esse enfrentamento.

A frequência de procedimentos relacionados à reabilitação física foi maior entre os homens (52,3%), adultos na faixa etária dos 18 aos 59 anos de idade (61,6%) e pessoas de pele preta (61,0%) (Tabela 4).

O teste do qui-quadrado revelou que os procedimentos de reabilitação física se associaram ao sexo, faixa etária e cor de pele. A análise ajustada demonstrou que a FREQUÊNCIA de procedimentos de reabilitação física foi a) 12% inferior no sexo feminino (RP: 0,88; IC95%: 0,87-0,90) em relação ao masculino; b) 53% superior na faixa etária dos 18 aos 59 anos em relação aos mais jovens (até 17 anos); e c) 29% superior entre pessoas de pele preta quando comparadas as de pele branca/amarela (RP: 1,29; IC95%: 1,22-1,36) (Tabela 4).

Tabela 4 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação física do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

	N	n	%	p-valor ^a	Análise bruta			Análise ajustada ^c		
					RP	(IC95%)	p-valor	RP	(IC95%)	p-valor ^b
Sexo				<0,01						
Masculino	21.474	11.241	52,3		1,00			1,00		
Feminino	16.753	7.742	46,2		0,88	(0,87-0,90)	<0,01	0,94	(0,91-0,97)	<0,01
Faixa etária				<0,01						
Até 17 anos	14.364	6.458	45,0		1,00			1,00		
18 a 59 anos	12.355	7.608	61,6		1,37	(1,34-1,40)	<0,01	1,53	(1,47-1,59)	<0,01
60 anos ou mais	11.506	4.917	42,7		0,95	(0,92-0,98)	<0,01	1,02	(0,97-1,07)	0,42
Cor da pele				<0,01						
Branca/amarela	10.883	4.831	44,4		1,00			1,00		
Preta	772	471	61,0		1,37	(1,29-1,46)	<0,01	1,29	(1,22-1,36)	<0,01
Parda	3062	1.392	45,5		1,02	(0,98-1,07)	0,29	0,98	(0,94-1,03)	0,44

a= p-valor do teste do qui-quadrado;

b= p-valor da regressão de Poisson;

c=ajustado por sexo, faixa etária e cor de pele.

Fonte: dados da pesquisa.

Em Florianópolis, Santa Catarina, autores evidenciaram que a deficiência física acomete mais as pessoas do sexo masculino, apontando duas grandes causas da deficiência física, as Doenças Crônicas não Transmissíveis em idosos do sexo feminino e os traumas em jovens do sexo masculino, a cor da pele preta estar em destaque para ocorrência de deficiência física deve

estar relacionada com condições socioeconômicas, sendo que a violência e os acidentes no trânsito não só provocam a deficiência, mas também englobam distúrbios de saúde demandando maior tempo para sua reabilitação (NOGUEIRA *et al.*, 2016).

Em estudo retrospectivo com 474 prontuários de pacientes amputados, constatou que os amputados atendidos eram, em sua maioria, homens, caucasianos, entre 50 e 60 anos de idade, apresentando como a maior causa a etiologia vascular (CHAMLIAN *et al.* 2013).

O CER II da Universidade Estadual de Santa Catarina foi campo de estudo para Vieira *et al.* (2022), foram avaliados 71 prontuários de usuários e constatou-se a predominância do sexo masculino (70,4%) e idade entre 61 a 70 anos. Deste total, 32,39% das amputações foram de origem traumática, as demais de outras origens, predominando a diabetes com 40,85% dos casos, fato este que pode ser a causa da maior FREQUÊNCIA entre homens, corroborando com a pesquisa em tela.

Tal afirmação vêm de encontro a outro estudo de Souza, Santos e Albuquerque (2019), que concluiu que as causas das amputações são 13,5% traumáticas, 10,4% relacionadas a doenças do aparelho circulatório, 0,3% por osteomuscular e tecido conjuntivo e 0,3% por fatores oncológicos.

A FREQUÊNCIA de procedimentos relacionados à reabilitação intelectual foi maior entre os homens (14,9%), jovens de até 17 anos de idade (27,6%) e pessoas de pele branca/amarela (14,2%) (Tabela 5).

O teste do qui-quadrado revelou que os procedimentos de reabilitação intelectual se associaram ao sexo, faixa etária e cor de pele. A análise ajustada demonstrou que a FREQUÊNCIA de procedimentos de reabilitação intelectual foi a) 41% inferior no sexo feminino (RP: 0,59; IC95%: 0,54-0,65) em relação ao masculino; e b) 87% e 95% inferior, respectivamente, na faixa etária dos 18 aos 59 anos e na faixa daqueles com 60 anos ou mais quando comparados aos mais jovens (até 17 anos). A análise ajustada também revelou que não houve associação entre a FREQUÊNCIA de procedimentos relacionados à reabilitação intelectual e cor da pele ($p > 0,05$) (Tabela 5).

Tabela 5 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação intelectual do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

	N	n	%	P-valor ^a	Análise bruta		Análise ajustada ^c			
					RP	(IC95%)	P-valor	RP	(IC95%)	P-valor ^b
Sexo				<0,01						
Masculino	21.474	3.193	14,9		1,00			1,00		
Feminino	16.753	1.500	9,0		0,60	(0,57-0,64)	<0,01	0,59	(0,54-0,65)	<0,01
Faixa etária				<0,01						
Até 17 anos	14.364	3.958	27,6		1,00			1,00		
18 a 59 anos	12.355	508	4,1		0,15	(0,14-0,16)	<0,01	0,13	(0,11-0,15)	<0,01
60 anos ou mais	11.506	226	2,0		0,07	(0,06-0,08)	<0,01	0,05	(0,04-0,06)	<0,01
Cor da pele				<0,01						
Branca/amarela	10.883	1.543	14,2		1,00			1,00		
Preta	772	71	9,2		0,64	(0,52-0,81)	<0,01	1,06	(0,87-1,28)	0,60
Parda	3.062	412	13,5		0,95	(0,86-1,05)	0,31	1,02	(0,93-1,12)	0,66

a= p-valor do teste do qui-quadrado;

b= p-valor da regressão de Poisson;

c=ajustado por sexo, faixa etária e cor de pele.

Fonte: dados da pesquisa.

Consoante com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5.^a edição (DSM-5), o TEA é diagnosticado quatro vezes mais no sexo masculino do que no feminino. O sexo masculino, usualmente, têm maior inclinação do que o feminino para receber diagnóstico de formas moderadas (razão média masculino/feminino 1,6:1) e graves (razão média masculino/feminino 1,2:1) de deficiência intelectual, sendo essa uma das possíveis causas para a maior incidência da deficiência intelectual entre homens jovens (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA, 2014).

No Rio Grande do Sul, a fim de conhecer o perfil sociodemográficos e clínicos de pessoas com deficiência intelectual, identificou-se 77 pessoas com deficiência intelectual com idade entre seis e 74 anos, com prevalência do sexo masculino (59,74%) (SILVA; PASCOTINI; FEDOSSE, 2021). Dados mostram que 0,8% da população brasileira apresenta tal deficiência, sendo 0,9% para homens e 0,7% para mulheres (IBGE, 2012b).

Validando os dados acima relatados, com o objetivo de caracterizar o perfil da população infantil com suspeita de TEA atendida por um CER-II do Sul do Brasil, Rocha *et al.* (2019) analisou 685 prontuários de usuários com idade de zero a 12 anos, com média de idade da amostra é de 5,47 anos, sendo 83,8% do sexo masculino e a confirmação do diagnóstico de TEA para 30,1% da amostra.

A FREQUÊNCIA de procedimentos relacionados à reabilitação visual foi maior entre

as mulheres (5,3%), adultos de 18 a 59 anos de idade (5,8%) e pessoas de pele preta (10,8%) (Tabela 6).

O teste do qui-quadrado revelou que os procedimentos de reabilitação visual se associaram ao sexo, faixa etária e cor de pele. A análise ajustada demonstrou que a FREQUÊNCIA de procedimentos de reabilitação visual foi a) 84% superior na faixa etária dos 18 aos 59 anos quando comparada à faixa etária dos mais jovens (até 17 anos) (RP: 1,84; IC95%: 1,50-2,24); b) 154% superior entre pessoas de pele preta em relação aos de pele branca/amarela (RP: 2,54; IC95%: 2,02-3,21); e c) 27% inferior entre pessoas de pele parda em relação às de pele branca/amarela (RP: 0,73; IC95%: 0,58-0,91). A análise ajustada também revelou que não houve associação entre a FREQUÊNCIA de procedimentos relacionados à reabilitação intelectual e sexo ($p > 0,05$) (Tabela 6).

Tabela 6 - Frequências (absoluta e relativa) e razões de prevalência (bruta e ajustada) dos procedimentos de reabilitação visual do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

	N	n	%	p-valor ^a	Análise bruta		Análise ajustada ^c			
					RP	(IC95%)	p-valor	RP	(IC95%)	p-valor ^b
Sexo				<0,01						
Masculino	21.474	826	3,8		1,00			1,00		
Feminino	16.753	894	5,3		1,39	(1,27-1,52)	<0,01	1,15	(0,98-1,35)	0,09
Faixa etária				<0,01						
Até 17 anos	14.364	582	4,1		1,00			1,00		
18 a 59 anos	12.355	714	5,8		1,43	(1,28-1,59)	<0,01	1,84	(1,50-2,24)	<0,01
60 anos ou mais	11.506	424	3,7		0,91	(0,80-1,03)	0,13	1,22	(0,99-1,51)	0,07
Cor da pele				<0,01						
Branca/amarela	10.883	421	3,9		1,00			1,00		
Preta	772	83	10,8		2,78	(2,22-3,48)	<0,01	2,54	(2,02-3,21)	<0,01
Parda	3.062	90	2,9		0,76	(0,61-0,95)	0,016	0,73	(0,58-0,91)	<0,01

a= p-valor do teste do qui-quadrado;

b= p-valor da regressão de Poisson;

c=ajustado por sexo, faixa etária e cor de pele.

Fonte: dados da pesquisa.

Corroborando com os dados da pesquisa em tela, para a Organização Mundial da Saúde (OMS), 2/3 das pessoas cegas no mundo são mulheres. Razão deste cenário desfavorável ocorre por questões socioeconômicas, diferenças educacionais; expectativa de vida maior, tabagismo, exposição à radiação ultravioleta, deficiência de vitamina A, distúrbios metabólicos como o diabetes, além da desigualdade financeira em relação aos homens, fator que pode dificultar o acesso a unidades de saúde e a aquisição de medicamentos, lentes e óculos (JORNALISTA

INCLUSIVO, 2021).

Em uma Instituição Especializada de Uberaba, Minas Gerais, constatou-se para a deficiência visual a prevalência feminina (57,5%) e média de idade de 47,3 anos, vindo de encontro aos dados da pesquisa em questão, porém divergindo na predominância da cor branca (51,5%) (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Brito *et al.* (2019) desenvolveu um estudo em um Centro de Reabilitação Visual com 51 pacientes diabéticos com deficiência visual, destes, a maioria apresentavam cegueira (72,5%), predominância do sexo masculino (58,8%), 60 anos ou mais (43,1%) e cor branca (49,0%), na contramão dos dados encontrados no CER IV de Foz do Iguaçu.

O Relatório Mundial sobre a visão demonstra que as disposições das doenças oculares e deficiências visuais não se apresentam de forma igualitária, atingindo uma proporção muito maior nos países de rendimento médio ou baixo, entre idosos e mulheres, e nas comunidades rurais e desfavorecidas, podendo chegar a quatro vezes superior à das regiões de elevado rendimento. Razão deste cenário ocorre por questões socioeconômicas, diferenças educacionais; expectativa de vida maior, tabagismo, exposição à radiação ultravioleta, deficiência de vitamina A, diabetes, além da desigualdade financeira em relação aos homens (RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A VISÃO, 2021).

Portanto, acredita-se que a significativa e elevada maior ocorrência de reabilitação visual entre pessoas de pele preta observadas no presente estudo possa ter relação com a maior vulnerabilidade social que caracteriza esse grupo étnico-racial no Brasil. Nessa perspectiva, relatório intitulado “Desigualdades Sociais por Cor ou Raça no Brasil” (IBGE, 2018), que a população de cor preta apresenta severas desvantagens em relação à branca, em diferentes dimensões da vida: mercado de trabalho, distribuição de rendimentos, condições de moradia, educação, violência e representação política. Assim, o fortalecimento de políticas afirmativas pode contribuir para redução da elevada FREQUÊNCIA de deficiência visual nesse grupo (pessoas de pele preta) e, conseqüentemente, favorecer a promoção de justiça social.

Os achados desse estudo alertam para a necessidade de atualização das políticas de saúde para o idoso, principalmente para o cuidado da deficiência auditiva, ainda centrada nos profissionais que atuam diretamente nesse processo; adoção de práticas que diminuam os acidentes de trânsito para diminuir a população que procura por reabilitação física; incremento nos diagnósticos de saúde mental para que as intervenções comecem o mais precocemente possível e práticas que oportunizem melhor acesso ao trabalho, à educação e ao lazer para essa população com deficiência visual.

Tem como limitações a necessidade de ampliação do número de CER IV investigados, além da incompletude dos dados nos prontuários do serviço, o que se faz necessário para se conhecer o perfil sociodemográficos e epidemiológico de forma mais fidedigna e ampla. Faz-se, portanto, necessário reafirmar que conhecer outros serviços em funcionamento e o perfil dos pacientes atendidos, pode auxiliar na organização da rede e no dimensionamento dos recursos financeiros alocados para a oferta de atendimentos às PCD, bem como atualizações nas políticas públicas de inclusão já existentes.

5.2 ABORDAGEM QUALITATIVA: ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DO CER IV

O CER IV de Foz do Iguaçu, segundo dados do CNES/DATASUS, conta com o seguinte quadro de trabalhadores: dois assistentes sociais, cinco terapeutas ocupacionais, seis psicólogos, oito fonoaudiólogos, seis fisioterapeutas, dois enfermeiros, um nutricionista, um técnico em enfermagem, três auxiliares de enfermagem, um médico radiologista, um médico otorrinolaringologista, um médico clínico, três médicos neurologistas, dois médicos oftalmologistas, dois médicos ortopedistas e um assistente social na função de gerente.

Quanto ao DSC, 11 trabalhadores do CER IV participaram das entrevistas, sendo a construção da Ideia Central expressa pela frequência de relatos (n).

A seguir, no Quadro 1 demonstra-se as 13 questões do roteiro semiestruturado com suas respectivas ICs e DSCs. Vale destacar que durante as entrevistas emergiram novos temas, os quais foram transcritos e estão disponíveis no banco de dados da pesquisadora, ademais, os referidos temas não foram aqui utilizados.

Quadro 1 - Questões da pesquisa, categorização das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo geradas pelos trabalhadores do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

Questão	IC	DSC
1. Quando o paciente chega para o atendimento, geralmente você recebe informações úteis sobre o paciente do serviço que o referenciou?	Acesso à documentação do paciente	Sim, todas as informações são coletadas no prontuário eletrônico ou alguns exames que o próprio paciente traz, mas sempre tem algum tipo de referência. (n=06)
2. Os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos (em média) para serem atendidos pelo profissional marcado?	Agendamento de atendimento	Geralmente não, a gente consegue ter uma agenda bem organizada e consegue atender no horário, os pacientes não costumam esperar mais de 30 minutos, sem considerar triagem e acolhimento. (n=11)
3. Existe um aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual, caso o paciente ou	Aconselhamento remoto	Nós temos os telefones e também temos o <i>WhatsApp</i> , mas é uma coisa bem limitada ainda por causa da disponibilidade de sinal e internet), então alguns profissionais disponibilizam seu contato particular para

cuidador acredite ser necessário?		os pacientes e cuidadores. (n=10)
4. Os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) profissional?	Continuidade do cuidado	Sim, o profissional que atendeu anteriormente fica responsável por todos os atendimentos do paciente. (n=10)
5. Você acredita que os seus pacientes se sentem confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas?	Confiança no atendimento ofertado	De modo geral acredito que sim, tem alguns pacientes que no início ficam um pouco mais retraídos, não se sentem tão confortáveis, mas à medida que a gente inicia as atividades eles vão criando mais confiança e vão se abrindo com a gente para relatar problemas que são importantes para eles. (n=8)
6. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar meios de transporte para o CER IV?	Dificuldade de acesso	Sim, temos pacientes com dificuldade de acesso, tanto pela questão de valores ou pelo deslocamento, alguns pacientes a gente propõe utilizar o transporte do CER IV, porém o mesmo é limitado e a demanda é alta para um único veículo. (n=11)
7. Você se informa a respeito dos tratamentos que os seus pacientes já realizaram ou estão realizando?	Histórico progresso do paciente	A gente procura se informar sim, tanto as terapias que são feitas dentro do CER IV quanto às que são feitas fora do nosso serviço, além de consultas com especialistas. (n=10)
8. Caso seus pacientes necessitem de encaminhamento ou contrarreferência, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?	Acompanhamento do usuário	Costumo encaminhar os pacientes para o serviço de referência de acordo com aquilo que ele necessita, faço um encaminhamento físico descrevendo de maneira sucinta para o especialista e para o serviço que estou encaminhando, agora se alguém acompanha o paciente para conseguir o atendimento, isso não tem, o acompanhamento para o serviço solicitado é com o próprio familiar ou paciente. (n=11)
9. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem os prontuários deles?	Disponibilização do prontuário	O prontuário está sempre disponível, seja de forma física ou eletrônica, e se o paciente necessitar é direito dele sim, não teria problema. (n=10)
10. Você pergunta aos pacientes quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente ou alguém da família?	Participação do paciente no planejamento terapêutico	Sim, é discutido com o familiar ou responsável que esteja com o paciente durante o atendimento, sempre questionando se há membros da família com a mesma deficiência ou problemas relacionados à saúde, faz parte da rotina da gente. (n=10)
11. Você ou alguém do seu serviço de saúde realiza visitas domiciliares?	Ausência de visitas domiciliares	No CER IV não fazemos visitas domiciliares, segundo o instrutivo de reabilitação, de modo geral, que foi atualizado em 2020, não é um serviço que oferta essa modalidade de atendimento domiciliar. (n=11)
12. Você realiza pesquisas de satisfação com os seus pacientes?	Ausência de pesquisa de satisfação	Até o momento a gente não realizou nenhuma pesquisa com os usuários, eles dão o feedback, se acham que tem alguma coisa a ser melhorada ou não. (n=11)
13. Você sente que seu trabalho tem respaldo e valorização da gestão? O que você acha que poderia ser feito para melhorar o trabalho da equipe?	Valorização do trabalhador e a melhorias necessárias	A gente tem apoio da nossa gestão do CER IV, mas ainda faltam alguns insumos, profissionais, técnico de orientação e mobilidade, pedagogo para o ensino de Braille, porém somente a partir do momento que a gente tiver voz de maneira horizontal as coisas vão funcionar melhor e haverá integração das equipes, capacitação e formação continuada nos serviços de saúde. (n=9)

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Quando questionados sobre as informações trazidas e disponíveis dos usuários encaminhados ao CER IV (**questão 01**), os profissionais relatam que sempre recebem algum tipo de informação, seja pelo sistema de gestão do município ou pelos exames e encaminhamentos trazidos pelos próprios usuários. Com a implantação do Sistema de Gestão em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Foz do Iguaçu, todo histórico e dados do paciente ficam disponíveis para acesso quando necessário. Como viés, encontram-se os serviços terceirizados e alguns profissionais que nem sempre inserem os dados no referido Sistema, fragmentando as informações necessárias para um atendimento efetivo, somado ainda aos exames realizados fora do contexto SUS (FOZ DO IGUAÇU, 2021).

Além do Sistema de Gestão em Saúde do município, o governo federal lançou em julho de 2021, o sistema Conecte-SUS Profissional, que é um prontuário eletrônico que oportuniza todo histórico com informações do paciente. Com essa tecnologia, espera-se que profissionais da saúde de todo o país passem a ter acesso ao histórico clínico com dados inscritos nas redes pública e privada, nos diversos níveis de atenção à saúde (GUERRA; HEINEN, 2021).

Observa-se que medidas estão sendo tomadas para o acesso ao prontuário eletrônico, porém, sob a ótica de Bertussi *et al.* (2021), para a equipe ambulatorial ser capaz de acessar o território geográfico, político e cultural do usuário, viabilizando que seus projetos terapêuticos extrapolem seus muros institucionais, faz-se fundamental o contato com as equipes de atenção básica de referência de seus usuários pois sem essa interação dificilmente será possível pensar em estratégias de produção de redes vivas de cuidado que intensifique os vários modos das pessoas caminharem suas vidas (FERREIRA *et al.*, 2017).

Com relação ao tempo de espera no consultório para ser chamado pelo profissional agendado (**questão 02**), para Sousa e Gomes (2015), atender no horário marcado tornou-se raridade, o que gera mais uma fonte de incômodo para pessoas já adoecidas; marcar uma consulta, mudar todo o horário do dia, desdobrar-se para chegar lá na hora marcada e, no final, enfrentar atrasos que ultrapassam o razoável tornou-se comum, porém este desconforto, além de prejudicar o paciente, pode fazer com que o profissional da saúde trabalhe com nível elevado de tensão, o que vem de encontro com a visão de Starfield (2002), que afirma que o tempo de espera de mais de 30 minutos no consultório prejudica a acessibilidade do usuário.

Apesar da literatura apontar a pontualidade como raridade, na análise da presente pesquisa permite afirmar que no CER IV, os agendamentos e horários são respeitados, o que deveria ser pré-requisito para todos os atendimentos SUS, respeitando todas as pessoas dentro de suas particularidades.

Os entrevistados nesse estudo relataram existir ferramentas virtuais no serviço, porém

seu funcionamento é bem limitado, devido ao baixo sinal de internet (**questão 03**), diante disso, os trabalhadores, disponibilizam seus contatos particulares para os pacientes e cuidadores. Apesar da abordagem sobre a utilização de ferramentas virtuais no serviço público de saúde apresentar vários benefícios, deve-se atentar para os problemas que podem ser acarretados, sob a ótica de Santos *et al.*(2021) os trabalhadores e serviços de saúde descobriram no *WhatsApp* recursos capazes de suprir as demandas de comunicação existentes entre profissionais da saúde e usuários, deferindo a esta ferramenta destaque por ser considerada de comunicação efetiva, acessível, dinâmica e de baixo custo, capaz de alcançar diversos públicos, além da habilidade em enviar mensagens e imagens instantâneas com obtenção de retorno em tempo real pelos profissionais, o que ferramentas tradicionais como e-mail e ligações telefônicas não permitem, porém, vale ressaltar que o *WhatsApp* não é um substituto para o exame clínico, desempenhando somente apoio adicional no atendimento ao paciente. Além da prática do uso dessa ferramenta é necessário alguns cuidados, como sigilo dos dados e informações dos pacientes.

Sendo que o Brasil se destaca como país que mais utiliza canais digitais com o intuito de obter informações médicas e/ou estabelecer contato com colegas de profissão e pacientes; Leão *et al.* (2018) destaca que 62,5% dos médicos participantes do estudo realizado, utilizam a ferramenta *WhatsApp* para se comunicar com seus pacientes, corroborando também com pesquisa realizada pela consultoria britânica *Cello Health Insight*, em novembro de 2015, no qual 87% dos médicos brasileiros participantes relataram ter usado *WhatsApp* para se comunicar com pacientes.

Apesar das ferramentas virtuais apresentarem-se como um importante aliado na resolução de demandas administrativas e na vigilância dos pacientes já acompanhados pela equipe, deve-se atentar para que não ocorra o acúmulo de mensagens, dificultando a sustentabilidade da estratégia. A redução na pressão por atendimento na equipe mostra diversas possibilidades para a resolução de demandas menos urgentes e vigilância de ações programáticas, porém há que se destacar o alto fluxo de mensagens, que pode trazer algumas dificuldades na organização para respondê-las (ALENCAR; SOUZA, 2021).

Sobre a continuidade do cuidado e a confiança no atendimento ofertado (**questões 03 e 04**), estas têm relação direta com o vínculo, através dos DSC observa-se que há preocupação por parte dos trabalhadores em estabelecer o vínculo com seus pacientes, mantendo o mesmo profissional nos atendimentos, criando confiança nos usuários para exporem suas dificuldades e anseios. Sob a ótica de Seixas *et al.* (2019), o vínculo pode ser construído ou nunca ser alcançado, necessitando, portanto, de muito cuidado, observa-se que criar vínculo é produzir mais autonomia para os personagens, em relações simétricas e na alteridade. Deve-se considerar

que a vida se produz pelas relações, pelos vínculos entre os trabalhadores que moldam fluxos horizontais por dentro e fora das instituições, melhorando a administração dos projetos de cuidado (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Brunello *et al.*, (2010), ao discorrer sobre o vínculo na atenção à saúde no Brasil, conclui que a instauração dessa relação entre trabalhadores e usuários conseguiria melhorar o conhecimento por parte dos profissionais, dos reais problemas da população atendida e incentivando-os a rastream juntos as soluções para estes e para o avanço dos serviços.

Apesar do vínculo ser algo por vezes invisível, ele é elementar para o funcionamento do serviço em relação à responsabilização e longitudinalidade do cuidado. Certamente a invisibilidade não significa a não existência, mas a fragilidade teórico metodológica referente a conceitos e desenhos de pesquisas que afetam acontecimentos relacionais tão substanciais (BARBOSA; BOSI, 2017).

Quando perguntados se saberiam se os usuários apresentavam problemas de acesso de deslocamento até o CER IV (**questão 06**), o DSC mostrou unanimidade entre os trabalhadores, os quais relataram a preocupação com a dificuldade do deslocamento por diversos fatores, entre eles: o número insuficiente de transportes públicos adaptados com linhas de ônibus insuficientes, disponibilização de uma única van do serviço, adaptada para usuários cadeirantes, além do alto custo do transporte particular.

Preocupação semelhante ao do estudo é relatada por Amaral *et al.* (2012, p. 1837), discorrendo que “barreiras arquitetônicas, não sustentam a locomoção segura às pessoas com deficiência, que muitas vezes recorrem ao carro alugado para chegarem aos serviços de saúde”, para 80% desses usuários “que vive com um salário mínimo mensal, essa é mais uma barreira para o deslocamento”.

Zeni *et al.* (2020) relata que sem condições econômicas e a dificuldade de transporte, o acesso das pessoas com deficiência e suas famílias torna-se precário, o que leva ao aumento do seu isolamento quando em cenários rurais, decorrente da dificuldade do acesso aos serviços de atenção, corroborando com a ótica de Vargas *et al.* (2016), que se refere a acessibilidade como a inclusão do uso de serviços, conhecimento dos profissionais, equipamentos e transporte adequado, além de oportunidades igualitárias para todos.

Se informar a respeito dos tratamentos que os seus pacientes já realizaram ou estão realizando demonstra interesse e preocupação com o usuário (**questão 07**), essa preocupação pode ser traduzida pela acessibilidade afetiva, a qual refere-se às relações interpessoais habituais de encontros onde a comunicação, em comoções e em afetações, por meio de todas as viabilidades de experiências com o outro, se faz vigente plenamente, por meio de olhares

acolhedores na direção da escuta ativa e centralizados às singularidades próprias de cada ser (AMORIM, 2021), tal acessibilidade afetiva foi observada no CER IV de Foz do Iguaçu, através do através do DSC apresentado e pelo interesse dos profissionais em seus pacientes, na sua evolução e tratamento.

Quando um usuário é referenciado ou contra referenciado para outro serviço (**questão 08**), e não é acompanhado para conseguir o atendimento necessitado, ao se deparar com dificuldades, pode levar, muitas vezes, ao abandono da continuidade de seu tratamento ou ficar “solto” na rede, sem saber qual caminho tomar. Zeni *et al.* (2020) encontrou em seus estudos que, fundamentado em um sistema de referência e contrarreferência, a organização da RCPCD passa pela identificação da deficiência pelo setor saúde e encaminhamento para os CERs, acontece que os fluxos não estão organizados fazendo com que as PCD percorram diversos serviços para obter a assistência, aflorando a desarticulação da rede, a qual se transforma em uma barreira organizacional.

Vale destacar que os sistemas de regulação com fluxos hierarquizados produzem, em geral, redes fragmentadas que não concebem as necessidades dos usuários-cidadãos, que não consideram suas múltiplas dimensões da vida, seus sofrimentos e sua autonomia. A dificuldade em obter os encaminhamentos considerados adequados na APS para abrir a porta de acesso para a AE, levam o usuário-cidadão a busca de informações na informalidade com os próprios trabalhadores de saúde da AE, com o objetivo de romper as barreiras enfrentadas em sua peregrinação pelos serviços da RCPCD, em busca do cuidado almejado (HADAD; JORGE, 2018).

Conforme relatado pelos trabalhadores (**questão 09**), os prontuários estão sempre disponíveis, seja de forma física ou eletrônica, e se o paciente necessitar é direito dele sim, não teria problema em fornecê-lo. Segundo o artigo nº 88 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), é direito do paciente o acesso ao seu prontuário médico, sendo que nem o profissional, nem a instituição de saúde podem restringir o acesso do paciente (ou do representante legal) à cópia do referido documento. Fato esse encontrado na pesquisa apresentada, onde é respeitado o direito do acesso ao prontuário pelo usuário, previsto na lei.

Todo paciente pode obter a cópia integral de seu prontuário, porém, o prontuário original deve ficar sob a guarda da instituição de saúde na qual está (ou esteve) internado. Nenhum serviço de saúde, público ou particular, tem respaldo legal para negar a entrega de cópia do prontuário médico ao paciente ou a seu representante legal (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2009; CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Com o objetivo de desburocratizar e facilitar o acesso de profissionais e usuários ao prontuário eletrônico, o Governo Federal disponibilizou o aplicativo Conecte SUS. Segundo o diretor do Data SUS, Jacson Barros, a proposta é que todos os profissionais de saúde estejam conectados na rede SUS, isto inclui toda a rede de saúde, pública ou não (AGÊNCIA BRASIL, 2021), o que somar ao Sistema de Saúde já implantado no município de Foz de Iguaçu.

Os trabalhadores explicam que o planejamento terapêutico é discutido com o familiar ou responsável que esteja com o paciente durante o atendimento (**questão 10**), sempre questionando se há membros da família com a mesma deficiência ou problemas relacionados à saúde.

Seixas *et al.* (2019) esclarece que as escolhas de cada usuário devem ser valorizadas, potencializando aquelas com significados para ele e respeitando seus desejos e escolhas na construção de seu projeto terapêutico de forma compartilhada. A captura do lugar de saber o que é melhor para o outro deve ser abandonado reconhecendo nossos não saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca pelo compartilhamento da produção do cuidado entre trabalhadores e usuário, de forma viva, simétrica e singular, com as demandas e necessidades em saúde das vidas em sua diferença colocadas na centralidade das práticas de cuidado.

Faz-se importante o questionamento do impacto no modo de organizar as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o cuidado em saúde, visto que na junção entre trabalhadores e usuários acontece uma relevância para os saberes reconhecidos como legítimos ou não, e com a possibilidade ou não de construção compartilhada de um projeto terapêutico que faça sentido para o usuário-cidadão (BERTUSSI *et al.*, 2021).

A construção de fluxos de acesso, protocolos de atendimento e outras ferramentas com o propósito de facilitar o acesso e agilizar o cuidado, são mecanismos para garantir a atenção integral e, para tanto, devem ser discutidos e estabelecidos com todos: usuários-cidadãos, trabalhadores, gerentes e todos interessados (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Em relação às visitas domiciliares (**questão 11**), os trabalhadores esclarecem que esta não é uma competência do CER IV, durante a pesquisa foi constatado que, no município, a atenção a pacientes acamados se faz através do programa “melhor em casa”, sem a exclusividade ao paciente com deficiência, sob a ótica de Procópio *et al.* (2019), a AD é um espaço singular da saúde que é capaz de constituir um espaço valioso para reinvenção das relações entre usuários, cuidadores e equipes, interrogando os modos predominantes de se produzir cuidado. Vale ressaltar que isso não é uma garantia *a priori*, pois, sem questionamento da atual lógica da produção do cuidado, a AD pode simplesmente reprisar no espaço do domicílio, práticas de outros espaços da saúde.

Segundo a Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, que redefine a Atenção Domiciliar (AD) no âmbito do SUS e atualiza as equipes habilitadas, a atenção domiciliar deve ser concebida como nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS (BRASIL, 2016; PROCÓPIO, 2018).

Ao se considerar a visita domiciliar como estratégia usada para achegamento e aprofundamento na vida do usuário, com conexão no caminhar apensado ao seu viver na comunidade, defendendo seus projetos de vida, percebe-se que esta conexão vai muito além da articulação ou não com o serviço de reabilitação, visto que se conecta e alcança o modo de vida dos usuários de forma expandida e abrangente (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Com relação às pesquisas de satisfação no CER IV em estudo (**questão 12**), observou-se que estas não aconteceram, entretanto, os trabalhadores relataram receber o *feedback* direto do usuário, vale destacar que, segundo a Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017, uma das principais estratégias para a participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos, são as pesquisas de satisfação. As respostas sobre a satisfação refletem a maneira como as questões foram empregadas, além das relações estabelecidas entre o usuário e o profissional, e, subsequentemente, sobre o usuário e o entrevistador (BRASIL, 2017b).

Observa-se que nem sempre a manifestação de satisfação espelha uma avaliação positiva, uma vez que esse tipo de pesquisa de opinião, algumas vezes, esconde críticas valiosas aos serviços. Devem-se contabilizar as respostas de satisfação somente após interrogar a própria pergunta: quem pergunta, como pergunta, quem responde e qual vínculo se estabelece em meio ao investigador e investigado (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018).

Castro *et al.* (2008) destaca um alto nível de satisfação com o sistema em sua pesquisa, contrariando o senso comum e não obrigatoriamente espelhando o cenário do sistema de saúde, mas a compreensão dos entrevistados, implicando no carecimento de reflexão sobre a interpretação dos resultados. Como hipótese elucidativa da avaliação altamente positiva, foi que os usuários acreditavam que a existência dos serviços de saúde oferecidos pelo SUS, independentemente das carências reconhecidas, é preferível a sua ausência. Analisando os dados acima obtidos, fica claro a importância das pesquisas de satisfação, atentando-se para os vieses acima relatados.

Quando abordados sobre a valorização do trabalhador e a melhorias necessárias para o bom funcionamento do serviço (**questão 13**), o DSC demonstra trabalhadores que relatam apoio da gestão mas que também apontam vários fatores que interferem na resolutividade do serviço,

para Trombetta *et al.* (2015), no caminho da identificação e reconhecimento de situações/problemas éticos por parte dos profissionais, encontra-se uma grande provocação, acredita-se que os problemas serão percebidos unicamente após incitar o diálogo sobre a prática profissional, como em dispositivos promotores da gestão e valorização do trabalhador.

Observa-se que dispositivos de gestão que fortaleçam e apoiem os trabalhadores apontam como prioridade para processo de um coletivo de trabalhadores analisar sua prática no cotidiano do trabalho, visto que é uma tarefa conflituosa com diferentes percepções sobre o vivido gerando um campo de tensão (SEIXAS *et al.*, 2019). Vale ressaltar que as adversidades colocadas pela gestão e pela infraestrutura precária da rede produzem desalento nos profissionais, por não conseguirem desempenhar suas tarefas (ROCHA *et al.*, 2021).

Sob a ótica de Arenhart *et al.* (2022), tradicionalmente, a práxis da gestão, política e planejamento na saúde pública no Brasil possui uma peculiaridade que ronda a não humanidade, a racionalidade desalinhada, o subversivo símbolo da eficiência e eficácia das deliberações, a gerência por resultados, a gerência das competências e a gestão do outro antes da gestão de si.

Conclui-se, na visão Bertussi *et al.* (2021), que espaços para a reflexão da equipe sobre o que está produzindo para si, para os colegas de trabalho e para os usuários no exercício cotidiano, com tempo disponível para falar sobre as diferentes pontos de vista e trazer as tensões presentes nas disputas do dia a dia para o diálogo é fundamental. Somente desta forma seja possível dar voz e visibilidade às formas de produção de barreira e de acesso.

5.3 ABORDAGEM QUALITATIVA: ENTREVISTA COM OS USUÁRIOS DO CER IV

Tendo em vista uma seleção de usuários que atendesse os critérios de inclusão da pesquisa, contou-se com a parceria dos trabalhadores do CER IV. Foram priorizados aqueles com atendimento em duas ou mais modalidades de reabilitação, usuário residente em território nacional, população fronteiriça e estrangeiros. No Quadro 2 é apresentada a caracterização dos usuários participantes da pesquisa.

Quadro 2 - Caracterização dos Usuários. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

USUÁRIOS	ATENDIMENTOS
Um Jovem com TCE	Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia
Um jovem com amputação transfemural e lesões em punho, cadeirante, em fase de reabilitação protética	Psicologia, Terapia Ocupacional e Fisioterapia
Uma criança com deficiência intelectual	Psicologia e Terapia Ocupacional - entrevista concedida pela cuidadora / mãe
Uma criança de um município componente da microrregião, com cegueira bilateral decorrente de amaurose congênita de Leber	Terapeuta Ocupacional e pela profissional de orientação e mobilidade - entrevista concedida pela mãe
Uma usuária adulta com doença neurológica, cadeirante, amputação parcial dos pés, utiliza órtese	Fisioterapia, Nutrição e Enfermagem
Uma paciente adulta, tetraplégica, cadeirante, com diagnóstico de distrofia muscular	Entrevista Concedida Pela Cuidadora / Mãe
Uma usuária adulta, com sequelas pós trauma	Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia - entrevista em conjunto com a filha
Uma criança com hipótese de diagnóstico de TEA (em investigação) e crises convulsivas severas	Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Técnico de orientação e mobilidade
Uma idosa com sequela de AVC e COVID, tetraplégica, cadeirante	Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Uma idosa, cadeirante	Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Um adulto, cadeirante, sequela de AVCH, faz uso de órtese áxilo palmar MSD e órtese suropodálica articulada em MID	Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia para disfagia
Uma usuária adulta, atendida pelo programa de ostomias, faz uso de bolsa de colostomia	Enfermagem e Nutrição
Uma usuária jovem, brasileira, residente no Paraguai	Entrevistada em conjunto com a mãe. Tem deficiência auditiva, faz uso de prótese auditiva
Uma criança venezuelana com RNM – Registro Nacional Migratório, com diagnóstico de neurofibromatose, amputação de um membro inferior, cadeirante, aguardando novas intervenções cirúrgicas em membro inferior e coluna vertebral	Entrevista concedida pela cuidadora / mãe

Quanto ao DSC, 14 usuários do CER IV participaram das entrevistas, sendo a construção da IC expressa pela frequência de relatos (n). O Quadro 3 demonstra as 14 questões e os respectivos ICs e DSCs gerados.

Quadro 3 - Questões da pesquisa, categorização das Ideias Centrais e respectivos Discursos do Sujeito Coletivo geradas pelos usuários do CER IV. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2022

Questão	IC	DSC
1. Você foi encaminhado para o CER IV por qual serviço, UBS, hospital, escola, outros?	Demanda sobre os encaminhamentos	O posto de saúde me encaminhou ao CER IV; a princípio estava em outra unidade onde o acesso era muito complicado. (n=7)
2. Você teve que esperar mais de trinta dias para conseguir vaga no CER IV?	Demanda sobre o tempo de espera para conseguir vaga	Não, foi muito rápido, provavelmente uns dez dias. (n=9)
3. É fácil para você conseguir atendimento no CER IV quando necessário?	Demanda sobre o acesso ao atendimento	Sim, eu consegui todos os atendimentos, de forma fácil e prática. (n=14)
4. Quando você vai no CER IV, é o mesmo profissional que atende você todas as vezes?	Demanda quanto ao atendimento profissional.	Sim, dentro da mesma modalidade é sempre o mesmo profissional que me atende (n=10)
5. Quando o CER IV está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: <i>WhatsApp, telegram, wechat, skype, hangout, e-mail</i>) se precisar?	Demanda sobre aconselhamento por telefone ou virtual	Sim, eu tenho acesso ao <i>WhatsApp</i> , tenho o telefone fixo daqui, e tenho também os números particulares deles, sou respondido quando eu peço orientação. (n=14)
6. Apresenta dificuldade no deslocamento ao CER IV?	Demanda dificuldade do deslocamento ao CER IV	Não, utilizo a van do CER IV ou carro particular/aplicativo. (n=12)
7. O profissional que te atende sabe quais problemas são mais importantes para você e a sua família?	Demanda sobre a interação com o profissional	Sim, todas as vezes perguntam sobre os problemas e as dificuldades. (n=13)
8. Se fosse fácil, você mudaria do CER IV para outro serviço de saúde?	Demanda sobre a satisfação com o serviço	Não, se tivesse essa opção eu não aceitaria, eu tenho muita confiança aqui. (n=14)
9. O profissional que te atende sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com especialista ou em outro serviço especializado no período em que você está neste centro?	Demanda sobre encaminhamento externo	Não, todas as vezes que foi preciso, realizei aqui mesmo. (n=10)
10. O profissional que te encaminhou procurou saber quais foram os resultados da consulta realizada? Pareceu interessado na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta que você foi, perguntou se você foi bem atendido?	Demanda sobre o interesse no cuidado ofertado	Sim, ele perguntou qual foi o resultado e se fui bem atendido. (n=8)
11. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no CER IV?	Demanda sobre o acesso ao prontuário	Sim, com certeza vão deixar, eles nunca me negaram. (n=12)

12. O profissional que te atende pergunta as suas ideias e opiniões (o que você pensa ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família? Já se reuniu com membros de sua família?)	Demanda sobre a participação no planejamento terapêutico	Não houve reunião com os familiares, porém o acompanhantes participam das discussões. Somente em situações pontuais, os familiares são convocados. (n=10)
13. Você considera a sinalização e comunicação do CER IV suficiente para as suas necessidades (piso tátil, placas em Braille, corrimãos e intérprete de libras)?	IC - Demanda sobre acessibilidade	Sim. Desde o estacionamento, tudo foi planejado e executado para uma pessoa com deficiência. (n=14)
14. Você considera o serviço de reabilitação prestado no CER IV resolutivo para suas necessidades?	IC - Demanda sobre resolutividade	Sim, após início do tratamento tive uma grande melhora, o tratamento é excelente. (n=10)

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

A análise a seguir, referente ao Quadro 03, constitui-se de 14 questões semiestruturadas, trata dos DSC das entrevistas de quatorze usuários do CER IV. Ao se questionar aos usuários de quais serviços (públicos e/ou privados) haviam sido referenciados ao CER IV (**questão 01**), observou-se na pesquisa em questão, que, apesar dos três níveis de atenção, as instituições, associações que fazem parte do cuidado à PCD e as escolas que ofertam atendimento dentro da cota social serem elegíveis para referenciar usuários ao CER IV, a porta de entrada principal é a APS. Sob a ótica de Starfield (2002), o local de primeiro contato é conhecido como porta de entrada; essa concepção de uma porta faz sentido ao se considerar que inicialmente o usuário não tem conhecimento necessário dos detalhes técnicos da atenção médica para avaliar como usufruir e caminhar no sentido de resolver seus problemas de maneira correta. A inexistência de um ponto de entrada acessível faz acreditar que uma atenção adequada provavelmente não seja alcançada ou seja delongada, incidindo também em gastos adicionais.

Sem uma porta de entrada eficaz, aproximadamente 50% dos encaminhamentos não apresentam a real necessidade de consulta na rede especializada, essa situação demonstra ausência de gerenciamento dos gestores na edificação de diretrizes, políticas e fluxos assistenciais que orientem os profissionais sobre os fluxos e protocolos de uma rede eficaz (FERREIRA *et al.*, 2019).

Diante do acima exposto, observa-se que a fragmentação na organização dos serviços de saúde do SUS e a potencialização da APS como porta de entrada preferencial e centro ordenador dos pontos de atenção e das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, se apresentam como um dos principais desafios elencados pelos gestores de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2019).

Quando abordados sobre o tempo que esperaram para conseguir uma vaga no CER IV (**questão 2**), apesar dos usuários relatarem a rapidez nos atendimentos, há que se destacar que os entrevistados são pessoas que foram admitidos para o atendimento, ficando o viés daqueles que, por não se enquadrarem nos critérios de elegibilidade da instituição (ANEXO B), ou por fatores como a dificuldade no deslocamento e a falta de vagas, não adentraram ao *hall* de usuários do CER IV.

Evidencia-se que a parcela mais pobre da população, que frequentemente dependem unicamente do SUS para tratamento de saúde, do mais simples ao mais complexo, experimentam a frustração e o desespero como consequência do não acesso. A inquietude do brasileiro com a lentidão no atendimento no SUS é um dos principais vetores que levam a procura pela saúde suplementar (SANT'ANA; FREITAS FILHO, 2016).

Em estudo promovido nos 20 municípios que compõem a Região de Saúde Metropolitana do Espírito Santo (RSM-ES), cujo propósito foi analisar o absenteísmo em relação ao tempo de espera por consultas e exames especializados, constatou-se que, apesar das tentativas que procuram tornar mais eficiente o uso da capacidade instalada dos municípios, às vezes, esperas e atrasos relacionam-se mais aos problemas organizacionais do que à falta de recursos, gerando ineficiência e gastos desnecessários (FARIAS *et al.*, 2019).

Longo período de espera com aumento da vulnerabilidade de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) são resultados dos empecilhos encontrados para o acesso às consultas, exames e atendimentos especializados, associados ainda à estrutura precária e à falta de profissionais habilitados (CASACIO *et al.*, 2022).

Com relação ao usuário em atendimento no CER IV ter facilidade em conseguir atendimento nas diversas especialidades caso necessário (**questão 03**), objetiva-se entender como se dá o acesso nessa instituição, como resposta obteve-se um DSC de unânime entre os entrevistados, que alegam conseguir todos os atendimentos de forma fácil e prática.

Relato esse encontrado na pesquisa nem sempre é encontrado na literatura, para o *Institute of Medicine* (LITVAK, 2015), o acesso tem a ver com a pergunta: como podemos ajudá-lo hoje? A resignação dos usuário em se submeter às prescrições dos profissionais de maneira conformada, sem questionamentos, parece ser um modo de garantir o acesso a alguma forma de cuidado, frente a precariedade e barreiras encontradas nos dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (ROCHA *et al.*, 2021).

Observa-se que os processos de regulação assistencial consistentes que ampliem o acesso e potencializem a equidade inexistem e, muitas vezes, apresentam uma articulação ineficaz (MOTA, 2020).

Ser acompanhado pelo mesmo profissional dentro de uma modalidade de atendimento contribui para a criação e fortalecimento do vínculo e confiança entre trabalhador/usuário (**questão 04**). No estudo pode-se observar que este quesito é levado a sério, sendo que o DSC demonstra que é mantido o mesmo profissional durante o tratamento do usuário. O vínculo da população com sua fonte de atenção teria que ser refletida em vigorosos laços entre os atores envolvidos, retratando a colaboração bilateral entre as pessoas e os profissionais da saúde (STARFIELD, 2002).

Com a estruturação das RAPS e o transpassamento de seu desenho por parâmetros de escala populacional e fragmentação temática, observa-se que estas nem sempre respondem às singularidades e ao vínculo, o que vai desencadeando graus variáveis de desresponsabilização determinando o que é meu, o que é seu, além da transferência de serviço por atingir idade limite, desvalorizando a quebra de vínculos, entre outros (SANTOS *et al.*, 2020; VIANNA *et al.*, 2022).

Vale ressaltar que sob a visão de Benevides (2018), a assistência à saúde é apercebida como algo excessivamente profissional, tencionando desta forma o distanciamento afetivo entre profissionais e usuários, afastamento este justificado como profissionalismo. A potência terapêutica do vínculo é um enorme desafio que necessita compreensão, principalmente ao se tratar do rompimento da barreira fomentada pela formação e pelas instituições de saúde, nas quais prevalece a neutralização de afetos (BERTUSSI *et al.*, 2021). Apresentado como diretriz da AB, por vezes entendido como princípio, outras como fundamento, o vínculo surge com uma definição mais clara, retratado na produção da confiança e benquerença entre o usuário e o trabalhador da saúde, possibilitando o aperfeiçoamento do processo de compartilhamento da responsabilização pela saúde, que sustenta em si um talento terapêutico (SEIXAS *et al.*, 2019).

De acordo com o DSC cinco dos usuários (**questão 05**), todos relataram ter acesso ao *WhatsApp* e telefone fixo da instituição, mas possuem também os números particulares dos profissionais, o que corrobora com a questão três do quadro dois, afirmando serem atendidos quando solicitam orientação. Apesar do aplicativo conseguir superar barreiras de tempo e espaço, aproximando o paciente do serviço de saúde, com possibilidade de orientações e atendimentos mais rápidos e direcionados acerca das demandas existentes, vale ressaltar que o *WhatsApp* não é um substituto para o exame clínico, desempenhando somente apoio adicional no atendimento ao paciente. A prática do uso dessa ferramenta requer alguns cuidados, como sigilo dos dados e informações dos pacientes (SANTOS *et al.*, 2021).

A falta de cuidados e normas para proteger informações dos pacientes transmitidas via *WhatsApp* demonstrou hesitação e ansiedade por parte dos profissionais, tanto nos quesitos

ético-legais como na avaliação da qualidade da relação com o paciente. Isto acontece devido à carência de regulamentação clara ou de conhecimento sobre pareceres já liberados pelos conselhos de classe com orientações aos profissionais e pacientes sobre o uso do aplicativo em caso de dúvidas (LEÃO *et al.*, 2018). Na questão 05, quando a abordagem foi o aconselhamento virtual, os entrevistados foram unânimes ao relatarem que além dos contatos da instituição têm também os contatos particulares dos profissionais, sendo assim orientados quando necessário, resposta essa que vem de encontro com a resposta foram unânimes em

O suporte online, apesar de uma prática profissional com curta história e comprovadas potencialidades de aplicação nas áreas do aconselhamento e da psicoterapia, ainda se apresenta como um domínio inexplorado, no que diz respeito às atitudes dos clientes sobre essa nova modalidade de aconselhamento (SILVA; MACHADO; MIGUEL, 2015).

A dificuldade no deslocamento até o CER IV (**questão 06**) se apresenta como importante barreira de acessibilidade, dificultando o acesso ao serviço. Constatou-se que no CER IV estudado há disponibilidade apenas um transporte tipo van, adaptado para cadeirantes. Os demais usuários utilizam-se de carro particular ou aplicativo, importante salientar que não houve relatos de utilização de transporte público tipo ônibus, que pode estar relacionado a pequena quantidade de veículos adaptados e poucas linhas disponíveis para essa localidade.

Para a ininterrupção dos projetos terapêuticos, proporcionando a qualidade de vida e saúde das pessoas, principalmente as PCD, faz-se necessário a observância da localização territorial dos serviços associadas às debilidades das redes de transportes públicos urbanos (tempo gasto com deslocamentos e veículos não adaptados para PCD), que exercem influência direta na garantia do acesso dos usuários nos serviços (CASTRO *et al.*, 2021).

Nem sempre as PCD adéquam-se às regras impostas para o acesso, isto faz com que seus cuidadores e/ou familiares enfrentem o transporte como uma das principais barreiras de acessibilidade para o acesso aos serviços (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Para que se considere um serviço acessível dois aspectos são fundamentais, um se trata da dimensão sócio organizacional, que caracteriza a oferta do serviço e outro é a extensão geográfica associada à distância e ao deslocamento” (SILVA; MACHADO; MIGUEL, 2015, p. 40). Devido às barreiras arquitetônicas não proporcionarem o deslocamento seguro às PCD, estas recorrem à locação de transporte para o deslocamento até os serviços de saúde”, considerando que para 80% desses usuários vivem com um salário mínimo mensal, este fator se torna mais uma barreira para o deslocamento (AMARAL *et al.*, 2012).

A preocupação do profissional pelos problemas que afetam os usuários e seus familiares (**questão 07**), demonstra a preocupação em um atendimento mais humanizado e compatível

com a necessidade de cada usuário de forma singular, no estudo apresentado os entrevistados relatam poder compartilhar com os profissionais seus anseios e dificuldades, criando dessa forma uma relação mais próxima que, sob a ótica de Barbosa (2017), podendo ser designada como vínculo, se apresenta como viabilizadora da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado.

A contar de um projeto ético-estético-político baseado nas demandas e necessidades em saúde dos usuários, atendendo sua singularidade e relações simétricas, tensiona-se a construção do vínculo como potente processo para a modificação das práticas habituais de saúde (SEIXAS *et al.*, 2019).

Nessa construção da sua rede viva com garantia do cuidado às PCD, familiares se desdobram na procura por vínculo e responsabilização dos profissionais, o que os usuários e suas famílias buscam nos encontros com os trabalhadores da rede é uma expansão de suas aptidões de agir e de cuidar (BERTUSSI *et al.*, 2021).

Os usuários entrevistados relatam satisfação e alegam que não aceitariam trocar para outro serviço de saúde (**questão 08**). Por muitos anos a oferta de serviços se apresentou fragmentada no município de Foz do Iguaçu, PCD, mães com filhos com deficiência tinham que peregrinar em vários serviços em busca de atendimento, cada especialidade era alocada em uma região totalmente diferente. Com a implantação do CER IV nasce a proposta da integralidade do cuidado, trazendo esperança de dias melhores para essa população, que diante desta questão se mostra firme em não aceitar uma troca de serviço.

Na contramão do que aparenta ser a primeira vista, uma avaliação positiva pode ser interpretada como uma esperança de continuidade da prestação de serviços públicos de saúde, como uma forma de cobrança dos serviços, o que aumenta o dever dos responsáveis pelas políticas sociais de saúde; visto que os usuários parecem entender que o SUS cumpre o seu papel de oferecer serviços de saúde, mesmo com os problemas conhecidos (CASTRO *et al.*, 2008). Particularidades referentes ao interesse do pesquisador e dos vários atores envolvidos na produção dos estudos, bem como ferramentas relativas a maneira de questionar o usuário não se encontram bem definidos, com insuficiente apuração sobre os processos sociais implicados no julgamento dos serviços (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018).

Com marcante centralidade na AE, a atenção e cuidado às PCD apresenta uma grande vulnerabilidade, visto que esta população ainda se encontra segregada e invisibilizada, fazendo com que esbarrem nos diversos tipos de barreiras, dificultando o acesso ao cuidado em saúde (CASTRO, 2021).

Ao se considerar a RCPCD formal, resta ao usuário-cidadão duas opções: ou insere-se

no cardápio de ações disponibilizadas ou desempenha sua autonomia e assume seu cuidado, com adoção de estratégias próprias para atender suas questões e fazer uso das ofertas do sistema (MERHY *et al.*, 2019). Essa procura por outras alternativas de cuidado para fora do instituído, por vezes prevê instrumentos de resistências duros para os usuários-cidadãos, na busca do exercício dos seus direitos como cidadão com dificuldade mas que nem sempre se refletem em processos de autonomia.

Ao serem questionados se durante seu atendimento, em algum momento, o profissional que os atende solicitou alguma avaliação fora do CER IV (**questão 09**), a resposta foi que não foi necessário, pois tudo o que necessitavam foi realizado na instituição mesmo.

Vale ressaltar que para o efetivo funcionamento das RAS, o sistema de referência e contrarreferência se apresenta como valioso instrumento organizacional no encaminhamento dos usuários para todos os níveis de atenção. A autora ainda destaca o sistema de saúde fronteiriço, que se apresenta com ausência de registros e informações, o que atrapalha ainda mais a compreensão do profissional sobre o caminho percorrido pelo usuário, com o fluxo e a continuidade do cuidado prejudicado (CASACIO *et al.*, 2022).

Para que haja o real adiantamento da inclusão social das pessoas com deficiência, faz-se essencial desfazer os muros institucionais e o processo de simples encaminhamento, modificado por atuações que contribuam com mecanismos de troca e corresponsabilização (TUON; CERETTA, 2017).

Quando o usuário é referenciado para outro serviço mas continua vinculado ao CER IV, foi questionado sobre o interesse do profissional que o encaminhou na qualidade e resolutividade do atendimento recebido (**questão 10**), observou-se no DSC que o usuário percebe essa preocupação por parte do profissional, mas também há que se atentar que esta resposta vai na contramão da questão anterior, quando os usuários alegam que tudo o que necessitavam foi realizado na instituição mesmo.

Observa-se que somente a existência e oferta dos serviços não caracterizam a produção de cuidado, que deve partir do vínculo, acolhimento e identificação dos quereres do outro. A produção do cuidado não se resume a entrar no espaço físico de um serviço, caminhar entre eles, ou quem sabe ser incluído em uma modalidade de cuidado, subordinando-se um fluxo instaurado por processos, estratégias ou raias regulatórias, obedecê-los pode fortificar a filiação a um regime de impedimento/barreira ao cuidado (BERTUSSI *et al.*, 2021). Faz-se necessário e urgente a ampliação do acesso e redução das iniquidades em saúde, para essa concretização com as PCD, é primordial a qualificação dos profissionais visando a comunicação de maneira adequada com respeito a todos os modos de vida (CASTRO, 2021).

A longitudinalidade do cuidado presume a continuidade da relação clínica, com o estabelecimento de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários no decorrer do tempo e de maneira permanente. Esse processo deve acompanhar os efeitos das intervenções em saúde e também de outros elementos na vida dos usuários, fazendo com que condutas sejam ajustadas quando necessário, evitando a perda de referências e minimizando os riscos de iatrogenia oriundos do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado (SEIXAS *et al.*, 2019).

Sobre o acesso ao prontuário (**questão 11**), no DSC fica claro que o acesso do usuário ao prontuário é sempre permitido quando requerido.

A solicitação e o recebimento da cópia do prontuário médico é direito de todo paciente ou seu representante legal, o qual está previsto no Código de Ética Médica, garantido, ainda, pelo Código de Defesa do Consumidor. De acordo com o artigo 72, o prestador de serviço que “impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, banco de dados, fichas e registros” fica exposto a uma pena de seis meses a um ano de prisão ou multa (JUS BRASIL, 2015).

Conforme descrito no artigo 88 do Código de Ética Médica (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2010), o profissional ou a instituição de saúde não podem delimitar o acesso do paciente (ou do representante legal) à cópia do seu prontuário médico

A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) veio para regulamentar e dar segurança ao paciente, não devendo se transformar em mais um entrave burocrático, Segundo Rafael Broetto, coordenador da Ouvidoria do Conselho Regional de Medicina do Rio Grande do Sul, o prontuário médico é o histórico total da saúde e do tratamento do paciente, é o registro único dessas informações, de caráter legal, sigiloso e científico, preenchido pelo médico. Faz-se necessário o cuidado na entrega do documento pessoalmente ou por outra via segura, sempre com zelo, perante a importância da preservação do sigilo (CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2021).

Sobre a participação do usuário e familiares na elaboração do projeto terapêutico (**questão 12**) observa-se que essas são realizadas somente com os usuários e seus acompanhantes, ficando a reunião com familiares restrita a casos pontuais, há que se observar que, quando no encontro com o outro se percebe a importância deste para se construir boas saídas, valorizando as escolhas de cada usuário, os significados que tem para ele, evitando-se enveredar pelo juízo moral ou pela criminalização dos desejos do outro, assim, foge-se da captura do lugar de saber o que é melhor para cada pessoa, se reconhece nossos não saberes e a necessidade de uma ação ativa na busca pelo repartimento da produção do cuidado que

envolvam trabalhadores e usuários, de forma viva, simétrica e singular (SEIXAS *et al.*, 2019).

Sob a ótica de Merhy *et al.* (2019) há um território de potências clínica-cuidado valiosas no encontro de trabalhadores e usuários, relacionada aos saberes validados como legítimos ou não, com a probabilidade ou não de construção compartilhada de um projeto terapêutico, o qual tenha significado para o usuário e valha para melhorar seu viver, mesmo com os problemas e sofrimentos com que eventualmente precise viver ou enfrentar. O conhecimentos desses problemas contribuem para a elaboração de novos planos e manejos doravante somatória dos saberes da equipe e dos usuários (TUON; CERETTA, 2017).

Com relação a acessibilidade (**questão 13**), observou-se que, apesar do CER IV ainda não dispor de piso tátil e interprete de libras, os usuários mostram-se satisfeitos com a sinalização e comunicação ofertada pela instituição.

Nessa questão vale conceituar o acesso e acessibilidade, para auxiliar na compreensão das barreiras enfrentadas pelas famílias de pessoas com deficiência. Para Starfield (2002), acessibilidade é a forma como o indivíduo chega nos serviços, e o acesso é como a pessoa vivencia a atenção nos serviços.

A acessibilidade é ter acesso a todo e qualquer espaço, seja físico ou de comunicação; com relação à acessibilidade comunicacional, essa relaciona-se à desobstrução das barreiras de comunicação interpessoal, escrita e virtual. O espaço físico engloba reformas para eliminação de barreiras arquitetônicas, instalação de rampas de acesso, elevadores, corrimãos, sinalização tátil com informação ampliada, com tamanho adequado para pessoas com baixa visão além da disponibilização de piso podotátil e em alto contraste em espaços de uso coletivo, públicos ou privados (AMORIM, 2021).

As inadequações na acessibilidade tem sido o motivo mais importante pelo qual as PCD não procuram atendimento aos serviços de saúde, visto que a acessibilidade não é somente o uso de serviços, mas é também o conhecimento dos profissionais, equipamentos adequados, transporte adequado com oportunidades iguais a todo o cidadão (VARGAS *et al.*, 2016).

Observa-se que o DSC sobre resolutividade do serviço (**questão 14**), mostrou usuários satisfeitos, com relatos de grande melhora. Essa resposta pode ser um sinal positivo com relação à oferta dos serviços recebidos mas há que se atentar aos caminhos anteriormente percorridos por esses personagens, a precariedade de informação e a baixa expectativa, somada ao receio em dar respostas negativas, pode levar a uma elevada satisfação como resposta, onde os pacientes demonstram-se extremamente satisfeitos, e somente em episódios imensamente negativos a insatisfação é exteriorizada.

Deve-se considerar que as abordagens do tipo cognitivistas, fazem considerações sobre o modo como o usuário percebe o serviço (modelos mentais), porém sem o entendimento de como tais modelos de percepção são construídos (ESPERIDIÃO; SILVA, 2018).

A primeira vista, aparentemente na maior parte das vezes, a tendência é considerar a avaliação positiva de serviços de saúde um dispositivo de propaganda política ou um indicativo de competência da política, porém, ao se analisar mais atentamente, talvez indique uma população que percebe as carências do SUS, mas luta por sua conservação e aprimoramento, garantindo a preservação do direito à saúde (CASTRO *et al.*, 2008).

Buss *et al.* (2020) defende que não basta somente a preocupação com o acesso a serviços de saúde de qualidade, se os determinantes da saúde em toda a sua dimensão não forem revistos e valorizados. As políticas públicas saudáveis, uma efetiva articulação intersetorial do poder público e a mobilização da população se faz extremamente necessária para a obtenção de melhores resultados.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se entre 2018 a 2021, o atendimento a 125.857 usuários, com predominância do sexo masculino e idade até 18 anos. A modalidade de reabilitação que mais se destacou foi a reabilitação física, seguida da auditiva, intelectual e por último a visual. A maior parte dos usuários, num quantitativo de 69,6%, necessitou de mais de um tipo de reabilitação, não sendo inseridos e contabilizados nas modalidades únicas ou que não deixavam claro o tipo de reabilitação; outro fato que chamou a atenção foi que 75.743 (60,2%) não tinham a indicação de cor de pele/raça, deixando nestes quesitos um viés a ser pesquisado em próximos estudos. A fragmentação e a falta de articulação entre os níveis de atenção se mostrou latente, visto que uma rede de cuidados só existe se houver conexão entre os profissionais, usuários, familiares e gestores, com o claro entendimento do que querem compartilhar. Essa fragmentação da oferta de cuidados se apresentou como causadora de tensão e inquietação entre trabalhadores e usuários, os trabalhadores relatam que encaminham os pacientes para o serviço de referência de acordo com a necessidade apresentada, o usuário percorre o trajeto por conta própria, sem uma supervisão para a comprovação do agendamento solicitado, e, diante das dificuldades, muitas vezes acaba desistindo da continuidade do tratamento.

Observou-se também trabalhadores empenhados em ofertar qualidade nos atendimentos, preocupados com a escuta, com o vínculo, com a valorização e a legitimização do saber do outro, com a preocupação em somar esses saberes para a construção de um projeto terapêutico que faça sentido para o usuário, atendendo suas necessidades e expectativas.

Encontrou-se trabalhadores sedentos pela educação permanente para todos os atores da rede, preocupados com a falta de insumos e profissionais especializados, com um desejo pulsante de participação da construção do cuidado para as PCD, e do modelo que se almeja combater nesse cuidado, modelo que rotula, condena, banaliza os desejos e saberes do outro. Encontrou-se trabalhadores que por vezes fogem do instituído e driblam a burocracia para atender as necessidades do usuário.

Quando a análise se move para os usuários, se observou que estes, em sua maioria, mostraram-se extremamente agradecidos e satisfeitos, por vezes se negando a receber alta ou contrarreferência para outro serviço, dificultando assim o andamento das filas. Apesar dessa satisfação aflorada, atentou-se a reflexão desta alegria estar no poder contar com um serviço de reabilitação com várias ofertas de cuidado, que anteriormente não tinham acesso, mas, muitas vezes, sem a noção sobre qual a abrangência do direito que lhes é garantido. Vale ressaltar que essa satisfação pode ser traduzida ainda pela gratidão da garantia desse atendimento, porém,

pode também ecoar aos gestores como um grito de socorro clamando por continuidade e melhorias das ofertas de cuidado.

É importante ressaltar que sem acessibilidade não há acesso, e o CER IV de Foz do Iguaçu foi construído em uma região de difícil acesso, associado a precariedade de transportes públicos adaptados para as PCD, que exercem influência direta na garantia do acesso dos usuários nos serviços. Um transporte adaptado para pacientes cadeirantes é disponibilizado aos usuários, porém não contempla a demanda e as demais deficiências. Muitos necessitam recorrer a transportes públicos ou aplicativos, somado ao fato de que a maioria não dispõe de recursos financeiros para esta alternativa.

O município tem avançado com relação às barreiras arquitetônicas, com implantação de rampas, corrimãos e banheiros adaptados em grande parte dos estabelecimentos públicos, entretanto, com relação às pessoas com deficiência sensorial se apresenta ainda muito deficitário. Surdos e pessoas com deficiência auditiva apresentam dificuldade de comunicação nos atendimentos, para se expressarem e compreenderem o profissional e suas orientações. Pessoas cegas ou com baixa visão, sofrem no deslocamento por falta do piso tátil na maior parte dos trajetos trilhados, além da falta da sinalização em braile (encontrada somente no CER IV), e a inexistência de semáforos com alertas sonoros.

Com relação aos usuários fronteiriços, a região de fronteira se apresentou como um desafio para o acesso, que, apesar da Carta Magna do Brasil garantir o atendimento a brasileiros residentes em outros países, na contramão dos direitos garantidos por lei, para usufruir da oferta do SUS é condição a apresentação do CNS, o qual é obtido a partir da inclusão dos dados do usuário no software do governo federal, que até o ano de 2020 tinha a obrigatoriedade da comprovação de endereço em território nacional. Essa condição acarretava dois problemas para o município e para os usuários, o primeiro é a impossibilidade da comprovação de uma série histórica para comprovação dos atendimentos a essa população, visto que estes são inseridos como moradores do Brasil, e o segundo a necessidade dos usuários burlarem o sistema com endereços falsos acreditando estarem recebendo um atendimento que não lhes compete.

Há que se tornar unânime o pensamento de que toda vida importa, e somente quando cada trabalhador, gestor e toda comunidade aprender a valorizar todas as formas de vida, um mundo mais inclusivo começará a ser construído. Resistência, luta, discriminação, preconceitos, isolamento e quantos outros termos podemos usar para nos referir a toda caminhada dessa população tão cheia de possibilidades, mas que ainda padece e necessita levantar os braços para o alto para sair da invisibilidade e clamar por seus direitos, direito de

viver, de compartilhar um mundo que inclua todas as formas vidas em suas singularidades. E nessa percepção das diferenças como valor, de alguma forma nos humanizar.

O estudo apresentado será disponibilizado a todos participantes da pesquisa e à Secretaria Municipal da Saúde, como devolutiva do resultado encontrado. Não se pretendeu com esse trabalho fazer um julgamento da oferta, mas avaliar essa problemática com a esperança de que os resultados aqui evidenciados se apresentem como pistas importantes no processo de tomada de decisão e gestão em saúde com relação as políticas públicas direcionadas ao cuidado das PCD, contribuindo para a melhoria da realidade que se apresenta no cotidiano dessas pessoas.

7 REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. **Ministério da Saúde lança plataforma com prontuário médico eletrônico**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/ministerio-da-saude-lanca-plataforma-com-prontuario-medico-eletronico>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. 20, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00182117>.
- ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s) - Revista de estudios sobre espacio y poder**, Madrid, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. Disponível em: http://dx.doi.org/10.5209/rev_GEOP.2012.v3.n2.40040.
- ALENCAR, S. de S.; SOUZA, F. H. A. de. Uso do *WhatsApp* por uma equipe de Saúde da Família como estratégia para lidar com demandas administrativas. **Health Residencies Journal**, Brasília, v. 2, n. 9, p. 169-182, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.51723/hrj.v2i9.170>.
- AMARAL, F. L. J. dos S.; MOTTA, M. H. A.; SILVA, L. P. G. da; ALVES, S. B. Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100016>.
- AMORIM, E. G. **Reinvenções na vida de pessoas com deficiência visual: Caminhos à reabilitação inclusiva?**. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/32778/1/Reinvencoesvidapessoas_Amorim_2021.pdf.
- ARAÚJO, L. M.; ARAGÃO, A. E. A.; PONTE, K. M. A.; VASCONCELOS, L. C. A. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão Integrativadespesquisa. **Revista Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 549-557, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.549-557>.
- ARENHART, C. G. M.; RIZZOTTO, M. L. F.; MELARA, M.; CARRIJO, A. R. Representações sociais do direito à saúde na fronteira trinacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 149, 2022. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/representacoes-sociais-do-direito-a-saude-na-fronteira-trinacional/18405?id=18405&id=18405>.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSICOLOGIA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 5. ed. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **Acessibilidade a Edificações, Mobiliário, Espaços e Equipamentos Urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2015. 162 p. Disponível em: <https://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/>. Acesso em: 23 jul. 2017.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no campo da Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1003-1022, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312017000400008>.

BENEVIDES, J. A. S. **Integralidade nos cuidados ao fim da vida: uma análise junto aos idosos com câncer avançado**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2018.

BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E.; COELHO, K. S. C.; SANTOS, M. L. de M. dos; ROSA, N. S. F. **O Cer que precisa ser: os desafios de ser rede viva com o outro**. 1 ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2021. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/05/Livro-O-cer-que-precisa-ser-%E2%80%93-os-desafios-de-ser-rede-viva-com-o-outro.pdf>.

BISOL, C. A.; PEGORINI, N. N.; VALENTINI, C. B. Pensar a deficiência a partir dos modelos médico, social e pós-social. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 87-100, 2017. Disponível em <https://doi.org/10.18764/2178-2229.v24n1p87-100>.

BRASIL. Lei nº 6.634, de 02 de maio de 1979. **Dispõe sobre a Faixa de Fronteira, altera o Decreto-lei nº 1.135, de 3 de dezembro de 1970, e dá outras providências**. Brasília, DF, 1979. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6634.htm. Acesso em: 04 mar. 2021.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. **Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências**. Brasília, DF, 1989. Disponível em: [_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília, DF: DOU, 1990a. Disponível em: \[http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm\]\(http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm\). Acesso em: 10 set. 2021.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20apoio%20%C3%A0s,P%C3%ABlico%2C%20define%20crimes%2C%20e%20d%C3%A1. Acesso em: 19 jan. 2021.</p></div><div data-bbox=)

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - sus e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Brasília, DF: DOU, 1990b. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=8142&ano=1990&ato=850o3Zq1keFpWTcff>. Acesso em: 10 set. 2021.

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. **Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa**

Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 20 jan. 2021.

_____. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. **Aprova a política da Atenção Básica, tendo como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo aos serviços de saúde de qualidade e resolutivos.** Brasília, DF, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html. Acesso em: 04 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. 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).** Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm#:~:text=A%20pessoa%20com%20defici%C3%Aancia%20tem%20direito%20ao%20trabalho%20de%20sua,de%20trabalho%20acess%C3%ADveis%20e%20inclusivos. Acesso em: 10 mar. 2020.

_____. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. **Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas.** Brasília, DF, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html. Acesso em: 21 jun. 2021.

_____. **Lei de Migração.** Lei nº 13.445, de 24 de maio de 2017a. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13445.htm. Acesso em: 21 dez. 2020.

_____. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017b. **Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113460.htm. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portal da transparência. **Programa Viver Sem Limites.** Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/programas-de-governo/01-viver-sem-limite?ano=2019>. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** Conselho Nacional de Saúde CNS/MS, 2019b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/592-8-conferencia-nacional-de-saude-quando-o-sus-ganhou-forma>. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Nota Informativa nº 81/2020** - Demanda LAI Nº 3728478/ 3685965 - CGSPD/DAET/SAES/MS - 27/08/2020. Portal da Transparência; Controladoria Geral da União, 2019c.

_____. Ministério da Saúde. Nota Informativa nº 28/2020. **Orientações à rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência relativas ao coronavírus (covid-19)**. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://PcD.mppr.mp.br/arquivos/File/NI28.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília, DF, 2021a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 15 ago. 2022.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Fronteiras do Brasil: Referências para a Formulação de Políticas Públicas**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA. Brasília, DF, 2021b. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=38053&Itemid=457. Acesso em: 08 mar. 2021.

BRITO, E. S.; PINTO, M. H.; BERETTA, D.; POMPEO, D. A.; BRITO, T. J. de F.; CZORNY, R. C. N. Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes com deficiência visual e diabetes mellitus. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 9, e3475, 2019. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3475/2272>.

BRUNELLO, M. E. F.; PONCE, M. A. Z.; ASSIS, E. G. de.; ANDRADE, R. L. de P.; SCATENA, L. M.; PALHA, P. F.; VILLA, T. C. S. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/cZmxbMPbffbXzgyGtmMVMSQ/?format=pdf&lang=pt>.

BUENO, J. G. S.; SANTOS, N. G. dos. As Relações de Classe, Raça e Gênero na Constituição da Deficiência Intelectual. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 46, n. 3, 2022. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoe realidade/article/view/116975>.

BUSS, P.; HARTZ, Z.; PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Promoção da saúde e qualidade de vida: Uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723 – 4735, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/promocao-da-saude-e-qualidade-de-vida-uma-perspectiva-historica-ao-longo-dos-ultimos-40-anos-19802020/17595?id=17595>.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Comissão aprova proposta que prevê atendimento domiciliar para pessoa com deficiência**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/549493-comissao-aprova-proposta-que-preve-atendimento-domiciliar-para-pessoa-com-deficiencia/>. Acesso em: 16 abr. 2022.

CAMPOS, K. F.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/9vD6Ww7FyM9qHFKqgrRkT3c/?format=pdf&lang=pt>.

CARVALHO, A. L. B.; JESUS, W. L. A.; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1155 - 1164, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.30252016>.

CARVALHO, I. R.; FERREIRA, G. de S.; PESSOA, D. M.; SILVA, H. C. da.; SÁ, M. das G. C. S. de. **Perfil sociodemográfico e o nível de qualidade de vida de pessoas com deficiência intelectual e autismo atendidas pelo projeto “prática pedagógica de educação física adaptada para pessoas com deficiência”**. XXI Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte, 2019. Disponível em: <https://proceedings.science/conbrace-2019/papers/perfil-sociodemografico-e-o-nivel-de-qualidade-de-vida-de-pessoas-com-deficiencia-intelectual-e-autismo-atendidas-pelo-p?lang=en>. Acesso em: 05 jun. 2022.

CARVALHO, M. S.; LIMA, L. D.; COELI, C. M. Ciência em tempos de pandemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00055520>. Acesso em: 16 nov. 2020.

CASACIO, G. D. M.; FERRARI, R. A. P.; ZILLY, A.; SILVA, R. M. M. Itinerário terapêutico de crianças com necessidades especiais de saúde: análise guiada por sistemas de cuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 43, e20220115, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210115>.

CASTRO, H. C. O.; MACHADO, L. Z.; WALTER, M. I. M. T.; RANINCHESKI, S. M.; SCHMIDT, B. V.; MARINHO, D. N. C.; CAMPOS, T. M. de A. A satisfação dos usuários com o Sistema Único de Saúde (SUS). **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 14, n. 2 p. 113-134, 2008. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/17678/1/ARTIGO_SatisfacaoUsuariosSUS.pdf.

CASTRO, A. M. M. de; SILVA, J. S. de; MACEDO, L. C. dos S. A. de; ROSA, N. S. F.; BERTUSSI, D. C.; SANTOS, M. L. de M. dos; MERHY, E. E. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, e11351, 2021. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/saudecoletiva/article/view/11351>.

CASTRO, A. M. M. **Rede formal, rede invisível e rede existencial - encontros cartográficos nas múltiplas redes de cuidado às pessoas com deficiência em uma capital brasileira**. 2021. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2021.144f. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3876/1/Ane%20Milena%20-%20UFMS%20FINAL.pdf>.

CHAMLIAN, T. R.; VARANDA, R. dos R.; PEREIRA, C. L.; RESENDE, J. M. de; FARIA, C. C. de. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados de membros inferiores atendidos no Lar Escola São Francisco entre 2006 e 2012. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 219-23, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/103814>.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2010. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/etica-medica/codigo-2010/codigo-de-etica-medica-res-1931-2009-capitulo-x-documentos-medicos/#:~:text=88>. Acesso em: 14 jul. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Bioética clínica: reflexões e discussões sobre casos selecionados**. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2009. p. 131-132. Disponível em: https://www.fvm.edu.br/docdown/_46a32.pdf. Acesso em: 21 nov. 2020.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **LGPD regulamenta entrega de prontuário médico ao paciente**. Porto Alegre, 2021. Disponível em: <https://cremers.org.br/lgpd-regulamenta-entrega-de-prontuario-medico-ao-paciente/>. Acesso em: 12 jun. 2022.

DEUS, E. F. L. M.; ZACCARO, M.; ABRAHÃO, C. A. F.; ARANTES, B. F.; REIS JUNIOR, A. G.; PERES, T. S.; CASTRO, G. G. Perfil epidemiológico e audiométrico em um Setor de Audiologia Clínica. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 21, n. 6, e13019, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216/201921613019>.

ESPERIDIÃO, M. A.; SILVA, L. M. V. da. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 331-340, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S223>.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: Avanços, Desafios e Perspectivas. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spell, p. 208-223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>.

FARIAS, C. M. L.; GIOVANELLA, L.; OLIVEIRA, A. E.; NETO, E. T. S. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. spel5, p. 190-204, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GPfqjXJDnNpWMZ5TnDPyKN/?lang=pt&format=pdf>.

FEITOSA, T. V. N.; MARTINS, W.; JAQUEIRA, M. O acesso à saúde em região fronteira: a tríplice fronteira argentina, brasil e Paraguai em meio à pandemia do coronavírus. **Boletim de conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, v. 4, n. 11, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.4158985%20%20>.

FERREIRA, T. P. S.; SAMPAIO, J.; SOUZA, A. C. N.; OLIVEIRA, D. L.; GOMES, L. B. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 61, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0139>.

FERREIRA, I. G.; GODOI, D. F.; PERUGINI, E. R.; LANCINI, A. B.; ZONTA, R. Teledermatologia: uma interface entre a atenção primária e atenção especializada em Florianópolis. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2003, 2019. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc14\(41\)2003](https://doi.org/10.5712/rbmfc14(41)2003).

FOZ DO IGUAÇU. Decreto municipal nº 29.102, de 6 de abril de 2021. **Dispõe sobre a Estrutura Administrativa relativa às unidades de terceiro nível hierárquico, subordinadas às Diretorias, bem como a implantação do sistema de siglas da Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu**. Foz do Iguaçu, PR, 2021a. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/prefeitura/pr/foz-do-iguacu>. Acesso em: 15 nov. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE [FUNASA]. **Cronologia Histórica da Saúde Pública - Uma visão histórica da saúde brasileira**. 2017. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/cronologia-historica-da-saude-publica>. Acesso em: 16 nov. 2020.

GIGANTE, R. L.; CAMPOS, G. W. S. Política de formação e educação permanente em saúde no Brasil: bases legais e referências teóricas. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 747-763, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00124>.

GIOVANELLA, L.; GUIMARÃES, L.; NOGUEIRA, V. M. R.; LOBATO, L. V. C.; DAMACENA, G. N. Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. S251-S266, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2007001400014&lng=en&nrm=iso.

GIOVANELLA, L.; ALMEIDA, P. F. Atenção primária integral e sistemas segmentados de saúde na América do Sul. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, e00118816, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00118816>.

GIOVANELLA, L.; MENDOZA-RUIZ, A.; PILAR, A. C. A.; ROSA, M. C.; MARTINS, G. B.; SANTOS, I. S.; SILVA, D. B.; VIEIRA, J. M. L.; CASTRO, V. C. G.; SILVA, P. O.; MACHADO, C. V. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; BUSS, P. M.; FLEURY, S.; GADELHA, C. A. G.; GALVÃO, L. A. C.; SANTOS, R. F. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00012219>.

GUERRA, A. C.; HEINEN, M. **Ministério da Saúde lança plataforma com prontuário médico eletrônico**. Agência Brasil/Rádio Nacional, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/ministerio-da-saude-lanca-plataforma-com-prontuario-medico-eletronico#>. Acesso em: 20 jun. 2021.

HADAD, A. C. A. C.; JORGE, A. O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spel4, p. 198-210, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000800198&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 jan. 2020.

HIGASHI, P. **Financiamento no atendimento da população flutuante na rede de urgência e emergência em hospitais na tríplice fronteira – dificuldades e estratégias de superação**. 210f. Tese - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-201230/pt-br.php>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE]. **Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Brasília, DF, 2012a. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

_____. **Censo demográfico 2010**. Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. **Nota técnica 01/2018 - Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo**

Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Brasília, DF, 2018.

Disponível em:

https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: 22 ago. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Inclusão social da pessoa com deficiência: medidas que fazem a diferença.** Rio de Janeiro: IBDD, 2008. 312 p. Disponível em: <http://www.ibdd.org.br/arquivos/inclusaosocial.pdf>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Nota técnica 16 - Pandemia e Fronteiras Brasileiras: Análise a Evolução da Covid-19 e Proposições.** IPEA: Brasília, DF, 2020. Disponível em:

https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=35600. Acesso em: 16 nov. 2020.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL.

Caderno Estatístico Município de Foz do Iguaçu. Foz do Iguaçu, PR, 2022. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850>. Acesso em: 16 abr. 2022.

JORNALISTA INCLUSIVO. **2/3 das pessoas cegas são mulheres, afirma a OMS.** 2021.

Disponível em: <https://jornalistainclusivo.com/2-3-das-pessoas-cegas-sao-mulheres/#:~:text=%E2%80%9CMulheres%20tendem%20a%20viver%20mais,mais%20frequente%20no%20sexo%20feminino>.

Acesso em: 07 jun. 2022.

JUS BRASIL. **CNJ Serviço: Todo paciente tem direito à cópia do prontuário médico.**

Brasília, 2015. Disponível em: <https://cnj.jusbrasil.com.br/noticias/256185117/cnj-servico-todo-paciente-tem-direito-a-copia-do-prontuario-medico>. Acesso em: 22 ago. 2022.

LEÃO, C. F.; COELHO, M. E. da S.; SIQUEIRA, A. O.; ROSA, B. A de A.; NEDERO, P. R. B. O uso do *WhatsApp* na relação médico-paciente. **Revista Bioética**, Brasília – DF, v. 26, n. 3, p. 412-419, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422018263261>.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>.

LEFÈVRE, F. **Discurso do sujeito coletivo - nossos modos de pensar nosso eu coletivo.**

São Paulo: Andreoli, 2017.

LIMA, R. de O. Direito à saúde e acesso aos serviços do SUS: restrições impostas à população estrangeira da tríplice fronteira. **Revista Direito Sem Fronteiras**, Foz do Iguaçu, v. 1, n.3, 2017. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/direitosemfronteiras/article/view/18865/0>.

LIMA, M. B. S.; RABELO, L. C. C.; SILVA, S.; OLIVEIRA, E. C. **Perfil Socioeconômico da população com deficiência do município de Marabá – PA.** In: Anais do 8º congresso brasileiro de educação especial, 2018, São Carlos. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <https://proceedings.science/cbee/cbee-2018/papers/perfil-socioeconomico-da-populacao-com-deficiencia-do-municipio-de-maraba----pa>. Acesso em:

15 ago. 2022.

LIMA, C. M. A. O. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2020.53.2e1>.

LINS, M. E. L.; MARTINS, P. S. **Atualização do perfil epidemiológico dos pacientes amputados atendidos no centro especializado em reabilitação IV**. 2019. Monografia - Faculdade Pernambucana de saúde, Recife, PB, 2019. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/handle/fpsrepo/621>. Acesso em: 20 jun. 2022.

LISBOA, M.; PERON, V. Cooperação internacional e políticas públicas no GT-ITAIPIU/saúde. **Estudios Sociales**, Santa Fé, v. 56, n. 1, p. 179-202, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.14409/es.v56i1.7547>.

LITVAK, E. **Reengineering flow through the primary care office**. In: Institute of medicine. Transforming health care scheduling and access: getting to now. Washington, The National Academies Press, 2015. Disponível em: <http://elibrary.pcu.edu.ph:9000/digi/NA02/2015/20220.pdf>.

LONG, A.; MARKHAM, S.; GAITONDE, R. Alma Ata e Atenção Primária à Saúde: de volta ao futuro. **BMJ**, 2018. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/internacionais/alma-ata-e-atencao-primaria-a-saude-de-volta-ao-futuro/37803/>.

LUZ, W. E. O. Educação Permanente em Saúde em unidade de terapia intensiva: revisão sistemática da literatura. **Jornal do Especialista**, Belém, v. 2, n. 2, p. 1-15, 2018. Disponível em: <http://www.journalofspecialist.com.br/jos/index.php/jos/article/view/100>.

MAGRINI, A. M.; SANTOS, T. M. M. Perfil sociodemográfico de idosos com perda auditiva no município de Belém-PA. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 561-569, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-2724.2018v30i3p-561-569>.

MEDEIROS, T. M.; COSTA, K. N. F. M.; COSTA, T. F.; MARTINS, K. P.; DANTAS, T. R. A. Acessibilidade de pessoas com deficiência visual nos serviços de saúde. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, e11424, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.11424>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

MENDES, L.; GOMES, A. Q. O SUS e o direito à saúde para estrangeiros nas fronteiras do Mercosul. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**. Bagé: Universidade Federal do Pampa, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unipampa.edu.br/index.php/SIEPE/article/view/100388>.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; SANTOS, M. L. M.; BERTUSSI, D. C.; BADUY, R. S. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n.spel6, p. 70-83, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/RXfnPp73B9Dpcz5pqcVnBdf/?lang=pt&format=pdf>.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 11 nov. 2020.

MOREIRA, R. **As urnas saíram do armário nas eleições de 2020**. Lume – Rede de jornalistas, 2020. Disponível em: <https://redelume.com.br/2020/11/24/as-urnas-sairam-do-armario-nas-eleicoes-de-2020/>.

MOTA, P. H. dos S. **Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência: contexto, valores e níveis do cuidado**. 2020. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6143/tde-11032020-132928/pt-br.php>. Acesso em: 15 ago. 2021.

MOURA, A. B. O Estatuto da Cidadania do Mercosul: é possível uma cidadania regional? **Revista Brasileira de Direito**, Passo Fundo, v. 14, n. 2, p. 135-153, 2018. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/1783>.

NOGUEIRA, G. C.; SCHOELLER, S. D.; RAMOS, F. R. de S.; PADILHA, M. I.; BREHMER, L. C. de F.; MARQUES, A. M. F. B. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, 2016. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.17622016>.

OLIVEIRA, D. G.; SHIMANO, S. G. N.; SALOMÃO, A. E.; PEREIRA, K. Avaliação do perfil socioeconômico, formação profissional e estado de saúde de pessoas com deficiência visual. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 5, p. 255-258, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0034-7280.20170053>.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **Primeiro Relatório da ONU sobre Deficiência e Desenvolvimento**. 2019. Disponível em: <file:///D:/Users/admin/Desktop/MEU%20PROJETO/Primeiro%20Relat%C3%B3rio%20da%20ONU%20sobre%20Defici%C3%Aancia%20e%20Desenvolvimento%20E2%80%9320CEIRI%20NEWS%20E2%80%9320Jornal%20de%20Rela%C3%A7%C3%B5es%20Internacionais.html>. Acesso em: 26 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS]. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: Organização Mundial de Saúde, 1978. Acesso em: 20 dez. 2020. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

PARANÁ (Estado). Ministério de Estado da Saúde. Portaria nº 2.252, de 26 de julho de 2018. **Habilita o Centro Especializado em Reabilitação CER IV de Foz do Iguaçu - PR e estabelece recurso do Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde a ser incorporado ao Grupo de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar (MAC), do Estado do Paraná e Município de Foz do Iguaçu**. Diário Oficial [do] Estado do Paraná: seção 1, n. 157, p. 115, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36847445/do1-2018-08-15-portaria-n-2-252-de-26-de-julho-de-2018-36847441. Acesso em: 17 nov. 2020.

_____. Secretaria da Saúde. **Relatório detalhado do quadrimestre anterior (RDQA): 1º quadrimestre de 2019**. Foz do Iguaçu, PR, 2021. Disponível em: https://conselho.saude.pr.gov.br/sites/ces/arquivos_restritos/files/documento/2021-05/relatorio_detalhado_quadrimestre_anterior_-_1o_quadr.pdf. Acesso em: 26 jan. 2021.

PEITER, C. C.; SANTOS, J. L. G.; LANZONI, G. M. M.; MELLO A. L. S. F.; COSTA, M. F. B. N. A.; ANDRADE, S. R. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0214>.

PEREIRA, J. A.; SARAIVA, J. M. Trajetória histórico social da população deficiente: da exclusão a inclusão social. **SER Social**, Brasília, DF, v. 19, n. 40, p. 168-185, 2017. Disponível em: https://redib.org/Record/oai_articulo2389352-trajet%C3%B3ria-hist%C3%B3rico-social-da-popula%C3%A7%C3%A3o-deficiente.

PEREIRA, L. R.; SARTORI, E. C. M. **Breves Considerações sobre a Interdição e a Curatela das Pessoas com Deficiência pós-2015**. In: SIQUEIRA G.; ANDREASSA, J. V. N.; PAIÃO, O. S. *Constitucionalização do Direito Processual*. Marília: UNIVEM, 2019.

PEREIRA, R. P. **Covid-19 impacta tratamentos e acessibilidade de pessoas com deficiência**. Ecoa uol, por um mundo melhor. 2020. Disponível em: <https://www.uol.com.br/ecoa/ultimas-noticias/2020/05/12/covid-impacta-tratamentos-e-acessibilidade-de-pessoas-com-deficiencia.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso em: 12 mai. 2020.

PRAXEDES, A. B. **Covid-19 e a invisibilidade das pessoas com deficiência**. Radis: FIOCRUZ, 2020. Disponível em: <https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/covid-19-e-a-invisibilidade-das-pessoas-com-deficiencia>. Acesso em: 20 jan. 2021.

PROCÓPIO, L. C. R. **Singularidades e multiplicidades existenciais no cuidado na atenção domiciliar: o usuário como guia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/bitstream/123456789/3876/1/Ane%20Milena%20-%20UFMS%20FINAL.pdf>. Acesso em 26 jul. 2021.

PROCÓPIO, L. C. R.; SEIXAS, C. T.; AVELAR, R. S.; SILVA, K. L.; SANTOS, M. L. M. dos. A Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde: desafios e potencialidades. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 592-604, 2019. Disponível em: <https://saudeemdebate.emnuvens.com.br/sed/article/view/1177>.

RELATÓRIO MUNDIAL SOBRE A VISÃO - © **Light for the World International**, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328717/9789241516570-por.pdf>

RIBEIRO, A. **"América Latina"**. Brasil Escola. 2016. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/geografia/america-latina.htm>. Acesso em: 16 ago. 2022.

ROCHA, C. C.; SOUZA, S. M. V. de; COSTA, A. F.; PORTES, J. R. M. O perfil da população infantil com suspeita de diagnóstico de transtorno do espectro autista atendida por um Centro Especializado em Reabilitação de uma cidade do Sul do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 4, p. 1-20, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103->

73312019290412.

ROCHA, E. C. C.; JORGE, M. S. B.; PIRES, R. R.; CARVALHO, R. R. S.; COSTA, L. S. P.; LEMOS, A. M.; COSTA, J. P. Relações de poder entre profissionais e usuários da Atenção Primária à Saúde: implicações para o cuidado em saúde mental. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 128, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Scndb667PSqJsNc6ZpySQPg/>.

ROTHAN, H. A.; BYRAREDDY, S. N. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. **Journal of Autoimmunity**, London, v. 109, 102433, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>.

SÁ, D. M. **Especial Covid-19: Os historiadores e a pandemia**. Departamento de Pesquisa em História das Ciências e da Saúde (Depes) da Casa de Oswaldo Cruz (COC). 2020. Disponível em <http://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1853-especial-covid-19-os-historiadores-e-a-pandemia.html#.YCFL9rBKil>s. Acesso em 26 jan. 2021.

SANT'ANA, R. N.; FREITAS FILHO, R. Direito fundamental à saúde no SUS e a demora no atendimento em cirurgias eletivas. **Revista Direito Público**, Porto Alegre, v. 12, n. 67, 2016. Disponível em: <https://www.portaldeperiodicos.idp.edu.br/direitopublico/article/view/2576>.

SANTOS, C. C.; RENNER, J. S.; SAFELICE, G. R.; GRAUP, S.; BALK, R. S. Plano “Viver sem Limite” e a Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência: representações em um cenário da Fronteira Oeste do Rio Grande do Sul. **Redes**, Santa Cruz do Sul, v. 25, n. 2, p. 2760-2782, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/redes.v25i0.14905>.

SANTOS, J. C.; NUNES, L. B.; REIS, I. A.; TORRES, H. C. O uso do aplicativo móvel *WhatsApp* na saúde: revisão integrativa. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 25, e-1356, 2021. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1545#:~:text=DOI%3A%20http%3A//www,Voltar%20ao%20Sum%C3%A1rio>.

SEIXAS, C. T.; BADUY, R. S.; CRUZ, K. T.; BORTOLETTO, M. S. S.; SLOMP JUNIOR, H.; MERHY, E. E. O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface**, Botucatu, v. 23, e170627, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170627>.

SILVA, J.; MACHADO, T. S.; MIGUEL, J. P. Atitudes acerca do Aconselhamento Online e o Aconselhamento Face a Face. **Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación**, Coruna, v. extra, n. 3, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17979/reipe.2015.0.03.324>.

SILVA, R. S.; PASCOTINI, F. dos S.; FEDOSSE, E. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas com deficiência intelectual em um município de pequeno porte. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 1, e27110111674, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11674> 1 13/01/2021.

SOUSA, M. M.; GOMES, L. A. R. **Tempo de espera para consulta médica**. Jusbrasil, 2015. Disponível em <https://josianeduarte.jusbrasil.com.br/artigos/255176485/tempo-de-espera-para-consulta-medica>. Acesso em: 21 set. 2021.

SOUZA, Y. P.; SANTOS, A. C. O.; ALBUQUERQUE, L. C. Caracterização das pessoas amputadas de um hospital de grande porte em Recife (PE, Brasil). **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, e20190064, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.190064>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em 04 maio 2021.

STRADA, C. de F. O. **Organização dos atendimentos de saúde aos estrangeiros de um município da tríplice fronteira Brasil, Paraguai e Argentina: uma análise política**. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Integração Latino-Americana. Foz do Iguaçu, PR, 2018. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/4136;jsessionid=01B640D270016E17B9C45937D41BBE76>.

TEIXEIRA, C. S.; NEVES, M. S. M.; BESSA, E. R. L.; SCHWEICKARDT, J. C.; LIMA, R. T. S. O SUS é para todos: percepções sobre a atenção à saúde na Tríplice Fronteira do Amazonas. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 5, n. 2, p. 237- 249, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n2p237-249>.

TROMBETTA, A. P.; RAMOS, F. R. S.; VARGAS, M. A. O.; MARQUES, A. M. B. Experiências da equipe de centro de reabilitação: o real do trabalho como questão ética. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 446-453, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150059>.

TUON, L.; CERETTA, L. B. **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. 1. ed. Tubarão: Copiart, 2017. 430 p.

VARGAS, S. C.; DUTRA, R. R.; BARCELOS, L. F. H.; POSSUELO, L. G.; KRUG, S. B. F. Assistência à saúde de pessoas com deficiência nos serviços públicos de saúde: um estudo bibliográfico. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, Santa Cruz do Sul, v. 1, n. 1, p. 224-234, 2016. Disponível em: <https://sumarios.org/artigo/assist%C3%A2ncia-%C3%A0-sa%C3%BAde-da-pessoa-com-defici%C3%A2ncia-nos-servi%C3%A7os-p%C3%ABlicos-de-sa%C3%BAde-um-estudo>.

VIANNA, N. G.; ANDRADE, M. G. G.; LEMOS, F. C. S.; RODRÍGUEZ-MARTÍN, D. A surdez na política de saúde brasileira: uma análise genealógica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1567-1580, 2022. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-surdez-na-politica-de-saude-brasileira-uma-analise-genealogica/18070?id=18070>.

VIEIRA, C. L.; SILVA, D. G. da; SANTIAGO, M. M.; DAGOSTIN, V. S.; BOM, B. M.; TESSMAN, M. Perfil epidemiológico dos pacientes amputados do Centro de Especialidade em Reabilitação CER/UNESC em uso de prótese. **Revista Inova Saúde**, Criciúma, v. 12, n. 2, p. 119 a 134, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.18616/inova.v12i2.5987>.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 5,

e00068820, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-cri-se-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ZENI, D.; COSTA, M. C.; SILVA, E. B. da; HONNEF, F.; ARBOIT, J.; COLOMÉ, I. C. dos S. Atenção à saúde de pessoas com deficiência em cenário rural sob perspectiva dos agentes comunitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0204>.

APÊNDICE A - Acesso à rede de cuidados em saúde da Pessoa com Deficiência em um município de fronteira

NOME:

CODINOME:

LOCAL:

DATA:

FUNÇÃO:

FONE:

E-MAIL:

QUESTIONÁRIO 01 – TRABALHADORES DO CER IV

1. Quando o paciente chega para o atendimento, geralmente você recebe informações úteis sobre o paciente do serviço que o referenciou? Ele vem com seus registros de atendimentos recebidos anteriormente (ex.: fichas de atendimento de emergência, exames de imagem, resultados de exames de laboratório entre outros)?
2. Na média, os pacientes precisam esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo profissional marcado (sem considerar a triagem ou o acolhimento)?
3. Quando o CER IV está aberto, existe um serviço de aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual, caso o paciente ou cuidador acredite ser necessário?
4. Os pacientes são sempre atendidos pelo(a) mesmo(a) profissional?
5. Você acredita que os seus pacientes sentem-se confortáveis ao contar para você as suas preocupações ou problemas? Você acredita que conhece “muito bem” seus pacientes e sabe quais problemas são mais importantes para eles?
6. Você saberia se os seus pacientes tivessem problemas em obter ou pagar meios de transporte para o CER IV?
7. Você se informa a respeito de todos os tratamentos que seus pacientes já realizaram ou estão realizando, e se realizam consultas com especialistas em outro serviço durante o período que estão em tratamento com você?
8. Caso seus pacientes necessitem de encaminhamento ou uma contrarreferência, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos? Você fornece aos pacientes alguma informação para ser levada ao(a) especialista ou serviço especializado, alguém do seu serviço de saúde acompanha esse paciente para conseguir o atendimento solicitado?
9. Os prontuários dos pacientes estão sempre disponíveis quando você os atende? Se os pacientes quisessem, você permitiria que eles examinassem seus prontuários?
10. Você pergunta aos pacientes ou algum familiar quais são as suas ideias e opiniões ao planejar o tratamento e o cuidado do paciente? Tem informação sobre doenças ou problemas de saúde que existem na família dos pacientes e se dispõe para se reunir com membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou familiar?
11. Você ou alguém do seu serviço de saúde realiza visitas domiciliares?
12. Você realiza pesquisas com os seus pacientes? São obtidas opiniões e ideias dos usuários sobre como melhorar os serviços de saúde?
13. Você sente que seu trabalho tem respaldo e valorização da gestão? Na sua opinião, o que você acha que poderia ser feito para melhorar o trabalho da equipe?

APÊNDICE B - Acesso à rede de cuidados em saúde da Pessoa com Deficiência em um município de fronteira

NOME:

CODINOME:

LOCAL:

DATA:

RE-HABILITAÇÃO: () FÍSICA () AUDITIVA () VISUAL () INTELECTUAL

FONE:

E-MAIL:

QUESTIONÁRIO 02 – USUÁRIOS DO CER IV

1. Você foi encaminhado para o CER IV por qual serviço?
()UBS ()HOSPITAL ()ESCOLA ()OUTROS
2. Você teve que esperar mais de trinta dias para conseguir vaga no CER IV?
- 3.É fácil para você conseguir atendimento no CER IV quando necessário?
4. Quando você vai no CER IV, é o mesmo profissional que atende você todas vezes?
5. Quando o CER IV está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone ou por ferramenta de comunicação virtual (ex.: *whatsapp, telegram, web chat, skype, hangout, e-mail*) se precisar?
6. Você apresenta dificuldade para se deslocar até o CER IV?
7. O profissional que te atende sabe quais problemas são mais importantes para você e sua família?
8. Se fosse fácil, você mudaria do CER IV para outro serviço de saúde?
9. O profissional que te atende sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com especialista ou em outro serviço especializado no período em que você está neste centro?
10. O profissional que te encaminhou, procurou saber quais foram os resultados da consulta ou atendimentos realizados? Pareceu interessado na qualidade do cuidado que você recebeu na consulta que você foi, perguntou se você foi bem atendido?
11. Se quisesse, você poderia ler (consultar) o seu prontuário no CER IV?
12. O profissional que te atende pergunta quais são suas ideias e opiniões (o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para alguém da sua família? Já se reuniu com membros de sua família?
13. Você considera a sinalização e comunicação do CER IV suficiente para as suas necessidades? (piso tátil, placas em Braille, corrimãos e interprete de libras)
14. Você considera o serviço de reabilitação prestado no CER IV resolutivo para suas necessidades?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em um Município de Fronteira

Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE N° 4.300.226

Pesquisador para contato: Fátima Moustafa Issa - Telefone: 45 998063117

Endereço de contato (Institucional): Coordenação do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira – UNIOESTE Foz do Iguaçu

Convidamos você a participar de uma pesquisa que tem por objetivo analisar o acesso à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no município de Foz do Iguaçu, mais especificamente no Centro Especializado em Reabilitação Dr. José Carlos Azeredo – CER IV.

Os objetivos estabelecidos desse estudo são analisar o acesso dos usuários do CER IV do município de Foz do Iguaçu e entrevistar gestores do serviço público responsáveis pela oferta de cuidados à saúde das Pessoas com Deficiência. Esta pesquisa têm o propósito de caracterizar e analisar como funciona de fato o acesso a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, qual e como são os caminhos percorridos e os entraves para se alcançar o atendimento no CER IV. Ressaltamos ainda que não haverá benefícios diretos ao participante do estudo, porém, por meio dos resultados obtidos, esperamos poder sugerir possíveis melhorias à Rede de Cuidados. Para que isso ocorra você será submetido a uma entrevista, que será realizada em local reservado, de modo presencial ou online, e você tem plena liberdade para recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento em qualquer fase do estudo, sem penalização alguma, de sigilo ou privacidade. No entanto, o roteiro elaborado para a entrevista proposta não deve gerar desconforto ou risco para você.

Se ocorrer algum transtorno, decorrente de sua participação em qualquer etapa desta pesquisa, nós pesquisadores, providenciaremos acompanhamento e a assistência imediata, integral e gratuita. Havendo a ocorrência de danos, previstos ou não, mas decorrentes de sua participação nesta pesquisa, caberá a você, na forma da Lei, o direito de solicitar a respectiva indenização.

Também você poderá a qualquer momento desistir de participar da pesquisa sem qualquer prejuízo. Para que isso ocorra, basta informar, por qualquer modo que lhe seja possível, que deseja deixar de participar da pesquisa e qualquer informação que tenha prestado será retirada do conjunto dos dados que serão utilizados na avaliação dos resultados.

Você não receberá e não pagará nenhum valor para participar deste estudo, no entanto, terá direito ao ressarcimento de despesas decorrentes de sua participação.

Nós pesquisadores garantimos a privacidade e o sigilo de sua participação em todas as etapas da pesquisa e de futura publicação dos resultados. O seu nome, endereço, voz e imagem nunca serão associados aos resultados desta pesquisa, exceto quando você desejar. Nesse caso, você deverá assinar um segundo termo, específico para essa autorização e que deverá ser apresentado separadamente deste.

As informações que você fornecer serão utilizadas exclusivamente nesta pesquisa. Caso as informações fornecidas e obtidas com este consentimento sejam consideradas úteis para outros estudos, você será procurado para autorizar novamente o uso.

Este documento que você vai assinar contém três páginas. Você deve visitar (rubricar) todas as páginas, exceto a última, onde você assinará com a mesma assinatura registrada no

cartório (caso tenha). Este documento está sendo apresentado a você em duas vias, sendo que uma via é sua. Sugerimos que guarde a sua via de modo seguro.

Caso você precise informar algum fato ou decorrente da sua participação na pesquisa e se sentir desconfortável em procurar o pesquisador, você poderá procurar pessoalmente o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIOESTE (CEP), de segunda a sexta-feira, no horário de 08h00 as 15h30min, na Reitoria da UNIOESTE, sala do Comitê de Ética, PRPPG, situado na rua Universitária, 1619 – Bairro Universitário, Cascavel – PR. Caso prefira, você pode entrar em contato via Internet pelo e-mail: cep.prppg@unioeste.br ou pelo telefone do CEP que é (45) 3220-3092.

Declaro estar ciente e suficientemente esclarecido sobre os fatos informados neste documento.

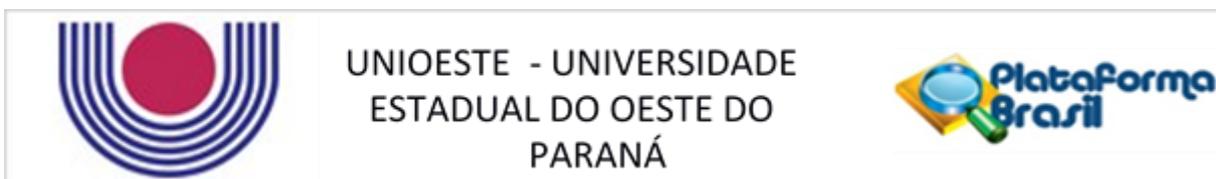
Nome do sujeito de pesquisa:

Assinatura:

Eu, Fátima Moustafa Issa, declaro que forneci todas as informações sobre este projeto de pesquisa ao participante (e/ou responsável).

Assinatura do pesquisador:

Foz do Iguaçu, _____ de _____ de 20____.

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Cuidado integral à criança com necessidades especiais de saúde na atenção primária em município de fronteira **Pesquisador:** Rosane Meire Munhak da Silva **Área Temática:**

Versão: 2

CAAE: 37530620.8.0000.0107

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.300.226

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Cuidado integral à criança com necessidades especiais de saúde na atenção primária em município de fronteira

Pesquisador Responsável: Rosane Meire Munhak da Silva
Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37530620.8.0000.0107

Submetido em: 25/09/2020

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANA

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Objetivo da Pesquisa:

Saneamento de pendências

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Descrito anteriormente

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Descrito anteriormente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Descrito anteriormente



Endereço: RUA UNIVERSITARIA 2069
Bairro: UNIVERSITARIO
UF: PR Município: CASCAVEL **CEP:** 85.819-110
Telefone: (45)3220-3092 **E-mail:** cep.prppg@unioeste.br

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os ajustes no TCLE foram realizados conforme determinação do Colegiado do CEP Unioeste **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614968.pdf	25/09/2020 11:34:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final.pdf	25/09/2020 11:33:19	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.docx	25/09/2020 11:32:58	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_final.pdf	25/09/2020 11:32:40	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_pesquisa_nao_iniciada.pdf	21/08/2020 10:55:46	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Autorizacoes.pdf	21/08/2020 10:54:43	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoCEP.pdf	21/08/2020 10:49:10	Rosane Meire Munhak da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CASCAVEL, 25 de Setembro de 2020

Assinado por:
Dartel Ferrari de Lima
(Coordenador(a))

ANEXO B - Critérios de elegibilidade e documentação necessária para a admissão no CER IV de Foz do Iguaçu

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA A ADMISSÃO NO CER IV DE FOZ DO IGUAÇU

MODALIDADE	DOCUMENTOS NECESSÁRIOS			
Acolhimento Reabilitação Física/Intelectual/Visual	Encaminhamento médico com diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica	Comprovante de endereço	RG e Cartão SUS	
Acolhimento Reabilitação Auditivo	Encaminhamento médico com diagnóstico e/ou hipótese diagnóstica	Comprovante de endereço	RG e Cartão SUS	Exame de audiometria (caso tenha)

REABILITAÇÃO FÍSICA ADULTO - A PARTIR DOS 18 ANOS	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Pessoas com disfunções neurológicas, osteomusculares e respiratórias em fases agudas e subagudas com necessidade de tratamento especializado e com condição de reabilitação, com alteração motora e/ou funcional e que necessitem de atendimento/acompanhamento multidisciplinar. Pacientes que tenham compreensão para auxiliar nas terapias.	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Não poderão ser atendidos pacientes com necessidade de oxigênio contínuo e pacientes acamados, que não possam se manter em cadeira de rodas, bem como pacientes em nutrição parenteral.	
TEMPO DE LESÃO	PATOLOGIAS
Até seis meses	Doenças de nervos periféricos com alteração de função; Queimados (3º grau com déficit funcional) Cirurgias ortopédicas complexas, como artrodeses, politraumatizados graves e fraturas complexas (quadril e fêmur)
Até um Ano	TCE; TRM; AVE; Paralisia Facial
Até 30 dias pós alta hospitalar	Internação com complicação associada à perda de força e funcionalidade
A qualquer tempo	Doenças neuromusculares com déficit funcional Amputados, com condição de protetização de MMII ou melhora da função Disfunções cardiopulmonares crônicas ou crônicas agudizadas, como asma, DPOC, TEP, bronquiectasia, associada à alguma deficiência ou incapacidade funcional Disfunções pulmonares agudas graves com histórico de complicações, procedimento cirúrgico pulmonar de grande porte (pré e pós-operatórios) com internação hospitalar recente Doenças pulmonares agudas em portadores de lesão neurológica Hanseníase após tratamento medicamentoso, com alterações na funcionalidade, pacientes clínicos e cirúrgicos

Síndromes demenciais com alteração motora e/ou de deglutição (disfagia até moderada-severa) Doenças parkinsonianas (DP) nos estágios 1,5 até 4 segundo a Classificação de HoehnYahr modificada

REABILITAÇÃO PEDIÁTRICA E HEBIÁTRICA - IDADE DE 3 A 17 ANOS E 11 MESES	
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: Crianças e/ou adolescentes devem estar acompanhadas por seus respectivos responsáveis, maior de idade, durante o período em que estiver recebendo atendimento. Pacientes com disfunções neurológicas, osteomusculares e respiratórias em fase aguda e subaguda com necessidade de tratamento especializado e com condição de reabilitação, com alteração motora e/ou funcional, que necessitem de atendimento/acompanhamento multidisciplinar	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: Não poderão ser atendidos pacientes com necessidade de oxigênio contínuo	
IDADE	PATOLOGIAS
Até 7 anos de idade	Pé torto congênito e lesão de plexo braquial
Até 12 anos de idade	Síndromes genéticas, malformações do sistema nervoso central, e/ou anomalias crânio faciais Nanismo com limitação funcional Paralisia cerebral (PC) Transtorno do espectro autista (TEA) com comprometimento motor decorrente da patologia de base, com condição de atendimento em grupo
A qualquer tempo	Doenças respiratórias agudas graves com história de internação e em portadores de lesão neurológica Doenças respiratórias crônicas, com alteração na funcionalidade, como asma e fibrose cística Ausência de membros inferiores e ou partes, com condição de protetização ou melhora da função Cirurgias ortopédicas complexas, devido, malformações e luxações congênicas e politraumatismo grave Doença neuromuscular com déficit funcional
Até 16 anos de idade	Artrite idiopática juvenil ou escoliose congênita grave
Até 6 meses do procedimento	Queimados (3º grau com déficit funcional)

REABILITAÇÃO AUDITIVA
Instrutivo de Reabilitação Auditiva referente à portaria GM 793 de 24 de Abril de 2012 e GM 835 de 25 de Abril de 2012
Todas as faixas etárias com diagnóstico ou suspeita de deficiência auditiva unilateral ou bilateral
Perda de audição devido a transtorno de condução (H900 e H901)

Perda de audição sensorial neural (H903, H904, H905)
Perda de audição mista (H906, H907, H908)
Presbiacusia (H911)
Perda de audição súbita (H912)
Pessoas com perda auditiva associadas a outras comorbidades, para acompanhamento; Bebês que falharam no programa de triagem auditiva neonatal, com suspeita de perda auditiva (com falhas no teste, reteste e BERA), para acompanhamento
Surdez Central
DENA (Desordem do espectro da neuropatia auditiva).

REABILITAÇÃO INTELECTUAL – MAIORES DE 04 ANOS

Pessoas diagnosticadas ou com hipótese diagnóstica de Deficiência Intelectual; Síndrome de Down ou outras síndromes e doenças genéticas; e Transtorno do Espectro do Autismo, que apresentem alterações no desempenho ocupacional, aspectos comportamentais, e da fala e linguagem, com potencialidade para reabilitação.

ESTIMULAÇÃO PRECOCE - MENORES DE 03 ANOS

Prematuridade \leq 34 semanas.

Sequelas de meningite.

Infecções congênitas: rubéola, citomegalovírus, sífilis, toxoplasmose e herpes.

Atraso global no desenvolvimento neuropsicomotor.

Transtorno do Espectro Autista (TEA)/Deficiência intelectual.

Paralisia Cerebral (PC).

Malformações do Sistema Neurológico ou Musculoesquelético.

Síndromes genéticas.

Alterações auditivas/visuais.

Internação prolongada em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Outros fatores de risco pré, peri ou pós natal

REABILITAÇÃO VISUAL - MAIORES DE 08 ANOS

Acuidade visual com melhor correção óptica

Somente casos em que não haja possibilidade de melhora com tratamento medicamentoso ou cirúrgico

Classificação CID-10: H54.0; H54.1 ou H54.2

REABILITAÇÃO VISUAL - MENORES DE 08 ANOS

Critérios anteriores

Presença de ambliopia (CID H53.0)

Risco de ambliopia

Estrabismo (CID H49; H50), catarata congênita (CID: H26.0), nistagmo (CID H55)

Fonte: CER IV de Foz do Iguaçu – 2022