

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE SAÚDE**

THIAGO SANTOS SILVA

**CAMINHOS INCLUSIVOS: EXPLORANDO BARREIRAS E
FACILITADORES NO ACESSO E ACESSIBILIDADE EM
SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO**

Trabalho de conclusão do
curso de especialização em
Saúde Coletiva.

Orientação de Bruna Araújo e
co-orientação de Maritsa de
Carla Bortoli.

São Paulo
2024

THIAGO SANTOS SILVA

**CAMINHOS INCLUSIVOS: EXPLORANDO BARREIRAS E
FACILITADORES NO ACESSO E ACESSIBILIDADE EM
SERVIÇOS DE SAÚDE PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA
NO MUNICÍPIO DE FRANCISCO MORATO**

São Paulo
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca do Instituto de Saúde - IS

Silva, Thiago Santos

Caminhos inclusivos: explorando barreiras e facilitadores no acesso e acessibilidade em serviços de saúde para pessoas com deficiência no município de Francisco Morato / Thiago Santos Silva – São Paulo, 2024. 66 f.

Orientador (a): Profª Bruna Araújo

Coorientador (a): Profª Maritsa Carla de Bortoli

Monografia (Especialização) - Instituto de Saúde - Secretaria de Estado da Saúde - Curso de Especialização em Saúde Coletiva

1. Pessoas com deficiência
2. Acesso à Atenção Primária
3. Acesso aos Serviços de Saúde
4. Transporte de Pacientes
5. Acessibilidade Arquitetônica

I. Araújo, Bruna II. Bortoli, Maritsa Carla de

CDD: 362.1068

Bibliotecária: Tania Izabel de Andrade CRB/8 7241

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer primeiramente a minha família por dar todo o suporte necessário, a todos que participaram neste caminho e com quem possa ter contribuído de forma direta ou indireta. Agradeço às Professoras e Orientadoras Maritsa de Carla Bortoli e Bruna Araújo pela toda compreensão e ajuda prestada. Ao município de Francisco Morato que permitiu a parceria e aos seus colaboradores que nos receberam, tornando o estudo possível. Por fim, ao Instituto de Saúde IS, pesquisadores e demais funcionários, que fizeram parte deste aprendizado.

SILVA, Thiago Santos. **Caminhos Inclusivos**: Explorando Barreiras e Facilitadores no Acesso e Acessibilidade em Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência no Município de Francisco Morato. [Monografia]. São Paulo: Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2024.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo apresentar as barreiras e facilitadores em relação ao acesso de pessoas com deficiência (PCD) aos serviços de saúde do município de Francisco Morato, numa parceria realizada com o Instituto de Saúde. A temática da pessoa com deficiência foi priorizada pela gestão municipal por ser fundamental para garantir o acesso dessa população aos serviços de saúde. A pesquisa teve seu desenvolvimento através de entrevistas semi-estruturadas com gestores, gerentes, profissionais de saúde, usuários PCD e cuidadores, e foi desenvolvida de acordo com os aspectos éticos. Para a realização da pesquisa foi utilizado como método a abordagem qualitativa para análise de discurso, os temas abordados nas entrevistas geraram três categorias de análise, sendo elas a Acessibilidade, Gestão e Aspectos Demográficos do município em questão. A pesquisa revelou alguns facilitadores como acomodações prediais adaptadas, programas de capacitação profissional e parcerias com instituições de saúde, e evidenciou barreiras que impactam diretamente e indiretamente a vida da PCD e seu(s) cuidador(es) como falta de vagas no transporte sanitário, ruas e calçadas irregulares em frente a UBS e localização geográfica.

Palavras-Chave: Pessoas com Deficiência, Acesso à Atenção Primária, Acesso aos Serviços de Saúde, Transporte de Pacientes, Acessibilidade Arquitetônica

ABSTRACT

This work aimed to present the barriers and facilitators in relation to access for disabled persons (DP) to health services in the municipality of Francisco Morato, in a partnership with the Instituto de Saúde. Management prioritized the theme of people with disabilities in the municipal municipality as it is essential to guarantee this population's access to health services. The research was developed through semi-structured interviews with managers, health professionals, DP users and caregivers, and was developed in accordance with ethical aspects. To carry out the research, the qualitative approach for discourse analysis was used as a method. The themes covered in the interviews generated three categories of analysis, namely Accessibility, Management and Demographic Aspects of the municipality in question. The research revealed some facilitators such as adapted building accommodations, professional training programs and partnerships with health institutions, and highlighted barriers that directly and indirectly impact the lives of PWD and their caregiver(s) such as lack of places on health transport, irregular streets and sidewalks in front of the UBS and geographic location.

Keywords: Disabled persons , Access to Primary Care, Health Services Accessibility, Architectural Accessibility

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira Normas Técnicas
APS	Atenção Primária à Saúde
CER	Centro de Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CPTM	Companhia Paulista de Trens Metropolitanos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PCD	Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TSE	Transporte Sanitário de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

TABELAS E QUADROS

Quadro 1.....14

Quadro 2.....28

Quadro 3.....29

Quadro 4.....36

Quadro 5.....37

Quadro 6.....40

Quadro 7.....40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
Breve histórico sobre as legislações que tratam das pessoas com deficiência no Brasil.....	9
O acesso e acessibilidade ao Sistema de Saúde.....	13
Acesso e Acessibilidade.....	17
MÉTODOS	18
Contexto	18
Coletas de dados	19
Análise dos dados	20
RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
Acessibilidade	21
Gestão	30
Aspectos demográficos	38
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS	43
ANEXO	50
APENDICE	55

INTRODUÇÃO

No Brasil, as pessoas com deficiência são vistas em muitos casos como sendo improdutivas, inválidas, inferiorizadas, infantilizadas ou um “*peso*” para a sociedade. Antes das afirmações capacitistas, é fundamental considerar que todas são pessoas como quaisquer outras, com suas subjetividades, protagonismo, pluralidades e singularidades. As pessoas com deficiência lutam todos os dias pelos seus direitos, pela garantia de sua autonomia e pela igualdade de inclusão na sociedade.

Segundo aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Brasil vivem em torno de 203.062.512 de pessoas, e é estimado que 18,6 milhões são pessoas com deficiência, o que corresponde a 8,9% da população acima dos 2 anos de idade. Dos dados coletados, mais da metade das pessoas com deficiência são mulheres, com 10,7 milhões, o que representa 10% da população feminina, enquanto os homens representam cerca de 7,7 milhões, o que corresponde a 7,9% da população masculina⁽¹⁾. No estado de São Paulo, a maior população do estado brasileiro, possui em torno de 44.411.238 habitantes, sendo que em 2010 possuía cerca de 2.449.469 de pessoas com deficiência, e a estimativa para 2022 é em torno de 3.323.729⁽²⁾.

A questão da acessibilidade para pessoas com deficiência desempenha um papel fundamental na articulação e fortalecimento da forma como esses cidadãos são percebidos e tratados pela sociedade. E para tal, a pesquisa buscou-se como objetivo investigar a acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de saúde no município de Francisco Morato. Como objetivos específicos se apresentaram a análise das barreiras relatadas pelos usuários com deficiência ao acessar os serviços de saúde, investigação das barreiras percebidas pelos cuidadores no processo de busca de cuidados de saúde para pessoas com deficiência, avaliação dos aspectos facilitadores mencionados pelos usuários com deficiência ao utilizar os serviços de saúde e a investigação dos recursos e suportes que os cuidadores consideram úteis para o acesso ao cuidado de saúde para pessoas com deficiência.

Breve histórico sobre as legislações que tratam das pessoas com deficiência no Brasil

O tema pessoas com deficiência no Brasil é um assunto de grande complexidade e desafio em nossa sociedade, por falta de conhecimento, falta de informação e empatia ao próximo. A própria nomenclatura é uma barreira que dificulta a interação entre as pessoas⁽³⁾. Já foram utilizados vocabulários como pacientes com necessidades especiais, pacientes especiais, pessoas excepcionais, pacientes portadores de deficiência. Após a Portaria Nº 2.344/2010⁽⁴⁾, houve a alteração do termo pessoa portadora de deficiência para pessoa com deficiência.

Abaixo estão apresentadas as principais regulamentações que envolvem as pessoas com deficiência no Brasil, e aquelas de âmbito global e que o Brasil aderiu.

No art. 5º da Constituição Federal de 1988, cita que “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza [...]” ⁽⁵⁾. No seu inciso II, a Constituição determina que “é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” ⁽⁶⁾.

Na Lei n.º 7.853/89, está assegurado o apoio a pessoa com deficiência e a sua integração social no que se refere à saúde:

- a) a promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência;
- b) o desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado a suas vítimas;
- c) a criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação;
- d) a garantia de acesso das pessoas portadoras de deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados;
- e) a garantia de atendimento domiciliar de saúde ao deficiente grave não internado;
- f) o desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas portadoras de deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social⁽⁷⁾.

O decreto Nº 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, apresenta uma definição sobre o que se considera deficiência no Brasil:

I - deficiência – toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II - deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

III - incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida⁽⁸⁾.

Em 2001 a Organização Mundial de Saúde (OMS) aprovou um novo sistema de classificação para facilitar o entendimento da funcionalidade e incapacidade humana, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁽⁹⁾ um modelo que faz uma identificação de condições estruturais, ambientais e subjetividades pessoais que podem interferir na vida da pessoa com deficiência. Esse sistema tem como objetivo principal estabelecer uma linguagem uniforme e padronizada, descrevendo a saúde e seus estados associados, obtendo a facilitação da comunicação e a troca de informações em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciências, inclusive entre profissionais de saúde.

A CIF apresenta um modelo de classificação que observa a presença e a gravidade de problemas de saúde, sendo em escala individual ou social, e classifica quatro grandes áreas (funções do corpo, estruturas do corpo, atividade e participação e fatores ambientais), buscando desta forma, que a linguagem relacionada a funcionalidade seja padronizada ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾.

A CIF é subdividida em duas seções, a primeira trata dos componentes da funcionalidade e incapacidade, abrangendo os aspectos do corpo e das atividades e participação, podendo ser classificados de forma negativa ou neutra. A segunda seção engloba os componentes dos fatores contextuais, incluindo os fatores ambientais e pessoais, que podem ser descritos de caráter positivo ou negativo, dependendo de sua influência sobre o indivíduo⁽¹²⁾.

Em 2002, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060⁽¹³⁾ visa promover a

reabilitação das pessoas com deficiência, melhorando sua capacidade funcional e desempenho humano, facilitando sua inclusão na sociedade, e buscando proteger a saúde dessas pessoas e prevenindo possíveis agravos que possam levar ao surgimento de deficiências. A política auxilia com orientações voltadas à saúde dessa população, e adere ao conceito sobre deficiência fixado pelo decreto Nº 3.298/1999⁽¹⁴⁾.

Em 2008, a Organização das Nações Unidas (ONU) na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência aprovou o texto final de um tratado internacional que tem por objetivo garantir os direitos efetivos das pessoas com deficiência e estabelecer um sistema de monitoramento periódico para garantir o respeito aos direitos humanos das pessoas com deficiência. Essa evolução foi uma mudança de paradigma do modelo médico para o modelo social, que enfatiza que o ambiente em que uma pessoa está inserida é o principal fator limitador, não é a deficiência⁽¹⁵⁾. No Brasil, o Decreto Legislativo Nº 186, de 2008⁽¹⁶⁾, que tem status de emenda constitucional, promulgou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, e determina que o texto da Convenção seja executado e cumprido inteiramente, estabelecendo uma parceria entre a sociedade civil e o governo em um esforço democrático para assegurar condições de vida digna para pessoas com deficiência.

A política voltada para a inclusão de pessoas com deficiência, conta com toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo a necessidade da implementação de processos complexos, em questões que envolvam a atenção à saúde das pessoas com deficiência. A Portaria Nº 793/2012⁽¹⁷⁾ garante o acesso e institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Essa legislação cita as responsabilidades e normas para acompanhar pessoas com síndrome de imunodeficiência adquirida, pacientes com lesões, deficiências auditivas, visuais e pessoas com deficiência física, levando em consideração o auxílio em próteses, órteses, dispositivos, intervenções cirúrgicas, assistência médica e medicamentos. Essa Portaria institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência

temporária ou permanente, progressiva, regressiva, ou estável, intermitente ou contínua, no âmbito do SUS⁽¹⁸⁾.

A Lei nº 13.146/2015 Inclusão da Pessoa com Deficiência, referida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, é uma legislação abrangente que estabelece os direitos e as garantias para as pessoas com deficiência, em relação à educação, saúde, trabalho, acessibilidade, mobilidade, esportes, cultura e lazer, e proíbe a discriminação com base na deficiência⁽¹⁹⁾.

O acesso e acessibilidade ao Sistema de Saúde

A chamada Lei Orgânica da Saúde, a 8.080, 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” ⁽²⁰⁾. Em relação ao conjunto de princípios que possuem o SUS, constantes da Lei Orgânica da Saúde, apresenta-se como essencial:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie⁽²¹⁾.

A Atenção Básica (AB) é a principal porta de entrada de acesso dos usuários do SUS, e da Rede de Atenção à Saúde, orientado pelos princípios da “universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” ⁽²²⁾. Para atender todos esses princípios, a AB considera o indivíduo em sua singularidade e inserção sociocultural, considerando a diversidade das necessidades de saúde dos usuários.

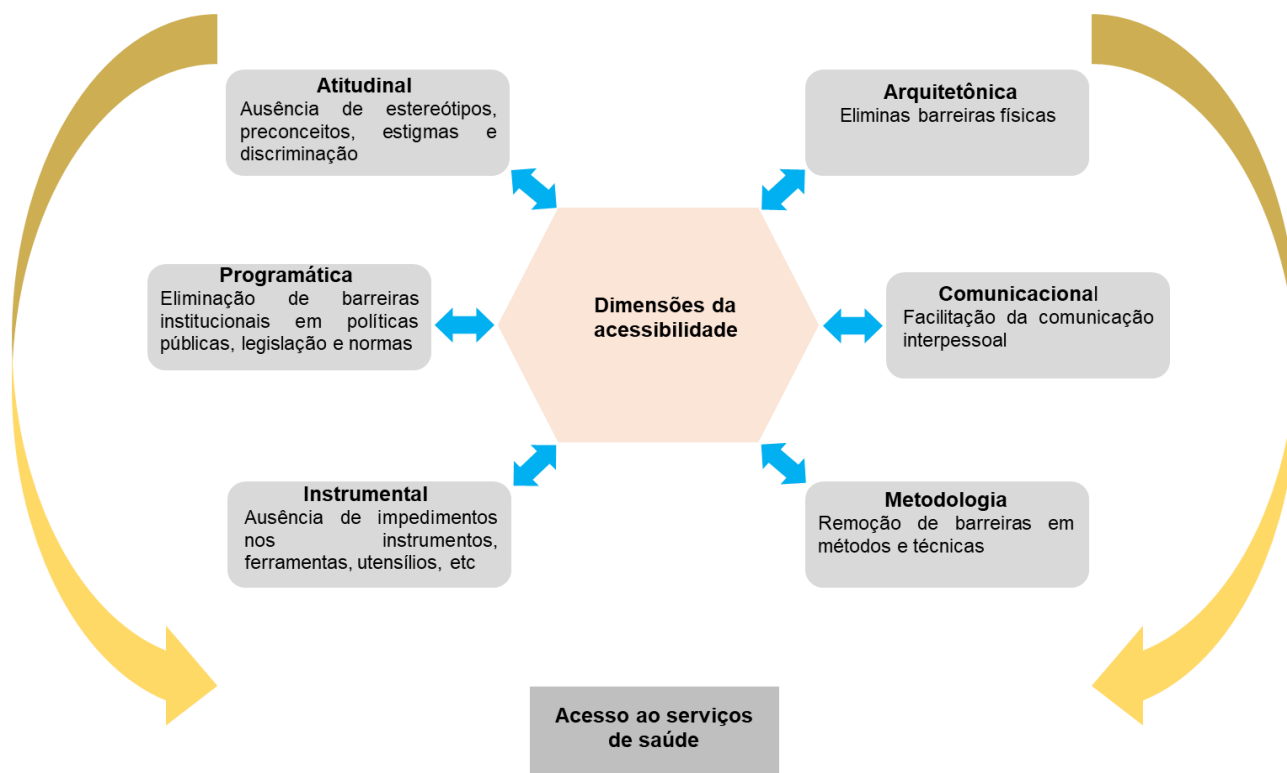
As Unidades Básicas de Saúde (UBS) se apresentam como as principais estruturas físicas da AB, têm uma importante função na garantia do acesso a uma saúde de qualidade. Seguem normas sanitárias e tem como referência o manual de infraestrutura do Departamento de Atenção Básica/SAS/MS⁽²³⁾.

Apesar de todas essas diretrizes e normas, em muitos casos, apresenta-se a falta de um plano para receber e acolher as pessoas com deficiência. Não se restringindo somente a questões estruturais, envolve-se condições socioeconômicas, barreiras de comunicação e barreiras atitudinais⁽²⁴⁾.

Acesso e acessibilidade

Segundo Romeu Kazumi Sassaki, há seis dimensões de acessibilidade que devem ser consideradas em todos os ambientes, permitindo que todas as pessoas, com ou sem deficiência, tenham o direito de utilizá-los. É essencial reconhecer que todas essas seis dimensões da acessibilidade são igualmente importantes e complementares entre si. Quando a acessibilidade é garantida nos serviços de saúde, o acesso a eles se torna uma realidade real para todos.

Quadro 1 Dimensões de acessibilidade



Fonte: Adaptado de Sassaki, 2010⁽²⁵⁾

A acessibilidade, conforme definida pelo dicionário Michaelis⁽²⁶⁾, é a "facilidade de acesso, qualidade do que é acessível, facilidade de aproximação, de procedimento ou de obtenção". Essa acessibilidade se torna completa quando combinada com a mobilidade, proporcionando autonomia ao indivíduo e permitindo que ele alcance seu destino desejado, regulamentada pela Lei nº 10.098/2000, a acessibilidade visa facilitar a inclusão de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida⁽²⁷⁾.

Essa acessibilidade se faz necessário também em edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos conforme estabelecido pela Associação Brasileira de Normas Técnicas através da norma NBR 9050⁽²⁸⁾. No entanto, é importante reconhecer que acessibilidade nem sempre resulta em inclusão. A inclusão real ocorre quando o indivíduo é aceito e participa plenamente do meio social, não apenas devido às condições de acessibilidade⁽²⁹⁾.

De acordo com Donabedian⁽³⁰⁾, o conceito de acessibilidade em serviços de saúde abrange uma variedade de aspectos, incluindo a capacidade e disponibilidade para atender às necessidades da população. A acessibilidade vai além da mera disponibilidade de recursos em um determinado ambiente, incluindo medidas que facilitem e incentivem o uso desses recursos pelos potenciais usuários.

Segundo Sarsfield⁽³¹⁾, acessibilidade diz respeito às características da oferta de serviços de saúde, enquanto o acesso se refere à percepção das pessoas em relação à acessibilidade e à disponibilidade de serviços de saúde primários acessíveis, contínuos e coordenados. Sarsfield destaca a importância do acesso universal aos serviços de saúde primários, que deveriam ser garantidos a todos os indivíduos, independentemente de sua classe social, econômica ou de vulnerabilidade⁽³²⁾.

A acessibilidade comunicacional abrange diversas estratégias para superar as barreiras na transmissão de informações. Desde o uso de tecnologias como closed caption, legendas e janelas de libras até práticas como audiodescrição em vídeos e peças teatrais, bem como o emprego de libras tátil, são recursos essenciais para garantir que a informação seja acessível às pessoas com deficiência. Além disso, a acessibilidade comunicacional visa eliminar obstáculos na comunicação entre as pessoas

em todas as suas formas, seja presencialmente ou virtualmente, através de dispositivos como computadores e celulares ⁽³³⁾.

A acessibilidade metodológica visa eliminar barreiras nos métodos e técnicas utilizados em diferentes contextos, como estudo, trabalho, ação comunitária e educação dos filhos⁽³⁴⁾. Neste sentido, os educadores desenvolvem atividades que incluem estudantes com deficiência, promovendo uma educação mais inclusiva. Nos ambientes corporativos, a acessibilidade metodológica engloba a adequação dos postos de trabalho para profissionais com deficiência, garantindo igualdade de oportunidades e participação plena no mercado de trabalho.

A acessibilidade atitudinal diz respeito à eliminação de preconceitos em relação às pessoas, destacando a importância de ações de conscientização para compreender as especificidades de cada deficiência. Envolve o estabelecimento de relações sem preconceitos com indivíduos com deficiência, desconstruindo conceitos como capacitismo e discriminação, e reconhecendo a diversidade humana como fundamento de uma sociedade inclusiva ⁽³⁵⁾.

A acessibilidade programática engloba as normas, regimentos e leis que dizem respeito aos direitos das pessoas com deficiência. Exemplos importantes incluem a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão ⁽³⁶⁾. Esta forma de acessibilidade caracteriza-se pela ausência de barreiras presentes em políticas públicas, como leis, decretos, portarias, bem como em normas e regulamentos institucionais, empresariais e outros.

A acessibilidade instrumental abrange a superação de barreiras em instrumentos, ferramentas e utensílios utilizados em diversos contextos, como estudos escolares, ambientes profissionais, de recreação e lazer. Exemplos incluem softwares de leitores de tela e o sistema braille ⁽³⁷⁾. Essa forma de acessibilidade visa garantir a ausência de obstáculos nos instrumentos e utensílios empregados em atividades educacionais, profissionais, de lazer e recreação, sejam eles comunitários, turísticos, esportivos, entre outros.

O acesso se entende como capacidade de um indivíduo ou grupo para a obtenção de serviços de saúde. Para o dicionário Michaelis⁽³⁸⁾ acesso é “ato é resultado de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar,

aproximação, avizinhação, chegada”. O acesso para pessoas com deficiência em relação à saúde se refere a garantir todos os tratamentos igualitários, que possam ter igualdade, facilidades para o atendimento e serviços de qualidade. Necessitando de adaptações físicas, comunicação eficaz, conscientização e respeito especialmente para pessoas com deficiências ou limitações ⁽³⁹⁾.

Olhando para o campo da saúde, o acesso é entendido como um conjunto de circunstâncias, que envolve uma série de fatores, que viabiliza a entrada do usuário ou paciente nos serviços de saúde. Em suas diferentes especialidades e complexidades, impactando no atendimento⁽⁴⁰⁾. Desta forma, as demandas de serviços estão relacionadas a disponibilidade de recursos empregados. Ou seja, para obter um ambiente adequado, pressupõe a remoção de obstáculos físicos, financeiros e algum outro que possa interferir nos serviços disponíveis.

A relação entre acesso e acessibilidade é apresentada por Jesus e Assis⁽⁴¹⁾ como um contexto que envolve dimensões técnica, econômica, política e simbólica. A dimensão técnica engloba a entrada nos serviços de saúde, como são organizadas essas demandas, trabalhando no campo da regionalização, hierarquização, definição de fluxos, vagas disponíveis. Quando envolve questões econômicas, direciona-se mais na acessibilidade, no sentido de acesso real. Como disponibilidade de serviço público ou privado, e superando barreiras financeiras. Na dimensão simbólica, se inclui percepções e as concepções dos indivíduos, as representações sociais sobre saúde/doença. Abrange o sistema de saúde para a organização e atendimento às necessidades, incentivando e favorecendo a autonomia de todos os usuários. O princípio de equidade no acesso é o universal, em todos os níveis, reconhecendo que todos os indivíduos necessitam de atenção, mas não sendo necessariamente dos mesmos serviços⁽⁴²⁾.

MÉTODOS

O trabalho propõe analisar as barreiras e facilitadores de acesso enfrentados pelas pessoas com deficiência no município de Francisco Morato. Para tanto, utilizou-se de um estudo de caso com abordagem qualitativa, para identificar “fenômenos intrínsecos que não podem ser devidamente capturados pela simples operacionalização de variáveis”⁽⁴³⁾. A condução do estudo baseou-se em entrevistas semi-estruturadas, em que o tempo médio das entrevistas variou entre 30 a 60 minutos. Os relatos serviram de base para a compreensão aprofundada e a interpretação dos discursos dos diversos atores sociais envolvidos.

Contexto

O Instituto de Saúde firmou em 2022 uma parceria com Francisco Morato para desenvolver pesquisas que contribuíssem com demandas da gestão de saúde do município.

A cidade de Francisco Morato é um município do estado de São Paulo, localizada a 55 km a Noroeste da Grande São Paulo. Cercado pelos municípios de Campo Limpo Paulista, Caieiras e Jarinu, Francisco Morato se situa a 18 km a Sul-Leste de Jundiaí.

O município é o mais populoso de sua microrregião e um dos 50 maiores do Estado⁽⁴⁴⁾. De acordo com o IBGE⁽⁴⁵⁾ a população tem em torno de 165.139 pessoas, sendo que em 2010 a população com deficiência era em média de 8.078⁽⁴⁶⁾, e a estimativa para 2022 é por volta de 10.962 pessoas com deficiência⁽⁴⁷⁾. Conta com uma área de 49,001 km², o que resulta numa densidade demográfica de 3.370 hab./km², que o coloca na posição 631 de 645 entre os municípios do estado e 5495 de 5570 entre todos os municípios. Tornou-se município em 1965, quando se emancipou de Franco da Rocha.

O município apresenta um alto grau de vulnerabilidade social⁽⁴⁸⁾, um o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo da região metropolitana da cidade de São Paulo e um dos menores em renda per capita do estado, apesar de ter um IDH alto (0,703) ⁽⁴⁹⁾.

O município é provido pela Rodovia Tancredo de Almeida Neves (SP-320), a antiga Estrada Velha de Campinas, e pela ferrovia Estrada de Ferro Santos a Jundiaí, operada pela CPTM. A base da sua economia está relacionada ao comércio local, serviços bancários, órgãos públicos, porém o município é conhecido como cidade dormitório⁽⁵⁰⁾.

Quando se olha no sentido da saúde, o município possui uma autarquia para administrar seus serviços e equipamentos, chamada Serviço de Assistência Médica (SAME)⁽⁵¹⁾. A Autarquia SAME se encontra em todo sistema de saúde, em todos níveis de atenção. No seu sistema de saúde conta com 13 Unidades Básicas de Saúde, cujas quais são chamadas de Unidade Saúde da Família USF. Possui 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): um na modalidade II, um Infância Juvenil e um Álcool e outras drogas. Possui um Centro de Fisioterapia e Reabilitação, um Centro Integrado à Saúde da Mulher, um Centro de Especialidade Odontológica, um Centro Integrado de Saúde, um Centro de Testagem e Aconselhamento, e uma Unidade de Pronto Atendimento 24h. Há no município também os Hospitais Santa Casa de Misericórdia e Lacaz, o hospital Estadual.

Coletas de dados

Participaram do estudo, 12 pessoas que atuam ou usam o sistema municipal de saúde de Francisco Morato. Os participantes foram: o(a) Secretário(a) Municipal de Saúde; o(a) diretor(a) da Atenção Básica; o(a) diretor(a) da Atenção Especializada; gerentes e agentes comunitários de saúde de duas Unidade Básica de Saúde; e cuidadores e usuários com deficiência do município.

Foram realizadas entrevistas presenciais em duas UBS e na Secretaria de Saúde Municipal. Para as entrevistas foi feita a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e após o aceite por assinatura dos termos foi realizada a entrevista semi-estruturada. Para os diferentes atores sociais foram desenvolvidos diferentes roteiros (Apêndice 1). Como forma de manter o anonimato dos participantes, foram utilizadas siglas: G1, G2, G3, G4 e G5 para os gestores; P1 e P2, para profissionais de saúde; e U1, U2, U3, U4 e U5, para as cuidadores e usuários.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde, seguindo as normativas das Resoluções 510/2016 e 580/2018. Todos os participantes foram orientados pela pesquisa e consentiram por meio de assinatura ou verbalmente com o TCLE (Anexo 1).

Análise dos dados

De acordo com a abordagem qualitativa⁽⁵²⁾, a análise dos dados envolveu descritivos e interpretativos, obtidos por meio das entrevistas. As entrevistas foram gravadas e transcritas. A análise e as interpretações dos dados foram realizadas seguindo os seguintes passos: 1) Análise de conteúdo: com a identificação de padrões e significados dos dados qualitativos com a categorização e interpretação do conteúdo textual; 2) Contextualização dos dados: contextualização dos dados dentro do ambiente social, cultural e histórico em que foram coletados. Assim, permitindo identificar e analisar as principais barreiras e facilitadores do acesso do atendimento à pessoa com deficiência no município.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a melhor apreensão dos temas encontrados e analisados, os resultados serão dispostos em conjunto com a discussão. Os atores sociais eram cinco gestores, dois profissionais de saúde, um usuário e quatro cuidadoras. O tempo de atuação dos gestores era entre 1 ano e 20 anos, todos os gestores residem em cidades vizinhas de Francisco Morato. Os profissionais de saúde relataram em média 6 anos de experiência na APS e ambos residem em Francisco Morato.

As entrevistas com usuários pessoas com deficiência foram com um homem, relatou que sua deficiência foi por conta de uma doença crônica, e sua esposa é sua cuidadora. As demais entrevistas foram com três mulheres, uma trabalha como cuidadora de pessoas com deficiência, e as outras duas são mães de filhos com algum tipo de deficiência

A partir da análise dos discursos das entrevistas foram identificadas três categorias: *Acessibilidade*, que aborda aspectos de arquitetura, transporte e

fenômenos sociais; *Gestão*, onde aparecem informações sobre os recursos humanos, recursos financeiros, qualidade de atendimento; e *Aspectos demográficos* que se refere a informações sobre o ambiente, território e informações sociodemográficas.

Acessibilidade

A obtenção do acesso à saúde a pessoa com deficiência é garantido pela Lei nº 13.146/2015⁽⁵³⁾. Em outras palavras, a oportunidade do acesso à saúde de receber atendimentos médico adequado, sem discriminação ou barreiras que impeçam ou dificultem o acesso.

A acessibilidade na saúde é um resultado da disponibilidade de profissionais de saúde e serviços de saúde, principalmente para o acesso para pessoas com deficiência a esses serviços ofertados. As barreiras e facilitadores de acessibilidade existentes foram citadas tanto por gestores, gerentes, profissionais de saúde, usuários e seus cuidadores/acompanhantes. Em resumo, existem barreiras relacionadas à acessibilidade estrutural e a projetos arquitetônicos. Mas por outro lado, facilitadores foram vistos nessas áreas como acomodações adaptáveis em UBS e espaços físicos inclusivos.

Quando analisados os dados, em relação às barreiras de acessibilidade estrutural, conforme o **Quadro 2** e **3**, pode-se constatar projetos arquitetônicos antigos que requerem adaptações e o entorno das unidades aparecem como barreiras a serem trabalhadas.

No caso de transportes, como se observa no **Quadro 3**, houveram diversas barreiras que podem se constituir em verdadeiros entraves à mobilidade como o acesso a solicitação do transporte, as vagas disponíveis, o custo de transporte, a existência e disponibilidade de transporte adaptável e os itinerários. A falta do transporte, faz que muitos usuários necessitem de aplicativos de transporte, que indicam custo financeiro ou utilização do transporte público.

Durante as entrevistas com usuários, observou-se que uma significativa parcela apresenta limitações físicas e depende de cadeiras de rodas para sua mobilidade. Conforme relatado, mais da metade das pessoas

com deficiência entrevistadas requerem a presença de acompanhantes ou cuidadores. Em certos casos, esses acompanhantes assumem a responsabilidade legal pela pessoa com deficiência. O núcleo familiar ou os cuidadores desempenham um papel crucial na saúde dessas pessoas, facilitando o contato com profissionais e serviços de saúde e recebendo informações que complementam o tratamento ⁽⁵⁴⁾.

“Sempre vou acompanhando com a minha esposa” (U2)

“Mas se eu não tivesse essa filha que poderia me ajudar com o transporte, então eu teria que ter um meio para eu poder sair daqui pra cidade fora” (U2)

“A Mãe Francisco Morato. Que se ajuda. Porque se não fosse esse grupo... Olha.. A gente tava...” (U1)

Segundo as questões estruturais em unidades de saúde, foram relatados facilitadores, tanto por gestores, gerentes, profissionais de saúde e usuários. Há bom espaço físico nessas unidades, possibilitando livre trânsito de pessoas em cadeira de rodas, de usuários que utilizam muletas e com mobilidade reduzida. Essas estruturas são voltadas para o receber pessoas que possuem algum tipo de deficiência ou não, o serviço é direcionado para o atendimento no andar térreo.

“Não encontro dificuldades para acessar os serviços de saúde” (U2).

“Então as unidades próprias que foram construídas de 2020 para cá, todas são acessíveis” (G3).

“Unidade foi planejada, projetada, pra facilitar o acesso à cadeirante. Aqui é minimamente rebaixada, não tem degrau para o paciente entrar” (G3).

Nas unidades de saúde em que foram realizadas as entrevistas, os profissionais de saúde trazem essa preocupação com a importância da estrutura física possuir acessibilidade.

Na análise dos relatos, a barreira geográfica foi conceituada por todos os entrevistados, conforme **Quadro 6 e 7**. A acessibilidade nessas áreas podem apresentar desafios específicos devido às características do terreno.

“O município tem uma topografia bem complexa... configuração de muitos morros aqui no município” (G 1).

“Francisco Morato é um relevo. Gente precisa se deslocar um paciente com essa necessidade, a gente esbarra nessa questão física mesmo” (Gerente 2).

“A dificuldade mais é o trajeto. O deslocamento” (U 2).

O terreno irregular e inclinado pode tornar difícil o acesso/acessibilidade das unidades de saúde, especialmente para quem tem mobilidade reduzida e pessoas com deficiência. As barreiras no sentido geográfico provêm de obstáculos naturais, por desorganização estrutural urbana, entre outros fatores.

“Que é meio distante, né? Se fosse perto dava para vir. Não é muito longe, mas... Como é subida” (U 5).

“Eu acho que ele é bem dificultoso. Ele é dificultoso, primeiro, para chegar até a unidade, porque o município tem muitos morros” (G 1).

“Eu acho que locomoção, dependendo da deficiência, se for cadeirante a locomoção aqui é muito ruim (município)” (P 1).

“Para mim trazer ela de cadeira de rodas não dá. Por que não tem acesso, né?Porque é tudo buraco e tudo, né?..Aí tem uma escada, né? ” (U 1).

A acessibilidade em relação à localização dos serviços de saúde leva em conta a disponibilidade da gestão pública em conseguir áreas que sejam bem localizadas e de fácil acesso. No entanto, nem sempre todas essas condições estão disponíveis. A disponibilidade influencia diretamente na organização e distribuição dos serviços de saúde.

“Pra a gente que não é deficiente, é difícil acessar, porque ela fica no morro, a gente não conseguiu um imóvel [...]conseguir um terreno, que é outra dificuldade para o poder público, a gente conseguir terrenos que são bacanas e que são públicos” (G 1).

Em relação às unidades visitadas, foram relatadas barreiras no entorno, que dificultam o acesso ao entrar na unidade básica. Essas barreiras foram mencionadas por gestores, gerentes e profissionais de saúde e não se restringem exclusivamente à área da saúde.

“Então, ela, sim. A guia é rebaixada, mas o entorno dela, provavelmente, não tem, porque aí depende de outras secretarias” (G2).

“Eu só não tenho rampa, eu não me lembro, pelo menos, de ter rampa na calçada, né? Pra cadeirante” (P1).

“As estratégias são sempre pedir acessibilidade. Faz parceria com o pessoal de obras. Por exemplo, hoje é uma realidade você ter todos os equipamentos de saúde e um banheiro pelo menos com acessibilidade” (G2).

As condições de mobilidade e acessibilidade que não seguem uma estrutura básica, conforme NBR 9050/2020⁽⁵⁵⁾ criam barreiras e dificultam o livre acesso.

“Eu só acho ruim que às vezes eu chego [...]às vezes os pais estacionam em frente à rampa [...]Eu tinha pedido para ela colocar sinalização nessa rampa que ali é um local de cadeirante, gente com deficiência passar, né. [...] a cadeira dela é motorizada também, e tem umas baterias aqui embaixo. Dependendo da altura, fica raspando aqui. Tem o acesso, mas não está sinalizada” (U4).

“As unidades, chega no final de semana, nós somos vandalizados” (G2).

“Então a gente sofre bastante vandalismo aqui. Quebraram praticamente toda a frente da unidade também, o calçamento pra poder facilitar o acesso de rampa” (G2).

Aqui se apresenta uma outra questão referente à acessibilidade, que de forma indireta se torna uma barreira. A violência urbana, pode ser caracterizada como um fenômeno social global, designado como um conjunto de expressões que afetam o sentimento de estabilidade das rotinas diárias e da segurança individual⁽⁵⁶⁾. Este tipo de violência compreendida como desobediência à lei, vandalismo aos bens públicos e atentado à vida, origina-se na infraestrutura precária, exclusão socioeconômica, desemprego ou oferta de emprego de baixa qualidade.

Dentro do âmbito das unidades de saúde, a violência surge como um desafio significativo, afetando diretamente o setor devido à localização territorial desses equipamentos em áreas de vulnerabilidade. Além disso, os profissionais de saúde têm uma interação mais intensa com situações que podem colocar em risco sua segurança, tanto de forma direta quanto indireta.

Na questão tempo gasto com o deslocamento, alguns entrevistados citaram dificuldades para se locomover aos serviços de saúde devido a

topografia do município. Para Travassos e Martins⁽⁵⁷⁾ a acessibilidade geográfica é um fator importante para a utilização de serviços de saúde, podendo interferir de modo positivo ou negativo no acesso.

“A dificuldade mais é o trajeto, o deslocamento, porque se precisar sair tem que ter um meio de transporte” (U3).

“Aqui tem muito morro, se não tem carro, você perde muito tempo”

Nas entrevistas, foram identificadas divergências de discursos em relação ao transporte sanitário, com disponibilidade de vagas e fácil acesso. Porém, foram relatados problemas com esse serviço referente ao agendamento e na disponibilidade de vagas conforme o **Quadro 2 e 3**. Outro aspecto observado é a determinação de que o transporte sanitário seja exclusivamente para serviços fora do município. Entretanto, muitos usuários realizam consultas, exames, terapias e outros serviços especializados de saúde dentro do próprio município.

“No município, eles têm um sistema de transporte, né, se o paciente acamado, domiciliado, se ele tem alguma consulta, ele pode ir lá, agendar o dia que tem essa consulta pra poder, o carro tá indo buscar e tá levando o paciente no médico” (P1).

“Uso o transporte do SAME, né? Eles me levam para todos os lugares que precisar de tratamento, como consulta fora. Fora do município, eles me levam né” (U4).

“Até transporte é difícil. Uma luta, né, pelo transporte. Aí me mandam no transporte, duas horas da manhã, com uma paciente que dorme, que toma remédio, né, medicação, pra sair daqui três horas da manhã” (U1).

“Tem que ligar um mês antes, porque se for na hora não tem transporte. Se você não tiver o dinheiro não vai” (U1).

“E mesmo tendo dentro de Francisco Morato, eu vou precisar de um transporte” (U2).

“O transporte sanitário, ele só é acessado quando a consulta é intermunicipal” (G1)

O transporte sanitário se torna um importante meio de locomoção, por ser o principal meio das pessoas com deficiência a acessarem os serviços de

saúde. Possui uma relevância significativa, principalmente para aqueles usuários mais vulneráveis. A resolução nº. 13/ 2017, dispõe sobre as diretrizes do transporte sanitário, em seu Art. 2º, define que “Transporte Sanitário Eletivo é aquele destinado ao deslocamento programado de pessoas para realizar procedimentos de caráter eletivo, regulados e agendados, sem urgência [...] no próprio município de residência” ⁽⁵⁸⁾.

Pela falta desse serviço, pessoas com deficiência recorrem a aplicativos de transporte, transporte público, apoio familiar ou auxílio de terceiros. Entrevistados deram ênfase a aplicativos de transporte, sendo o principal meio de locomoção. Esses aplicativos garantem a acessibilidade aos serviços de saúde, mas criam uma barreira, o custo financeiro. A utilização desses aplicativos impõe custo para o próprio usuário, causando impacto em sua renda.

“Eu vim de 99 aplicativo, porque a minha filha trabalha tarde, então ela não pode” (U2).

“Então... Eu uso o 99. Porque ela não anda, né” (U1).

“Também se for o que é que utiliza muito o 99, né? Tem gente que infelizmente não tem dinheiro” (U3).

“Porque tem muito paciente aqui que eles não vão, mas devido a, tipo, às vezes, a condição financeira, porque é longe” (P1).

Destaca-se que há contradições entre gestores, gerentes, profissionais de saúde e usuários em relação ao transporte. Esse descompasso de informações proporciona o aparecimento do impedimento do acesso. Gerentes e profissionais de saúde relatam que informam sobre transporte sanitário, e como utilizar esse serviço. Por parte dos usuários, relatam que desconhecem ou não tiveram a informação correta.

“A gente tem esse transporte no município, então a gente sempre orienta os pacientes a estarem indo agendando o local, pra poder estar levando esse paciente no dia” (P2).

“Então, a gente não procurou transporte do município. Se no caso precisar, lógico, eu vou procurar” (U2).

“Transporte. Eu nem procurei saber. Também eu acho que é pouca informação para a população” (U3).

Outra situação relatada é a necessidade de consultas em outros municípios, onde o transporte leva várias pessoas para ver especialistas. Algumas consultas são marcadas para a parte da manhã, enquanto outras ocorrem à tarde, resultando na permanência dos usuários no transporte durante todo o dia. Isso acaba gerando cansaço físico e psicológico, tanto para a pessoa com deficiência quanto para o acompanhante/cuidador.

“Mas quando a gente vai para São Paulo nessa van, castiga muito da minha filha [...]. E assim ela vai despencando. Na van adaptada, eu não tenho como eu trazer ela para perto de mim” (U4).

“Tem um carro que sai daqui 3 horas da manhã com paciente o paciente que vai fazer o hemodiálise que vai fazer a fisioterapia que vai fazer a radioterapia 6 horas da manhã, bem pra ter com o ir ela junto ... porque ela sai da consulta 9 horas e fica lá o dia todinho” (U1).

“Porque a pessoa que é PCD pra pegar um transporte público com um ônibus já dificulta mais ainda” (U3).

A utilização do transporte público é um meio de locomoção para a pessoa com deficiência e seus acompanhantes/cuidadores acessarem aos serviços de saúde, sendo uma solução em que o custo financeiro é mais baixo em relação a aplicativos de transporte. Mas não são todas as pessoas com deficiência que conseguem utilizar esse serviço. O transporte público necessita ser acessível, mas também, a inclusão de estações, pontos de parada e sistema viário.

Art. 46. O direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso ⁽⁵⁹⁾.

A acessibilidade e o acesso estrutural e de transporte são fatores cruciais para que pessoas com deficiência e seus acompanhantes tenham o mínimo de respeito aos seus direitos garantidos e para garantir o cuidado necessário.

Gestores, gerentes e profissionais de saúde

Quadro 2 ACESSIBILIDADE

	BARREIRAS	FACILITADORES
ESTRUTURAL	Estrutura arquitetônica em prédios antigos	Planejamento arquitetônico (Acomodações prediais adaptadas em novas unidades)
TRANSPORTE	Transporte sanitário (Grande demanda de solicitação)	Transporte sanitário acessível (Transportes agendados no departamento de transporte)
FENOMENOS SOCIAIS	Violência urbana (Vandalismo ao patrimônio público) Comportamento	Nas entrevistas não foram relatados facilitadores

Fonte: Elaboração próprio autor

Usuários e cuidadores/acompanhantes das pessoas com deficiência

Quadro 3 **Acessibilidade**

	BARREIRAS	FACILITADORES
ESTRUTURAL	Ruas e calçadas irregulares em frente a UBS Falta de vagas em frente às UBS	Acomodações prediais adaptadas (Dentro das UBS)
TRANSPORTE	Dificuldade de solicitação de transporte sanitário Indisponibilidade de vagas para o transporte sanitário Falta de transportes adaptados para pessoas com deficiência Itinerários longos dos transportes sanitários ofertados Custos sobre o uso de transportes de aplicativos	Utilização de transportes de aplicativos Rede de apoio (Composto por família, familiares e amigos)
FENÔMENOS SOCIAIS	Nas entrevistas não foram relatados barreiras	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Gestão

A gestão em saúde pode ser definida pelo conhecimento aplicado na administração do complexo das organizações de saúde, envolvendo gestores de redes, esferas de saúde pública, hospitais e todo sistema de saúde integrado. Engloba áreas multiprofissionais, instituições de saúde, formação e operação de redes de serviços de saúde para uma assistência universal⁽⁶⁰⁾.

A categoria gestão englobou recursos humanos, recursos financeiros e qualidade do atendimento profissional. Pensando nesse sentido, as entrevistas foram realizadas para identificar barreiras e facilitadores em relação à Atenção Primária de Saúde (APS) e a toda sua linha de cuidado e atendimento. A linha de cuidado, com bases em orientações e técnicas, expressa todo o fluxo assistencial, subsidiando gestores, gerentes, profissionais de saúde e usuários, atuando em atender as necessidades de saúde⁽⁶¹⁾.

“Uma oferta da própria gestão para a gente fortalecer o modelo assistencial na atenção básica” (G1).

“Então, o município tem, eu não vou falar que é uma obrigação, mas ele tem que ter um olhar bem voltado, focar muito nessa questão da atenção primária” (G2).

“Se a atenção básica não tá bem equipada, consequentemente você pode aumentar seu nível de acamados” (G1).

A capacitação dos profissionais em relação à qualidade do atendimento é destacada nos discursos de gestores, gerentes e profissionais de saúde como uma estratégia a ser desenvolvida para melhorar a assistência à população atendida, especialmente no que diz respeito ao atendimento às pessoas com deficiência. A qualidade dos cuidados de saúde, conforme abordado por Donabedian⁽⁶²⁾ destaca a aceitabilidade como um aspecto essencial. Isso envolve a conformidade com as preferências do paciente em relação à acessibilidade, à relação paciente-profissional, às comodidades, aos efeitos do cuidado e ao custo do cuidado.

“Eu acho que no público geral, não. Eu acho que eles são muito mais limitados ao profissional que vai atender. Então, não tem [capacitação de profissionais]” (G2).

“Tem profissionais ainda despreparados? Tem. Eu não sei dizer para vocês assim, qual é esse despreparo, de verdade qual é esse despreparo, porque antes da pessoa ter uma deficiência, ela é uma pessoa” (G3).

“O profissional, às vezes, não está preparado” (G1).

“A gente passa por algumas capacitações, a partir das demandas de nutrição, reagendamento de consultas, alguns cursos pontuais. Curso de curativo, reciclagem sobre calendário vacinal, mas pra paciente com deficiência, não” (G4).

O aprimoramento é visto por gestores e gerentes como uma necessidade. Estão sendo trabalhadas qualificações para uma melhor compreensão sobre o atendimento relacionado à pessoa com deficiência, conforme o **Quadro 4**. A iniciativa na preparação diz respeito à estruturação de estratégias de educação continuada oferecidas aos profissionais de saúde e suas extensões. A educação permanente, além do seu papel pedagógico, deve ser apresentada como uma importante estratégia de gestão com um potencial enorme de transformações no cotidiano dos serviços⁽⁶³⁾.

“Começamos a promover mais essas capacitações, mas elas precisam ser mais amplas, a gente precisa atingir mais profissionais” (G3).

“Um projeto de inclusão da pessoa com deficiência, em todos os ambientes. São cinco dias de capacitação, de inclusão no ambiente social e no mercado de trabalho, quem vem fazer essa capacitação é o pessoal da APAE de São Paulo” (G3).

“A gente tá retomando, sim, o trabalho dos grupos de promoção de saúde dentro das unidades. A gente tá fazendo esse trabalho, muitas vezes, de retomada do próprio processo de educação permanente dos trabalhadores” (G1).

“O que é a base do atendimento? É a educação permanente dos profissionais” (G1).

Nas entrevistas, os profissionais de saúde apresentam sensações contraditórias, conforme **Quadro 5**. Aparecem como um facilitador, seguindo protocolos e diretrizes eticamente, como pede a função do cargo, por outro lado, se evidenciou barreiras na posição que esse profissional atua. Dessa forma, foram identificadas barreiras relatadas pelos usuários, resultando em insatisfação com o atendimento e reclamações. O profissional de saúde pode ter um impacto negativo no atendimento, uma vez que é o principal responsável por acompanhar o usuário em toda a linha de cuidado⁽⁶⁴⁾.

“Não enfrento dificuldade na comunicação com os profissionais...Os profissionais de saúde explicam bem” (U2).

“Eu não tive problema em relação a isso. Eles entendem bem. Sim, né? As orientações. A enfermeira. Sempre eles passam, falam, conversam” (3).

“Eu posso dizer que sou muito bem atendida. Não tenho reclamação de nenhum deles. [...] São pessoas super bacanas (U4).

“A gente vem, é bem atendido, tudo, né” (U5).

“Não atendam a gente como deveria, né? Então aqui a relação é negativa” (U1).

“Assim pra atender a gente com educação” (U1).

A relação saudável entre os profissionais de saúde e os usuários pode estabelecer laços sólidos e criar um vínculo significativo entre as partes. No contexto do SUS, a palavra vínculo adquire uma importância na atenção básica ⁽⁶⁵⁾. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) “O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde [...] construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” ⁽⁶⁶⁾.

Uma barreira identificada foi a falta de informação por parte dos profissionais de saúde. A comunicação é fundamental na relação entre profissional e usuário. Quando não ocorre de forma satisfatória, pode resultar em comunicação ineficaz e dificuldades de entendimento mútuo ⁽⁶⁷⁾.

“Alguma coisa que a gente descobre só, que foi pela internet” (U2).

“É que eu não sabia. Eu não sabia que a ... tinha direito” (Sobre o Loas) (U4).

A possibilidade da contratação de profissional de saúde foi outra barreira que os gestores relataram. O déficit de profissionais pode ocasionar na redução da qualidade dos serviços de saúde, menor seguimento de protocolos, menor tempo disponível para o atendimento adequado aos usuários e contribuir para o aumento em desigualdades⁽⁶⁸⁾.

“A contratação de profissionais é uma barreira também” (G3).

“Nós sofremos com isso na pele. Mesmo o fono que é um profissional que você fala assim, tem mais faculdade de TO. Mas é difícil você conseguir também” (G2).

“E serviço público, você não consegue contratar aos salários que os serviços particulares estão oferecendo ou as próprias clínicas particulares. Então, tem uma carência de profissionais grande” (G3).

A falta de profissionais especializados foi outra dificuldade relatada. Na gestão, encontrar profissionais de saúde com os conhecimentos, atitudes e habilidades adequados à proposta é um desafio. O mercado de trabalho oferece salários e condições competitivas para um profissional que ainda se adere ao modelo liberal da medicina, o que torna a contratação ainda mais desafiadora ⁽⁶⁹⁾.

“Nós não temos terapeuta ocupacional no nosso ambulatório, esse terapeuta ocupacional, a gente não tem ele no mercado pra contratação” (G3).

“Maior do que eu percebo seria a parte da especialidade de ortopedia” (G1).

“Quando a gente fala em questão de saúde, não é só estritamente questão do médico, né? A gente fala também de equipamentos trabalho, RH, equipe multiprofissional” (G2).

“Você precisa de uma fono, você tem que fazer audiometria. Você fez um concurso. Ela tem essa habilidade? Não” (G2).

A ausência de profissionais especializados pode resultar em um atendimento inadequado, uma vez que os profissionais podem não estar familiarizados com as necessidades específicas das pessoas com deficiência. Ao considerar a demanda dos usuários por profissionais especialistas e sua insatisfação com o atendimento, torna-se evidente a importância de implementar ações que atendam a essas necessidades específicas dos usuários.

“Estamos sem médico, o médico que tem é aleatório. Tipo, três dias por semana” (U2).

“Pneumologista só que aqui não tem” (U1).

“Você tem que esperar a vaga pra você ser chamado. O município não tem muitas especialidades” (U3).

“O atendimento especializado pra esse caso, no momento, tá aqui, não” (U5).

Nas entrevistas com gestores, foram apresentadas barreiras em relação à contratação, no qual o município vem trabalhando para tornar mais atrativo o emprego na região. Existem barreiras que a própria gestão não consegue lidar por diversos fatores, conforme o **Quadro 4**. Apesar da falta de alguns serviços, o município conta com serviços especializados e parcerias com instituições de saúde.

” O que a gente tem são as APAE. A gente tem uma APAE aqui, que nós temos um convênio, a gente entende a APAE como parte do nosso sistema (G1).

“Nós lançamos o programa de saúde auditiva em Francisco Morato. E aí é um convênio com a [empresa privada] pra fornecimento de aparelhos auditivos a pessoa com deficiência auditiva” (G3).

“Nós temos um serviço de fisioterapia de reabilitação para adultos e um para infantil. Nós temos outros ambulatorios de especialidade que atendem esse público. Nós temos a APAE que atende” (G2).

“Nós conseguimos ampliar fono, fisio, nós conseguimos implantar o TheraSuit na APAE” (G3).

“Nós temos um convênio com um espaço que faz a parte de equoterapia” (G3).

Para garantir a integralidade da atenção à saúde de usuários acessando todos os níveis de complexidade, o município conta com uma rede microrregional de serviços de saúde. Conforme recomenda a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (2007) ⁽⁷⁰⁾ com as definições e quantidades das ações de saúde para população residente em cada município da região, bem como os pactos intergestores para garantia de acesso da população aos serviços de saúde.

“Então ela tem direito a médica, a médico, exames, essas coisas, né? Tem direito a médico, fisioterapeuta e dentista, só que dentista, ela vai lá no hospital em Heliópolis, já tá certo” (U4).

“A gente conta com a rede... com o sumo todo. Que referência é o Estado todo, não é? Que é via CROSS [sobre rede de reabilitação do SUS]” (G2).

Nas entrevistas com gestores e gerentes, apresentou-se a barreira financeira, a falta de recursos na saúde pública se tornou um desafio que afeta a capacidade dos serviços de saúde a prestar atendimento a todas as demandas da população. O financiamento do sistema de saúde é um obstáculo significativo em relação a um serviço de qualidade. A falta de recursos financeiros impacta diretamente, entre outros fatores, a viabilização de equipamentos de saúde adequados e a disponibilidade de serviços especializados ⁽⁷¹⁾.

“A outra dificuldade financeira, sem dúvida financeira. Uma construção de um CER, hoje ela custa em torno de 9 a 10 milhões. O CER é financiado pelo Ministério de Saúde, e é se habilitado a construção no valor de 6 milhões” (G 3).

“E aí a gente depende de emenda parlamentar, depende de financiamento federal” (G 3).

“Orçamento para a política pública com deficiência, em geral, ela é transversal e ela tem que estar contida em todos, agora, como garantir isso é um desafio, porque não tem fixo, o que ocorre é a dificuldade, justamente, nessa questão do investimento” (G 1).

“O que falta mesmo é um investimento mais assertivo” (G 2).

A escassez de recursos na saúde pública demanda um planejamento cuidadoso, estratégias de gestão eficazes, esforços financeiros e políticas voltadas para a equidade no acesso aos serviços de saúde. É essencial abordar essas barreiras para garantir um ambiente de trabalho saudável e inclusivo, promovendo a qualidade do atendimento na APS. Isso requer investimentos na infraestrutura, nos recursos humanos, na capacitação dos profissionais e na implementação de políticas públicas que reconheçam e valorizem tanto os profissionais de saúde quanto os usuários.

Gestores, gerentes, profissionais de
saúde

Quadro 4 Gestão

	BARREIRAS	FACILITADORES
RECURSOS HUMANOS	Falta de profissional no sistema de saúde Falta de profissional habilitado/capacitado para o atendimento para pessoas com deficiência Falta de conhecimento do profissional	Acolhimento profissional Programa de capacitação profissional Comunicação por parte do profissional
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	Falta de profissional especializado Falta de serviços especializados Dificuldade de contratação de profissional e profissional especializado Deslocamento para a região (Referente à distância em relação à capital)	Profissional especializado (O município possui em quantidade limitada) Assistência especializada (Rede própria do município) Parcerias com instituições de saúde
FINANCEIRO	Falta de recurso financeiro para contratação de profissionais Diferença salarial em comparação a serviços privados Falta de investimentos na saúde	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Usuários e cuidadores/acompanhantes das pessoas com deficiência

Quadro 5 Gestão

	BARREIRAS	FACILITADORES
RECURSOS HUMANOS	Falta de informação pelo profissional de saúde Falta de empatia e educação pelo profissional de saúde Falta de acolhimento do profissional de saúde Falta de profissional no sistema de saúde Falta de habilidade do profissional Relação negativa com o profissional	Acolhimento profissional Vínculo profissional Comunicação por parte do profissional Relação positiva com o profissional
SERVIÇOS ESPECIALIZADOS	Falta de profissional especializado Falta de especialidades	Profissional especializado (No município ou fora do município) Assistência especializado (Rede própria do município) (Parceria com instituições de saúde)
FINANCEIRO	Nas entrevistas não foram relatados barreiras	Nas entrevistas não foram relatados facilitadores

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Aspectos Demográficos

Os aspectos demográficos referem-se às características da população residente em termos de sua composição e distribuição. Esses aspectos são essenciais para compreender a dinâmica populacional de uma região. Nesse ponto, a partir das entrevistas realizadas, apresentou-se um cenário de desigualdade social, que pode-se entender como determinantes sociais da saúde. Esses determinantes influenciam o acesso aos serviços de saúde, os comportamentos individuais e a qualidade de vida⁽⁷²⁾.

Nas entrevistas, foi possível identificar as relações dos determinantes sociais nas falas dos atores sociais analisados **Quadro 6**. Ao caracterizar o município, os gestores apresentaram que o município é muito populoso, e com condições socioeconômicas baixas o que aumenta as barreiras para atender a população.

“É uma das cidades com maior densidade demográfica da região” (G3)

“O município de Francisco Morato é um município carente de verba, de estrutura. A gente já considerava uma cidade dormitório” (G2)

“É um município muito pobre, né? Tem uma arrecadação menor ainda, é um dos municípios mais pobres do estado de São Paulo. É um IDH muito baixinho. É um município que precisava ter um sistema poderoso, bem financiado” (G1)

“O nosso município de Morato tem 37% da população em vulnerabilidade social extrema” (G2)

“A gente está numa área de vulnerabilidade social muito grande” (G2)

De acordo com o último censo 2020, a população do município se aproxima de 165.139 pessoas⁽⁷³⁾. A população apresenta uma das menores rendas per capita do Estado. Quase a metade dos moradores que moram na cidade recebem o benefício do Bolsa Família, e cerca de 34.194 famílias estão cadastradas no Cadastro Único. Em torno de 60% da população se encontra na linha de Alta Vulnerabilidade Social, com alta concentração de crianças e adolescentes e baixa condição socioeconômica ⁽⁷⁴⁾.

Quando analisados os dados de IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), um indicador importante para avaliar o desenvolvimento com base

em aspectos sociais e econômicos, Francisco Morato registrou um IDH de 0,703 em 2010, situando-se na faixa de IDH entre 0,700 e 0,799. Ocupando a posição de 565º de 645 municípios do Estado de São Paulo. Comparativamente a outros municípios brasileiros com baixo IDH, Francisco Morato apresenta um IDH elevado em relação aos piores índices do país. Destacam-se os cinco municípios abaixo dos 200 mil habitantes com os piores resultados de IDH no Brasil⁽⁷⁵⁾

Melgaço (PA) – IDH: 0,418

Fernando Falcão (MA) – IDH: 0,443

Atalaia do Norte (AM) – IDH: 0,450

Marajá do Sena (MA) – IDH:0,452

Uiramutã (RR) – IDH:0, 453

A vulnerabilidade social revela as dificuldades de saúde pública em todo território nacional, apesar do país possuir um grande sistema de saúde, algumas ações não são executadas. Desta forma, os municípios nessa hierarquia, são os que possuem mais fragilidades para atender as demandas da população do seu território. Sendo possível destacar a diminuição de médicos e especialidades, a falta de equipamentos e medicamentos, a falta de leitos para atendimento, entre outros ⁽⁷⁶⁾.

Outro barreira que se apresentou nas análises de gerentes e profissionais de saúde, foi a rotatividade de endereços dos usuários. Esse tema é uma questão complexa que envolve determinantes sociais e desigualdade social. Essas condições limitam ou prejudicam o cuidado contínuo e integral à saúde, com a descontinuidade do cuidado.

“Tem uma certa rotatividade referente a mudança de endereço dos próprios usuários” (G1).

“Porque tem muito paciente aqui que eles não vão, mas devido a, tipo, às vezes, a condição financeira, porque é longe” (P2).

Os aspectos demográficos revelaram barreiras características do município que demandam atenção, visando um atendimento abrangente à população. O município apresenta condições socioeconômicas baixas, o que amplia as dificuldades para atender às necessidades da comunidade.

Gestores, gerentes e profissionais de saúde

Quadro 6 Aspectos demográficos

	BARREIRAS	FACILITADORES
TOPOGRAFIA	Localização geográfica Características da geografia do município Rotatividade de usuários	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores
RENDIA PER CAPITA	IDH Baixo Vulnerabilidade Social Rotatividade de endereço de usuários	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

Usuários cuidadores/acompanhantes de pessoas com deficiência

Quadro 7 Aspectos demográficos

	BARREIRAS	FACILITADORES
TOPOGRAFIA	Características da geografia do município	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores
RENDIA PER CAPITA	Nas entrevistas não foram relatados Barreiras	Nas entrevistas não foram relatados Facilitadores

Fonte: Elaborado pelo próprio autor

CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como objetivo descrever e discutir as barreiras e facilitadores em relação à acessibilidade de pessoas com deficiência nos serviços de saúde do município de Francisco Morato.

Por meio das entrevistas, evidenciaram-se barreiras de acessibilidade e no acesso, ocorrendo quando não há possibilidade e condições de alcance, percepção e entendimento para a utilização, em igualdade de oportunidades, segurança e autonomia. Na categoria acessibilidade, se apresentou barreira no transporte, com a falta de transporte sanitário e falta vagas. Com a falta do transporte sanitário, necessita-se recorrer a aplicativos de transporte que requerem custo financeiro do próprio. Se observou a necessidade de um transporte que auxilie a pessoa com deficiência dentro do município, pois muitas pessoas com deficiência possuem rotina de consultas no município. Sendo que umas das alternativas são os aplicativos de transporte, apoio de terceiros ou transporte público, retornando à questão financeira com imposição de custos aos usuários e cuidadores

Outro ponto no transporte sanitário são as consultas em outros municípios, considerando-se os horários de saída e de retorno do transporte. As reclamações apresentadas são em relação às agendas de consultas que fazem os pacientes permanecerem no local o dia inteiro, promovendo desconforto nas pessoas com deficiência devido a suas características e em seus cuidadores. Em relação à estrutura física o que se apresentou sendo uma barreira foi o entorno das UBSs, com a falta de planejamento referente a pessoas com deficiência e questões de violência. A geografia do município se constitui em uma barreira, pelos seus morros e relevo, apesar de o município contar com serviços de saúde em determinados locais, não é possível garantir sua efetiva utilização.

Profissionais de saúde se destacam por serem o primeiro contato com a APS e as barreiras encontradas podem criar uma situação de afastamento, sendo os principais relatos a falta de acolhimento e educação, e a falta desse profissional principalmente em setores especializados. Ações estão sendo tomadas por gestores no aperfeiçoamento e capacitação de profissionais para a prática da assistência do serviço de saúde. Existem pontos que merecem

ser observados para uma melhor dinâmica, o oferecimento de assistência à pessoas com deficiência é indicado por princípios que regem o sistema de saúde vigente, sendo de fundamental importância o planejamento de ações que ajudem no acesso/acessibilidade, visto que barreiras no acesso de saúde se constituem como agente de risco para a saúde dessa população.

A vulnerabilidade da população da cidade é um ponto a ser ressaltado, sendo necessárias políticas públicas e um olhar crítico por parte da gestão municipal. Uma mobilização que envolva gestores, gerentes, profissionais de saúde e usuários pode contribuir para a eliminação de algumas barreiras, garantido o acesso/acessibilidade ao uso completo dos serviços de saúde. A continuação de pesquisas sobre acesso/acessibilidade da pessoa com deficiência aos serviços de saúde se faz imprescindível, principalmente em regiões mais vulneráveis socioeconômicas. Desta forma, buscando-se parâmetros para a construção de um serviço mais inclusivo, voltado para as necessidades e subjetividades da pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

1. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
2. População – Visão geral – Observatório dos Direitos da Pessoa com Deficiência [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://observatoriodeficiencia.sp.gov.br/knowledge-base/populacao-visao-geral/>
3. Bampi LN da S, Guilhem D, Alves ED. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. Agosto de 2010 [citado 4 de fevereiro de 2024]; 18:816–23. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/yBG83q48WG6KDHmFXXsgVkR/abstract/?lang=pt>
4. O Ministério de Estado chefe da Secretaria de Direitos Humanos da PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA [Internet]. 2010. Available from: https://www.udop.com.br/legislacao-arquivos/81/port_2344_pcd.pdf
5. STF - Constituição Federal do Brasil [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-2-capitulo-1-artigo-5>.
6. STF - Constituição Federal do Brasil [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-2-capitulo-1-artigo-5>.
7. L7853 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7853.htm
8. D3298 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm
9. [OMS] Organização Mundial da Saúde, *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003
10. [OMS] Organização Mundial da Saúde, *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003
11. [OMS] Organização Mundial da Saúde, *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo - EDUSP; 2003

12. [WHO] World Health Organization. *International Classification of functioning, disability and health: ICF* World Health Organization; 2001.

13. Portaria MS nº 1.060 de 05/06/2002 - Federal - LegisWeb [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=183107>

14. D3298 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

15. Convenção da ONU - 2007 — Controladoria Geral da União [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.gov.br/cgu/pt-br/assuntos/articulacao-internacional-1/convencao-da-onu/arquivos/2007_uncac_port.pdf/view

16. Decreto nº 6949 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

17. Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#ANEXOVI

18. Política Nacional de Atenção Básica - 2012 — Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>

19. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 7 jul.

20. L8080 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

22. L8080 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

21. Política Nacional de Atenção Básica - 2012 — Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>

22. Política Nacional de Atenção Básica - 2012 — Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/estrategia-saude-da-familia/legislacao/politica-nacional-atencao-basica-2012.pdf/view>

23. Amaral FLJ dos S, Holanda CM de A, Quirino MAB, Nascimento JP da S, Neves R da F, Ribeiro KSQS, et al. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. Ciênc. saúde coletiva [Internet].

2012 Jul;17(7):1833–40. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000700022>

24. Barbosa AS. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. urbe, Rev. Bras Gest Urbana [Internet]. 2016 Jan;8(1):142–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.008.001.AO03>

25. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2010.

26. Sobre o dicionário | Michaelis On-line [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>

27.. L10098 [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l10098.htm

28.Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050. Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Reduzida às Edificações, Espaços e Equipamentos Urbanos. (2020)

29. Araújo YF de L, Coura AS, França ISX de, Souto RQ, Rocha MA, Silva JC da. ACESSIBILIDADE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA ÀS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE. Cogitare Enferm [Internet]. 2022;27:e75651. Available from: <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.75651>

30. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003

31.Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - UNESCO Digital Library [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>

32.Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - UNESCO Digital Library [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>

33. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2010.

34. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2010.

35. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2010.

36. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 7 jul.

37. Sassaki RK. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 8ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2010.

38. Sobre o dicionário | Michaelis On-line [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/>

39. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011Feb;45(1):99–105. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>

40. Barbosa AS. Mobilidade urbana para pessoas com deficiência no Brasil: um estudo em blogs. Urbe, Rev Bras Gest Urbana [Internet]. 2016Jan;8(1):142–54. Available from: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.008.001.AO03>

41. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Jan;15(1):161–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>

42. STF - Constituição Federal do Brasil [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://constituicao.stf.jus.br/dispositivo/cf-88-parte-1-titulo-2-capitulo-1-artigo-5>

43. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Mar;17(3):621–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

44. Prefeitura do Município de Francisco Morato [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/planosmunicipais>

45. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

46. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

47. População – Visão geral – Observatório dos Direitos da Pessoa com Deficiência [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em:

<https://observatoriodeficiencia.sp.gov.br/knowledge-base/populacao-visao-geral/>

48. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

49. Prefeitura do Município de Francisco Morato [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/planosmunicipais>

50. Prefeitura do Município de Francisco Morato [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/planosmunicipais>

51. Site Hospedado na King Host | Data Center no Brasil [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://saude.franciscomorato.sp.gov.br/>

52. Minayo MC de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2012Mar;17(3):621–6. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

53. Brasil. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União 2015; 7 jul.

54. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface (Botucatu) [Internet]. 2009Jan;13(28):177–88. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100015>

55. Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). NBR 9050. Acessibilidade de Pessoas com Mobilidade Reduzida às Edificações, Espaços e Equipamentos Urbanos. (2020)

56. Jesus WLA de, Assis MMA. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2010Jan;15(1):161–70. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000100022>

57. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad Saude Pública 2004; 20(2):190-198.

58. Resolução nº 13, de 23 de Fevereiro — Ministério da Saúde [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/cit/resolucoes/2017/resoluo-cit-n-13.pdf/view>

59. Cecílio LC de O. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. Interface (Botucatu)

[Internet]. 2009;13:545–55. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>

60. Gontijo MD, Viegas SM da F, Freitas ATS, Maia AF de F, Nitschke RG, Nabarro M. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. Esc Anna Nery [Internet]. 2020;24(4):e20190350. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350>

61. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia - UNESCO Digital Library [Internet]. [Citado 4 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000130805>

62. Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003

63. APS [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>

64. APS [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>

65. PS [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Disponível em: <http://aps.saude.gov.br/>

66. Gontijo MD, Viegas SM da F, Freitas ATS, Maia AF de F, Nitschke RG, Nabarro M. Atuação cotidiana no Sistema Único de Saúde em sua terceira década. Esc Anna Nery [Internet]. 2020;24(4):e20190350. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0350>

67. Instituto de Economia - Unicamp - Recursos humanos em saúde - Política, desenvolvimento e mercado de trabalho [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.eco.unicamp.br/colecao-geral/recurso-humanos-em-saude-politica-desenvolvimento-e-mercado-de-trabalho>

68. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr;26(4):725–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>

69. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>

70. Programação Pactuada e Integrada - Secretaria da Saúde - Governo do Estado de São Paulo [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/cidadao/sistemas-e-formularios/sistemas/programacao-pactuada-e-integrada>

71. Site Hospedado na KingHost | Data Center no Brasil [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://saude.franciscomorato.sp.gov.br/>
72. Cunha ABO, Vieira-da-Silva LM. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. Saúde Pública [Internet]. 2010 Apr;26(4):725–37. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400015>
73. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Acessibilidade aos serviços de saúde por pessoas com deficiência. Rev Saúde Pública [Internet]. 2011Feb;45(1):99–105. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010005000048>
74. Panorama do Censo 2022 [Internet]. [Citado 3 de fevereiro de 2024]. Panorama do Censo 2022. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
75. Atlas Brasil [Internet]. [acessado em 7 de março de 2024]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/>
76. Prefeitura do Município de Francisco Morato [Internet]. [Citado 5 de fevereiro de 2024]. Disponível em: <https://www.franciscomorato.sp.gov.br/site/index/planosmunicipais>

ANEXO

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROFISSIONAIS DE SAÚDE E GESTORES - ENTREVISTA

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP)” que tem por objetivo avaliar e propor intervenções na rede de saúde pública de Francisco Morato, e justifica-se para apoiar consecutivamente o planejamento de ações de acordo com as prioridades de saúde da população.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos na gestão, na Atenção Básica, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica e usuários que concordarem em participar de uma entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos. A conversa será gravada, para que o conteúdo possa ser gravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada em seu ambiente de trabalho ou em ambiente virtual por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, e não acarretarão em prejuízos para o seu trabalho. O(a) Sr (a). Pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu trabalho. A sua participação poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato.

O(A) senhor(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu trabalho. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma e não será possível identificá-lo no seu ambiente de trabalho. O(A) senhor(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br. O(A) senhor(a) também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11-3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar:

_____/____/____
Assinatura do (a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do diálogo deliberativo para a participação neste estudo.

_____/____/____
Nome do responsável pela entrevista - Assinatura do (a) pesquisador (a)

Anexo 2.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USUÁRIOS – ENTREVISTA

Prezado(a),

O(A) senhor(a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa: “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP)” que tem por objetivo avaliar e propor intervenções na rede de saúde pública de Francisco Morato, e justifica-se para apoiar consecutivamente o planejamento de ações de acordo com as prioridades de saúde da população.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos na gestão, na atenção básica, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica e usuários que concordarem em participar de uma entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos e será realizada na unidade de saúde ou em ambiente virtual. A conversa será gravada, para que o conteúdo possa ser de gravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que o (a) Sr (a). Pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento na rede municipal de saúde. A sua participação poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato.

O(A) senhor(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu atendimento na rede de saúde municipal. Suas informações pessoais são sigilosas, ou seja, seu nome não será divulgado de maneira nenhuma. O(A) senhor(a) não terá nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à sua participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br. O(A) senhor(a) também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11-3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

Sua participação é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em participar:

_____/____/____

Assinatura do (a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do diálogo deliberativo para a participação neste estudo.

_____/_____/_____
Nome do responsável pela entrevista - Assinatura do (a) pesquisador (a)

Anexo 3.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO TUTORES - ENTREVISTA

O(A) senhor(a) está sendo contatado por ser responsável por seu (sua) filho (a). Informamos que convidamos seu(sua) filho(a) para participar da pesquisa: “Avaliação, intervenção e formação em saúde: um estudo matricial sobre o SUS de Francisco Morato (SP)” que tem por objetivo avaliar e propor intervenções na rede de saúde pública de Francisco Morato, e justifica-se para apoiar consecutivamente o planejamento de ações de acordo com as prioridades de saúde da população.

É importante saber que mesmo com seu consentimento a pesquisa só será realizada se seu(sua) filho(a) aceitar participar.

Esta pesquisa está sendo realizada com profissionais envolvidos na gestão, na Atenção Básica, serviços de referência, apoiadores da Atenção Básica e usuários que concordarem em participar de uma entrevista, que terá duração de cerca de 60 minutos e que será realizada na escola ou na unidade de saúde ou em ambiente virtual. A conversa será gravada, para que o conteúdo possa ser gravado e analisado posteriormente. A entrevista será realizada por alunos do Programa de Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde e/ou pesquisadores do Instituto de Saúde.

Os riscos com essa pesquisa são mínimos, sendo que seu(sua) filho(a) pode se sentir desconfortável em responder alguma pergunta, mas tem total liberdade de não responder ou interromper a entrevista em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para seu atendimento na rede de saúde do município. A participação do (a) seu (sua) filho (a) poderá ajudar a melhorar a rede de saúde de Francisco Morato.

É importante que o(a) senhor(a) saiba que seu(sua) filho(a) tem a liberdade de não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer prejuízo para seu atendimento ou de seu (sua) filho (a) na rede de saúde municipal. As informações pessoais são sigilosas, ou seja, o nome de seu(sua) filho(a) não será divulgado de maneira nenhuma. O(A) senhor(a) ou seu(sua) filho(a) não terão nenhuma despesa e não há compensação financeira relacionada à participação na pesquisa. Ao final da pesquisa, os resultados serão apresentados aos gestores e profissionais do Serviço de Assistência Médica (SAME) do município de Francisco Morato.

Caso tenha alguma dúvida sobre a pesquisa, o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável pelo estudo: Cláudia Malinverni, que pode ser localizada no Instituto de Saúde (telefone 11-3116-8516), das 8 às 16 horas, ou pelo e-mail claudia.malinverni@isaude.sp.gov.br. O(A) senhor(a) também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde – CEPIS sobre considerações ou dúvidas sobre a ética dessa pesquisa, pelo telefone 11-3116-8548, entre 9 e 16 horas, ou pelo e-mail cepis@isaude.sp.gov.br. O comitê de ética é um órgão colegiado que acompanha, avalia e valida todos os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos e garante a proteção aos participantes de pesquisas.

A participação do(a) seu(sua) filho(a) é importante e voluntária e vai gerar informações que serão úteis para o conhecimento e entendimento das políticas de saúde do município.

Este termo será assinado em duas vias, pelo (a) senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.

Concordo em autorizar meu(minha) filho(a) participar:

_____/_____/_____
Assinatura do responsável pelo(a) participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante do diálogo deliberativo para a participação neste estudo.

_____/_____/_____
Nome do responsável pela entrevista - Assinatura do (a) pesquisador (a)

APÊNDICE

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - CUIDADORES

Introdução ao questionário

A entrevista a seguir é o meio pelo qual iremos construir a pesquisa “Avaliação do Acesso das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde em Francisco Morato - SP”. O estudo tem como objetivo entender como é o acesso e a garantia de direitos das pessoas com deficiência nos serviços de saúde do município.

As perguntas desta entrevista tem como objetivo compreender quais são as principais necessidades de saúde e demandas da população no município e nos territórios das UBS. Também tem como objetivo identificar quais são as principais dificuldades e facilidades encontradas no atendimento em saúde, como se organizam os serviços e as redes de cuidado para o atendimento da população com deficiência e sobre políticas que promovam a inclusão.

Nome:

Idade:

Gênero:

Raça autodeclarada:

Escolaridade:

Município:

Profissão:

Renda: referente ao salário mínimo estabelecido atualmente em R\$ 1.320

- Menor que um salário mínimo.
- Igual à um salário mínimo.
- Maior que um salário mínimo.

Contextualização de vida.

1. Qual a sua relação com o nome?
2. Você quem faz o acompanhamento da (nome) nos serviços de saúde? Você poderia dizer quais são os serviços que você utiliza ou utilizou?
3. Há outras pessoas que ajudam ou acompanham Nome PCD aos serviços de saúde?
Condicionante: Se sim, quantas? Faz parte do seu núcleo familiar? Essas pessoas também ajudam nos cuidados em saúde da PCD?
4. Quais são os principais desafios ou dificuldades que você vivencia para a realização dos cuidados à PCD?
5. Você também realiza cuidados com a sua saúde?
Condicionantes: se sim, quais serviços você usa?

Referências à Acessibilidade, Garantia de Direitos e Inclusão.

6. Como é seu deslocamento para os serviços de saúde? Quanto tempo leva para chegar ao local?
7. Você enfrenta dificuldades para acessar os ambientes dos serviços de saúde?
Condicionante: Se sim, quais?
8. Há alguma dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde? (No entendimento das suas necessidades e no entendimento do que o profissional diz)
9. Considera que a relação entre você e os profissionais de saúde é positiva?
Condicionante: Se sim, por quais motivos? Se não, por quais motivos? e como poderia melhorar?
10. Você adquiriu conhecimentos nos serviços de saúde que contribuíram para a sua compreensão e cuidado relativo à deficiência? (Nome)
11. Como é realizada a marcação de consultas na UBS? Você encontra alguma dificuldade para isso?
12. Há alguma outra dificuldade enfrentada no cotidiano que não foi mencionada por você ou que você gostaria de compartilhar? Há alguma facilidade que você vivencia que gostaria de compartilhar?

Referências à Linhas de Cuidado, Integralidade e Intersetorialidade.

13. Você utiliza algum outro serviço público? Quais você poderia citar?
14. Você recebe ou já recebeu alguma ajuda de custo para realizar os cuidados?
Condicionante: Se sim, algo facilitou o seu acesso? Algo dificultou?
15. Você precisa se deslocar para outro município para realizar os cuidados em saúde da PCD?

Condicionante: Se sim, como você vai até lá? Há algo que facilite ou dificulte a sua mobilidade até lá?

16. Você conhece ou participa de alguma ONG ou Associação que contribua para os cuidados da pessoa com deficiência?

Apêndice 2.

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - GESTORES E COORDENADORES DE SAÚDE

Introdução ao questionário

A entrevista a seguir é o meio pelo qual iremos construir a pesquisa “Avaliação do Acesso das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde em Francisco Morato - SP”. O estudo tem como objetivo investigar o acesso e a garantia de direitos das pessoas com deficiência nos serviços de saúde do município.

As perguntas desta entrevista tem como objetivo compreender quais são as principais necessidades de saúde e demandas da população no município e nos territórios das UBS. Também tem como objetivo identificar quais são as principais dificuldades e facilidades encontradas no atendimento em saúde, como se organizam os serviços de saúde e as redes de cuidado para o atendimento da população com deficiência às políticas de inclusão social.

Nome:

Idade:

Gênero:

Raça autodeclarada:

Escolaridade:

Município:

Profissão:

Tempo de atuação na gestão do município:

Contextualização da gestão.

1. Quais são as principais demandas das pessoas com deficiência no município atualmente?
2. Você sabe se anteriormente existiam outras demandas dessa população que foram atendidas ou superadas?
Condicionantes: se sim, você saberia dizer como?
3. Quais são os principais desafios e dificuldades que você considera para o atendimento das demandas da PCD?
4. Como é a mobilidade das pessoas com deficiência para chegar aos serviços de saúde? Há estratégias para promover a mobilidade da PCD para chegar aos serviços?
Condicionantes: Se sim, quais estratégias você poderia citar? Se não, por quais motivos?

Sobre Acessibilidade, Garantia de Direitos e Inclusão.

5. Quais são os serviços de saúde disponíveis no município para o atendimento dessa população?
6. Pensando no ambiente das UBS, você saberia dizer como é o acesso das pessoas com deficiência nos ambientes da UBS? Há algo que dificulte o acesso? Há algo que facilite o acesso?
Condicionantes: Se não, por quais motivos?
7. Há estratégias, programas ou políticas de inclusão e participação social para as pessoas com deficiência? Há recursos para a implementação de políticas?
8. No município ou na Secretaria Municipal de Saúde, são desenvolvidas estratégias, programas ou ações para a capacitação dos profissionais para o atendimento da população com deficiência?

Sobre as Linhas de Cuidado, Integralidade e Intersetorialidade.

9. No município, há uma linha de cuidado ou política destinada ao atendimento da população com deficiência?
10. Quais são os equipamentos públicos, além dos serviços de saúde, que constituem a rede de cuidados para a pessoa com deficiência?
11. O município conta com a Rede de Reabilitação?
Condicionantes: se sim, quais serviços?
12. O município conta com todos os equipamentos necessários da rede?

13. Caso os usuários precisem se deslocar para outro município para receber atendimento especializado, é oferecido transporte sanitário ou ajuda de custo?

Condicionante: se sim, existe algum serviço próprio do município?

14. Há estratégias de prevenção à deficiência no município? Elas incluem ações intersetoriais entre os serviços?

15. Há dificuldade para implementação de políticas de inclusão para PCD?

Condicionantes: Se sim, quais são as dificuldades. Se não, quais os motivos?

16. Como é o contato com os profissionais de saúde?

Apêndice 3.

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - USUÁRIOS

Introdução ao questionário

A entrevista a seguir é o meio pelo qual iremos construir a pesquisa “Avaliação do Acesso das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde em Francisco Morato - SP”. O estudo tem como objetivo investigar o acesso e a garantia de direitos das pessoas com deficiência nos serviços de saúde do município.

As perguntas desta entrevista tem como objetivo compreender quais são as principais necessidades de saúde e demandas da população no município e nos territórios das UBS. Também tem como objetivo identificar quais são as principais dificuldades e facilidades encontradas no atendimento em saúde, como se organizam os serviços de saúde e as redes de cuidado para o atendimento da população com deficiência às políticas de inclusão social.

Nome:

Idade:

Gênero:

Raça autodeclarada:

Escolaridade:

Município:

Profissão:

Renda: referente ao salário mínimo estabelecido atualmente em R\$ 1.320

- Menor que um salário mínimo.
 - Igual à um salário mínimo.
 - Maior que um salário mínimo.
-

Recebe ou já recebeu algum auxílio financeiro do governo? Como bolsa família, BPC/Loas ou INSS?

Contextualização de vida.

1. Você tem algum problema de saúde?
2. Você frequenta a UBS?
Condicionante: se sim, há quanto tempo?
3. Você realiza ou já realizou acompanhamento de saúde?
Condicionante: Se sim, poderia dizer quais são os serviços que você já utilizou?
4. Você usa os serviços de saúde públicos ou privados?
Condicionante: se for privado, quais são os serviços privados em saúde que utiliza?
5. Você faz uso de alguma órtese, prótese ou de algum dispositivo que te ajude no cotidiano?
Condicionante: se sim, foi uma aquisição própria, do SUS ou de outro lugar?
6. Quais são os maiores desafios ou dificuldades relacionados à deficiência que você vivencia para realizar seus cuidados em saúde?

Referências à Acessibilidade, Garantia de Direitos e Inclusão.

7. Como é sua acessibilidade nos serviços de saúde? Há algo que facilite o seu acesso? Há algo que dificulte?
8. Já enfrentou alguma dificuldade de acesso a esses serviços? Elas foram superadas?
Condicionante: Se sim, como foi?
9. Como é seu deslocamento aos serviços de saúde? Quanto tempo leva para chegar ao local?

10. Há alguma dificuldade na comunicação com os profissionais de saúde? Sente que é compreendido ou compreende o que é dito pelos profissionais?
Condicionante: Como poderia ser a comunicação? Como poderia melhorar?
11. Considera que a relação entre você e os profissionais de saúde é positiva?
12. Há alguma dificuldade no acompanhamento de suas demandas (queixas, o que você precisa) em saúde? Você acredita que são oferecidos os recursos (estruturais, de atendimento, de medicamento), tecnologias e informações necessárias para o seu cuidado?
13. Você adquiriu conhecimentos nos serviços de saúde que contribuíram para a sua compreensão e cuidado relativo à deficiência?
14. Para realizar seus cuidados em saúde, você vai acompanhado de alguma pessoa?
Condicionante: Se sim, qual a sua relação com essa pessoa? Você considera que o seu acompanhante enfrenta alguma dificuldade nos serviços de saúde?
15. Você faz parte de algum movimento ou coletivo de luta de garantia de direitos para a população com deficiência?
16. Há alguma outra dificuldade enfrentada no cotidiano que não foi mencionada por você ou que gostaria de compartilhar? Há alguma facilidade que você vivencia e que gostaria de compartilhar?

Referências à Linhas de Cuidado, Integralidade e Intersetorialidade.

17. Você utiliza algum outro serviço público? Quais você poderia citar?
18. Já recebeu ajuda de custo para seu problema de saúde?
Condicionante: Se sim, algo facilitou o seu acesso? Algo dificultou?
19. Você precisa se deslocar para outro município para realizar seus cuidados em saúde?
Condicionante: Se sim, como é sua mobilidade até outro município? Há algo que facilite ou dificulte a sua mobilidade até lá?

Apêndice 4.

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA - PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Introdução ao questionário

A entrevista a seguir é o meio pelo qual iremos construir a pesquisa “Avaliação do Acesso das Pessoas com Deficiência nos Serviços de Saúde em Francisco Morato - SP”. O estudo tem como objetivo investigar o acesso e a garantia de direitos das pessoas com deficiência nos serviços de saúde do município.

As perguntas desta entrevista tem como objetivo compreender quais são as principais necessidades de saúde e demandas da população no município e nos territórios das UBS. Também tem como objetivo identificar quais são as principais dificuldades e facilidades encontradas no atendimento em saúde, como se organizam os serviços de saúde e as redes de cuidado para o atendimento da população com deficiência às políticas de inclusão social.

Nome:

Idade:

Gênero:

Raça autodeclarada:

Escolaridade:

Município de residência:

Profissão:

Tempo de atuação na APS:

Tempo de trabalho na mesma USF:

Contextualização do cotidiano de trabalho e demandas para PCD.

1. Você conhece quem são as pessoas com deficiência no território?
2. Você sabe se elas frequentam a unidade de saúde?
3. No cotidiano de trabalho, quais são os principais desafios ou dificuldades que você encontra para o atendimento dessa população?

Condicionante: Você também encontra essas dificuldades no atendimento das pessoas que não possuem deficiências?

4. Você saberia nos dizer quais são as principais necessidades de saúde da população com deficiência no território?
5. Você identifica que há diferenças no atendimento para a população com deficiência? Quais?

Condicionantes: se não, por quê?

Referências à Acessibilidade, Garantia de Direitos e Inclusão.

6. Pensando na acessibilidade estrutural da UBS, você acredita que uma pessoa com deficiência tenha acesso garantido aos ambientes?

Condicionante: se você acha que não, por quais motivos?

7. Ainda falando sobre o acesso aos ambientes da UBS;

Tem rampa de acesso na unidade?

☐ Sim ☐ Não

Tem piso tátil?

☐ Sim ☐ Não

Tem corrimão?

☐ Sim ☐ Não

Tem placa de braille?

☐ Sim ☐ Não

Tem interprete de libras?

☐ Sim ☐ Não

Há dispositivos de multimídia para facilitar a comunicação?

☐ Sim ☐ Não

Há vagas de estacionamento para pessoas com deficiência?

☐ Sim ☐ Não.

8. Você considera que a UBS seja um ambiente acolhedor para as PCD?

Condicionante: Se sim, por quais motivos? Se não, por quais motivos?

9. Houve mudanças na estrutura, na organização do serviço, na adaptação de atividades e horários ou na forma de realizar o acolhimento que promovem a maior inclusão da população PCD?

10. Você conhece ou sabe se existem práticas dentro do cotidiano profissional que estimulam a garantia de direitos e a inclusão da população?

Condicionante: se sim, quais você poderia citar?

11. Existem diretrizes ou protocolos para o cuidado em saúde das pessoas com deficiência?

12. Existem profissionais multidisciplinares para o atendimento da população com deficiência? Quais você poderia citar?

13. No cotidiano de trabalho, são realizadas reuniões de equipe para falar sobre as demandas das pessoas com deficiência?

Condicionantes: Se sim, você participa? Quais outros profissionais participam?

Se não, quais os motivos?

Referências à Linhas de Cuidado, Integralidade e Intersetorialidade.

14. Você sabe se existe alguma linha de cuidado para pessoas com deficiência no município?
Condicionante: se não, você sabe se as pessoas com deficiência estão inseridas em linhas de cuidado estaduais ou federais?
15. Há algum protocolo de acolhimento para o atendimento das pessoas com deficiência?
16. Enquanto profissional, como se dá o encaminhamento da PCD para os serviços de cuidado em saúde? Você poderia citar os serviços que conhece?
17. Você conhece a Rede de Reabilitação do SUS para pessoas com deficiência? Quais serviços você poderia citar? Você sabe se esses serviços estão disponíveis no município?
Condicionante: Se sim, como ocorre o encaminhamento?
18. Você sabe se é oferecido pelo município transporte sanitário para as pessoas com deficiência se deslocarem até outros municípios para realização de consultas e tratamentos?
19. Você vivencia desafios ou dificuldades na inclusão e no acompanhamento das pessoas com deficiência nas redes de cuidado ou nos equipamentos intersetoriais?
Condicionante: Se sim, quais?
20. Você já realizou alguma visita domiciliar para alguma PCD?