



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ILMD

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES**  
**DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**HADASSAH DOS REIS MAIA**

**DESAFIOS E CAMINHOS DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À**  
**PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS**

**MANAUS - AM**  
**2023**



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**  
**INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E**  
**SITUAÇÕES DE SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**HADASSAH DOS REIS MAIA**

**DESAFIOS E CAMINHOS DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À**  
**PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**ORIENTADOR: Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes**

**MANAUS – AM**  
**2023**

**FICHA CATALOGRÁFICA**

M217d

Maia, Hadassah dos Reis

Desafios e caminhos da implantação da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência no Amazonas. / Hadassah dos Reis Maia. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

131 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes.

1. Atenção à Saúde 2. Rede de cuidados 3. Pessoa com deficiência I. Título

CDU 614.39-056.26(811.3)(043.3)

CDD 305.908

22. ed.

**HADASSAH DOS REIS MAIA**

**DESAFIOS E CAMINHOS DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À  
PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

**Aprovada em: 03/05/2023.**

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>o</sup>. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes – Orientador  
Universidade Federal do Amazonas

Prof<sup>o</sup>. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima – Membro Interno  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

Prof<sup>a</sup>. Dra. Kátia Suely Queiroz Ribeiro – Membro Externo  
Universidade Federal da Paraíba – UFPB

*Este trabalho é dedicado à memória de Deb, também conhecida como Dra. Débora Cristina Bandeira Rodrigues. Profissional competente, cidadã exemplar, amiga inigualável, e a primeira pessoa a me impulsionar para esta etapa acadêmica. Partiu para o Lar Eterno em fevereiro de 2021, por consequências da Covid-19, mas deixou um admirável legado de responsabilidade social e amor ao próximo, além de profunda saudade...*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, criador, sustentador e Senhor da minha vida. Aquele me capacitou para executar cada tarefa deste desafio e abençoou minha caminhada com tudo e todos que eu precisaria para chegar até aqui;

À minha família, em especial meus pais, Estelita e Jozinaldo Maia, meus intercessores fiéis. Sempre amáveis, cuidadosos e prontos para ouvir, aconselhar, apoiar e celebrar cada vitória alcançada;

Aos meus amigos e comunidade de fé que sempre me acolheram com palavras de ânimo e força; me sustentaram em orações e me proporcionaram brechas de alívio nos dias de cansaço;

Às pessoas com deficiência que fazem parte do meu convívio e me ajudam a conhecer e entender mais sobre suas percepções, necessidades, limitações e potencialidades;

Ao meu orientador, Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes, alguém com as doses exatas de exigência e tranquilidade, e habilidoso na arte de orientar com gentileza, firmeza e parceria;

Ao grupo de pesquisa da Universidade Federal do Amazonas - UFAM, ambiente de crescimento onde pude me desenvolver na pesquisa, no pensamento crítico e no respeito às diferenças;

Ao grupo multicêntrico da pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil”, pela oportunidade de conhecer as políticas de saúde para pessoas com deficiência e poder desenvolver este estudo no diverso contexto amazonense;

Ao Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/Fiocruz Amazônia que, através de seus colaboradores, me proporcionou espaços de reflexão e aprendizado, sempre conduzidos por grandes pesquisadores de âmbito local, nacional e internacional;

Aos colegas da turma PPGVIDA2021, parceiros de estudo com quem sorri, chorei, cresci e construí belos relacionamentos nesta caminhada;

À minha banca, Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima e Dra. Kátia Suely Queiroz Ribeiro, pelas correções e contribuições. Ouvir suas experiências e pontuações foi fundamental para a execução e aprimoramento deste trabalho;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas – FAPEAM, que viabilizou minha dedicação integral aos estudos nesta etapa acadêmica.

*“O temor do Senhor é o princípio da sabedoria.”*

*Provérbios 1:7*

## RESUMO

Organizar serviços de saúde para pessoas com deficiência continua sendo um grande desafio para a gestão. Não basta conhecer as categorias de deficiência, é preciso compreender que as diversidades inerentes a elas demandam níveis diferentes de suporte e frequência do cuidado. Neste sentido a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) se construiu como estratégia para sistematização dos serviços nos três níveis de atenção à saúde, com vistas à oferta de serviços de forma consistente e integral. A portaria nº793/2012 estabeleceu diretrizes e critérios para a implantação desta rede, no entanto, a depender dos contextos e territórios, a implementação dos serviços pode tomar caminhos bem diferentes do que inicialmente foi proposto. Considerando as particularidades geográficas e populacionais do Amazonas, esta pesquisa se propôs a estudar alguns aspectos da implantação e operacionalização da RCPD, bem como o acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência no estado. As estratégias metodológicas envolveram análise documental e análises de discursos de entrevistas realizadas com representantes de Grupos Condutores e Gestores de diferentes níveis de atenção de 6 municípios do Amazonas. Como resultado, são trazidas produções que apresentam os caminhos trilhados na implantação desta Rede no Amazonas; a operacionalização dos serviços dentro de um contexto diverso, porém singular; e uma análise sobre o acesso a partir do olhar dos gestores de serviços públicos de saúde para pessoas com deficiência. Na implantação foram notadas ações desarticuladas com as diretrizes da Política e inobservância de algumas etapas importantes na construção da Rede. Quanto à operacionalização foram identificados desafios, sendo muitos deles resultantes de falhas no processo de implantação que ainda não foram sanadas e comprometem a continuidade e qualidade dos serviços. A análise do acesso apresentou muitos desafios encontrados pela gestão para viabilizar a conexão entre o usuário e o serviço de saúde. A desinformação, a insuficiência de recursos e a incompatibilidade entre planejamentos e especificidades territoriais são alguns dos embates que precisam ser vencidos pela gestão. Apesar de muitos enfrentamentos identificados, é importante ressaltar o papel positivo do componente humano por trás da Rede que ainda se constrói. Indivíduos que tem se esforçado para contornar os obstáculos e mitigar as dificuldades de cuidar de pessoas com deficiência em cenários tão distintos. Este trabalho permitiu conhecer histórias e realidades, trazendo informações importantes para avaliação e necessária adequação de serviços de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas.

**Palavras chave:** Sistema Único de Saúde, Gestão em Saúde, Serviços de Saúde, Pessoas com Deficiência, Áreas remotas.

## ABSTRACT

Organizing health services for people with disabilities remains a major challenge for management. It is not enough to know the categories of disability, it is necessary to understand that the diversities inherent to them demand different levels of support and frequency of care. In this sense, the institution of the Care Network for Persons with Disabilities (RCPD) was built as a strategy for systematizing services at the three levels of health care, with a view to providing services in a consistent and comprehensive manner. Ordinance n°793/2012 established guidelines and criteria for the implementation of this network, however, depending on the contexts and territories, the implementation of services can take very different paths from what was initially proposed. Considering the geographic and population particularities of Amazonas, this research aimed to study some aspects of the implementation and operation of the RCPD, as well as access to health services for people with disabilities in the state. The methodological strategies involved documental analysis and discourse analysis of interviews carried out with representatives of Conducting Groups and Managers of different levels of care in 6 municipalities in Amazonas. As a result, productions are brought that present the paths taken in the implementation of this Network in the Amazon; the operationalization of services within a diverse but unique context; and an analysis of access from the perspective of managers of public health services for people with disabilities. During the implementation, actions that were not in line with the Policy's guidelines and failure to observe some important stages in the construction of the Network were noticed. As for operationalization, challenges were identified, many of them resulting from flaws in the implementation process that have not yet been remedied and compromise the continuity and quality of services. The analysis of access presented many challenges encountered by the management to enable the connection between the user and the health service. Misinformation, insufficient resources and incompatibility between planning and territorial specificities are some of the conflicts that need to be overcome by management. Despite the many confrontations identified, it is important to emphasize the positive role of the human component behind the Network that is still being built. Individuals who have made an effort to overcome obstacles and mitigate the difficulties of caring for people with disabilities in such different scenarios. This work allowed us to know stories and realities, bringing important information for the evaluation and necessary adaptation of health services for people with disabilities in Amazonas.

**Keywords:** Unified Health System, Health Management, Health Services, Disabled Persons, Remote Areas.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### **Capítulo I – Fundamentos da Pesquisa**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Marcos legais da atenção à saúde para a pessoa com deficiência.....      | 23 |
| Figura 2 – Componentes da RCPD e pontos de atenção.....                             | 32 |
| Tabela 1 – Distribuição da população por região de saúde e tipo de deficiência..... | 27 |

### **Capítulo II – “A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado do Amazonas”**

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Mapa do Amazonas com divisão das regiões de saúde e municípios.....   | 43 |
| Figura 2 – Linha do Tempo do Processo de Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas.....         | 44 |
| Figura 3 – Diagrama sobre a operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas..... | 47 |

### **Capítulo III - “Operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado do Amazonas: o olhar do grupo condutor estadual”**

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente..... | 60 |
| Figura 2 – Nuvem de Palavras.....                                   | 72 |

### **Capítulo IV - “Análise do acesso aos serviços públicos de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas: o olhar da gestão”**

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Síntese de resultados na dimensão “Informação”.....                   | 83 |
| Quadro 2 – Síntese de resultados na dimensão “Aceitabilidade”.....               | 84 |
| Quadro 3 – Síntese de resultados na dimensão “Disponibilidade e Acomodação”..... | 86 |
| Quadro 4 – Síntese de resultados na dimensão “Custos”.....                       | 89 |
| Quadro 5 – Síntese de resultados na dimensão “Adequação”.....                    | 91 |

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AB – Atenção Básica
- ABR – Atenção Básica Rural
- ACS – Agente Comunitário de Saúde
- AH – Atenção Hospitalar
- AM – Amazonas
- AO – Atenção Odontológica
- APS – Atenção Primária à Saúde
- AT – Área Técnica
- CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
- CER – Centro Especializado em Reabilitação
- CIB – Comissão Intergestores Bipartite
- CIDID – Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
- CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
- CIR – Comissão Intergestores Regional
- CNS – Conselho Nacional de Saúde
- COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde
- DISA – Distrito de Saúde
- ESF – Estratégia Saúde da Família
- FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
- GCE – Grupo Condutor Estadual
- GCM – Grupo Condutor Municipal
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane
- MS – Ministério da Saúde
- NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OO – Oficina Ortopédica
- PAID – Programa de Atenção Integral ao Deficiente

PAR – Plano de Ação Regional

PAS – Programação Anual de Saúde

PCD – Pessoa com Deficiência

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PPGVIDA – Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia

PS – Plano de Saúde

RAG – Relatório Anual de Gestão

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RCPD ou RCPCD – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TUE – Transporte de Urgência e Emergência

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

WG – Washington Group on Disability Statistics

## SUMÁRIO

|  |            |
|--|------------|
| <b>APRESENTAÇÃO .....</b>  | <b>14</b>  |
| <b>CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS DA PESQUISA .....</b>  | <b>15</b>  |
| <b>1. INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>16</b>  |
| <b>2. JUSTIFICATIVA.....</b>   | <b>18</b>  |
| <b>3. OBJETIVOS .....</b>  | <b>20</b>  |
| <b>4. REVISÃO DE LITERATURA .....</b>  | <b>21</b>  |
| POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL .....  | 22         |
| DADOS EPIDEMIOLÓGICOS .....  | 24         |
| CARACTERIZAÇÃO DO AMAZONAS .....   | 28         |
| REDES DE ATENÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS .....   | 29         |
| A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA .....  | 31         |
| DESAFIOS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS.....   | 33         |
| A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NA ORDENAÇÃO DO CUIDADO .....  | 34         |
| <b>5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS.....</b>   | <b>36</b>  |
| TIPO DE PESQUISA .....   | 36         |
| LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA E PARTICIPANTES .....  | 36         |
| PLANO DE COLETA DE DADOS .....   | 37         |
| PLANO DE ANÁLISE DE DADOS.....   | 38         |
| ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA .....   | 39         |
| <b>6. RESULTADOS.....</b>  | <b>40</b>  |
| <b>CAPÍTULO II - A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO<br/>AMAZONAS.....</b>  | <b>41</b>  |
| <b>CAPÍTULO III - OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA<br/>COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS: O OLHAR DO GRUPO<br/>CONDUTOR ESTADUAL .....</b> | <b>52</b>  |
| <b>CAPÍTULO IV – ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE<br/>PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS: O OLHAR DA GESTÃO.....</b>                   | <b>77</b>  |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PESQUISA .....</b>   | <b>101</b> |
| <b>REFERÊNCIAS GERAIS .....</b>  | <b>102</b> |
| <b>APÊNDICES E ANEXOS.....</b>   | <b>109</b> |

## APRESENTAÇÃO

Esta Dissertação de Mestrado, prevista no regimento do Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), consiste em uma pesquisa que abordou o processo de implantação e a operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas, e o acesso das pessoas com deficiência aos serviços públicos de saúde, considerando as peculiaridades geoclimáticas e diversidades populacionais e territoriais do espaço geográfico amazonense.

O manuscrito é composto por 4 (quatro) materiais assim organizados:

- I. Fundamentos da pesquisa, consiste na reunião dos elementos que deram base à construção do trabalho, são a justificativa, objetivos, referencial teórico e metodologias utilizadas;
- II. Manuscrito “A rede de cuidados à pessoa com deficiência no estado do Amazonas”, capítulo que compõe o livro “Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis”, publicado pela Rede Unida;
- III. Manuscrito “Operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado do Amazonas: o olhar do grupo condutor estadual”, capítulo submetido e provado no Edital 03/2022 da Editora Rede Unida, aguardando publicação no livro “Políticas, planejamento e gestão em saúde na Amazônia”;
- IV. Manuscrito “Análise do acesso aos serviços públicos de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas: o olhar da gestão”, artigo a ser submetido para publicação na revista Cadernos de Saúde Pública.

O primeiro manuscrito apresenta o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas, e pontua questões que divergem do modelo de implantação recomendado pela Portaria nº793 que institui esta Rede no Território Nacional. O segundo trabalho apresenta o olhar do Grupo Condutor Estadual da Rede, sobre a operacionalização da RCPD no estado, tendo em vista as condições peculiares inerentes ao contexto amazônico, e enfrentamentos outros que precisam ser superados para viabilizar o funcionamento da Rede no estado. O último produto apresenta uma análise sobre acesso aos serviços de saúde considerando 5 (cinco) dimensões (informação, aceitação, disponibilidade e acomodação, custos, adequação), a partir da perspectiva de representantes de grupos condutores e gestores de áreas de atenção em 6 (seis) municípios do Amazonas.

Este estudo envolve saberes, reflexões, críticas e expectativas a respeito da organização e gestão de serviços públicos de saúde para pessoas com deficiência em territórios urbanos, rurais e remotos deste estado.

## **CAPÍTULO I – FUNDAMENTOS DA PESQUISA**

## 1. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo, as ações que envolviam a pessoa com deficiência (PCD) foram pontuais e desarticuladas de qualquer ação política do Estado brasileiro. Diante da ausência de um posicionamento efetivo do poder público, a saúde, a educação e a assistência social para a pessoa com deficiência ficaram por anos sob os cuidados da sociedade civil através de movimentos sociais, associações de amigos e parentes, e ações filantrópicas. Com a promulgação da Constituição de 1988 e, posteriormente, a implantação do Sistema Único de Saúde, os primeiros passos foram dados para o reconhecimento dos direitos das pessoas com deficiência no acesso aos serviços de saúde dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade. Todavia, as primeiras iniciativas se mostraram fragmentadas e ineficientes diante das complexidades que abarcam a saúde da pessoa com deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, iniciativa promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2007, estimulou um grande avanço nas discussões a respeito da pessoa com deficiência, e repercutiu de forma positiva. No Brasil, em 2011, foi lançado o Plano Viver sem Limites: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, uma política que propôs ações para a proteção dos direitos da pessoa com deficiência em 4 (quatro) eixos principais: Acesso à Educação; Atenção à Saúde; Inclusão Social; e Acessibilidade. No ano seguinte, como forma de concretização das ações previstas para o eixo saúde, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do SUS, através da criação, ampliação e articulação entre os serviços de saúde em todos os níveis de atenção, com vistas à promoção da saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação para as PCD (MEDEIROS *et al.*, 2021).

Os dados sobre pessoas com deficiências são expressivos e apontam que mais de um bilhão de pessoas no mundo tem alguma deficiência, segundo o Relatório Mundial de Saúde (OMS, 2011). No Brasil, o Censo de 2010 apontou que 12.748.663 pessoas, ou seja, 6,7% da população possui alguma deficiência e, no Amazonas o total é de 248.943, aproximadamente 7% da população amazonense (IBGE, 2010 e 2018). Apesar de se ter uma política específica voltada para a organização do cuidado em saúde para este público, é necessário conhecer na prática como tem se dado o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, bem como os desafios e progressos identificados nos diferentes contextos, em especial no Amazonas.

O estado se divide em 9 (nove) regiões de saúde, com características que se diferenciam do restante do país e se constituem como um grande desafio para a implantação dos serviços de

saúde, dadas as dimensões geográficas, o transporte majoritariamente fluvial, as condições naturais que podem comprometer o acesso às localidades mais afastadas, dentre outros fatores (SANTOS-MELO, 2018). Ainda, diante de um cenário tão peculiar, é necessário ressaltar a diversidade populacional que habita este território e que se compõe de centenas de grupos populacionais com distintas características sociais, culturais e econômicas, dentre eles os povos em áreas rurais e remotas, como as populações ribeirinhas (FERNANDES e MOSER, 2021).

Considerando as peculiaridades regionais e as composições populacionais do estado, é natural indagar sobre a forma como os serviços de saúde tem chegado à lugares como as comunidades ribeirinhas, pois, ainda que amparadas legalmente pelo princípio da universalidade proclamado pelo SUS e pela Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA), estas populações constituem um grupo com significativas dificuldades de acesso a políticas públicas, dentre as quais se destacam: educação, transporte público, comunicação, saneamento, e acesso insuficiente aos serviços de saúde em todos os seus níveis (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018).

Uma vez identificados os entraves para a oferta de serviços públicos de saúde para os ribeirinhos, é natural pensar sobre quão mais complexos podem ser os processos para acessar os serviços de saúde para pessoas com deficiência nestes lugares. As dificuldades devido às limitações da própria deficiência, as questões estruturais dos espaços onde moram, as dificuldades de deslocamento e as próprias distâncias a serem percorridas podem se constituir como barreiras para a integralidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, em especial no acesso aos serviços de reabilitação previstos pela RCPD.

Diante de importantes informações e reflexões, restam questionamentos que precisam ser respondidos: como está estabelecida a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas? Quais os obstáculos e estratégias adotados pela gestão para a implantação da RCPD no estado? Como se percebe o acesso aos serviços de saúde desta Rede nos diferentes contextos amazonenses, especialmente em áreas remotas, como as comunidades ribeirinhas?

## 2. JUSTIFICATIVA

A realidade amazonense se diferencia do restante do território brasileiro pelas suas características territoriais, socioculturais, políticas e econômicas. As dimensões geográficas, a pouca infraestrutura dos municípios que compõem o estado, o transporte predominantemente fluvial, a organização e distribuição desigual da população e as constantes movimentações políticas são alguns desafios que precisam ser administrados pela gestão para articulação e estruturação de serviços públicos de saúde no estado.

Quando se trata da diversidade populacional no Amazonas, há que se pensar nas diferentes formas de organização social que aqui se encontram considerando os contextos urbanos, rurais, de fronteira, indígenas e, em especial, as comunidades ribeirinhas. Muitas destas situam-se em áreas remotas, com escassos recursos tecnológicos e, por vezes, estão em constante deslocamento devido às mudanças climáticas que interferem diretamente no seu modo de vida e subsistência, podendo comprometer a continuidade do uso dos serviços de saúde.

São muitas as motivações para uma reflexão sobre como a gestão tem pensado a organização dos serviços públicos de saúde e as estratégias traçadas para romper barreiras de acesso aos usuários, principalmente àqueles com alguma vulnerabilidade. Neste sentido se destacam as pessoas com deficiência que compõem a população geral e com condições de saúde que podem ser agravadas, tanto pelos fatores condicionantes da própria realidade de vida em que se encontram, quanto pela oferta insuficiente dos serviços de saúde dos quais possam necessitar em diferentes momentos da vida.

Em meio a diversos estudos e publicações com temáticas que envolvem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil, não se percebe trabalhos com o olhar direcionado para o estado do Amazonas com vistas ao entendimento sobre os desafios encontrados e as possíveis estratégias de enfrentamento que tenham sido construídos para a implementação das fases que compõe o processo de implantação desta Rede e, ainda, a forma de organizar os serviços, considerando as singularidades da região e das populações que compõem este território.

Ainda, a escassez de informação sobre organização e oferta de serviços em saúde para pessoas com deficiência em comunidades ribeirinhas aponta a carência de um estudo direcionado para esta demanda com o intuito de desvelar como as ações acontecem, compreender como se dá o acesso aos serviços da rede, bem como o que se planeja para aumentar a oferta e diminuir as barreiras de acesso existentes neste contexto.

A partir deste trabalho, será possível verificar o caminhar do processo de implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no estado, as razões para as possíveis lacunas existentes nesta construção e a existência de planos e metas para fortalecer as ações da rede. Não menos importante, também se espera ter a percepção dos gestores quanto às demandas, ofertas e fluxos dos usuários ribeirinhos dentro dos serviços ofertados dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

No entanto, não se vê apenas o valor de produção científica deste trabalho, mas também se espera oferecer conteúdo útil para gestores e formuladores de políticas públicas de saúde, servindo como instrumento para o desenvolvimento e potencialização das diversas ações entre usuários, profissionais e gestores; a fim de promover o aumento e qualificação dos serviços da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para a população amazonense em suas diferentes realidades.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo Geral

- Identificar os desafios e enfrentamentos da gestão da saúde em relação às pessoas com deficiência do Estado do Amazonas, considerando sua diversidade populacional.

#### Objetivos Específicos

- Apresentar o processo de implantação da RCPD no Estado do Amazonas.
- Identificar os avanços e entraves na implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado.
- Apresentar a percepção da gestão em relação ao acesso aos serviços ofertados pela RCPD para os usuários em áreas rurais e remotas no Amazonas.

#### 4. REVISÃO DE LITERATURA

A temática sobre a pessoa com deficiência vem se dando através dos anos, em espaços acadêmicos e políticos, em constante busca pela conquista e reconhecimento de direitos e valorização social. Diante das crescentes discussões, o próprio entendimento sobre a deficiência passou por alterações importantes em âmbito internacional, em resposta aos estudos críticos sobre a compreensão social e a visão dos especialistas a respeito desta matéria que, anteriormente, se estabelecia em uma discussão voltada para o debate sobre doenças e suas consequências (GAUDENZI E ORTEGA, 2016).

Em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), onde a deficiência era vista como uma perda estrutural ou funcional em consequência de uma patologia. Anos depois, em 2001, a OMS publicou a revisão deste documento que culminou na nova Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e estabeleceu uma relação biopsicossocial explicada a partir da relação dinâmica entre as condições de saúde e os fatores contextuais do indivíduo (OMS, 2011). Esta nova percepção definiu a deficiência, no contexto de saúde, como algum problema nas funções ou na estrutura do corpo, como um desvio relevante ou uma perda, e propôs a sua relação com as limitações de atividade e restrição de participação, compondo o conceito mais abrangente de incapacidade (OMS, 2013).

No Brasil, o Decreto Nº 6.949, de agosto de 2009, promulgou a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência que estabeleceu uma nova definição, a partir da relação entre as diferentes expressões físicas e funcionais do indivíduo e as condições disponíveis para a sua participação social efetiva:

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

O instrutivo de reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), publicada em 2020 para orientar a implantação dos serviços de reabilitação, apresenta a compreensão de deficiência como o “resultado entre o impedimento corporal e as barreiras socioambientais, resultando numa participação social deficitária”. Esta visão concorda com a percepção multifatorial sobre a deficiência e define os impedimentos corporais como as alterações físicas ou funcionais no corpo do indivíduo; e as barreiras como obstáculos de qualquer natureza que possam limitar ou impedir a participação social, o usufruto de oportunidades e o exercício dos direitos do cidadão (BRASIL, 2020).

A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1999) estabeleceu categorias de subdivisão da deficiência, são elas: física, intelectual, auditiva, visual e mista, quando há associação de duas ou mais deficiências. Quanto às causas, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2010), aponta como principais: as condições hereditárias e alterações congênitas, a falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres durante a gestação e o parto, a desnutrição, as doenças transmissíveis, as doenças crônicas, as perturbações psiquiátricas, e os traumas e lesões.

A vivência de uma deficiência pode se apresentar para qualquer indivíduo, em qualquer momento da vida, seja ela temporária ou a longo prazo, visível ou invisível, e os desafios encontrados nessa experiência estão intimamente ligados aos fatores pessoais e ambientais aos quais está sujeito. Significa dizer que não se pode mensurar as dificuldades de uma pessoa com deficiência apenas pelos problemas de saúde envolvidos, é necessário considerar as condições socioeconômicas, o acesso aos serviços, a rede de apoio disponível e demais fatores que poderão determinar a superação das limitações e a maior participação social (OMS, 2011).

## POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Após décadas de luta dos diversos atores que integraram movimentos sociais, em especial o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), a Constituição Federal de 1988, no artigo 196, consagrou os princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade quando finalmente instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) e estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Algum tempo depois, as Leis Nº 8.080 e Nº 8.142, de 1990, confirmaram os avanços já identificados no sistema público de saúde e impulsionaram as ações, resultando na inclusão da expressiva parcela populacional brasileira que não tinha acesso aos sistemas de saúde vigentes (SANTOS, 2018).

Dentre as competências do SUS listadas na Lei 8.080 está a formulação e execução de políticas públicas, a fim de reduzir riscos de doenças e agravos, e assegurar acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). Notadamente, o sistema avançou de forma expressiva na construção de instrumentos para que as diversas demandas pudessem ser atendidas através da organização e implementação de programas e serviços de saúde, considerando os determinantes e condicionantes especificados pela lei e fundamentais na composição da saúde do cidadão.

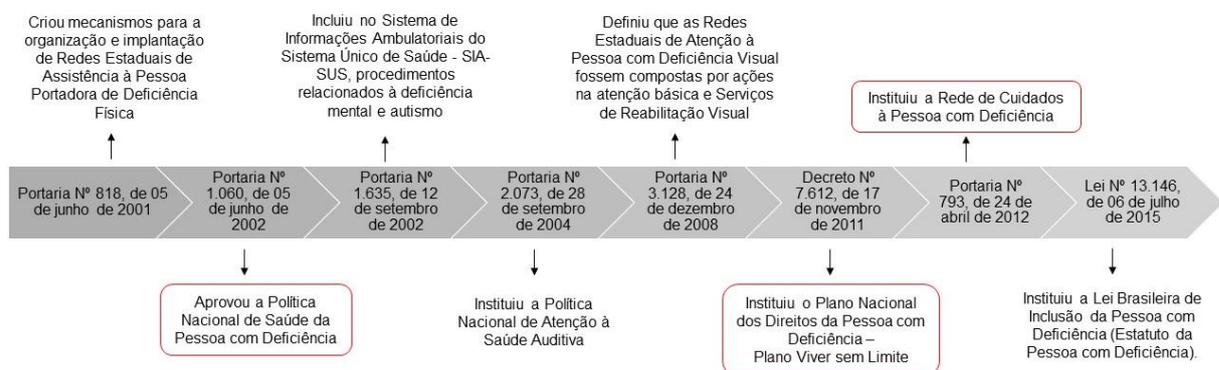
A partir da Constituição Federal, em seu artigo 23, que determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”, e da Lei 8.080 que regulamentou

o princípio da universalidade, a atenção à saúde das pessoas com deficiência tomou uma nova posição de cuidado, saindo do foco único de iniciativas filantrópicas da sociedade civil e passando a fazer parte da agenda do Estado, este como principal responsável para prover acesso a todas as categorias de serviço de saúde das quais necessitassem (RIBEIRO *et al.*, 2021).

Em 1999, o Decreto Nº 3.298 dispôs sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência estabelecendo um conjunto de normas para “assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas portadoras de deficiência”. Este instrumento regulamentou a lei Nº 7.583, publicada em 1989, que assegurou o apoio às pessoas com deficiência com respeito a sua integração social, e estabeleceu a Coordenadoria Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, nomenclatura ainda utilizada à época, para gerir todas as ações pertinentes a este assunto (BRASIL, 1989 e 1999).

A partir de então, outros documentos contribuíram para o embasamento legal da organização e oferta dos serviços de saúde para a pessoa com deficiência no Brasil, conforme a linha do tempo a seguir:

Figura 1 – Marcos legais da atenção à saúde para a pessoa com deficiência



Fonte: Próprio autor

Dentre os documentos mencionados destacam-se alguns como a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída para inclusão deste público em toda a rede de assistência no Sistema Único de Saúde. Este instrumento afirmou a complexidade das demandas que envolvem os cuidados em saúde para esta população, e ressaltou a necessidade de construção de respostas adequadas a elas. Como propósitos gerais foram estabelecidas a proteção à saúde da pessoa com deficiência, a reabilitação com vistas à inclusão em todas as esferas sociais, e a prevenção de agravos que pudessem culminar no aparecimento de deficiências.

Quase 10 (dez) anos depois, em 2011, o lançamento do Plano Viver sem Limites se deu com o objetivo de promover o exercício dos direitos das pessoas com deficiência de forma plena e equitativa, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, ressaltando o compromisso do Brasil com a Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Este plano envolveu diversos setores e se estabeleceu em 4 (quatro) eixos de atuação: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade.

No ano seguinte, em 2012, foi instituída a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir da necessidade de criação, ampliação e qualificação das estratégias de atenção para as pessoas com deficiência, no âmbito do Sistema Único de Saúde. As ações foram propostas para sua execução por meio da integração e articulação entre serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

Este avanço legal sobre proteção de direitos e atenção à saúde da pessoa com deficiência ocorrido no Brasil também foi motivado por uma realidade epidemiológica exposta ao longo das últimas décadas. Evidências estas que requeriam ações práticas de criação e adequação de políticas e serviços para a população com deficiência em diferentes espaços.

## DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Em âmbito internacional, percebeu-se as diversas dificuldades encontradas pelas pessoas com deficiência no acesso aos serviços, na educação, nas oportunidades profissionais, na assistência médica e participação social. Assim, na 58ª Assembleia Mundial da Saúde, foi feita a solicitação de elaboração de um instrumento mais informativo e abrangente que resultou na publicação do Relatório Mundial sobre a Deficiência no ano de 2011, construído com o objetivo de levantar evidências científicas e propagar informações úteis para a formulação de políticas e produção de respostas na abordagem às necessidades das pessoas com deficiência (OMS, 2011).

De acordo com os dados apresentados no Relatório Mundial sobre a Deficiência, cerca de 200 milhões de pessoas convivem com dificuldades funcionais severas em um universo de mais de 1 bilhão de pessoas com deficiência no mundo (OMS, 2011). Por sua vez, o relatório apresentado em 2021 pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apontou que quase 240 milhões de crianças possuem algum tipo de deficiência. Os dados de 42 países mostraram que estas crianças, comparadas às sem deficiência, apresentam menos probabilidade de ter habilidades básicas de leitura e numeramento (42%) e de receber estimulação precoce e cuidados responsivos (24%). Por outro lado, elas possuem mais probabilidade de nunca ter

frequentado a escola (49%), de sofrer desnutrição aguda (25%) e desnutrição crônica (34%), de se sentir infelizes (51%), e de se sentir discriminadas (41%). Os números indicam uma desvantagem representada por múltiplos desafios enfrentados por crianças com deficiência, inclusive os de natureza emocional quando se percebem percentuais relacionados à sentimentos de infelicidade e discriminação. Há, portanto, uma forte necessidade de construção de medidas de mitigação das desigualdades de oportunidades, e promoção da inclusão social (UNICEF, 2021).

Outros dados são verificados quanto às desigualdades sociais e de acesso aos serviços entre pessoas com e sem deficiência. Banks *et al* (2017) apontam que, em sua maioria, as pessoas com deficiência sofrem mais preconceito, exclusão e apresentam renda mais baixa que os demais. Segundo Bright *et al* (2018), em países subdesenvolvidos ocorre maior uso dos serviços públicos de saúde pelas pessoas com deficiência, apesar de ser baixo o seu acesso aos serviços de reabilitação.

No Brasil, a composição de informações acerca das pessoas com deficiência vem se construindo há muito tempo através dos recenseamentos. Neste processo, a Lei 7.853 de 24 de outubro de 1989 (BRASIL, 1989) foi de grande importância, pois determinou a inclusão de questões relacionadas às pessoas com deficiências no Censo Demográfico realizado pelo IBGE, possibilitando o levantamento de dados de forma regular e mantendo a atualização de informações sobre a população com deficiência (CANTORANI *et al.*, 2015).

Para além do interesse no conhecimento atualizado sobre este assunto em território nacional, surgiu a necessidade de alinhamento e adequação de informações a respeito da deficiência em nível mundial. Deste modo, as questões utilizadas no Censo 2010 buscaram conhecer a percepção dos indivíduos quanto às suas dificuldades para ouvir, enxergar e caminhar ou subir escadas, ainda que utilizando dispositivos auxiliares como aparelhos auditivos, lentes de contato e bengalas. Em relação a deficiência intelectual, buscou-se identificá-la através da percepção do informante sobre as suas dificuldades em cumprir atividades cotidianas.

Fazendo uso desta abordagem no Censo de 2010, o IBGE procurou se ajustar à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) firmando a compreensão da deficiência como resultado da relação entre funções e estruturas corporais com limitações e barreiras sociais e ambientais, e concordando com a definição proposta pela Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em dezembro de 2006 (IBGE, 2018).

Posteriormente foram realizados estudos a fim de validar uma seleção de perguntas proposta pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – WG). Este grupo é formado sob a Comissão de Estatística da ONU e tem o objetivo de incentivar a colaboração internacional quanto aos dados estatísticos sobre as pessoas com deficiência, através da padronização de conceitos e métodos, possibilitando a comparação de dados entre diferentes países (IBGE, 2018).

O modelo proposto pelo WG sugeriu a identificação de pessoas com deficiências de 4 (quatro) maneiras diferentes, considerando as dificuldades para enxergar, ouvir e caminhar ou subir degraus:

- (1) aquelas com alguma dificuldade em uma ou mais questões;
- (2) aquelas com muita dificuldade em uma ou mais questões;
- (3) aquelas que não conseguiam de modo algum em uma ou mais questões; e,
- (4) aquelas que tinham dificuldade em pelo menos duas situações.

Com relação à deficiência intelectual, a pergunta do IBGE permitia apenas as respostas “sim” ou não” para a limitação na realização de atividades cotidianas como trabalhar e ir à escola devido a presença de uma deficiência permanente, portanto as notas de corte sugeridas pelo WG não foram aplicadas para esta categoria.

Inicialmente o IBGE identificou pessoas com deficiência aquelas que se encontravam na opção 1 (um) das respostas, ou seja, as que manifestavam alguma dificuldade em pelo menos uma categoria de deficiência. Foi então contabilizado 45.606.048 o número total, correspondendo a 23,9% da população participante do Censo 2010.

Com o objetivo de se ajustar aos padrões internacionais e garantir a comparabilidade de dados censitários sobre pessoas com deficiência, em 2018 foi realizada uma revisão das informações a partir da sugestão do WG para a leitura dos dados. Desta vez foram classificadas pessoas com deficiência as que apresentavam muita dificuldade ou não conseguiam realizar de forma alguma, ou seja, as identificadas na forma 2 (dois). Esta iniciativa produziu uma releitura das informações e os novos achados foram apresentados na Nota Técnica 01/2018 (IBGE, 2018).

À luz desta nova interpretação, houve uma mudança significativa nos resultados da pesquisa mostrando que o número que representa as pessoas com deficiência é 12.748.663, ou seja, 6,7% da população residente no Brasil e participante da amostra do Censo de 2010. Esta reavaliação permite a comparação de dados internacionalmente e também se aproxima dos achados do IBGE sobre pessoas com deficiência na Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 que

apontou 6,2% da população com alguma das quatro deficiências, sendo 0,8% intelectual, 1,3% física, 1,1% auditiva e 3,6% visual (IBGE, 2013).

Os números analisados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde caracterizaram a população com deficiência e mostraram que as maiores proporções identificadas são de homens, autodeclarados pretos, com 60 anos de idade ou mais, e com escolaridade máxima em nível fundamental (IBGE, 2013). Outras pesquisas apresentaram evidências de iniquidades sociais no acesso aos serviços de reabilitação (Medeiros *et al.*, 2021) e baixa acessibilidade das pessoas com deficiência aos serviços de atenção básica (Pinto *et al.*, 2021). Estas informações suscitam reflexões sobre a caracterização geral desta população, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde, e o impacto que a relação entre estes fatores pode ter sobre a qualidade de vida das pessoas com deficiência (IBGE, 2013).

Para o Amazonas, os dados apresentados pelo Censo de 2010 apontaram 1.054.056 pessoas com deficiência no Estado. A distribuição destes números por região de saúde e tipo de deficiência se apresentou conforme a tabela a seguir:

**Tabela 1 – Distribuição da população por região de saúde e tipo de deficiência**

| Região de Saúde                      | Quantidade de Municípios | Tipo de Deficiência |                |                |               | Total por Região de Saúde |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------------|----------------|----------------|---------------|---------------------------|
|                                      |                          | Auditiva            | Física         | Visual         | Intelectual   |                           |
| Alto Solimões                        | 9                        | 8.168               | 13.392         | 31.173         | 2.022         | 54.755                    |
| Triângulo                            | 6                        | 4.291               | 7.179          | 17.889         | 1.669         | 31.028                    |
| Rio Negro/Solimões                   | 8                        | 9.554               | 15.724         | 40.420         | 2.822         | 68.520                    |
| Manaus e entorno                     | 12                       | 100.933             | 126.400        | 436.986        | 22.608        | 686.927                   |
| Médio Amazonas                       | 6                        | 6.810               | 10.378         | 28.148         | 1.899         | 47.235                    |
| Juruá                                | 6                        | 4.110               | 6.303          | 15.591         | 1.347         | 27.351                    |
| Madeira                              | 5                        | 5.649               | 9.912          | 24.065         | 1.668         | 41.294                    |
| Baixo Amazonas                       | 5                        | 9.164               | 12.290         | 34.961         | 2.468         | 58.883                    |
| Purus                                | 5                        | 5.516               | 8.358          | 22.024         | 2.165         | 38.063                    |
| <b>Total por Tipo de Deficiência</b> | <b>62</b>                | <b>154.195</b>      | <b>209.936</b> | <b>651.257</b> | <b>38.668</b> | <b>1.054.056</b>          |

Fonte: Adaptado da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas

Fazendo a aplicação da análise de estatísticas proposta pelo Grupo de Washington para a realidade do Amazonas, foi encontrado um total de 248.943 de pessoas com deficiência, sendo 121.259 ou 48,70% visual, 59.743 ou 24% física, 38.671 ou 15,5% intelectual e 29.270 ou 11,8% auditiva (Plano Estadual de Implementação da RCPD, 2020). Este número representava aproximadamente 7% do total da população amazonense em todo o recorte geográfico do estado, com destaque para os maiores índices na região de saúde onde se encontra a capital

Manaus onde, à época, habitava mais da metade da população amazonense, de acordo com o IBGE (2010).

## CARACTERIZAÇÃO DO AMAZONAS

Com uma área de 1.559.167,878km<sup>2</sup> (IBGE, 2021), que representa cerca de 18% do território nacional, o Amazonas se destaca como o maior estado brasileiro, composto por 62 municípios e fazendo fronteira com a Colômbia, a Venezuela e o Peru. É o estado que possui maior cobertura florestal preservada e é banhado pela maior fonte hidrográfica do mundo, a Bacia Amazônica.

Quanto aos aspectos demográficos, o Amazonas possui população estimada em 4.269.995 pessoas, que representa o baixo índice de 2,73 hab/km<sup>2</sup>. A capital Manaus, conta com a maior extensão urbana, 11.401,092km<sup>2</sup>, e abriga a maior quantidade de habitantes, número estimado em 2.255.903 pessoas (IBGE, 2021). No entanto, é importante enfatizar que a composição populacional do estado não se dá somente por grupos urbanos na capital ou nos aglomerados estabelecidos nos outros municípios, mas também pelas populações em regiões de fronteira e, ainda, os diversos grupos étnicos que apresentam expressões culturais, sociais e econômicas distintas entre si, também conhecidos como povos tradicionais, como: os indígenas, os quilombolas, os seringueiros, os pescadores, os ribeirinhos, entre outros (FERNANDES e MOSER, 2021).

Dentre eles, faz-se destaque aos ribeirinhos que estão distribuídos em centenas de comunidades instaladas às margens dos rios e em meio às florestas. Estes agrupamentos estão vinculados aos municípios mais próximos, no entanto, grande parte deles está isolada geograficamente, em áreas de difícil acesso e pouca ou nenhuma tecnologia de comunicação. Estas populações possuem um estilo de vida próprio, produto do etnoconhecimento, e cultivam um sentimento de pertencimento em relação aos territórios onde se estabelecem e manejam os recursos naturais para a sobrevivência familiar e comunitária, construindo uma relação respeitosa entre o homem e a ambiente (LIRA e CHAVES, 2016).

Os aspectos peculiares mencionados não apenas caracterizam o estado como representam um grande desafio para a organização, planejamento e financiamento de ações nos serviços públicos de saúde no Amazonas. Um estudo realizado por Oliveira *et al* (2019), analisou as barreiras de acesso aos serviços públicos de saúde, e verificou que, entre as 5 (cinco) regiões de saúde do Brasil estudadas, a região Norte, representada por Manaus e entorno, estava entre os principais resultados de desigualdade de acesso. Este resultado se baseou em um

conjunto de fatores analisados composto por: acessibilidade geográfica, disponibilidade (de recursos e serviços) e aceitabilidade (ou percepção de problemas de saúde).

O acesso a muitas comunidades ribeirinhas se dá somente por transporte fluvial, e depende das estações climáticas marcadas pela presença ou ausência das chuvas que podem elevar ou diminuir o nível das águas e, neste último caso, as áreas ficam apenas alagadas impossibilitando a chegada de embarcações em alguns lugares. O relativo isolamento levou estes povos à construção das suas próprias formas de vida e cuidado, sempre relacionadas com as águas, também. Para eles, a água tem papel central na cultura através das lendas e histórias, é fonte de alimento e também determina onde se pode cultivar, é via de transporte entre famílias, comunidades e cidades, mediando as interações sociais. A relevância das águas na vida do ribeirinho leva à compreensão sobre “território líquido” que representa a conectividade do espaço natural a todas as relações que existem no ambiente, apontando para a necessidade de adaptações nas dinâmicas sociais, no exercício do trabalho e nas formas de fazer saúde através da articulação entre a micro e a macro política (PEREIRA *et al*, 2019).

## REDES DE ATENÇÃO E REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS

Com vistas à integralidade no atendimento das necessidades dos usuários, a portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, do Ministério da Saúde, traçou diretrizes para a reestruturação dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) através da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Estas Redes representam uma estratégia de enfrentamento ao modelo fragmentado de atenção através da organização e articulação entre os serviços de um território com intervenções preventivas e curativas em diferentes níveis de atenção, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) ordenadora do cuidado.

Alguns meses depois, o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, dentre outras providências, regulamentou o processo de regionalização da saúde e a sua relação com as RAS, no intuito de articular a organização dos serviços de maneira compartilhada e pactuada entre os municípios a fim de diminuir as carências, fortalecer a interdependência entre os territórios de uma mesma região de saúde e aumentar a oferta de serviços para os usuários destas localidades proporcionando assim maior efetividade do cuidado para a população adstrita (BRASIL, 2011).

As RAS são formadas por componentes estruturantes e que devem atuar de forma integrada para sua operacionalização, a saber: centro de comunicação, representado pela atenção primária à saúde; pontos de atenção secundária e terciária; sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, e de informação em saúde); sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso

regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança da rede de atenção à saúde em questão. Assim, não se trata apenas de um arranjo poliárquico, mas um sistema que busca estabelecer padrões de inter-relação e interdependência estáveis para alcançar o objetivo comum da assistência integral para os usuários (MENDES, 2011).

Desde 2011 o Amazonas iniciou o processo de adesão e implantação deste novo arranjo que estabeleceu as 5 principais Redes de Atenção à Saúde em todo o país: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Mais de uma década depois, no entanto, ainda não se pode contemplar a total efetivação das RAS no Amazonas, especialmente nos municípios menores e geograficamente mais afastados da capital Manaus (AMAZONAS, 2019).

Tofani *et al* (2021) afirma que são muitos os desafios para a implementação das RAS em território nacional, incluindo os de natureza estrutural, funcional e política. Isto corrobora com uma análise documental feita por Santos-Melo *et al* (2018), os quais verificam que a principal preocupação em relação à implantação das Redes de Atenção à Saúde estava nas particularidades geográficas e climáticas da região vistas. Estas se configuram como um grande obstáculo, tanto para as ações que envolvem o processo de implantação desse modelo de cuidado nas regiões, quanto para o acesso dos usuários aos serviços de saúde, comprometendo a tão desejada integralidade da assistência para a população.

A partir do levantamento de produções científicas, Tofani *et al* (2021) ainda trazem algumas importantes observações com relação a implantação das Redes de Atenção à Saúde, dentre elas: o pressuposto básico da dependência do processo de regionalização da saúde nos territórios como facilitador para as ações pertinentes ao cuidado integral; o questionamento sobre o quanto se pode considerar diante das diferenças políticas, demográficas e socioeconômicas encontradas entre estados e regiões num país heterogêneo como o Brasil, e, não menos importante, as relações de micropolítica na produção do cuidado que se constroem a partir das necessidades específicas de cada lugar fugindo ao modelo de grandes redes.

O Amazonas passou por diferentes momentos experimentando um ritmo lento na consolidação da regionalização do estado, frente aos desafios de lidar estrategicamente com as características geográficas da região e a distribuição populacional discrepante onde, com exceção da capital Manaus, somente dois municípios tem população superior a 100 mil habitantes. Trata-se, em sua maioria, de municípios com pouca ou nenhuma densidade tecnológica e quantidade insuficiente de serviços em saúde para oferecer integralidade de

cuidado, o que dificulta torná-los referência de atenção à saúde em uma região (GARNELO, SOUZA e SILVA, 2017).

Apesar dos entraves encontrados, o estado hoje se divide em 9 regiões de saúde: Entorno de Manaus, Alto Solimões, Baixo Amazonas, Juruá, Médio Amazonas, Purus, Rio Madeira, Rio Negro e Solimões, e Triângulo. O desenho atual da divisão considerou as características geográficas das regionais e, especialmente, o acesso aos serviços de saúde, uma vez que o transporte entre estas localidades se dá principalmente pelos rios e depende das dinâmicas climáticas e fluviais, podendo levar horas ou até dias de navegação de uma localidade a outra (SANTOS-MELO *et al*, 2018).

Esta dinâmica natural que determina as possibilidades de acesso das populações aos diferentes pontos de atenção à saúde na região amazônica, estimula a reflexão sobre o quão mais agravadas podem ser as condições de deslocamento para as pessoas com deficiências nos municípios mais distantes, especialmente em áreas rurais afastadas, onde não se dispõe de serviços de transporte com regularidade.

#### A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A fim de montar uma estrutura de atenção à grande demanda das pessoas com deficiência, foi instituída a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência através da portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, 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 Sistema Único de Saúde. Para a operacionalização da RCPD foi estabelecido um processo a ser executado em 4 (quatro) fases:

Fase I: Diagnóstico e Desenho Regional da RCPD, composta por 4 (quatro) etapas: I - apresentação da RCPD, II - diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da RCPD pela CIR, III - pactuação do desenho e proposta de Plano de Ação Regional, e IV - elaboração dos Planos de Ação Municipal.

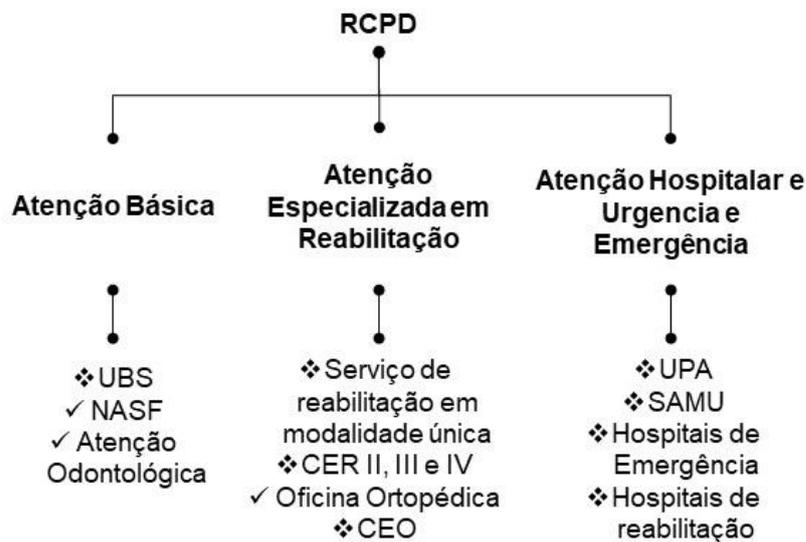
Fase II: Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, composta por 2 (duas) etapas: I - instituição de Grupo Condutor Estadual, e II - homologação da região inicial de implementação da RCPD.

Fase III: Contratualização dos Pontos de Atenção, composta por 3 (três) etapas: I – elaboração do desenho municipal da RCPD, II – contratualização dos pontos de atenção da RCPD, e III – instituição do grupo condutor municipal em cada município.

Fase IV: Implantação e acompanhamento pelo Grupo Conductor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, composta por 2 (duas) etapas: I - implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos, e II - acompanhamento das ações de atenção à saúde.

Quanto à sua composição, a RCPD foi organizada em três componentes principais: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação, e Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, e cada um destes tem suas ações realizadas nos diferentes pontos de atenção os compõem (Figura 2). A atenção prestada na Rede não é estática, pois consiste num ir e vir dos usuários conforme suas demandas, caracterizam um fluxo contínuo para a obtenção do cuidado integral.

Figura 2 – Componentes da RCPD e pontos de atenção



Fonte: próprio autor

É válido ressaltar a importância do Centro Especializado em Reabilitação (CER) dentro dessa conjuntura, pois ele se caracteriza como um espaço que, além dos serviços de reabilitação, pode prover também serviços de diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. Diante da sua relevância, o CER se constitui como referência para a RCPD dentro dos territórios, uma vez que se mostra um tipo de serviço diferenciado e particular a esta Rede, atuando também como articulador entre os outros componentes (CAMPOS, SOUZA E MENDES, 2015).

A implantação da RCPD tem se dado de forma gradual nos diferentes contextos, e a sua execução se faz à medida em que se encontram diferentes desafios e avanços. Dubow, Garcia e Krug (2018) apontam que em uma região de saúde no Rio Grande do Sul, a Rede se mostrou em movimento de construção delineada conforme as necessidades das pessoas com deficiência daquele território, por meio de ajustes que pudessem atender às suas demandas específicas. No

entanto, foram enfatizados os serviços especializados em reabilitação como centralizadores do cuidado nesta localidade. Em Minas Gerais, a RCPD também se apresentou em processo de implantação, mas com importantes disparidades quanto à oferta de serviços especializados entre as regiões do estado e, carecendo de medidas de integração entre pontos de atenção para alcançar a integralidade e o acesso de todos os cidadãos aos serviços de saúde (MACIEL *et al*, 2020).

No Amazonas, de acordo com informações coletadas a partir do Plano Estadual de Saúde (AMAZONAS, 2020), foram verificadas algumas informações como a carência de profissionais especializados para atuar nos municípios do interior e a insuficiência de serviços de atenção especializada no estado que, em 2020, contava com a habilitação de apenas um CER-III e uma Oficina Ortopédica, ambos alocados na capital e com demandas de cuidado para todos os municípios. Porém, faz-se necessária uma análise mais detalhada sobre os demais pontos de atenção e componentes da Rede para conhecer a realidade em que se encontra a RCPD no Amazonas, e alcance das pessoas com deficiência em contextos ribeirinhos.

## DESAFIOS PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM ÁREAS REMOTAS

A existência de populações vivendo em territórios mais afastadas e até isoladas geograficamente não é uma realidade exclusiva da Amazônia brasileira. Pesquisas realizadas em outros países apresentaram características muito similares e levantaram questões importantes a respeito de dificuldades na prestação do cuidado nesses lugares. Conhecer outras realidades com desafios tão parecidos com aqueles identificados no contexto amazonense reforça a importância e necessidade de superação de barreiras e construção de estratégias de enfrentamento destes problemas.

Nos últimos anos, o governo da Austrália abandonou o modelo uniforme de oferta de serviços de saúde para as pessoas com deficiência, e passou a trabalhar com o financiamento individualizado que permite que os consumidores escolham os serviços e suportes que melhor atendam aos seus objetivos. Apesar da expectativa de aumento nos provedores de serviço em todo o país, incluindo áreas rurais remotas, a retirada do financiamento em bloco para os provedores dos serviços resultou na taxação por serviço para atrair os “consumidores” e se refletiu num cuidado fragmentado e insuficiente diante das necessidades dos usuários em diferentes contextos. Diante deste quadro, Dintino *et al* (2019) realizaram uma pesquisa com profissionais de saúde que prestavam serviços para pessoas com deficiência em áreas rurais no estado de New South Wales, onde verificaram que a proporção de prestação de serviços diminuía à medida em que o território se afastava dos contextos urbanos a tal ponto que se

identificou a existência de demanda não atendida. As razões para a escassez de profissionais e serviços consistia em isolamento geográfico, falta de recursos, pouca escuta e apoio aos profissionais, carga de trabalho aumentada pelas dificuldades do próprio território e a necessidade de percorrer longas distâncias para atender os usuários.

No Zimbábue, o governo é responsável por fornecer serviços de saúde para toda a população, fazendo uso de parte do orçamento fiscal para este fim. Todavia, uma pesquisa com enfermeiros de unidades de saúde pública revelou dificuldades na oferta e uso de serviços de saúde em áreas rurais. Más condições das estradas e pontes, indisponibilidade de transporte, longas distâncias a serem percorridas a pé, escassez de medicamentos e suprimentos, e a falta de profissionais capacitados foram citados. Diante de tamanha carência, foi também mencionado o descumprimento do acordo de investimento mínimo em saúde no país que, conseqüentemente, levou à redução e até paralizações de serviços e programas comunitários em áreas rurais, justificadas pelas altas despesas para sua implementação, além da dificuldade de transporte nestes territórios e a falta de recursos humanos devidamente capacitados para estes contextos (MANGUNDU, ROETS e RENSBERG, 2020).

Em ambos os estudos, foi notório o papel dos gestores e as implicações da sua administração na prestação do cuidado em saúde. De acordo com as manifestações dos participantes, o envolvimento e as tomadas de decisão acertadas dos gestores, poderia resultar em um planejamento eficiente e oferta de cuidado adequada às necessidades dos usuários. Por outro lado, a falta de confiança nos profissionais e o descaso com populações em áreas afastadas se refletia em serviço ineficiente, oneroso e propício ao abandono dos poucos profissionais disponíveis, aumentando a carência dos usuários (DINTINO *et al.*, 2019; MANGUNDU, ROETS e RENSBERG, 2020)

Apesar das experiências apresentadas serem vividas em contextos diferentes da realidade vivida no Brasil, as dificuldades apresentadas em relação ao acesso aos dos serviços propriamente ditos podem se assemelhar ao que se verifica no contexto amazônico, percebendo-se pontos comuns como as distâncias geográficas, a dificuldade de deslocamentos e a necessidade de mais profissionais de saúde especializados.

## A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO NA ORDENAÇÃO DO CUIDADO

A gestão dos serviços de saúde tem papel fundamental no enfrentamento de desafios e construção de estratégias adequadas para atender às necessidades de cada realidade populacional. Esta posição de liderança requer o reconhecimento das necessidades contextuais, as fragilidades existentes na organização e oferta dos serviços, comprometimento com as

políticas de cuidado e qualificação para o desempenho das funções e tomadas de decisão que podem se traduzir em grandes benefícios para o acesso aos serviços em diferentes níveis de atenção (SANTOS-MELO, 2018).

A análise feita por Casanova *et al* (2017) ponderou sobre dificuldades na implantação de redes de atenção em três regiões de saúde dentro da Amazônia Legal, e mostrou que além das barreiras relacionadas às características geográficas da região, escassez de recursos e pouca infraestrutura dos municípios, notou-se também um posicionamento individualista que dificultava articulação entre municípios e a falta de capacitação adequada dos gestores para o desempenho das suas funções como tomadas de decisão e uso de instrumentos administrativos. Estes fatores tiveram extrema relevância para o insucesso na implantação das redes e serviços de saúde nos municípios e suas respectivas regiões de saúde.

Durante avaliação de unidades de saúde em municípios do Amazonas feita pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foi verificada a alta rotatividade de secretários de saúde levando a descontinuidade de programas implementados pela gestão anterior. Em alguns municípios a gestão nunca havia visitado as unidades de área rural e até desacreditavam da possibilidade dos entrevistadores irem até elas, configurando a invisibilidade e desconsideração das necessidades de populações rurais. Ainda, a relação entre gestores e profissionais carregada de desconfiança levava os profissionais a uma sensação de abandono, pois não podiam contar com seus gestores para promover capacitação ou servir de apoio e incentivo às ações na linha de frente, e para os gestores cabia a visão de profissionais que trabalhavam em desacordo com as normas das suas respectivas secretarias e tendendo a desviar-se das responsabilidades (GARNELO *et al.*, 2014).

Quanto à capacitação dos gestores tão frequentemente citada, Cecílio e Reis (2018) aponta a importância do papel das Secretarias Estaduais em oferecer apoio e qualificação para as equipes gestores municipais, provendo-as de visão e orientação para a solução de problemas na gestão em localidades com diferentes portes e particularidades. Ressalta ainda que, embora o SUS seja um sistema único para todos, ele precisa ser adequado às especificidades loco regionais, reconhecendo as diversidades que existem na prática dos cuidados de saúde no dia a dia e fugindo de ações enquadradas em padrões que não conseguem atender às demandas específicas.

## 5. ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Este projeto faz parte de um estudo maior de caráter multicêntrico, aprovado com financiamento pelo CNPq (Edital N° 35/2018), intitulado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil” e caracteriza-se por um estudo transversal, de delineamento híbrido, com objetivo de analisar o processo de implantação da RCPD na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral no Brasil, e tendo as cinco regiões do Brasil representadas por oito estados participantes (RIBEIRO *et al.*, 2021).

### TIPO DE PESQUISA

Trata-se um recorte regional do trabalho supracitado, realizado a partir de estudo transversal do tipo descritivo e exploratório e composto por:

- Análise documental do Plano Municipal de Saúde de Manaus, Plano Estadual de Saúde, Plano Estadual de Implementação da RCPD, Portaria de implantação do Grupo Condutor Estadual, atas das CIR, da CIB e do Grupo Condutor Estadual;
- Análise de conteúdo levantado em entrevistas com representantes e gestores das áreas diretamente ligadas à implementação da Rede, bem como indivíduos alocados na gestão dos serviços que compõem a RCPD.

O estudo terá abordagem qualitativa, uma vez que se trata de uma construção de análise sistemática e progressiva de fenômenos que envolvem as percepções, opiniões, relações, crenças e representações dos sujeitos, possibilitando a compreensão dos processos sociais envolvidos na construção do cuidado em saúde (MINAYO, 2014).

### LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA E PARTICIPANTES

O estudo foi realizado em 3 regiões de saúde do Amazonas com níveis distintos de avanço na implantação (incipiente, razoável e bom), selecionadas mediante consulta ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, sendo uma destas regiões a da capital do estado. Em cada uma destas regiões foram estudados dois municípios: um que concentra mais pontos de atenção (considerando os pontos de atenção previstos na Portaria 793/2012) da rede na região e que seja referência para reabilitação; e um município que só dispunha de atenção básica ou com menor quantidade de pontos especializados.

Desse modo, foram incluídos no estudo seis municípios do estado, a saber: Manaus e Iranduba (Região de Manaus e entorno), Coari e Anori (Região Rio Negro e Solimões), Tabatinga e Benjamin Constant (Região Alto Solimões).

A seleção de participantes/unidades de análise do estudo se deu de forma diferenciada, conforme as abordagens utilizadas:

- Para a análise documental foram utilizados o Plano Municipal de Saúde de Manaus, Plano Estadual de Saúde, Plano Estadual de Implementação da RCPD, Portaria de implantação do Grupo Condutor Estadual, atas das CIR, da CIB e do Grupo Condutor;
- Participaram das entrevistas representantes do Grupo Condutor Estadual, Grupo Condutor Municipal de Manaus, Área Técnica da PcD de Manaus, gestores de Oficina Ortopédica e Distrito de Saúde Rural (DISA Rural) de Manaus, além de coordenadores de Atenção Básica, Atenção Odontológica, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência dos municípios selecionados.

Quanto aos critérios de inclusão:

- Se enquadrar no perfil de atuação dentro da Rede conforme a descrição da população do estudo em cada abordagem mencionada;
- Aceitar participar da pesquisa de forma voluntária;
- Estar em concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme o que estabelece a Resolução Nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## PLANO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados para a pesquisa seguiu as seguintes etapas:

1. Pesquisa bibliográfica, para identificação da produção científica existente sobre a temática;
2. Levantamento documental de conteúdo vinculado ao processo de implantação da Política de Atenção à Pessoa com Deficiência no estado tanto na forma online utilizando canais de acesso público, como através de solicitação formal pelos meios oficiais das secretarias de saúde;
3. Entrevistas com coordenadores de Atenção Básica, Atenção Odontológica, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, gestor de Oficina Ortopédica dos municípios participantes, e ainda representantes do Grupo Condutor Estadual e Municipal de Manaus, e Área Técnica da Rede, de maneira que pudesse conhecer o processo de implantação da RCPD no estado, bem como a forma como os serviços têm sido ofertados nos diferentes contextos.

Os roteiros para entrevistas semiestruturadas foram feitos a partir da pesquisa bibliográfica e do levantamento documental, tomando como base as recomendações e atribuições estabelecidas na Portaria Nº 793/2012 e estão disponíveis nos apêndices.

## PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

A análise dos documentos levantados foi feita com base nas disposições estabelecidas pela Portaria nº 793/2012 e possibilitou a identificação das informações e melhor compreensão sobre o processo de efetivação das fases de implantação da RCPD no Amazonas.

As entrevistas foram transcritas em sua integralidade e revisadas para correção de erros e uniformização de termos e siglas. Posteriormente, com o *corpus* devidamente preparado, os textos foram submetidos às técnicas de análise de conteúdo através dos softwares IRAMUTEQ e MAXQDA, respectivamente.

O IRAMUTEQ foi utilizado na análise de conteúdo para as entrevistas com representantes do Grupo Condutor Estadual, que resultou no segundo produto desta pesquisa. Nesta análise, o software fez o cálculo de frequência das palavras homogêneas ou com mesma raiz, e mostrou a relação de força associativa que elas tinham nos textos das entrevistas, reunindo-as em classes de palavras. Posteriormente foi criado um dendograma que apresentou as classes que emergiram da análise e a ligação existente entre elas, permitindo melhor interpretação dos conteúdos manifestos (SOUZA *et al.*, 2018).

O MAXQDA, por sua vez, foi o instrumento escolhido para análise de todas as 25 (vinte e cinco) entrevistas realizadas e contribuiu para o terceiro produto deste estudo. Nesta análise, o programa viabilizou a separação, identificação por cores e codificação dos segmentos dos textos de acordo com as classificações estabelecidas no padrão adotado para a análise. Por fim, os segmentos foram agrupados por temas e subtemas e o software disponibilizou relatórios textuais, visuais e numéricos dos resultados encontrados (KUCKARTZ e RÄDIKER, 2019).

Quanto aos procedimentos para a coleta, em virtude de ter sido realizada em grande parte durante período de pandemia da Covid-19, foi adotado modelo híbrido (presencial e remoto) a fim de minimizar riscos de contágio entre pesquisadores e participantes. Assim, 6 (seis) entrevistas foram feitas online, através da plataforma Google Meet, e as outras 19 (dezenove) presencialmente nos 6 (seis) municípios participantes da pesquisa.

## ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Este projeto recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob CAAE nº 13083519.3.1001.5188, bem como pelo CEP da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob CAAE nº 13083519.3.2008.502.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a todos os participantes que ficaram em posse de uma via para serem resguardados seus direitos. Os objetivos e métodos do estudo foram expostos, dando liberdade aos indivíduos para a descontinuidade de sua participação a qualquer momento da pesquisa, se assim fosse do seu desejo.

## 6. RESULTADOS

Os resultados desta pesquisa foram organizados em 3 (três) materiais que respondem aos objetivos específicos estabelecidos no projeto. O primeiro produto foi construído a partir da análise de documentos oficiais disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde e acessados de forma livre em plataformas online. Esta análise apresenta o processo de implantação da RCPD no Amazonas, disponível no capítulo 11 (onze) do livro “Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis”, publicado pela editora Rede Unida e disponível para acesso online.

O segundo resultado pontua os avanços e entraves na implantação da Rede no estado a partir das entrevistas com integrantes do Grupo Conduto Estadual que, segundo a portaria 793/2012, é o responsável pelas ações de implementação e acompanhamento da RCPD. Este material também foi organizado em um capítulo de livro, submetido e aprovado no Edital 03/2022 da Editora Rede Unida, e aguardando publicação no livro “Políticas, planejamento e gestão em saúde na Amazônia”.

O terceiro produto está apresentado em formato de artigo escrito a partir das percepções de gestores em diversos níveis de atenção, e faz uma análise sobre o acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência considerando as diversidades populacionais e geográficas da região amazônica, bem como os desafios e estratégias de superação dos mesmos para ofertar serviços de saúde em áreas remotas. Este artigo está formatado nos padrões da Revista Cadernos de Saúde Pública, para a qual será submetido posteriormente.

Os três manuscritos estão apresentados integralmente nos capítulos II, III e IV deste trabalho.

**CAPÍTULO II - A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO  
AMAZONAS**

Cap. 11 do Livro “Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis”

## **A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS**

### **APRESENTAÇÃO**

O Amazonas, formado por 62 municípios, e um dos sete estados da Região Norte do Brasil, compõe a Amazônia Legal e constitui-se no maior estado em área territorial do país. Possui a maior floresta e a maior bacia hidrográfica do mundo, com mais de 23.000km de vias navegáveis, que servem de ligação entre os municípios. Com 1.559.161,682 quilômetros quadrados, ocupa uma área de 40,5% da Região Norte, 18,32% de todo território brasileiro e apresenta a menor densidade demográfica entre as unidades da federação, com 2,6 habitantes/km<sup>2</sup> (AMAZONAS, 2020).

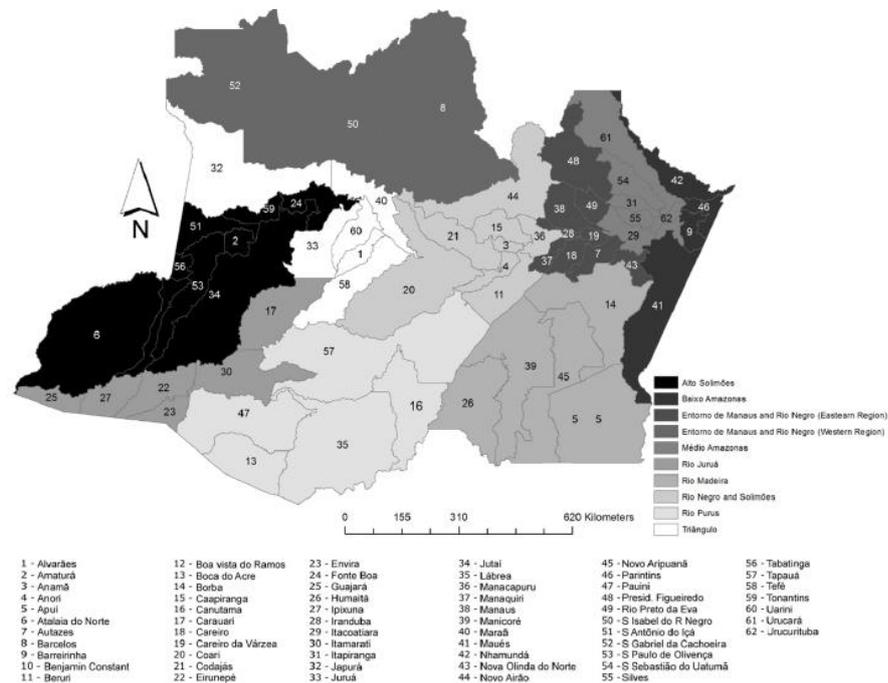
Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019), sua população de 4,1 milhões de habitantes representa cerca de 2% da população do país, sendo predominantemente de jovens e crianças na faixa etária de 0 a 19 anos (38,5%) e com menor representatividade de pessoas acima de 60 anos (7,5%). Em 2010 o Estado alcançou Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,674, saindo de baixo para médio desenvolvimento e subindo para a 18ª posição.

As dimensões continentais, baixa densidade populacional, a presença da maior população indígena do país, as centenas de comunidades ribeirinhas e ainda as fronteiras internacionais com Peru, Colômbia e Venezuela são desafios na construção do processo de regionalização e elaboração de estratégias de planejamento, regulação e financiamento para implantação de políticas públicas adequadas a um contexto tão diversificado (AMAZONAS, 2020).

### **REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS E A POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA**

Um histórico trazido pela Secretaria Estadual de Saúde através do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 retrata que, somente em 2010, foram feitas as primeiras ações para o processo de regionalização do estado através dos primeiros colegiados regionais, denominados Colegiados de Gestão Regional. A partir do Decreto 7508/2011, um novo arranjo regional foi pactuado, nove Regiões de Saúde foram definidas e criadas as suas respectivas Comissões Intergestores Regionais (CIR). Também neste período, foi adotada a proposta do Ministério da Saúde sobre a organização de Redes de Atenção à Saúde e aprovados os Planos de implantação e implementação delas.

Figura 1 – Mapa do Amazonas com divisão das regiões de saúde e municípios



Fonte: BALIEIRO *et al.*, 2020

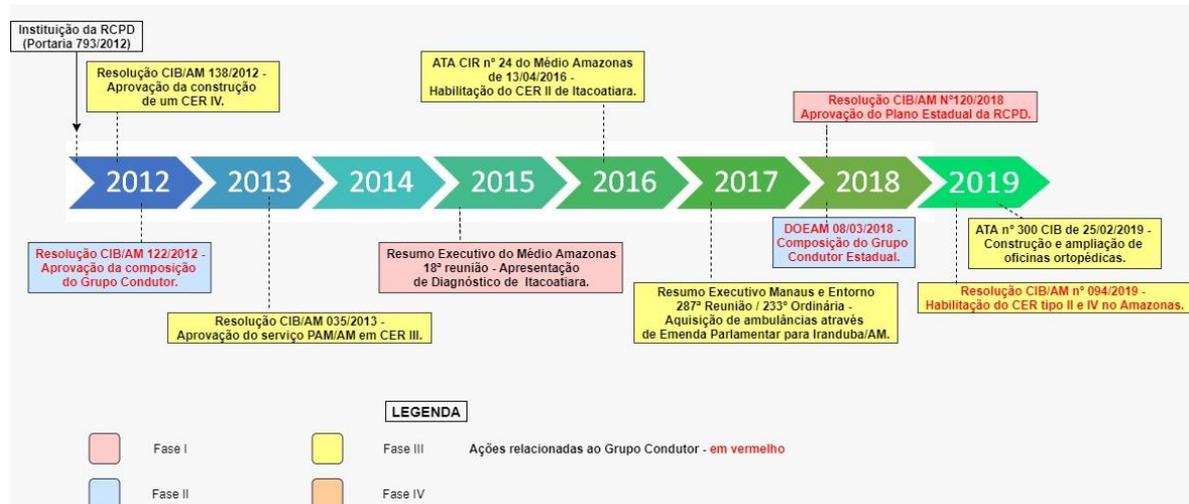
Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), em 2010, no estado do Amazonas eram identificadas 790.647 pessoas com algum tipo de deficiência. Desse total, segundo a releitura dos dados a partir das recomendações analíticas dos resultados sugerida pelo Grupo de Washington para Estatísticas sobre Pessoas com Deficiência (Washington Group on Disability Statistics – GW), aproximadamente 7% da população amazonense apresentavam alguma deficiência incapacitante ou seriamente limitante, com percentuais de pessoas com deficiência visual em torno de 3,5%; motora em torno de 2% e auditiva ou intelectual aproximadamente 1% cada (IBGE, 2018).

## A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD) NO AMAZONAS

Para apresentar os primeiros anos da RCPCD no Amazonas, foi elaborada uma linha do tempo que versa sobre as ações, etapas e acontecimentos do processo de implantação da Rede entre os anos de 2012 e 2019. Essa linha do tempo e o diagnóstico apresentado aqui são oriundos da análise documental composta pela busca, seleção e avaliação de informações relevantes para implantação da rede, citadas nas resoluções, atas e resumos de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), disponíveis no sítio eletrônico desses órgãos e cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-AM). Os

documentos selecionados foram discriminados de acordo com as fases (I, II, III e IV) de operacionalização da Rede, descritas na portaria no 793/2012.

Figura 2 – Linha do Tempo do Processo de Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas



Fonte: Autores, 2021.

A formação do primeiro Grupo Condutor Estadual ocorreu em 2012. Composto inicialmente por doze membros, tinha como papel conduzir a Rede Estadual de Atenção ao Deficiente do Estado do Amazonas, assim como implementar as Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção a pessoa com deficiência e acompanhar as ações de atenção a saúde definidas na portaria 793/2012 para cada componente da RCPCD. Ainda em 2012, houve a proposta de construção do CER tipo IV, esta ação encabeçou a implantação da Rede no estado. Porém, as execuções das etapas que sucederam o projeto foram interrompidas e retomadas diversas vezes, o que impossibilitou sua construção em tempo hábil.

Em 2013, o antigo PAID (Programa de Atenção Integral ao Deficiente) vinculado a Policlínica Codajás, localizado na zona Sul de Manaus, foi habilitado em CER tipo III (modalidade física, auditiva e visual), com expansão do serviço para atendimentos em ostomia e múltiplas deficiências. É possível observar uma lacuna entre os anos de 2013 e 2015, intervalo em que não houve registros de ações relevantes para a implantação da rede, sendo proveniente das dificuldades políticas e de gestão enfrentadas pelo estado no decurso dos anos. Seguindo em 2016, a habilitação do CER tipo II (modalidade física e visual) foi aprovada também para o município de Itacoatiara, que se tornou um dos primeiros municípios, fora da capital, na contratualização de pontos da RCPCD. Em 2017, o município de Iranduba, localizado na região de saúde Manaus e entorno, foi contemplado com a aquisição de ambulâncias para atender algumas comunidades, com a finalidade de melhorar a acessibilidade e deslocamento das

pessoas com deficiência dessas comunidades para os serviços de saúde situados na região urbana do município.

A partir de 2018 foi observado um maior empenho em ações de adesão da RCPCD, como consequência da segunda formação do Grupo Condutor Estadual. O que permitiu a aprovação do Plano Estadual da Rede, bem como o Plano Operativo Estadual para a população com deficiência intelectual, com o objetivo de entender melhor as demandas e situação de saúde da pessoa com deficiência no Amazonas. Essa especificidade deve ter ocorrido porque o único CER em funcionamento até aquele momento atendia as modalidades física, auditiva e visual. Partindo deste ponto, foi notório que as ações inerentes à rede caminharam para execuções em maior quantidade dentro de um intervalo menor de tempo, ressaltando o quão importante e a presença ativa do Grupo Condutor no processo de implantação da rede.

No ano de 2019, foi aprovada a pactuação orçamentaria para ampliação da Oficina Ortopédica no CER tipo II da Policlínica Antônio Aleixo, situada na Zona Leste de Manaus, sendo o único serviço a dispor de uma oficina ortopédica no estado. Sete anos após a proposta de construção ter sido aprovada, o CER tipo IV, já em sua fase final de construção na Zona Norte de Manaus, foi habilitado para custeio, juntamente com o CER tipo II (modalidade física e visual) do município de Coari.

É válido ressaltar que, até a finalização da pesquisa de campo do projeto Redecin Brasil, o CER tipo IV ainda não estava em funcionamento, porém, quando habilitado, será o primeiro serviço do estado a contemplar as quatro modalidades de reabilitação, e contara com a construção de uma oficina ortopédica para dar suporte as demandas pertinentes. Durante o período analisado pela pesquisa, outros serviços de reabilitação já estavam em processo de habilitação sugerindo que novos serviços podem ser habilitados para uma maior cobertura de atendimentos na capital e outros municípios.

## INSTABILIDADE POLÍTICA ESTADUAL

Um fator a ser destacado no processo de implantação da RCPCD no estado foi a frequente mudança de governos e gestores de saúde ao longo dos anos, principalmente no período de 2012 a 2019. Nessa fase, o Amazonas foi administrado por quatro governos diferentes. O primeiro iniciou com o mandato de Omar Aziz, reeleito em 2011 e permanecendo no cargo até 2014, quando renunciou seu mandato para concorrer a uma vaga no Senado. Sua gestão foi assumida pelo então vice-governador Jose Melo de Oliveira até o final de 2014, sendo reeleito e permanecendo no cargo até 31 de março de 2017, quando o Tribunal Regional Eleitoral do Amazonas – TRE-AM cassou seu mandato por compra de votos na eleição de 2014. Para

assumir interinamente o governo, assumiu a gestão de David Almeida, que permaneceu nove meses. Nesta época, foram realizadas novas eleições para o cargo e de outubro de 2017 até o final de 2019, o governo foi assumido por Amazonino Mendes. A partir deste mandato, a política no estado retoma a sua regularidade de gestão, porém, a transição de governos trouxe como consequência obstáculos para o avanço de políticas públicas de saúde, repercutindo na implantação lenta e tardia da RCPCD no estado. O primeiro Grupo Condutor Estadual, formado em 2012, sofreu modificações de membros e gestores juntamente com os governos ao longo do tempo, resultando principalmente na falta de um Plano Estadual e Operativo consistente.

Tal instabilidade foi destacada por membros atuais do grupo condutor estadual, como destacado abaixo:

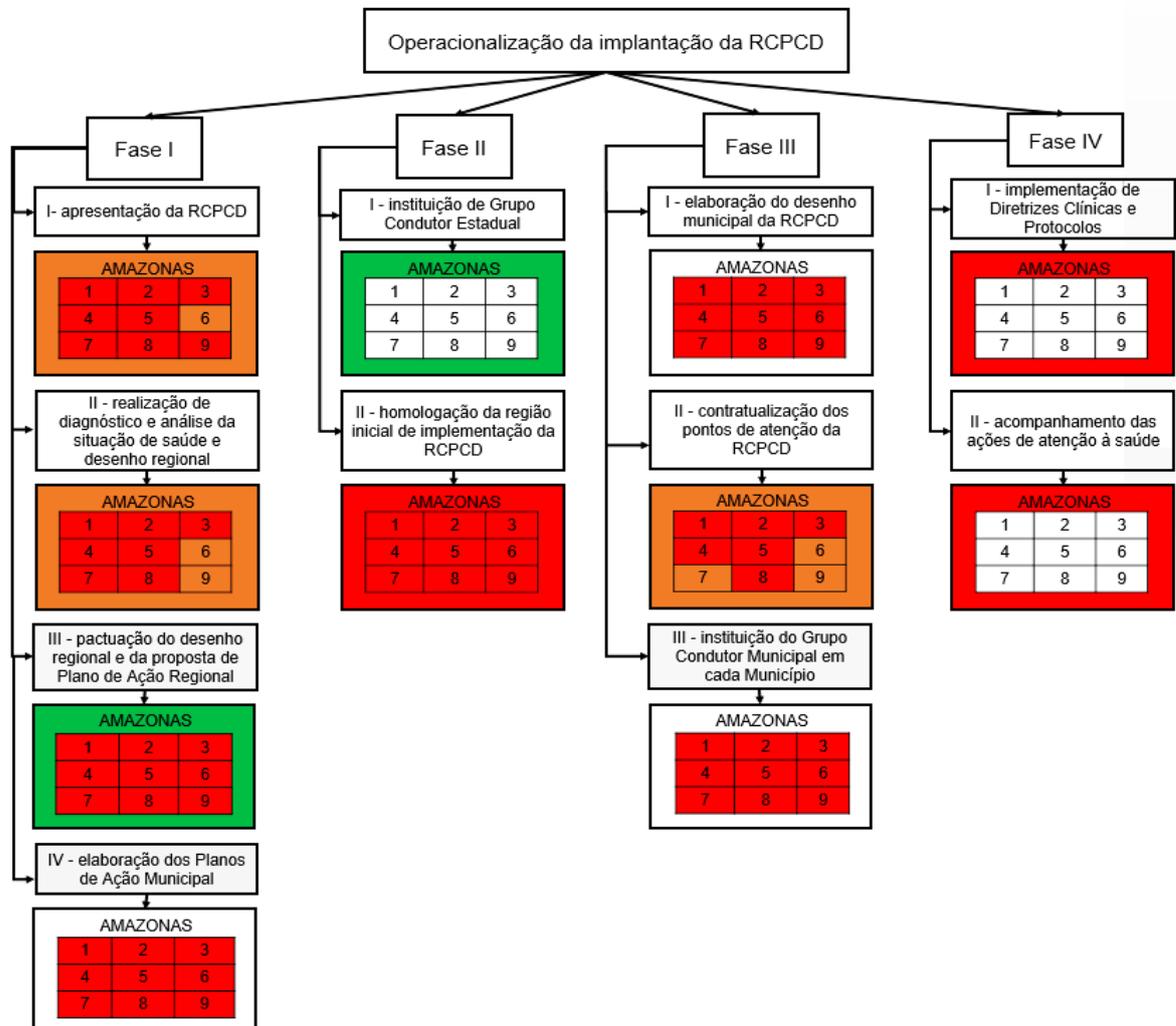
*Eu acho que por conta da própria questão política e de mudanças, havia as mudanças, mas as situações não tinham uma continuidade [...]. Foi a maior dificuldade (N.P. - AT e GCE).*

Portanto, não houve propostas e projetos sólidos de acompanhamento e assistência a essa população até 2018, ano em que o Plano Estadual foi aprovado e a segunda formação do Grupo Condutor foi constituída. Embora já existissem serviços de reabilitação habilitados e ações de contratualização estivessem sendo executadas, a descontinuidade política e a inconsistência do Grupo Condutor retardaram a adesão da rede no que tange a integralidade do cuidado as pessoas com deficiência no estado do Amazonas.

## DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO DA RCPCD NO ESTADO DO AMAZONAS

Foi elaborado um diagnóstico da implantação da RCPCD, com base em análise documental. Foram acessados documentos públicos na internet, além de solicitação na Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas de documentos (julho de 2019) referentes a rede, tais como: resoluções, atas e resumos de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR). Foi adotada como avaliação a discriminação dos documentos que mencionassem aspectos da implantação da RCPCD no estado e regiões de saúde, em consonância com as fases de operacionalização da rede descritas na portaria no 793/2012. Resultado expresso na figura abaixo.

Figura 3 – Diagrama sobre a operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas.



Fonte: Autores, 2021.

Legenda: 1 - Alto Solimões; 2 - Rio Madeira; 3 - Manaus, Entorno e Alto Rio Negro; 4 - Purus; 5 - Juruá; 6 - Triângulo; 7 - Rio Negro e Solimões; 8 - Baixo Amazonas; 9 - Médio Amazonas. CIR – Comissão Intergestores Regional; CIB – Comissão Intergestores Bipartite; Fase I - diagnóstico e desenho regional da RCPCD; Fase II - adesão a RCPCD; Fase III - contratualização dos Pontos de Atenção; Fase IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual RCPCD; Listras - Não houve implantação; Cor cinza – Houve implantação de maneira insipiente; Cor preto - Houve implantação; Cor branca – Região de Saúde/Estado do Amazonas não está relacionado.

Atualmente o estado conta na capital, Manaus, com um CER III habilitado - Policlínica Codajás, e um CER tipo II em processo de habilitação – Policlínica Colônia Antônio Aleixo, este último possui uma oficina ortopédica fixa habilitada e referência para todos os municípios do estado, com os serviços de dispensação, confecção, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção. Em relação aos municípios do interior, apenas três municípios possuem CER, todavia em processo de habilitação, sendo estes: Itacoatiara (Região

de Saúde do Médio Amazonas), Manaquiri (Região de Saúde de Manaus, Entorno e Alto Rio Negro) e Coari (Região de Saúde Rio Negro e Rio Solimões).

Tendo como base o art. 5o da Portaria no 793/2012 que institui a Rede do âmbito do SUS, o modelo de operacionalização da implantação da RCPCD se alinha em quatro fases, sendo elas: I - Diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência; II - Adesão a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

Na primeira fase, no que compete ao diagnóstico e desenho da RCPCD no estado, observando quatro (quatro) ações/etapas de destaque: I - apresentação da RCPCD, II - diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da RCPCD pela CIR, III - pactuação do desenho e proposta de Plano de Ação Regional, e IV- elaboração dos Planos de Ação Municipal. Observou-se que as etapas I e II não ocorreram de maneira significativa, tanto no estado quanto nas regiões de saúde. Houve apenas menção da RCPCD durante apresentação da Rede de Atenção à Saúde da região do Triângulo, bem como, breve histórico, legislação e objetivos durante apresentação de plano de ação estadual. Da mesma forma, foi citada uma estimativa com base no Censo 2010 IBGE da população com deficiência no estado do Amazonas, especificamente para a população da região de saúde do Médio Amazonas e região de saúde do Triângulo, além da apreciação do plano regional da Rede de Atenção à Saúde, no qual foi citada a RCPCD. As etapas III e IV também não alcançaram as nove regiões de saúde, apresentando de forma efetiva somente a pactuação do desenho regional do estado e da proposta de ação regional, e sem nenhum progresso e/ou registro quanto a elaboração dos planos municipais pela CIR ou CIB.

Na segunda fase, composta pelas etapas: I - instituição de Grupo Condutor Estadual, e II - homologação da região inicial de implementação da RCPCD, somente ocorreu a instituição do grupo condutor estadual, sem registro documental quanto a homologação da região inicial de implementação da RCPCD. Na fase 3, não se identificou a elaboração do desenho e nem a instituição do Grupo Condutor Municipal da RCPCD nas nove regiões de saúde. Em nível estadual, assim como para as regiões de saúde, não houve registro da contratualização dos pontos de atenção da rede, exceto a habilitação e pactuação orçamentária de serviços de modo parcial, pois não existe em todas as regiões. Na fase 4, quanto as ações de: I - implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos, e II – acompanhamento das ações de atenção à saúde; não se encontram registros documentais referentes, evidenciando a necessidade de garantir melhores condições de saúde as pessoas com deficiência no estado do Amazonas.

Portanto, quanto a lógica de estruturação organizacional e territorial, o processo de implantação da RCPCD no estado do Amazonas ocorreu de maneira incipiente e com grande escassez de processos que abarcasse de modo integral os pontos de atenção à saúde, o que impacta diretamente na assistência prestada a pessoa com deficiência. Ademais, não atende totalmente o que preconizam as diretrizes da RCPCD e o próprio SUS no que tange aos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

## DESAFIOS DA REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS

O estado do Amazonas, dentro de sua grandiosidade geográfica e particularidades em relação a comunicação intermunicipal, por vezes apenas possível via fluvial, torna-se o grande desafio a ser pensado, desbravado e operacionalizado pelos gestores do SUS e da RCPCD, que arduamente buscam formas de levar os diferentes níveis de atenção à saúde ao entorno da capital e ao interior do estado. Para El Kadri (2019), apenas a capital Manaus possui toda a rede de alta e média complexidade da atenção terciária (englobando atenção hospitalar e serviços de urgência e emergência), ademais apenas mais quatro ou cinco municípios teriam densidade populacional, econômica e tecnológica para serem polos de abrangência para complexidade na atenção secundária (envolvendo atendimento ambulatorial, sobretudo envolvido nas ações de reabilitação). Todos os demais municípios, por serem de pequeno porte, não agregam demanda suficiente do ponto de vista de viabilidade financeira que justifique a disposição de todos os níveis de atenção em seu território, que se soma ainda a limitada condição para assumir responsabilidades que ultrapassem a Atenção Básica (AB).

Nesse estudo foi possível identificar dificuldades de organização e monitoramento da rede e de seu andamento como um todo nos centros de reabilitação dos municípios e da capital, justificados pelas condições geográficas e financeiras. Nota-se claramente tais dificuldades ao analisar relatos de entrevistas realizadas com membros do grupo condutor estadual a respeito da implantação da rede no estado junto ao Grupo Condutor Estadual do Amazonas.

Bom, nós não temos instrumentos de monitoramento e de avaliação. Nós estamos tendo algumas conversas, porque até a questão quantitativa, muitas vezes era complicada. (...)a Rede pedia alguma informação, a nossa resposta era assim: mas a gente já passou isso pra Secretaria. E aí era difícil esse dado chegar até nos. (N.P. - AT e GCE)

Garnelo, Sousa e Silva (2017) analisaram o processo de regionalização em saúde no estado do Amazonas por meio de estudo de caso da regional em Saúde Entorno de Manaus e verificaram uma cena social onde predominam a assimetria, a verticalidade, a competitividade

e a fragilidade das relações multilaterais entre municípios, associados a um perfil cartorial das instituições que atuam na região amazônica. Os agentes políticos envolvidos no processo têm limitado reconhecimento das condições sociopolíticas e institucionais em que atuam. Tendem a atribuir os problemas de gestão e operacionalização das redes de atenção à configuração dos espaços naturais geográficos amazônicos, mas seu financiamento, governança e capacidade técnica são insuficientes para superá-los. O que podemos confirmar na fala de um membro do grupo condutor estadual:

... nosso maior desafio ainda e a questão geográfica. [...] não e um serviço que pode ser implantado com pouco recurso, até porque ele requer pessoal especializado ne. [...] então quando a gente fala em municípios, ai a gente ja tem uma dificuldade na questão de recurso mesmo. [...] tem que ter RH, tem que ter uma estrutura física mínima, tem que ter todos os equipamentos para o mínimo de funcionamento de um serviço. E a maior dificuldade e o RH. Cê não consegue levar um especialista pra um município por menos de trinta mil (Reais) (J.M. - GAB de Manaus e GCE).

Uma estratégia que poderia ser adotada regionalmente visando sanar principalmente a carência da atenção especializada nesses espaços geográficos carentes, para El Kadri (2019), seria a criação de serviços itinerantes com equipes que se desloquem periodicamente e regularmente a esses municípios, tirando o ônus financeiro que hoje o usuário do SUS na região tem que arcar se deslocando para a capital ou outros polos regionais com maior estrutura. Apesar dessa alternativa, deve-se observar que em relação a RCPCD resolveria apenas de forma parcial as necessidades da população com deficiência, uma vez que a maior parte deste grupo, principalmente aqueles com deficiências físicas, necessita de cuidado e estímulos constantes e ininterruptos de reabilitação, com equipe multidisciplinar como o programa Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que muitas vezes pode se mostrar significativo para a pessoa com deficiência desenvolver suas capacidades, habilidades e independência para atividades de vida diária (AVD). Aliás, causa estranheza o NASF-AB não ter sido citado em documentos ou falas (diretamente) como parte da rede de cuidado, uma vez que há grande potencialidade de intervenção deste dispositivo a este público, e que há várias equipes, sobretudo nos municípios do interior do estado do Amazonas.

As dificuldades regionais que permeiam a RCPCD, impedem a longitudinalidade do cuidado com a ausência de integração entre os serviços que no âmbito dessa rede pressupõe contatos prolongados entre profissionais e usuários para uma integralidade de cuidado. Para Coelho (2019), seguindo-se o preceito da longitudinalidade e interdependência, o usuário poderia transitar na rede iniciando seu processo de reabilitação nos níveis de maior complexidade de atenção, até chegar a AB para manutenção de seus ganhos, mas também,

sempre que necessário realizar o fluxo inverso. No entanto, a regionalização no estado do Amazonas, dentro de seu desenho e apresentação atual, contando com as dificuldades aqui expostas, principalmente na interiorização de maiores níveis de atenção à saúde, impedem que a longitudinalidade do cuidado ocorra de forma integral na saúde da pessoa com deficiência.

Para tanto, faz-se necessário maior investimento do setor saúde na oferta mais equânime de serviços orientados as pessoas com deficiência no estado do Amazonas, bem como uma melhor operacionalização da política de RCPCD para a adequada implantação e funcionamento da rede, o que possibilitara a atenção integral a saúde entre os diversos equipamentos de saúde nos variados municípios e espaços da região.

## REFERÊNCIAS

AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2020**: PES 2016-2020. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SUSAM, 2016. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes\\_2016-2019.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023**: PES 2020-2023. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SES, 2020. Disponível em: [http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes\\_2020-2023\\_ver\\_ini.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf). Acesso em: 12 out. 2021.

BALIEIRO, P. C. da S. *et al.* Fatores associados a mortalidade por causas inespecíficas e mal definidas no estado do Amazonas, Brasil, de 2006 a 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 339–352, jan. 2020.

BRASIL. **Censo demográfico: 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=794>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Portaria no 793, de 24 de abril de 2012. 24 abr. 2012.

COELHO, D. M. **Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo**. TESE—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2019.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. de O. da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.

KADRI, M. R. E. A Regionalização Da Saúde: O Caminho Para O Sus Em Todos Os Territórios? **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 33, p. 67–76, 22 nov. 2019.

**CAPÍTULO III - OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA  
COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS: O OLHAR DO GRUPO  
CONDUTOR ESTADUAL**

Capítulo submetido e aprovado no Edital 03/2022 da Editora Rede Unida, aguardando publicação no livro “Políticas, planejamento e gestão em saúde na Amazônia”

# **OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS: O OLHAR DO GRUPO CONDUTOR ESTADUAL**

## **APRESENTAÇÃO**

No Brasil, os direitos da pessoa com deficiência galgaram seus primeiros passos legais a partir da Constituição Federal de 1988. A Constituição Cidadã, como é conhecida, deu base para outras políticas de interesse deste grupo como a Lei nº 7853/1989, que dispõe sobre apoio e integração social das pessoas com deficiência, a Lei nº 8.080/1990 que regulamenta os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade, e a política nacional de saúde da pessoa com deficiência através da Portaria nº 1.060/2002 que ressaltou a necessidade de aprimoramento e adequação dos serviços, dadas as complexidades encontradas no cuidado desta população. Posteriormente, outros instrumentos foram construídos até a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), através da Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Através deste documento, ficou estabelecida uma rede integrada e articulada para atender as demandas das pessoas com deficiência, em todos os níveis de atenção, operacionalizada através de quatro fases: adesão, contratualização, implantação e acompanhamento. A fim de entender melhor o processo de implantação da Rede no estado do Amazonas e seu funcionamento atual, seguindo os princípios e diretrizes do Ministério da Saúde, o objetivo geral do trabalho é conhecer o processo de operacionalização da RCPD no estado do Amazonas a partir do olhar do Grupo Condutor Estadual, identificando assim potencialidades e barreiras enfrentadas pelos grupos condutores. Este trabalho faz parte de um estudo maior de caráter multicêntrico, aprovado com financiamento pelo CNPq (Edital Nº 35/2018), intitulado “Rede de Cuidado Integral à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS) - REDECIN”. Trata-se, portanto, de um recorte regional realizado a partir de um estudo de caso do tipo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Para esta pesquisa foram utilizados dados extraídos de entrevistas realizadas com três integrantes do Grupo Condutor Estadual do Amazonas. Os resultados foram analisados tendo como parâmetro as orientações dispostas na Portaria GM/MS nº 793/2012, e submetidos à análise de conteúdo pelo software IRAMUTEQ. Após coleta dos dados e análise das entrevistas, verificou-se diversas barreiras durante a construção da RCPD no estado, que continua ocorrendo de maneira gradual e heterogênea no território estadual. O Grupo Condutor tem cumprido parcialmente seu papel nas fases de implantação na rede que lhe competem, porém com muitos desafios a serem

superados neste processo, como o monitoramento, a integralização e a regionalização da Rede de Cuidados, sobretudo entre os municípios menores e mais distantes, revelando centralização dos serviços em Manaus. Os entrevistados reconhecem a dependência de interesse político para a operacionalização desta política, bem como a busca por melhorias na atual gestão, e relatam dificuldades em relação à falta de recursos para ampliação de serviços de atenção em todo o estado. Outras lacunas no processo de implantação da rede também foram identificadas refletindo em situações que apontam para uma situação de implantação distante do preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Palavras-chave:** pessoa com deficiência; reabilitação, saúde pública.

## **INTRODUÇÃO**

De acordo com dados levantados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), as informações sobre a Carga Global de doenças indicavam que em 2004, cerca de 2,9% da população mundial apresentava alguma deficiência severa e 15,3% alguma deficiência moderada a severa. Dados de 2011 apontaram que os números aumentaram para mais de um bilhão de pessoas com alguma deficiência no mundo, o que significava uma em cada sete pessoas. O Relatório Mundial sobre a Deficiência apontou que 80% das pessoas que vivem com alguma deficiência residem nos países em desenvolvimento, tem um custo de vida maior em cerca de um terço da renda, em comparação com aqueles sem deficiência, e enfrentam diversos desafios ao longo de suas vidas, tais como: completar a escola primária; ter acesso a tratamento médico, psicológico e funcional; desenvolver suas capacidades e habilidades; e, participar integralmente de atividades recreativas e sociais (OMS, 2011).

Em 2010, o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicou que 23,9% da população brasileira, tinha algum tipo de deficiência (motora, visual, auditiva ou intelectual), porém em um sentido mais amplo da deficiência, baseado em um autorrelato de qualquer limitação causada pela deficiência (IBGE, 2010). No entanto, ao estabelecer um critério de comparabilidade internacional baseado nos estudos da Comissão de Estatística da ONU (Grupo de Washington), os números mudaram para 6,7%, pois agora consideravam a extrema dificuldade ou impossibilidade de realizar tarefas. Por sua vez, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2013, apontou que 6,2% da população possuía alguma das quatro deficiências (visual, auditiva, intelectual e física), com maiores proporções entre os mais velhos e diferenças entre as regiões do país (MALTA *et al.*, 2016).

Para tratar da temática da pessoa com deficiência, é importante estabelecer um entendimento sobre este conceito. Ao longo dos anos, o entendimento sobre pessoa com deficiência passou por várias interpretações mas, para este estudo, consideramos o disposto pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência, na Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015:

Aquela que possui um impedimento de médio ou longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o que, em interação com uma ou mais barreiras, pode comprometer sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Historicamente, a Constituição Federal (BRASIL, 1988), a Lei Orgânica do SUS (BRASIL, 1990) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2002) foram importantes na construção de um embasamento legal e organizativo do acesso aos cuidados em saúde para pessoas com deficiência, garantindo, portanto, atenção integral e irrestrita aos serviços de saúde, seja em atenção básica, média ou alta complexidade e considerando as especificidades de cada deficiência. Percebendo-se a necessidade de organizar e estabelecer modelos de atenção diferenciados para as particularidades encontradas no contexto da pessoa com deficiência, foi então instituída a Rede de Cuidados à Pessoa através 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 Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Os objetivos gerais desta rede consistem na ampliação do acesso e qualificação do atendimento; promoção da vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; e garantia da articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco. A portaria também apresenta o modelo de operacionalização para implantação da RCPD, devendo este ocorrer em quatro fases: I- diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; II - adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; III - contratualização dos Pontos de Atenção; IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

A adesão à RCPD estrutura-se a partir da instituição do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência, coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde. Nota-se, portanto, o grande papel dos Grupos Condutores Estaduais para a implantação e funcionalidade da Rede, onde responde pela implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência e acompanhamento das ações de

atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

Ribeiro e colaboradores (2022) investigaram o papel dos grupos condutores em oito estados brasileiros na governança e implementação da RCPD, analisando sua constituição e ações realizadas. Foi utilizada pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa, multicêntrica, e análise documental entre abril de 2012 a dezembro de 2018 como método de pesquisa. Identificou-se que em seis estados foram instituídos grupos condutores específicos e em dois estados a condução foi realizada pelos Grupos Estaduais das Redes de Atenção à Saúde. Observou-se heterogeneidade na composição dos grupos e na realização das atribuições previstas, refletindo indefinições da portaria e desafios de cada estado para a regionalização, participação social, planejamento, acompanhamento e monitoramento da rede. Todavia, destacou-se o protagonismo destes Grupos enquanto espaço de governança gerencial.

Esta rede de atenção à saúde tem ganhado notoriedade no Ministério da Saúde (MS) nos últimos anos. Em 2018, em parceria com o CNPQ, o MS lançou um edital de fomento à pesquisa, cujo objetivo foi selecionar propostas de projetos sobre avaliação da implementação da RCPD no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através do Edital Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD N°35/2018 – Avaliação da Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS). Na oportunidade, cinco projetos foram contemplados, dentre eles “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – BRASIL”, tendo como objetivo analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a fim de possibilitar a construção de um panorama nacional e comparativo da implantação da rede nas regiões do país. Ademais, os resultados deste projeto também contribuem para mostrar a importância de se conhecer a RCPD no Brasil, aprimorar a qualidade do cuidado ofertado às pessoas com deficiência no SUS, e também instigar a construção de outros estudos que avaliem a Rede e o contexto da pessoa com deficiência no país.

Para Campos *et al* (2015), é importante a forma como a política da RCPD cresce em todas as suas ações, revelando aprimoramento em relação aos princípios do SUS. A otimização e ampliação do acesso à saúde das pessoas com deficiência confirma a universalidade do sistema; a identificação e respeito às diferenças reforçam o princípio da equidade por meio dos projetos terapêuticos singulares que percebem o contexto e a necessidade onde a pessoa com deficiência está inserida; e, por último, a integralidade se reflete nas ações de saúde nos diferentes pontos de atenção que se integram, construindo e fortalecendo a inclusão da pessoa com deficiência de acordo com a sua necessidade.

No entanto, um estudo teórico realizado por Machado *et al* (2018), aponta fragilidades da Rede como a falta de articulação entre os pontos de atenção, estrutura física precária, pouca tecnologia para atendimento e necessidade de capacitação dos profissionais para atuarem nos serviços. Essas carências, segundo o autor, se justificam no fato de ser uma política nova e ainda com poucos investimentos, por isso percebida como fragmentada e descontínua em aspectos como a atenção básica e reabilitação. Os autores sugerem mais investimento no diálogo, envolvimento e articulação entre gestores de saúde, a fim de corrigir as falhas identificadas no processo assistencial de cuidado para a população com deficiência.

As abordagens dos autores mencionados reforçam a importância do papel do Grupo Condutor Estadual na organização da RCPD, uma vez que este tem a responsabilidade de gerenciamento e supervisão no processo de construção, monitoramento da continuidade das ações e manutenção dos serviços dentro da Rede, com vistas ao alcance final de um arranjo funcional e eficiente para o usuário com deficiência em qualquer nível de atenção e em qualquer lugar do Brasil.

Ao considerar as dimensões continentais do país e as suas diferenças regionais, o estado do Amazonas possui certa peculiaridade. Trata-se da maior unidade federativa do país, com uma baixa densidade demográfica, população composta por diversos grupos culturais, e características geoclimáticas que requerem estratégias muito bem desenhadas para alcançar toda a população distribuída no seu espaço territorial. Há neste estado uma dificuldade de assistência à saúde a toda população, principalmente para os grupos isolados devido ao acesso complexo, e uma concentração dos principais serviços de saúde na capital Manaus, corroborando com Garnelo, Sousa e Silva (2017):

*“[...] as dificuldades e o ritmo lento da política de redes e regiões de saúde não se resumem a dificuldades intrasetoriais e do processo de gestão, mas também precisam ser entendidos à luz das características de organização da vida no Amazonas, marcada pela atomização e dispersão dos espaços sociais, em contraponto à absoluta centralidade de Manaus, assim como as condições instituídas pela natureza e pelo tipo de organização social da população podem e devem ser levadas em conta no processo de planejamento em saúde.”*

Desse modo, é importante ter sensibilidade e cuidado ao tratar da organização das redes de atenção nos diferentes contextos brasileiros e, de forma mais aprofundada, a RCPD, contribuindo para aumentar a visibilidade da pessoa com deficiência, bem como ofertar com qualidade os serviços de saúde dos quais necessitam num contexto tão particular como o Amazonas. Para entender a construção desta Rede no estado, fez-se a construção de uma análise do processo de implantação da RCPD no Amazonas, a partir do ponto de vista de representantes

do Grupo Condutor Estadual para entender a operacionalização das ações e as particularidades encontradas na execução das etapas que compõem o processo.

O objetivo geral do presente trabalho foi conhecer o processo de operacionalização da RCPD no estado do Amazonas a partir do olhar do Grupo Condutor Estadual. E como objetivos específicos buscou-se identificar potencialidades e barreiras enfrentadas pelos grupos condutores na construção da RCPD no estado; observar como se deu a operacionalização da RCPD no Amazonas desde a sua instituição pelo Ministério da Saúde em 2012, e enumerar os principais desafios na gestão da RCPD no Amazonas, pelos grupos condutores.

## **METODOLOGIA**

Tratou-se de pesquisa exploratória e descritiva, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, e faz parte de um projeto maior denominado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN-Brasil”, coordenada pela Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (UFPB). Esta foi aprovada com fomento no Edital CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018. A REDECIN-Brasil trata-se de uma pesquisa de caráter multicêntrico com participantes de 8 estados da federação representando as 5 regiões do país, e tem como objetivo principal analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral nos estados envolvidos, fazendo uso de métodos mistos de pesquisa, ou seja, de natureza quantitativa e qualitativa (RIBEIRO *et al*, 2021). Este projeto obteve aprovação no CEP da instituição proponente - UFPB (Parecer 3.348.643) e nos CEP das instituições participantes, dentre elas no da UFAM com o parecer 3.799.960, de 14 de janeiro de 2020.

Para o atual estudo, foram utilizados dados extraídos de entrevistas realizadas com três pessoas que compõem o Grupo Condutor Estadual (GCE) do Amazonas no ano de 2020. Foram utilizados roteiros para entrevistas semiestruturadas compostos por perguntas sobre: nomeação e função exercida no GCE ou secretaria; o processo de implantação da RCPD no Estado; acompanhamento da RCPD pelo GCE; os facilitadores, desafios e dificuldades encontradas para o monitoramento e a avaliação da articulação entre os diferentes pontos de atenção da RCPD; elementos da RCPD que contribuem e dificultam a garantia de uma atenção integral à PCD; implantação de diretrizes e protocolos clínicos destinados à orientação e ao cuidado à pessoa com deficiência; apoio e acompanhamento do GCE pela Câmara Técnica de Assessoramento quanto às ações da RCPD (quando pertinente); e avaliação da atuação da Câmara Técnica em apoio ao GCE (quando pertinente).

## **Análise de dados**

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por avaliação de conteúdo, tendo como parâmetro a Portaria GM/MS nº793, que institui e regulamenta a RCPD no Brasil. Para análise das informações foi utilizado o software IRAMUTEQ (*Interface de R pour l'és Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). IRAMUTEQ é um software livre que permite o processamento e a análise estatística de textos produzidos, oferecendo como resultado: pesquisa de especificidades de grupos, classificação hierárquica descendente e nuvem de palavras, onde agrupam-se graficamente de acordo com sua frequência no texto (MOIMAZ, *et al.*, 2016). Vale salientar que o software ajuda na interpretação das informações, mas não substitui o pesquisador na avaliação de conteúdo.

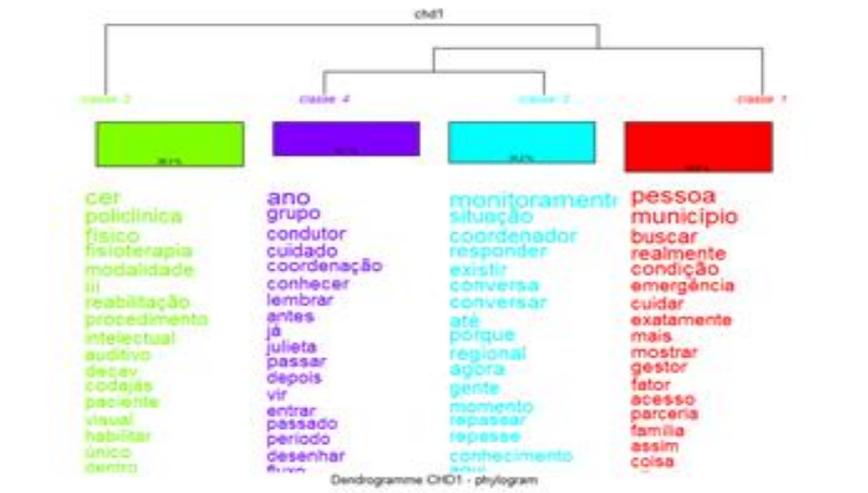
As três entrevistas realizadas com representantes do Grupo Condutor Estadual foram transcritas integralmente e, em seguida, passaram por um filtro textual para retirada de palavras coloquiais e repetições, como: né, tá, aí, a fim de se estabelecer um padrão de documento adequado para análise (*corpus*). Finalmente, foram salvas em formato “txt” na porta UTF8 para serem analisadas no software IRAMUTEQ. Foram usadas a nuvem de palavras e dendrograma com classe de palavras como categorias de sentido a serem discutidas.

## **RESULTADOS/DISCUSSÃO**

A análise do texto proveniente das entrevistas do grupo condutor resultou em um agrupamento de palavras com força associativa que deu origem a quatro classes. A hierarquia de apresentação dessas classes, é gerada de acordo com a frequência das palavras dentro dos textos das entrevistas, assim, quanto mais vezes citadas pelos entrevistados, maior a sua importância para a análise do conteúdo.

Abaixo, o dendrograma produzido pelo software com as classes de palavras hierarquizadas conforme sua força repetitiva nos discursos. As classes estão organizadas da direita para a esquerda.

Figura 1: Dendograma de Classificação Hierárquica Descendente



Os achados nas entrevistas respondem de forma complementar ao art. 9º da Portaria nº793/2012, pois oferecem de forma mais aprofundada o parecer dos representantes do Grupo Condutor Estadual em aspectos específicos do que compõe a responsabilidade de “acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência” (BRASIL, 2012). É, portanto, necessário traçar este paralelo a fim de trazer a luz a relação entre a realidade vivida e a teoria proposta.

A seguir, serão discutidas as particularidades de cada uma das classes identificadas pelo software, seguindo a ordem de hierarquia e considerando as falas das entrevistas.

### **Classe 1 - Barreiras amazônicas na implantação da RCPD**

Como se nota na imagem, algumas das palavras mais expressivas verificadas nesta classe foram: pessoa, município, emergência, cuidar, mostrar, gestor, acesso, parceria e família. De forma geral, esta categoria mostra a percepção do grupo condutor estadual em relação à necessidade de ampliação do acesso aos serviços e às dificuldades encontradas para implantar a rede. As barreiras são apontadas em diversos aspectos sendo o acesso uma delas:

*“Infelizmente ainda não temos essa Rede da Pessoa com Deficiência realmente estabelecida, pelas dificuldades exatamente de acesso das pessoas ao serviço (...) Por ser um estado tão grande a gente tem dificuldades geográficas que nos impedem de ser igual à condição daqueles estados que têm um acesso mais facilitado. A gente tem que ver que o fator amazônico não é mito, ele é realidade e eles precisam entender isso, a gente sempre fala no Grupo Condutor que a gente precisa mostrar pra eles, pro Ministério da Saúde, que o nosso estado é diferente. Então tem condições que a gente não vai conseguir vencer tão cedo assim, é preciso realmente que eles sejam um pouco mais flexíveis.” (Sujeito 3)*

O terceiro relatório do Projeto Amazônia 2030 sobre a saúde na Amazônia Legal escancara as desigualdades em saúde entre a Amazônia e demais regiões do Brasil. Identificou-se um desencontro entre necessidades crescentes por serviços de saúde e uma oferta de serviços que permanece restrita. Existem dificuldades no rastreamento, diagnóstico e monitoramento de condições crônicas importantes e estas dificuldades estão em grande medida associadas às dificuldades de acesso da população aos serviços de saúde. Por sua vez, a oferta de serviços e de recursos permanece relativamente escassa, visto que a razão entre o número de equipes de atenção primária e a área do território, bem como a infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (UBS) são bastante inferiores ao encontrado no restante do país, assim como a densidade de equipamentos e de profissionais de saúde é relativamente baixa, quadro este com poucos avanços (ROCHA *et al.*, 2022).

Infelizmente, os governos locais têm baixa capacidade de fazer frente aos desafios da saúde, o que é agravante. Os municípios da Amazônia Legal têm menor capacidade de financiar a saúde e são mais dependentes de transferências federais, e os custos com recursos humanos e com custeio na provisão de atenção básica tendem a ser substancialmente superiores na região em comparação ao resto do país. Cerca de metade dos municípios fora da região participa de algum consórcio intermunicipal de saúde, contra apenas 23% na Amazônia Legal. A capacidade de resposta local, portanto, é limitada em dimensões muito relevantes, como é o caso da governança, do financiamento e da coordenação de políticas (ROCHA *et al.*, 2022).

As principais restrições para resolução dessas dificuldades são a baixa capacidade institucional-administrativa em nível subnacional e dificuldades de planejamento e financiamento das ações em saúde de forma adequada às necessidades específicas do contexto amazônico, em particular por existir um “fator amazônico” associado a custos de operação mais altos e dificuldades logísticas; limitações de atuação das instituições interfederativas, na coordenação do planejamento regional integrado e dificuldades de se organizar a rede de atenção no território e para além de jurisdições municipais e estaduais usuais; e por fim, mas não menos importante a escassez e a rotatividade de profissionais de saúde, sobretudo em municípios do interior (ROCHA *et al.*, 2022).

As particularidades do acesso geográfico também pesam sobre a escassez de profissionais dispostos a trabalhar em alguns municípios do interior amazonense, implicando em aumento de recursos necessários para a remuneração daqueles que se disponibilizam para o trabalho nessas localidades. Além disso, as distâncias geográficas e o difícil acesso a alguns lugares do estado também comprometem a criação de pontos de atenção nos municípios mais afastados, pois requer investimentos que, por vezes, os municípios não dispõem. Ao que se percebe, quando

mais distante da capital, mais altos os custos e, conseqüentemente, mais difícil se torna a criação e manutenção dos pontos de atenção:

*“Gente, nosso maior desafio ainda é a questão geográfica. E assim, ele não é um serviço que pode ser implantado com pouco recurso, até porque ele requer pessoal especializado, né. Equipe médica especializada, então quando a gente fala em municípios, aí a gente já tem uma dificuldade na questão de recurso mesmo. Porque o serviço é habilitado a partir do momento em que ele atende os requisitos mínimos. Ele tem que ter RH, ele tem que ter uma estrutura física mínima, ele tem que ter todos os equipamentos para o mínimo de funcionamento de um serviço. E a maior dificuldade é o RH. Você não consegue levar um especialista pra um município por menos de trinta mil.” (Sujeito 2)*

*“Nós não temos RH pra isso, pela nossa questão geográfica de logística de deslocamento entre os municípios a gente não consegue manter um atendimento mínimo (...) Tem município que fica alguns dias sem ter médico clínico geral. É uma situação muito delicada no nosso interior. Nós temos municípios que os médicos cobram 30, 60 mil pra passar 10 dias no município. ” (Sujeito 1)*

*“Na verdade, a gente ainda descobriu que tem poucos municípios que teriam condições de absorver esse serviço, por conta das nossas deficiências de profissionais nas localidades mais distantes, principalmente. Nas maiores a gente consegue ainda ter um ou dois profissionais que possam ajudar a contribuir, mas a maioria infelizmente a gente encontra essa dificuldade, o que dificulta o acesso para as pessoas que precisam dos serviços.” (Sujeito 3)*

Há uma relevante escassez de recursos em saúde na Amazônia Legal, são eles humanos, insumos, infraestrutura física, equipamentos e medicamentos. Na Amazônia, podemos separar conceitualmente dois fatores determinantes da saúde da população e oferta de serviços em saúde, o primeiro seria o exógeno como clima, geografia, heterogeneidade epidemiológica e sociocultural, sendo alguns deles imutáveis como geografia ou o próprio clima. O segundo fator seria os endógenos relacionados a políticas públicas, questões de governança, financiamento, gestão e planejamento, e disponibilidade de insumos diretos (recursos físicos e humanos) para a produção de serviços (ROCHA *et al.*, 2022).

Entre prioridades para resolver essa escassez de recursos, citamos a disponibilidade de recursos financeiros que garantam às unidades de saúde condições básicas necessárias ao funcionamento como acesso à energia, saneamento, sistemas de comunicação e notificação adequada. Quanto aos recursos humanos, é importante avançar de modo efetivo em estratégias de provimento e fixação de profissionais de saúde na região. Parte importante deste esforço pode ser coordenada em nível macro, com o governo federal e estados com maior protagonismo em ações que incentivem a interiorização de profissionais de saúde. Isso pode se dar, por exemplo, com o fortalecimento do Programa Mais Médicos (PMM), com a expansão de programas de residência específicos para a Amazônia, de parcerias entre universidades e governos estaduais, com a valorização dos profissionais e através de contratos de trabalho cujo

desenho induza a diminuição da rotatividade e o alongamento do vínculo dos profissionais com o território (ROCHA *et al.*, 2022).

Outro ponto importante levantado nas entrevistas é a necessidade de melhor entendimento dos gestores sobre o funcionamento das regiões de saúde e o engajamento estratégico e financeiro em ações intermunicipais dentro das redes de atenção para oferecer serviços de qualidade para a população. Os entrevistados afirmam:

*“Ainda tem uma dificuldade muito grande entre os secretários de saúde e os prefeitos dos municípios do interior entendam o que é o funcionamento de uma regional. De uma região de saúde (...) Eles não entendem que, por exemplo, eu vou usar uma parte do recurso do meu município pra o município polo, pra que ele possa atender a minha população, uma vez que eu não tenho condição de oferecer esse serviço. Geralmente, os municípios menores querem mandar sua população para o município polo, mas sem uma contrapartida. E aí, como é que o município polo também aguenta tudo isso, né? ” (Sujeito 1)*

*“É por isso que eu digo a sensibilização para os prefeitos, os gestores municipais, a governança municipal é muito importante pra gente poder avançar. Eles precisam entender que é importante pra gente dar uma qualidade de vida melhor pros munícipes a gente precisa que eles estejam um pouco mais “abertos” e flexíveis pra entenderem que a saúde não é sozinha, não é só ter um hospital dentro do município não, precisa muito além, muito mais do que isso, precisa dos parceiros (...) Eu penso que eles tenham talvez medo de dividir o dinheiro deles, só pode ser, medo de não dar certo, aquela intriga política. ” (Sujeito 3)*

Um estudo realizado por Garnelo, Sousa e Silva (2017) em uma das regionais de saúde que compõem o Amazonas analisou o processo de regionalização em saúde no estado do Amazonas e verificou situações como a disparidade entre os municípios, dependência dos recursos de assistência da capital, e desarticulação e competitividade entre os atores administrativos. Consequentemente, notou-se o enfraquecimento das relações entre os municípios, e insuficiência de recursos financeiros e capacidade técnica de gestores com raso conhecimento em relação às agendas e ambiente sociopolítico onde estão inseridos.

### **Classe 3: Monitoramento e avaliação da RCPD**

Nesta classe, as palavras com mais destaques foram: monitoramento, situação, coordenador, responder, conversa, regional, repassar e conhecimento. As entrevistas trazem informações que revelam desafios e fragilidades nas ações de monitoramento dentro da Rede, os quais deveriam ser propostos pelo próprio Grupo Condutor. Os relatos dos entrevistados parecem dispersos em relação a esta pauta. Ao que se nota, alguma atividade de acompanhamento e supervisão é realizada pelo Grupo Condutor, mas não de forma padronizada e assertiva, como se lê:

*“Nós não temos instrumentos de monitoramento e de avaliação. Não fazemos monitoramento e avaliação. Existe um monitoramento, uma avaliação que ainda não acontece de forma sistemática, mas que surgiu pela necessidade de a gente conhecer o que, de fato, havia nos serviços. A gente não faz aquele monitoramento objetivo e quantitativo, a gente faz um monitoramento qualitativo. A gente tá ali acompanhando.”* (Sujeito 1)

*“Normalmente quando a gente precisa fazer monitoramento, quem faz é a coordenação da rede mesmo, a rede da pessoa com deficiência. Monitoramento, verificação de serviço. Nós temos um passo a passo, ele é um dos anexos discutidos de reabilitação e dentro dele a gente tem todo um check list, tanto de RH, quanto de equipamentos, estruturas mínimas. E aí assim, tudo isso que é levantado ele é colocado para o grupo condutor e o grupo condutor pactua ou, de alguma forma, tem ciência do que está acontecendo e depois a gente leva para CIB.”* (Sujeito 2)

*“Primeiro é o monitoramento do que é habilitado, então nós não monitoramos aquilo que não é habilitado. A gente faz a visita, não de monitoramento, mas uma visita de habilitação, para verificar se obedece aos requisitos mínimos. Então esse momento aqui de monitoramento, a gente só monitora os nossos serviços que são habilitados, que é a oficina ortopédica e o CER-3.”* (Sujeito 2)

Diante das falas, verifica-se a necessidade de ajustes quanto a estas ações que implicam diretamente na continuidade e efetividade dos serviços nos componentes da atenção no estado. Para Carvalho *et al* (2012) o acompanhamento e monitoramento do processo de implantação/operacionalização da RCPD deve ser rotineiro, sistemático e contínuo visando obter informações relevantes para, em tempo oportuno, subsidiar tomada de decisão, redução de problemas e correção de rumos. No monitoramento verifica-se a realização das atividades para implantação da RCPD e a existência de mudanças. A avaliação, por sua vez, verifica valores e méritos de programas e políticas, utiliza um rigor maior nos procedimentos metodológicos e amplia a compreensão sobre a RCPD, que é o objeto da avaliação.

Imagine pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, como seria voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água? Essa navegação desorientada pode ser comparada a um processo que é executado e não é monitorado e avaliado. Presume-se que uma atividade desenvolvida com essa característica se afasta da possibilidade de alcance dos seus objetivos. Realizar e não registrar, registrar e não acompanhar, acompanhar e não intervir, fragilizam as ações de saúde deixando-as à mercê do acaso e da informalidade.

Apesar de Felisberto e colaboradores em 2010 afirmarem que o processo de institucionalização da avaliação no SUS está em um processo incipiente, que precisaria de uma cultura avaliativa com inserção da avaliação na rotina dos serviços, é necessário explicitar a perspectiva útil da avaliação e monitoramento que possibilite a inclusão/interferência dos diferentes grupos envolvidos como prestadores, profissionais, usuários, gestores, potencializando e renovando a avaliação no cotidiano.

É necessário estabelecer o uso rotineiro dos instrumentos de planejamento e gestão formais do SUS, como o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG). O PS é prospectivo quadrienal, registra as intenções e resultados a serem alcançados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes, metas e indicadores. Já o PAS é prospectivo anual, contém os registros da operacionalização das intenções que constam no PS, deve conter indicadores de monitoramento, conjunto de ações anuais para alcançar os objetivos e metas do PS, assim como a previsão de alocação de recursos orçamentários. E por fim o RAG é retrospectivo anual, registra os resultados alcançados no PAS.

Outro instrumento jurídico que funciona como um mecanismo de fortalecimento e concretização da governança regional do SUS é o Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde - COAP (BRASIL, 2014). É um instrumento legal de reforço para a governança sistêmica da rede que firmará os acordos de colaboração entre os entes federativos, permitindo a integração das atividades e serviços, de forma a garantir o atendimento às necessidades de saúde (SENRA *et al.*, 2013).

Outro aspecto levantado foi sobre a função do coordenador de redes de atenção e a importância deste indivíduo na mediação de conversas e acordos para compreensão das diferentes necessidades que o estado apresenta, bem como as tratativas que dão ritmo às ações dentro da Rede.

*“Então hoje a gente tem essa preocupação, a gente tem uma conversa. No ano passado foi criado na SEA Capital, a função do Coordenador das Redes de Atenção, e eu acho que isso ajudou muito porque agora tem essa promoção da conversa entre as redes. Então hoje eu acho que a partir do momento que se criou esse posto, esse cargo de coordenação de redes, eu acho que fortaleceu muito nosso serviço. Porque, por exemplo, nós temos situações aqui que a própria Secretaria enquanto gestão não tinha conhecimento, não tinha domínio, não tinha atuação.” (Sujeito 1)*

*“Os municípios pequenos não podem fazer diretamente a inserção de serviços, solicitar habilitação junto ao ministério. A gente tem que, de certa forma, não tutelar, mas facilitar o processo deles via coordenação.” (Sujeito2)*

A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações, definir objetivos e metas que devem ser realizadas em curto, médio e longo prazos para cumprir a missão e a visão, articular as políticas institucionais para o alcance dos objetivos e metas, e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização (BRASIL, 2010). São propostos três atributos desejáveis para uma boa governança do sistema: a abrangência de governança de toda a rede, isto é, uma perspectiva sistêmica no processo decisório estratégico; a responsabilidade com a população adscrita à

RAS; e a coordenação entre as diferentes instituições que compõem a RAS para assegurar a consistência na missão, na visão e nos objetivos estratégicos (VÁZQUEZ *et al*, 2005).

Ressalta-se a relevância do Grupo Condutor nas ações voltadas à PcD, devendo exercer papel importante na governança gerencial da Rede, juntamente com outros entes (Ribeiro *et al.*, 2022). A governança é o arranjo organizativo que permite a gestão dos demais componentes das RAS, gerando a cooperação entre os atores sociais envolvidos na rede temática da atenção à saúde, no sentido de obter resultados sanitários e econômicos para a população em questão (MENDES, 2010). Nos estados, o sistema de governança institucional se materializa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), mas a governança gerencial efetiva-se através dos Grupo Condutores das redes temáticas e dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos das redes temáticas (MENDES, 2010).

Por último, ainda nesta classe, é importante falar sobre repasse de informações entre coordenadores da RCPD. Os entrevistados expuseram a dificuldade que tiveram em ter informações quando havia troca de gestores e como isso desacelera o processo de implantação da Rede, como discorrem:

*“A gente chegou organizando um pouco as coisas porque quando a nossa equipe chegou, nem o próprio levantamento de quantos serviços existiam... Tudo isso não nos foi repassado. Então, no começo desse ano, eu tive a oportunidade de conhecer uma pessoa que já tinha sido coordenadora. E aí ela me passou alguns documentos... ‘olha, na época eu fazia isso’... ‘Opa, por favor, o quê que tu tem pra me passar?’ ... né? E pra gente poder, pegar e conhecer. ” (Sujeito 1)*

*“É difícil você pegar a coisa já do meio pro fim e não ter assim, quem te diga. A gente vai descobrindo as coisas e assim. Tem documentos que a gente não achou, repasse de uma coordenação pra outra. Tem algumas coordenações que nessa transição, não repassaram informações e a gente vai descobrindo aos poucos. ” (Sujeito 2)*

É visível na fala dos entrevistados a falta de compromisso e responsabilidade dos coordenadores e gestores que saem dos seus cargos, seja por mudança de governo ou troca de cargos, sem assegurar uma transição saudável com os novos gestores. Pelos relatos, é possível vislumbrar que os gestores da RCPD não tenham informações importantes por não fazer parte da rotina o monitoramento e avaliação das ações de implantação e operacionalização da RCPD. Mesmo assim, é importante entregar as funções e deixar claro o que foi feito, o que precisa ser feito e até onde foi feito. Sem essa transição, a população sofre por uma nova gestão precisar de meses para retomar as ações em saúde da RCPD.

As prioridades das ações na classe 3 são instituir o processo de monitoramento e avaliação da implantação da RCPD, apoiar as ações de coordenação dos municípios pólo do interior, assim como municípios menores do Amazonas. Por fim, o Cadastro Nacional dos Gestores

Municipais seria uma solução para a falha que existe hoje nas transições de governo, com um sistema que armazena as informações relevantes das ações do município e assegura a continuidade e longitudinalidade do cuidado.

#### **Classe 4: Contexto histórico-político da operacionalização**

Esta classe representa declarações a respeito da construção da Rede através dos anos e os impasses que aconteceram por diversos motivos, dentre eles, mudanças no contexto político estadual. Também aborda a importância de o Grupo Condutor conhecer os pontos que compõem a Rede e as realidades onde estão inseridos para planejar e qualificar a oferta de cuidado, o que parece estar fortemente ligado à capacidade de monitoramento e avaliação trazida na classe anterior. As palavras com maior ênfase foram: ano, grupo condutor, cuidado, coordenação, conhecer, lembrar.

A seguir algumas declarações que abordam marcos específicos na construção da Rede:

*“Bom, no final de 2013 nós tivemos a habilitação do CER III. Primeiro serviço especializado, e uma oficina ortopédica que, se eu não me engano, também é de 2013, que funciona dentro da Policlínica Antônio Aleixo. E aí isso era o que nós tínhamos. ” (Sujeito 1)*

*“Eu tô no grupo condutor desde o final de 2017, eu acho que eu entrei no GC ou em Dezembro de 2017 ou em Janeiro de 2018. Em novembro de 2017 eu cheguei na coordenação, fiquei como coordenadora, e em março de 2019, fevereiro pra março desse eu ano pedi pra sair da coordenação e ficar só como técnica. ” (Sujeito 1)*

*“Em 2017 nós tínhamos um rascunho de um plano que vinha há muito tempo. Era ajustado, era modificado, alguém entrava, alguém saía, e ele não ia pra frente, né? Eu acho que por conta da própria questão política e de mudanças, haviam as mudanças, e as situações não tinham uma continuidade, né? ” (Sujeito 1)*

Um fator a ser destacado no processo de operacionalização da RCPD no Amazonas é a frequente mudança de governos e gestores de saúde ao longo dos anos, principalmente entre 2012 e 2019, período de implantação da RCPD. Nessa fase, o Amazonas foi administrado por quatro governos diferentes. O primeiro iniciou com o mandato de Omar Aziz, reeleito em 2011 e permanecendo no cargo até 2014, quando renunciou seu mandato para concorrer ao Senado. Sua gestão foi assumida pelo então vice-governador José Melo de Oliveira até o final de 2014, que foi reeleito e permaneceu no cargo até 31 de março de 2017, quando teve seu mandato cassado pelo Tribunal Regional Eleitoral do Amazonas – TRE-AM por compra de votos na eleição de 2014. Para assumir interinamente o governo, assumiu Davi Almeida, então presidente da Assembleia Legislativa do Amazonas, que permaneceu por nove meses. Nesta época, foram realizadas novas eleições para o cargo e de outubro de 2017 até 31 de dezembro de 2019, o governo foi assumido por Amazonino Mendes. A partir deste mandato, a política no

estado retoma a sua regularidade de gestão, porém, a transição de governos trouxe como consequência entraves para o avanço de políticas públicas de saúde, repercutindo na implantação lenta e tardia da RCPD no estado. O primeiro Grupo Condutor Estadual, formado em 2012, sofreu modificações de membros e gestores juntamente com os governos ao longo do tempo, resultando principalmente na falta de um Plano Estadual e Operativo consistente (Ribeiro *et al.*, 2022) **REFERENCIA DO CAPITULO AQUI.**

Os entrevistados falam ainda sobre como percebem a situação atual de implantação no estado, e os desafios encontrados em relação aos Planos de Ação estadual e regionais da Rede:

*“Não é um processo que a gente já instituiu de fato. Até porque é somente em 2018, no final do ano de 2018 que a gente conseguiu elaborar o plano estadual da rede de cuidados à pessoa com deficiência.”* (Sujeito 2)

*“A gente não tem os planos regionais porque as CIR estavam desativadas há muito tempo. Elas foram reativadas agora em 2019, esse mês passado.”* (Sujeito 1)

Apenas a partir de 2018 foi observado maior empenho em ações de adesão à RCPD, como consequência da segunda formação do Grupo Condutor Estadual. O que permitiu a aprovação do Plano Estadual da Rede, bem como o Plano Operativo Estadual para a população com deficiência intelectual. Foi notório que as ações inerentes à rede caminharam para execuções em maior quantidade dentro de um intervalo menor de tempo, ressaltando o quão importante é a presença ativa do Grupo Condutor no processo de implantação da rede. Entretanto, no que tange a elaboração do desenho regional da RCPD pela CIR, pactuação do desenho e proposta de Plano de Ação Regional da RCPD, houve apenas menção da RCPD em apresentações das Redes de Atenção à Saúde e plano de ação estadual, assim como houve apresentação de forma efetiva somente a pactuação do desenho regional do estado e da proposta de ação regional, mas não alcançou as nove regiões do Amazonas (RIBEIRO *et al.*, 2022) **ver nota prof Kátia.**

Os participantes falaram ainda um pouco sobre o desafio de conhecer as necessidades da população e as potencialidades dos serviços para qualificar o atendimento:

*“A Rede da Pessoa com Deficiência não funcionava como Rede, eram sempre pontos isolados. Era sempre um serviço isolado.”* (Sujeito 3)

*“A gente precisa fazer o CER funcionar com sua plena capacidade e funcionalidade. Então a gente precisa identificar as necessidades. E aí a gente fez visita na unidade, levantou todos esses pontos, pra dizer: ‘opa, o que precisa?’ ”* (Sujeito 1)

*“O macro é o que pesa mais junto a coordenação, porque a gente acompanha todos os processos de aquisição de equipamentos para essas unidades. É, o processo de capacitação tudo é acompanhado pela coordenação.”* (Sujeito 2)

*“Porque na época o conhecimento que a gente tinha da rede em si era bem inferior ao conhecimento que a gente tem hoje, né? Então a gente fez o plano e a gente tá fazendo a revisão do plano agora, conhecendo mais da realidade tanto da capital quanto do interior, pra poder fazer ele mais viável.”* (Sujeito 1)

Machado *et al* (2018), realizaram um estudo de análise das implicações da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde com base nas políticas e literatura. Os resultados verificaram como mudanças estruturais interferem no fluxo de atendimentos dos usuários, e apontaram ainda sobre competências em relação aos profissionais que atuam nos pontos de atenção enquanto conhecedores das realidades vividas pelos usuários dos serviços de saúde que prestam. Considerou ainda a necessidade da articulação desses pontos de atenção como princípio básico para o funcionamento coeso do sistema, de maneira que assegure o cuidado às pessoas com deficiência de forma integral.

Alguns trechos falam sobre o cuidado da gestão em relação a organização dos serviços para a pessoa com deficiência e como a Rede faz diferença na vida do usuário:

*“O que mais ajudou foi a vontade da gestora, a vontade da gestão em querer buscar esse cuidado, com essas pessoas, realmente foi impulsionadora, foi bom. Agora dificuldades, é realmente criar os centros, é muito difícil porque como instituição pública a gente precisa de licitação, aqueles trâmites burocráticos.”* (Sujeito 3)

*“Agora a gente está realmente pensando no contínuo do atendimento, nas linhas de cuidado. Não é só o paciente dentro do CER, mas é ele antes, ele depois. Por onde ele vai passar, o que ele precisa em todas as etapas.”* (Sujeito 1)

*“Mas a gente tem toda uma rede de cuidados que também envolvem o terceiro setor são organizações governamentais que também atendem, apesar de não serem habilitados.”* (Sujeito 2)

É válido ressaltar que a primeira composição de grupo condutor foi feita em 2012, porém sem muitas ações verificáveis em arquivos e documentos. Seis anos depois, no início de 2018 foi feita então a segunda composição da qual os participantes desta entrevista fazem parte e assim relatam a realidade atual. O intervalo que se pôs entre as duas formações tornou-se um grande vazio de informações sobre as ações da Rede no estado, refletindo-se num recomeço de trabalho para a gestão da Rede, com o desafio de sanar problemas que se arrastaram pelos anos e agora necessitam de soluções elaboradas (Ribeiro *et al.*, 2022). Os entrevistados confirmam esta realidade:

*“O convênio de equipamento do CER III, que é de 2013, até hoje não foi concluído. Então o CER III foi habilitado e nunca recebeu os equipamentos. Então, por exemplo, como montar um ginásio de fisioterapia para reabilitação se o repasse nunca foi feito pelo Ministério para cá.”* (Sujeito 3)

*“A gente tem dificuldade de implantar os protocolos mesmo, de funcionar fluxo de atendimentos. A gente tem vícios na rede, ou seja, precisa reformular todo esse serviço aqui. E a gente está nesse processo. A gente já colocou uma nova coordenação. A gente tem uma fragilidade, enquanto estado, na execução do nosso serviço, por falta de, é questões administrativas mesmo.”* (Sujeito 2)

## Classe 2: Serviços de saúde da RCPD

Esta classe foi marcada por declarações com foco nos centros de reabilitação, como acontecem os procedimentos, a fisioterapia e o paciente. As palavras mais citadas foram: cer, policlínica, fisioterapia, modalidade, reabilitação, procedimento, paciente. A seguir, algumas falas sobre como estão os centros de reabilitação, as dificuldades encontradas para novas habilitações, além do enfoque no paciente e no CER como um dos dispositivos de atenção que precisa ser complementado pelos outros componentes:

*“E nesse CER IV eu percebi o quanto é difícil, porque tem que ver os recursos humanos, tem que ver equipamentos, a própria obra, da licitação ver se está tudo direitinho, tudo muito bem pensado no sentido assim de que possa facilitar ao máximo o acesso às pessoas que precisam dos serviços.” (Sujeito 1)*

*“Eu sei que o CER atende também pessoas do interior, mas que precisam se deslocar até a capital. E pelo que a gente identificou, o CER, ele era muito visto como um ponto de concessão de OPM's né? E a parte de reabilitação, a gente tá vindo resgatar nos últimos meses.” (Sujeito 1)*

*“A gente tem uma questão que não é porque essa pessoa tem uma deficiência física, por exemplo, que ela só vai poder ser atendida no CER, ela tem outras questões de saúde, ela precisa passar por todos os dispositivos de saúde e vai precisar. E as pessoas precisam estar preparadas para serem atendidas. Não é só o paciente dentro do CER, mas é ele antes, ele depois. Por onde ele vai passar, o que ele precisa em todas as etapas. E a gente precisa se questionar até qual é o momento que ele entra no CER e qual é o momento que ele sai do CER.” (Sujeito 3)*

O CER é o ponto central da rede, seu “coração”, e deve partir de seus profissionais a organização do cuidado, sempre em conjunto com toda a rede e considerando a Atenção Básica como centro de comunicação, através do diálogo, da gestão e do planejamento ordenado das ações. Para tanto, o uso de forma mais sistemática de dispositivos que favorecem a integração entre os pontos da RCPD, a exemplo do Projeto Terapêutico Singular e do apoio matricial, deve ser estimulado e discutido nas ações de educação permanente.

Foi relatado também um déficit em profissionais da saúde durante o processo de habilitação dos serviços, especificamente fisioterapeutas para atuação nos centros de reabilitação:

*“Porque eu tenho a parte da fisioterapia na parte da deficiência visual e aí o que gente tem? A gente não tem ninguém capacitado na rede para atuar? Então a gente precisa capacitar.” (Sujeito 3)*

*“Mas nós só tínhamos um fisioterapeuta. Nós tínhamos dois fisioterapeutas, aí um era pra reabilitação física e outro era pra mensuração, avaliação e indicação de órteses e próteses.” (Sujeito 1)*

A habilitação dos centros de reabilitação em alguns municípios do interior ainda não ocorreu e o Grupo condutor Estadual tem encontrado dificuldades para fazer as gestões municipais entenderem como se dá a tramitação burocrática para habilitação dos serviços:

*“No interior, muita gente tem a visão de que, se eu tenho um serviço de reabilitação física, eu tenho um serviço de fisioterapia, eu posso habilitar como CER.” (Sujeito 3)*

*“Itacoatiara estava dentro do plano, aliás, ele está no plano previsto para implantar, queria implantar, mas quando a gente foi fazer a visita para fazer o levantamento dos requisitos mínimos, ela disse que não teria como termos profissionais por conta da questão do valor mesmo. Então dentre esses fatores assim, econômico, a gestão ela quer primeiro receber, para poder depois se adequar. Eles querem recurso e com esse recurso eles vão ter condição de executar o serviço. O governo federal diz que não. A Portaria diz que primeiro tem que está tudo adequado segundo a legislação para poder eles habilitarem.” (Sujeito 2)*

Diante das manifestações dos entrevistados, ficam claras as dificuldades e barreiras da RCPD, e o quanto ainda precisa avançar na implantação da rede e consolidar a operacionalização do funcionamento da RCPD. Nesse contexto, o Grupo Conductor Estadual é o ator principal na governança gerencial da rede, além de acompanhar as ações de atenção à saúde definidas por cada componente da Rede e implantação de diretrizes clínicas e protocolos. Independente dos arranjos na composição dos GC, é reconhecido o protagonismo destes Grupos enquanto espaço de governança gerencial da Rede, revelando a importância dos mesmos na perspectiva de uma regionalização cooperativa, com fortalecimento da colaboração no processo de pactuação articulada entre regiões de saúde.

A característica continental do Amazonas demanda a instituição de instâncias de governança regionais como espaços de reinterpretação e gestão das políticas estaduais nos diferentes territórios sanitários regionais, convocando o que Mendes (2011) denomina de regionalização cooperativa. Esse processo de regionalização ajusta-se a uma definição de regiões de saúde como recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de características culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhadas do território (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Cabe ressaltar a relevância da governança regional como estratégia política regional, com capacidade para responder aos desafios contemporâneos e à perda de função dos governos centrais em nível das regiões de saúde (RIBEIRO; TANAKA; DENIS, 2017). Assim, fortalecer essas regiões assegurando sua governança, com autonomia para elaborar seus planos de ação e fazer suas pactuações, destaca-se como importante papel dos GCs. Estes devem ser espaços de elaboração dos Planos de Ação das Redes, assim como deve impulsionar a elaboração dos Planos de Ação Regional (PAR), onde esses planos são essenciais para definição de objetivos, planos e metas a serem alcançadas pelo estado e regiões (RIBEIRO *et al.*, 2022).

Embora dar suporte às regiões de saúde na elaboração dos PAR não estivesse previsto na Portaria 793 como função dos GCs, oferecer esse suporte revela-se de suma importância,

considerando a falta de cultura de planejamento em algumas regiões de saúde, com dificuldades no uso de instrumentos de planejamento, que pode resultar na falta de adesão da região à implantação da RCPD (RIBEIRO *et al.*, 2022).

### NUVEM DE PALAVRAS



Além do recurso do dendograma, utilizado na abordagem anterior, o software IRAMUTEQ também disponibiliza para análise a chamada Nuvem de Palavras. Trata-se de reunião dos principais termos encontrados nos materiais analisados, conforme a sua frequência verificada nos discursos. Como no item anterior, o produto aqui apresentado é resultante da análise das entrevistas realizadas com os três representantes do Grupo Condutor Estadual do Amazonas. De acordo com o agrupamento da nuvem

de palavras, verificou-se que as palavras que obtiveram maior frequência foram: gente, não, cer, deficiência, pessoa, serviço e saúde.

A constância do uso da palavra “não” pode ser interpretada como uma manifestação das carências verificadas na Rede em relação àquilo que é previsto na portaria que baseou a entrevista e pesquisa.

A palavra gente, tem o sentido de grupo de fato. Os participantes se apresentavam sempre como coletividade e não individualmente quando respondiam às questões relativas à implantação da rede, aos serviços, ganhos ou dificuldades. Entende-se, portanto, este termo como a manifestação de um sentimento de parceria no grupo para o enfrentamento dos desafios percebidos na construção da Rede.

A frequência da palavra serviço traz a ideia de ações em saúde para as pessoas com deficiência, o que reflete a preocupação e compromisso dos membros do Grupo Condutor do Amazonas com a efetivação e estabelecimento de todos os serviços e ações em saúde previstos para a população interessada, o que podemos concluir em última instância que estão no caminho do cuidado integral às pessoas com deficiência.

As demais palavras verificadas têm em si mesmas a explicação para o destaque da sua frequência, uma vez que se trata de declarações a respeito de uma política de saúde que ainda está em construção, buscando aprimorar os serviços do sistema público de saúde para a pessoa com deficiência.

Importante ressaltar a ausência das palavras GRUPO e CONDUTOR na nuvem de palavras, o que pode demonstrar uma baixa relevância até o momento, do funcionamento do Grupo Condutor no exercício do seu papel de centralidade na implementação e operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

## **CONCLUSÃO**

Neste trabalho, foi observada a percepção do Grupo Condutor a respeito da operacionalização da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência no Amazonas e como se deu o início deste atual grupo, desde 2017. Diversas barreiras foram encontradas durante a sua implantação no estado, implantação esta que continua ocorrendo de maneira gradual e tardia. O grupo condutor tem cumprido parcialmente seu papel na rede, atendendo a uma das etapas de implantação da mesma, porém ainda existem muitos desafios a serem superados como o monitoramento das ações, a integralização e regionalização da rede de cuidado nas áreas que compreendem os municípios menores e mais carentes, e a centralização de serviços em Manaus.

Foi levantada ainda a falta de recursos para ampliação de serviços de atenção em todo o estado, além de outras falhas no processo de implantação da rede. Ainda, foi relatada a necessidade de maior entendimento e, conseqüentemente, interesse político dos gestores municipais para a operacionalização desta política nos municípios e regiões que abrangem o interior do estado. Apesar de tantas necessidades evidenciadas no processo de implantação da Rede no Amazonas, ficou claro o interesse da atual gestão em buscar melhorias e adequações para qualificação dos serviços e mitigação de situações que implicam no distanciamento das recomendações dadas pelo Ministério da Saúde para atenção às pessoas com deficiência.

A implantação dessa política como meio de ampliar a capacidade de acolhimento, cuidado à saúde e qualidade de vida das pessoas com deficiência exige pesquisas, debates e reflexões contínuas sobre os desenhos da rede nas diferentes realidades regionais frente à diversidade e às dimensões do Brasil, justificando, portanto, o estudo do processo de implantação da Rede no Amazonas. Logo, é fundamental conhecer a realidade, promover a discussão e reflexão, a fim de fornecer elementos úteis para o planejamento de ações e definição de prioridades para implantação de políticas públicas de atenção à saúde das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em 27 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em 27 nov. 2022.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm)>. Acesso em 22 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 1.060, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em 27 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em 27 nov. 2022.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[https://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)>. Acesso em 28 nov. 2022.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Notas Breves, Interface, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/fYr9n9vrBQcMddbRWStqfm/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 10 nov. 2022.

CARVALHO, A. L. B. DE *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 4, p. 901–911, abr. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>>. Acesso em 27 nov. 2022.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. Cadernos de Saúde Pública, v. 24, n. 9, p. 2091–2102, set. 2008. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/csp/a/7SxM8SGZL8JJSsKNDSpyHcf/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 28 nov. 2022.

GARNELO, L; SOUSA A.B.L.; SILVA C.O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1225-1234, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/j77vcsPR76Hxb6zjPzD9bHS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em 13 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em 22 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em 22 nov. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)>. Acesso em 22 nov. 2022.

MACHADO W. C. A., PEREIRA J. S., SCHOELLER S. D., JÚLIO L. C., MARTINS M. M. F. P. S., FIGUEIREDO N. M. A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm*, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDf8xf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 10 nov. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011. 549 p.: il. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)>. Acesso em: 28 nov. 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 27 nov. 2022.

MOIMAZ S. A. S.; AMARAL; M.A.; MIOTTO, A. M. M.; COSTA, I. C. C.; GARBIN, C.A.S. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. *Rev. Saúde e pesquisa*, Paraná, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5649>>. Acesso em 27 nov. 2022.

OLIVEIRA, A. E. F. DE; REIS, R. S. Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Banco Mundial. Relatório Mundial sobre a Deficiência. Genebra, 2011. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/relatorio-mundial-sobre-a-deficiencia/>>. Acesso em 22 nov. 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 3, p.

e320315, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320315>>. Acesso em 27 nov. 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e200767, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2021.v25/e200767/>>. Acesso em 27 nov. 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. S. (org.). *Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis*. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1075-1084, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kg6ybTgMhW3XJwBMmWwbjgt/?format=pdf&lang=pt.>> Acesso em 27 nov. 2022.

ROCHA, R. *et al.* *A Saúde na Amazônia Legal: Uma Agenda para Ação: Amazônia 2030*. [s.l.] IMAZON, IEPS, PUC Rio, Climate Policy Initiative, mar. 2022. Disponível em: <<https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2022/03/AMZ2030-35.pdf>>. Acesso em 27 nov. 2022.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do *software* IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/abstract/?lang=pt>>, Acesso em 22 nov. 2022.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. ; VARGAS LORENZO, I.; FARRE CALPE, J.; TERRAZA NUNEZ, R. Las Organizaciones sanitarias integradas: una guia para el análisis. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2005, vol.79, n.6, pp.633-643. ISSN 2173-9110. Disponível em: <<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>>. Acesso em 28 nov. 2022.

**CAPÍTULO IV – ANÁLISE DO ACESSO AOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE  
PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO AMAZONAS: O OLHAR DA GESTÃO**

*Artigo a ser submetido para publicação na Revista Cadernos de Saúde Pública*

## **Análise do acesso aos serviços públicos de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas: o olhar da gestão**

### **Acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas**

**Resumo:** Este estudo teve como objetivo analisar o acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência no Amazonas, Brasil, considerando as diversidades populacionais, territoriais e geoclimáticas. Foram realizadas entrevistas a partir de roteiro semiestruturado com 25 participantes, categorizados como representantes de grupos condutores e gestores de saúde em 6 municípios, de 3 regiões de saúde do estado. A análise de conteúdo das entrevistas procedeu com base em 5 dimensões: acesso à informação, aceitabilidade, disponibilidade e acomodação, custos e adequação. Foram identificados pontos críticos a serem trabalhados pela gestão em todas as dimensões analisadas, denunciando restrições de acesso aos serviços para pessoas com deficiência, principalmente as residentes em áreas rurais e remotas, como as comunidades ribeirinhas. Ante a inúmeros obstáculos e um sistema que não tem dialogado com a forma e ritmo de vida na Amazônia, foi notado o esforço de alguns gestores e profissionais para garantir melhores condições de acesso aos serviços para os usuários. São necessários ajustes no planejamento e execução de políticas públicas de maneira que se adaptem ao cenário local, e respondam adequadamente às demandas de pessoas com deficiência em áreas urbanas, rurais e ribeirinhas.

**Palavras-chave:** acesso aos serviços de saúde; serviços de saúde para pessoas com deficiência; áreas remotas; serviços de saúde rural.

## **INTRODUÇÃO**

Produzir e ofertar serviços de saúde compõem uma dinâmica complexa e desafiadora quando se pensa em pluralidade populacional e territorial. No Brasil as diversidades se multiplicam à medida que se observa as particularidades regionais, apontando para a necessidade de construção e ajustes de políticas que possam se adequar e responder às demandas dos usuários de diferentes contextos<sup>1,2</sup>. Nesta conjuntura está o Amazonas, maior estado em extensão territorial da federação, com a segunda menor densidade demográfica do país e situado dentro da região amazônica, local de maior concentração de áreas remotas dentro do Brasil<sup>3</sup>.

As particularidades do estado também se caracterizam pelos fatores geoclimáticos que marcam períodos de cheias e vazantes e determinam o ritmo de vida e as relações sociais dos grupos locais<sup>4</sup>. Em 2014, a nova Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas<sup>5,6</sup>, além de mostrar as diferenças entre os grupos chamados

coletivamente de “rurais”, também destacou a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em responder adequadamente às demandas de saúde dentro dos espaços representados por esta categoria de usuários<sup>1</sup>.

Dentre estes grupos, destacam-se as comunidades ribeirinhas, formadas por grupos de famílias que se diferem do modelo social urbano não somente pela paisagem natural na qual estão emolduradas, mas também na organização social, na divisão de trabalho familiar que visa o coletivo comunitário, no acesso aos recursos financeiros através da negociação de produções agrícolas, caça e pesca que são dependentes das sazonalidades, e nas práticas culturais de cuidado básico em saúde advindas do conhecimento passado entre gerações<sup>7,8</sup>.

Em áreas urbanas, rurais ou ribeirinhas, os indivíduos que compõem as populações são diversos entre si e apresentam condições de vida e necessidades específicas que lhes configuram identificação em outros subgrupos como as pessoas com deficiência (PcD) que, de acordo com o último censo, representam cerca de 7% da população amazonense<sup>9,10</sup>. Este público demanda cuidados contínuos e especializados, conforme suas necessidades de suporte. Faz-se necessário, portanto, que a oferta dos serviços de saúde esteja alinhada aos princípios da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS), permitindo a todos os usuários, em todos os espaços, a atenção e cuidado conforme suas especificidades<sup>11</sup>.

Considerando as complexidades territoriais e organizacionais, a Portaria Nº 4.279 de 30 dezembro de 2010 do Ministério da Saúde (MS) trouxe orientações para implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde<sup>12</sup>. Posteriormente, a Portaria Nº 793 de 24 de abril de 2012 instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), estabelecendo um sistema para criar, ampliar e articular os serviços de saúde para pessoas com deficiência em qualquer condição ou território<sup>13</sup>.

Ainda que documentalmente a RCPD esteja estruturada, é necessário pensar sobre o elo que conecta os serviços da Rede e os usuários: o acesso. As definições e compreensão deste termo podem ser diversas, pois se estabelecem a partir da perspectiva adotada para cada interpretação. Há, porém, entre as diferentes abordagens, uma concordância de sua fundamental importância para a atuação dos sistemas e serviços de saúde, funcionando como um medidor de qualidade e ponto de ajuste entre a necessidade do cliente e o produto do fornecedor<sup>14</sup>.

Após revisão de diversos conceitos e realidades, Levesque, Harris e Russell (2013)<sup>15</sup> notaram que, em geral, as políticas e serviços de saúde têm sido comprometidos pela falta de clareza e consenso sobre o entendimento das dimensões e elementos de composição do acesso. A partir deste ponto de vista, os autores construíram um modelo conceitual de análise de cinco dimensões que integram usuários e fornecedores através de elementos determinantes que

viabilizam a operacionalização do acesso aos serviços de saúde, alinhando demandas e ofertas na produção do cuidado.

Este estudo, portanto, tomou o modelo de Levesque e colaboradores<sup>15</sup> como base conceitual, adotando os elementos de composição das cinco dimensões do acesso na perspectiva dos fornecedores, com o objetivo de analisar o acesso aos serviços de saúde ofertados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado, a partir do olhar dos gestores de políticas e serviços de saúde no Amazonas.

## **METODOLOGIA**

### **Desenho e área de estudo**

Esta pesquisa compõe um estudo maior denominado “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – REDECIN – Brasil”, aprovado com financiamento CNPq (Edital Nº 35/2018), o qual teve o objetivo de analisar o processo de implantação da RCPD no Brasil por meio de uma análise transversal de métodos mistos, com delineamento híbrido<sup>16</sup>.

Trata-se, portanto, de estudo de casos em um recorte regional com abordagem qualitativa, onde foram analisados os resultados de entrevistas realizadas em três regiões de saúde do estado do Amazonas, com graus diferentes de implantação da RCPD, a saber: bom, razoável e incipiente. Para cada região, dois municípios foram selecionados: um com maior concentração de pontos de atenção da Rede e que era referência para reabilitação; e um município contemplado apenas com atenção básica ou com menor quantidade de pontos de atenção especializada.

As indicações das regiões de saúde e municípios foram feitas pelo grupo condutor estadual da RCPD conforme critérios apresentados, sendo eles: Manaus (referência) e Iranduba, na região de Manaus e entorno; Coari (referência) e Anori, na região do Rio Negro e Solimões; Tabatinga (referência) e Benjamin Constant, na região do Alto Solimões. As 3 regiões de saúde escolhidas são as mais numerosas e representam cerca de 75% dos residentes no estado, e os 6 municípios estudados correspondem a aproximadamente 60% dos habitantes do Amazonas<sup>10</sup>.

### **População e Amostra**

A escolha da população se deu, originalmente, a partir do desejo de conhecer o processo de implementação, avaliação e acompanhamento da RCPD no Amazonas, e identificar os desafios que emergiram neste processo. Após contato com indivíduos que se enquadrassem no perfil de atuação dentro da gestão e coordenação dos serviços de saúde vinculados aos três componentes

da RCPD (atenção básica; atenção especializada; e atenção hospitalar, urgência e emergência), foram realizadas 25 entrevistas com diferentes indivíduos conforme descrição e identificação:

- 3 Representantes do Grupo Condutor Estadual: GCE1, GCE2, GCE3;
- 2 Representantes do Grupo Condutor Municipal de Manaus: GCM1, GCM2;
- 1 Representante da Oficina Ortopédica em Manaus: OO1;
- 19 Representantes nos municípios selecionados assim distribuídos: Manaus - Atenção Básica (AB1), Atenção Básica Rural (ABR1), Atenção Odontológica (AO1), Atenção Hospitalar (AH1); Área Técnica da Pessoa com Deficiência (AT1); Iranduba - Atenção Básica (AB2), Atenção Hospitalar (AH2); Coari - Atenção Básica (AB3), Atenção Hospitalar (AH3), Transporte de Urgência e Emergência (TUE3); Anori - Atenção Básica (AB4), Atenção Odontológica (AO4), Atenção Hospitalar (AH4); Tabatinga - Atenção Básica (AB5), Atenção Odontológica (AO5); Benjamin Constant - Atenção Básica (AB6), Atenção Odontológica (AO6), Atenção Hospitalar (AH6); Transporte de Urgência e Emergência (TUE6).

### **Instrumentos e Coleta de Dados**

As entrevistas foram realizadas em modo híbrido devido ao contexto pandêmico da Covid-19. Seis entrevistas foram realizadas online, após agendamento conforme disponibilidade de data e horário dos participantes GCM1, GCM2, AO1, AH1, AB1 e AT1, através da plataforma *Google Meet*. As demais foram feitas *in loco*, com deslocamento (terrestre, fluvial e aéreo) da capital Manaus para os outros cinco municípios selecionados para realização de catorze das dezenove entrevistas restantes.

Para orientar as conversas, foram construídos roteiros semiestruturados, com base nas recomendações e atribuições estabelecidas na Portaria Nº 793/2012, abordando principalmente questões relacionadas à construção da RCPD no estado, participação dos atores e atual situação de implantação e atuação da Rede no Amazonas. Para este estudo nos atentamos especificamente às questões sobre o acesso aos serviços de saúde que emergiram com bastante frequência nos diálogos com os participantes.

### **Análise dos Dados**

Como posto anteriormente, o estudo assumiu como base de análise o modelo teórico sobre acesso a serviços de saúde de Levesque, Harris e Russell<sup>15</sup>, a partir de cinco dimensões: *Approachability*, aqui apresentada como “Acesso à informação”; *Acceptability* ou “Aceitabilidade”; *Availability and acomodation* ou “Disponibilidade e Acomodação”,

*Affortability* ou “Custos Acessíveis”; e *Appropriateness* ou “Adequação”. Todos os conteúdos levantados nas entrevistas realizadas foram analisados considerando estas dimensões e os elementos que as compõem, a partir da perspectiva da gestão dos serviços de saúde, representada pelos 25 participantes mencionados.

As conversas foram gravadas e transcritas integralmente, e analisadas com o auxílio do *software* MAXQDA (versão 22.2.1) que realiza a codificação de segmentos do texto em níveis. Para o estudo detalhado dos temas principais isto, o pesquisador pode atribuir nomes e cores a cada um dos tópicos identificados, permitindo a visualização dentro do material da pesquisa e a revisão da codificação a qualquer momento durante a execução do trabalho. Por fim, o *software* disponibiliza relatórios textuais, numéricos e visuais para a apreciação dos temas mais relevantes e frequentes dentro do conteúdo analisado<sup>17</sup>.

Para este estudo, foram estabelecidas 3 etapas de análise do conteúdo: (1) identificação das dimensões de acesso segundo o modelo adotado<sup>15</sup> com segmentação dos textos e atribuição de cores e nomes, conforme as associações verificadas; (2) exploração dos segmentos por dimensão para detecção dos elementos de composição e interpretação detalhada do conteúdo através de subtemas; e (3) exportação dos relatórios de análise que viabilizaram a composição dos resultados deste trabalho.

### **Aspectos éticos e legais**

O estudo recebeu aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) sob CAAE nº 13083519.3.1001.5188, bem como pelo CEP da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) sob CAAE nº 13083519.3.2008.502. Os objetivos e métodos do estudo foram apresentados aos participantes antes das entrevistas, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e ficaram com uma via para resguardo dos direitos legais.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Com base nas conversas com representantes de grupos condutores e gestores de diferentes áreas de atenção à saúde, foram identificados barreiras e facilitadores de acesso aos serviços de saúde para pessoas com deficiência dentro da RCPD no estado. Os achados foram classificados dentro de dimensões, oportunizando a observação destes elementos a partir do olhar de diversos atores que atuam no fornecimento e gestão dos serviços de saúde na Rede, considerando o contexto e particularidades amazônicas. Os resultados estão expressos a seguir através de quadros com sínteses por dimensão explorada.

### **Acesso à Informação (*Approachability*)**

O termo *approachability* utilizado pelos autores<sup>15</sup> contempla o conhecimento e capacidade de acessar informação sobre tudo que envolve a prestação de serviços de saúde. Nesta dimensão, a tradução “Acesso à Informação” está relacionada ao conhecimento sobre os territórios, serviços e usuários da RCPD, perpassando níveis de Grupo Condutor Estadual, gestores municipais, profissionais de saúde e abordando a própria divulgação de serviços da Rede para a população. Os achados mostram as implicações deste tema na oferta dos serviços (Quadro 1).

Quadro 1 – Síntese de resultados na dimensão “Informação”

| ELEMENTOS  | SÍNTESE DE RESULTADOS  | DECLARAÇÕES   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparência</li> <li>• Divulgação</li> <li>• Informação</li> <li>• Conhecimento</li> <li>• Triagem</li> </ul> | Falha na comunicação dentro do Grupo Condutor Estadual e com gestores e profissionais de saúde | <p>“Nós temos situações aqui que a própria Secretaria enquanto gestão não tinha conhecimento, não tinha domínio, não tinha atuação.” – GCE1</p>   |
|  |  | <p>“A gente vai descobrindo as coisas e assim, tem documentos que a gente não achou, repasse de uma coordenação pra outra. Tem algumas coordenações que nessa transição, não repassa informações ou a gente vai descobrindo aos poucos.” – GCE2</p>   |
|  |  | <p>“Não foi tratado o tema da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, nunca a gente chegou a discutir. Ouvi falar pouco do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, não conheço bem não.” – AB6</p>   |
| Desconhecimento dos usuários em relação à RCPD   |  | <p>“Eu acho que tem muito paciente que não é usuário de OPM porque desconhece. E hoje tem muitas pessoas amputadas, muitos cadeirantes que não têm uma qualidade de vida, têm deformidades, têm um monte de coisas, porque não sabe que a oficina existe.” – OO1</p>  |
|  |  | <p>“É um trabalho extremamente complexo você montar um Plano Municipal de Saúde, vamos pensar ali só na saúde da pessoa com deficiência... Primeira coisa, eu preciso que as pessoas com deficiência entendam o que é a Rede e como ela funciona, que eu acho que é uma coisa que eles não entendem até hoje.” – AT1</p>                                |
|  |  | <p>“Nada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência aqui. Eles não conhecem. Quem cuida deles é a própria equipe multiprofissional da ESF, ela dá o suporte.” – ABR1</p>  |
| Inexistência ou baixa qualidade nos indicadores sobre população com deficiência  |  | <p>“A gente não tem dados sobre pessoa com deficiência. Não existem indicadores. É uma política invisível, então ninguém nunca pensou em colocar ali um parêntese na avaliação do usuário na hora que ele chega na unidade pra assinalar ‘pessoa com deficiência’ ou ‘pessoa sem deficiência’ e se tem a deficiência, se é visual, auditiva.” – AT1</p> |
|  |  | <p>“Eu acho que a gente precisa realmente entrar com orientações mais diretas na atenção básica dos municípios para que eles façam a busca ativa, procurem descobrir quem são e as necessidades pra que a ESF possa chegar a essas pessoas e dar um atendimento pra elas.” – GCE3</p>   |
|  |  | <p>“Nós propusemos a criação de alguns indicadores, e o número de unidades que faziam atendimento à pessoa com deficiência. Uma das atividades era fazer o levantamento das famílias que tinham uma pessoa com deficiência.” – GCM1</p>   |
|  |  | <p>“Não tem como a gente ter um número exato assim. Teríamos que fazer um levantamento pra poder saber uma média por exemplo dessa porcentagem.” – AB4</p>  |
|  |  | <p>“As comunidades geralmente são muito pequenas, mas eu não posso te falar assim: ‘Olha, essa é a quantidade de usuários com deficiência que moram nessas áreas’, eu não tenho esse quantitativo.” – AB1</p>   |

As colocações dos participantes sugerem um efeito cascata na falha de comunicação e desinformação que inicia na descontinuidade de repasse de informações entre integrantes do Grupo Condutor Estadual e segue no desconhecimento dos gestores e profissionais sobre as especificidades dos serviços da RCPD em níveis municipais e regionais. Por fim, encontra-se o usuário que não tem ciência dos serviços aos quais tem direito, pois não foi participado sobre uma Rede estabelecida para o cuidado das pessoas com deficiência. Estas falhas de informação também foram verificadas em uma revisão de estudos realizada por Cunha e colaboradores, que mostrou como o desconhecimento e falta de informações aumentam as disparidades já existentes, tornando-se grandes barreiras no acesso aos serviços de saúde<sup>18</sup>.

Tal situação torna-se mais complexa ao considerar usuários em áreas remotas, onde os desafios em relação à comunicação e informação são maiores. Ainda que a PNSIPCFA tenha elucidado a importância da atenção a estas populações, um estudo realizado em um assentamento em Pernambuco apontou consequências da insciência de profissionais e gestores semelhantes às que aqui foram verificados como o velamento de políticas de saúde, o distanciamento dos gestores e profissionais, e a invisibilidade dos usuários<sup>19</sup>.

Notadamente existe uma grande lacuna em relação aos indicadores sobre a população com deficiência que precisa ser urgentemente trabalhada. Esta realidade também foi verificada em outros estudos onde as manifestações eram similares sobre a ausência de dados sobre pessoas com deficiência e suas necessidades<sup>18</sup>. No entanto, é importante considerar a iniciativa de alguns entrevistados em sugerir ideias para contornar esta situação dentro de suas realidades de trabalho.

É difícil pensar em uma rede de atenção bem estabelecida e que atenda às necessidades de uma população, quando não se tem informações básicas sobre o público alvo desta política. Os planejamentos precisam ser construídos a partir de indicadores seguros que apontem para onde estão as necessidades e, então, elaboradas estratégias de oferta de cuidado que respondam às carências identificadas em cada território<sup>4</sup>.

### **Aceitabilidade** (*Acceptability*)

A dimensão aceitabilidade se compõe de elementos normativos, culturais e sociais que emergem na relação entre os prestadores e usuários e determinam a qualidade e aceitação do serviço. Aqui são apresentadas colocações que expressam a postura de alguns profissionais nos espaços de assistência, podendo ter consequências positivas ou negativas no acesso ao cuidado (Quadro 2).

Quadro 2 – Síntese de resultados na dimensão “Aceitabilidade”

| ELEMENTOS PRINCIPAIS  | SÍNTESE DE RESULTADOS  | DECLARAÇÕES  |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores</li> <li>Profissionais</li> <li>• Normas</li> <li>• Cultura</li> </ul> | <p>O relacionamento empático com o usuário cria pontes de acesso no atendimento</p>                            | <p><i>“A gente já teve situação de paciente que veio idoso e não conseguia por exemplo ficar na cama, a gente conseguiu adaptar armador de rede porque ele só conseguia deitar na rede.” – AH4</i></p>   |
|   |  | <p><i>“Nós temos equipes aqui que viajam quatro vezes por semana, mais do que preconiza o ministério, e eles não se incomodam com isso, eles mesmos que cobram, eles querem ir mais vezes na comunidade pra tentar dar um suporte maior.” – AB2</i></p>  |
|   |  | <p><i>“Já teve um ponto que eles ficaram aqui na entrada e aí foi me dando pena. Pai, mãe e três gurus. Mandeí comprar marmitta e foi escurecendo e eu disse: ‘meu Deus e esse povo vai dormir aonde?’. Eles não tinham onde ficar. Eles acharam que eles iam chegar, fazer o atendimento e voltar. Só que o barco ia passar depois de quase cinco dias, aí a gente conseguiu que alguém levasse eles pra uma casa de apoio.” – ABR1</i></p> |
|   | <p>O comportamento indiferente de alguns profissionais podem se refletir até na descontinuidade do cuidado</p> | <p><i>“E aí nós temos relato de o fisioterapeuta dizer: ‘Não. Você é deficiente físico e não atendemos você. Você tem que ser pro CER’ e mandar para o CER, que é dentro da própria policlínica, mas que, naquele momento, não tinha o espaço e o equipamento para a fisioterapia.” – GCE1</i></p>   |
|   |  | <p><i>“Dentro do nosso município, dentro da nossa realidade, ainda não percebi essa visão, de nós atendermos os deficientes de uma maneira que eles se sintam bem.” – AH6</i></p>  |
|   |  | <p><i>“Ela veio pra ser atendida e aí que ela soube que o médico estava de atestado de cinco dias. Só que na hora que ela foi pedir pra reagendar, destinar pra que outro profissional ajudasse ela, a grossura foi de uma tal forma que a mulher se desesperou, chorou porque ela não tinha dinheiro, ela não tinha o que comer, ela não podia ficar aqui cinco dias esperando, ela não tinha onde ficar.” – ABR1</i></p>                   |

A atuação do profissional de saúde dentro do contexto da atenção pode se tornar facilitador ou barreira para o usuário. Diversas manifestações dos participantes abordaram situações em que a presença ou ausência da empatia foi determinante para que a prestação do cuidado ao usuário fosse realizada. Em geral, profissionais que estavam próximos da realidade do paciente se mostraram mais dispostos a oferecer além do que se esperava das suas funções, facilitando o acesso e continuidade do serviço e demonstrando empatia diante dos desafios com custo, transporte e adaptação que os usuários enfrentam para receber cuidados em saúde<sup>4,20</sup>.

Por outro lado, também emergiram declarações mostrando que alguns profissionais tinham menos inclinação à flexibilidade, suscitando barreiras no atendimento e gerando situações de desconforto físico e emocional para os usuários. Nos discursos dos entrevistados, em geral, os profissionais mencionados nestas circunstâncias atuavam em ambientes coletivos, fixos e com alta rotatividade de pessoas, desconhecendo as diferentes realidades e necessidades ali representadas, como usuários vindos de comunidades ribeirinhas que haviam atravessado longas distâncias até o local de atendimento. Situações dessa natureza fragilizam o elo entre profissional e usuário, limitam o acesso aos serviços, reforçam desigualdades e comprometem o exercício do direito à saúde<sup>18</sup>.

É importante salientar que, ainda que alguns profissionais tenham agido de maneira a favorecer o acesso aos serviços, este comportamento aponta para uma Rede incapaz de ofertar

o atendimento adequado e necessário à população, pois, se assim estivesse, não dependeria da generosidade de profissionais ou gestores para garantir o acesso pleno aos usuários. Outrossim, é importante ressaltar o aspecto cultural positivo de empatia e superação das formalidades para estabelecer pontes de acesso, ainda que este comportamento não seja universal entre gestores e profissionais.

### **Disponibilidade e Acomodação** (*Availability and Acomodation*)

Esta é uma das dimensões com maior frequência de elementos dentro das entrevistas, e onde são abordadas as questões estruturais na oferta dos serviços. Trata-se dos espaços, acessibilidade estrutural, disponibilidade de serviços e recursos humanos, distribuição geográfica dos serviços e equipamentos de saúde, agendas e mecanismos adotados para ofertar os cuidados em diferentes realidades (Quadro 3).

Quadro 3 – Síntese de resultados na dimensão “Disponibilidade e Acomodação”

| ELEMENTOS PRINCIPAIS   | SÍNTESE DE RESULTADOS  | DECLARAÇÕES  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geografia</li> <li>• Localização</li> <li>• Acomodação</li> <li>• Horários</li> <li>• Consulta</li> <li>• Mecanismos</li> </ul> | <p>As características geográficas e climáticas próprias do contexto amazônico, por vezes, dificultam a oferta dos serviços em áreas rurais</p> | <p><i>“Por ser um estado tão grande a gente tem dificuldades geográficas que nos impedem de ser igual àqueles estados que tem um acesso aos serviços mais facilitado. O fator amazônico não é uma realidade e a gente precisa mostrar pro Ministério da Saúde que o nosso estado é diferente.” – GCE3</i></p>  |
|  |  | <p><i>“Teve uma situação que eu cheguei a acompanhar, que ainda não tinham conseguido fazer a ponte. Então tinha mais ou menos uns 10 metros pra chegar na casa e a gente teve que ir até o local por dentro d’água mesmo. Já é uma dificuldade muito grande pra gente, imagina pro próprio deficiente, se locomover e sair.” – TUE6</i></p>   |
|  |  | <p><i>“Nós contamos com a sorte que o período de chuvas diminua. Mas essa UBS, que já tá dentro d’água, provavelmente ela vá passar um mês e meio dentro d’água, alagada. E quando cessa a chuva, não seca do dia pra noite, vem secando devagarzinho. Provavelmente meses ainda essa UBS vai permanecer alagada.” – AH4</i></p>   |
|  |  | <p><i>“E seria até inútil colocar um meio de transporte pra facilitar porque vai causar acidentes porque não tem uma pavimentação, não tem uma organização, são picadas, eles andam em trilha. Então o maior e principal desafio deles é a locomoção. É como eles chegarem e saírem de algum lugar. A extensão territorial é a maior dificuldade da vida deles, principalmente os que estão nas calhas dos rios.” – ABR1</i></p> |
| <p>A quantidade baixa de profissionais para atender as demandas nos diferentes serviços de saúde</p>   | <p>A quantidade baixa de profissionais para atender as demandas nos diferentes serviços de saúde</p>   | <p><i>“A gente descobriu que tem poucos municípios que teriam condições de absorver esse serviço, por conta das nossas deficiências de profissionais nas localidades mais distantes, principalmente.” – GCE3</i></p>   |
|  |  | <p><i>“A equipe do Programa de Atenção Domiciliar reiteradamente questionava a situação que o município precisava ampliar a sua atenção domiciliar e a gente esbarra numa questão de RH efetivo.” – GCM1</i></p>   |
|  |  | <p><i>“Agora eu vim de uma reunião de uma equipe onde relataram muito a deficiência por parte da fisioterapia. Os fisioterapeutas fazem rodizio, ou seja, eles não conseguem fazer todas aquelas sessões e ter um cuidado com mais frequência porque são poucos profissionais.” – AB5</i></p>  |
|  |  | <p><i>“No momento nós não temos uma equipe específica só pra UBS fluvial. Seria o correto, mas, infelizmente, não temos. Então nós fazemos rotatividade. Cada viagem muda os profissionais.” – AB4</i></p>   |

|   |  |
|---|--|
|   | <p><i>“Desafios também em relação à necessidade de profissionais porque hoje a gente tem 2 CEO que a gente só tá com 1 profissional para PcD. A gente precisaria também de mais 2 profissionais porque o ideal é que sempre tenha um profissional no turno da manhã e 1 profissional no turno da tarde para pessoas com deficiência.” – AO1</i></p> <p><i>“Pra você ter uma ideia, nós não temos nenhum fisioterapeuta em unidade rural. Se fono eu já não tenho na rede nos distritos normais, que dirá no rural? Talvez se eu tivesse mais RH poderia direcionar pra coisas mais pontuais e eu diria até especializadas, entendeu?” – AT1</i></p> <p><i>“Não temos NASF em nenhuma unidade. A equipe anterior que esteve aqui na gestão antes de mim fez o projeto para ter, mas ele não foi aprovado.” – ABR1</i></p>   |
| Os aspectos físicos na concepção de acesso incluem aproveitamentos e adaptações de espaço para acessibilidade estrutural nos serviços | <p><i>“A gente não tinha espaço, a gente tinha uma lixeira aqui embaixo, que a gente conversou com o diretor, compramos um esmeril, material e começamos a fazer.” – OO1</i></p> <p><i>“As pessoas têm uma visão de que se eu colocar uma rampa ou se eu botar um banheiro pra pessoa com deficiência, tá ótimo. As pessoas nunca entenderam porque que a pessoa com deficiência tem que ter um banheiro pra ela. Já vi gestor colocar como almoxarifado, trancar ou direcionar como se fosse banheiro exclusivo dos profissionais.” – AB1</i></p> <p><i>“As nossas UBS não foram criadas para serem UBS, elas foram criadas como um ponto de assistência médica, aquelas antigas, com a estrutura parecida com a “porte 1A”, que são as primeiras casinhas do médico da família. O que eu já consegui fazer foi transformar algumas rampas de acesso que a gente não tinha antes. A gente não conseguiu com a SEMSA, mas conseguiu com uma empresa e eles fizeram uma rampa maravilhosa que os meus cadeirantes amaram.” – ABR1</i></p>                     |
| Os mecanismos de atendimento podem mudar para atender as demandas, de acordo com as necessidades identificadas em cada contexto       | <p><i>“O paciente é atendido em casa quando ele realmente não tem como se locomover. É a questão do paciente que não senta, não tem estabilidade em relação à coluna, cadeira de rodas não funciona com ele, enfim.” – AO5</i></p> <p><i>“Na verdade, eu tinha que buscar uma forma de pegar essa pessoa com deficiência de área ribeirinha e conseguir trazê-la pra cá uma ou duas vezes por semana pra fazer o serviço de reabilitação e ela já ser atendida com psicólogo, fisio, fono, TO, fisiatra, ortopedista, neurologista.” – AT1</i></p> <p><i>“Eu tenho cinco pontos de apoio em cada calha do rio. São locais construídos pela população e a gente equipa. De certa forma, a gente aproxima a saúde da comunidade, porque eles não têm meios de transporte facilitado. Então, em vez deles caminharem 30 quilômetros pra chegar na unidade básica, eu levo assistência próximo deles pelo menos 10 quilômetros. Mas eu não tenho CER, e também não tenho a menor aproximação ou facilitação de encaminhamento para esse serviço.” – ABR1</i></p> |

As características geoclimáticas da região amazônica se diferem do restante do país, por isso, é importante perceber como peculiaridades naturais influenciam na organização dos serviços, no dia a dia de trabalho das equipes e na produção do acesso. Tais particularidades despertam a importância do Território Líquido, uma abordagem relevante nas discussões sobre de políticas públicas que atendam populações ribeirinhas, considerando sua particularidade territorial construída em torno das águas.

O conceito de Território Líquido se fundamenta na compreensão da relação dos indivíduos com os ciclos das águas, localmente chamados de cheias e secas. As estradas na Amazônia se fazem predominantemente nos rios, e os períodos sazonais ditam os caminhos e os tempos de deslocamento, sendo o acesso geográfico facilitado em períodos de cheias quando as embarcações conseguem chegar mais perto das comunidades. A própria fixação das famílias nos territórios está atrelada ao período climático, pois as mesmas dependem de plantio e

escoamento das suas produções, sendo por vezes necessário migrarem para diferentes campos de plantio para garantir a sua sobrevivência<sup>21</sup>.

Para a execução das ações nestes ambientes é necessário planejamento para cada período do ano com constante adequação e superação dos desafios encontrados. Nos ciclos das chuvas, as equipes entram em territórios alagados e adaptam os ambientes de trabalho frente às inundações. Nas secas, os profissionais fazem longas caminhadas em terreno aberto e enlameado até a residência dos usuários ou, ainda, adentram trilhas em mata fechada, a despeito dos perigos inerentes à floresta. Neste contexto, a flexibilidade e a adaptação têm se mostrado características essenciais, apontando uma enorme necessidade de elaboração e construção de modelos e equipamentos de atenção à saúde que contemplem as particularidades de territórios em movimento como se vê na Amazônia<sup>1,19,21</sup>.

A insuficiência de profissionais de saúde tem sido notada como fator problemático nas cinco regiões do Brasil, e categorizada como barreira no acesso aos serviços de saúde<sup>20</sup>. Alguns motivos foram levantados para esta realidade no Amazonas: ausência de concursos e processos seletivos; resistência de algumas categorias ao exercício do trabalho nas áreas mais isoladas; e os altos custos de salários para manter médicos especializados no interior do estado. Na capital já se percebe vazios de grande relevância que tomam proporções ainda maiores na medida em que se caminha em direção às localidades com pouca ou nenhuma infraestrutura e mais distantes dos centros urbanos. A limitação da oferta de serviços para os usuários por falta de profissionais sobrecarrega as equipes de atuação em áreas distantes ou isoladas, e compromete a continuidade do cuidado ao usuário<sup>1,19</sup>.

Uma análise crítica sobre força de trabalho feita em estudos internacionais<sup>23</sup> mostrou uma grande carência de profissionais e serviços de reabilitação em vários lugares do mundo, com cenário ainda mais crítico em países de baixa renda na África Subsaariana, Ásia e América Latina. A proporção variou de <0,01 por 10.000 habitantes em países de baixa renda até 25 por 10.000 habitantes em países de alta renda. Dentre os indivíduos mais afetados por esta lacuna assistencial, foram identificadas as pessoas com deficiência que vivem em áreas rurais e remotas, confirmando os apontamentos do Relatório Mundial sobre a Deficiência<sup>24</sup> e a realidade encontrada no território amazônico.

De acordo com o Plano Estadual de Implementação da RCPD<sup>25</sup> em vigência, existem no estado apenas 1 Centro Especializado em Reabilitação do tipo III (modalidades física, auditiva e visual) e 1 Oficina Ortopédica devidamente habilitados, ambos localizados na capital. Ainda que mais de 50% da população amazonense esteja estabelecida na capital Manaus, as dimensões territoriais do Amazonas revelam a necessidade de pulverização e interiorização de serviços de

reabilitação para outras regiões de saúde e, principalmente, que sejam capazes de chegar até os usuários ribeirinhos. Esta carência reforça a insuficiência na disponibilidade de serviços especializados e a desassistência nos processos de reabilitação que demandam continuidade no atendimento e avaliação dos usuários para adequação de condutas.

Os aspectos físicos dentro desta categoria de análise, apresentaram carências que sugerem uma gestão alheia às necessidades, com dificuldades para disponibilizar e adaptar espaços e estruturas apropriados para os serviços, de maneira que favoreçam a acessibilidade e conforto para os usuários. Neste estudo, os participantes manifestaram alguns casos onde notou-se o interesse individual e coletivo em colaborar nas melhorias necessárias para usufruir de serviços com melhor qualidade, evidenciando o envolvimento comunitário na resolução de situações que o poder público não alcançava êxito.

Estudos realizados em outros países, principalmente pobres, também verificaram dificuldades do setor público na provisão de recursos de infraestrutura e insumos, que refletiram em escassez e vazios de assistência em saúde pública sendo, por vezes, preenchidos pelas organizações não governamentais<sup>4</sup>. Uma avaliação das unidades básicas de saúde nos municípios brasileiros<sup>26</sup>, analisou a acessibilidade estrutural externa e interna, e acessibilidade de informação, que incluiu recursos de comunicação para pessoas com deficiência auditiva e visual, e mostrou que a pontuação geral das UBS em todas as regiões foi baixa, sendo os resultados do Norte os mais inferiores. Se estes achados apresentam limitações para acessibilidade em áreas urbanas desenvolvidas, supõe-se que em áreas rurais, com acesso somente fluvial, as condições estruturais estão ainda mais distantes do padrão necessário para pessoas com deficiência.

O último ponto desta dimensão traz falas que remetem às adaptações nas atividades e dinâmicas de oferta dos serviços, com vistas ao melhor atendimento dos usuários. Nos discursos, é clara a necessidade de criar estratégias para a continuidade do cuidado das pessoas com deficiência em áreas ribeirinhas, especialmente com relação aos serviços de manutenção e reabilitação das condições físicas e neurológicas, tema que pode repercutir e tomar proporções ainda mais complexas nos âmbitos familiar e financeiro. Outros trabalhos também fizeram esta análise concluindo que indivíduos que necessitam de reabilitação, mas não dispõem deste serviço, tem sua qualidade de vida prejudicada, podendo acarretar piores nas condições de saúde e demandas maiores de cuidados e gastos para manutenção da saúde<sup>20</sup>.

### **Custos de Acessibilidade** (*Affordability*)

O termo *affordability* compreende os custos envolvidos no acesso aos serviços. Nesta categoria estão reunidas algumas colocações que refletem a capacidade econômica de produção e viabilização aos serviços de saúde na perspectiva dos gestores responsáveis pela oferta de cuidado. Aqui são postos elementos como salários, transportes e demandas alusivas a esta matéria (Quadro 4).

Quadro 4 - Síntese de resultados na dimensão “Custos”

| ELEMENTOS PRINCIPAIS   | SÍNTESE DE RESULTADOS   | DECLARAÇÕES  |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Custos diretos</li> <li>• Custos indiretos</li> <li>• Oportunidade</li> <li>• Transporte</li> </ul> | <p>Pouca verba direcionada para as ações da RCPD no Amazonas, ao passo que o estabelecimento e manutenção dos serviços nos municípios do interior e áreas remotas do estado exigem custo elevado.</p> | <p>“É uma situação muito delicada no nosso interior. Nós temos municípios que os médicos cobram 30, 60 mil pra passar 10 dias no município.” – GCE1</p>  |
|  |   | <p>“Você não consegue levar um especialista pra um município por menos de trinta mil e, quando se trata de reabilitação, a gente tem um déficit, porque tem município que não tem esse suporte. Então ele não tem como reabilitar essa pessoa.” – GCE2</p>   |
|  |   | <p>“O grande problema dos gestores é que eles acham que o governo federal vai subsidiar tudo, e não vai. Ele vai entrar só com uma contrapartida e, quando se trata dessa parte odontológica, é uma parte bem cara, então é muito custoso pro município.” – AO6</p>  |
|  |   | <p>“Uma grande dificuldade que a gente enfrenta dentro da saúde na gestão é a falta de recurso financeiro direcionado. A gente vive de verbas e aí você percebe que a gente vive numa constante construção e desconstrução de trabalhos pautados no que pode ou não vir de dinheiro, no que pode ou não vir de verba.” – AB1</p>   |
|  |   | <p>“Somos classificados perante o programa previne Brasil como urbano, e como urbano a gente recebe peso 1, só que não tem como eu te dizer que eu sou urbano. Como eu vou justificar que eu uso mais de 350 mil litros de combustível por mês, se no terrestre não usa nem 10% do que eu uso? Mas eu tenho duas embarcações de grande porte, eu tenho 27 lanchas hoje operacionalizando, eu tenho uma frota de carro imensa, tipo assim: ‘eu sou urbano? Acho que não, né’.” – ABR1</p> |

A análise dos discursos sobre os custos dos serviços indica enorme carência de recursos para desenvolvimento de ações no estado, sobretudo nos municípios mais distantes da capital e em áreas remotas onde vive-se uma dinâmica de ajustes e ausências na tentativa de responder positivamente às necessidades, muitas vezes sem alcançar os resultados esperados. Este cenário regional, de constante adaptação aos aspectos geoclimáticos, implica um investimento expressivo para fazer funcionar os serviços de forma adequada às necessidades de cada período que compõe o calendário amazônico<sup>27</sup>.

Os profissionais de saúde e o transporte são os principais entraves apontados em despesas associadas à oferta dos serviços, podendo aumentar demasiadamente nos lugares mais afastados. Outras pesquisas<sup>4</sup> também pontuaram custos elevados de financiamento de força de trabalho na saúde, tornando-se difícil atrair e fixar os profissionais. Este continua sendo um obstáculo para o acesso e a organização da saúde em áreas rurais que culmina na insuficiência de profissionais e serviços.

A instituição do Programa Previne Brasil<sup>28</sup> também tem sido um grande desafio a ser superado, dada a sua inadequação à realidade do maior estado em extensão territorial, com alta dispersão populacional, baixa densidade demográfica, e diversas áreas remotas ainda classificadas como urbanas que dependem predominantemente de transporte fluvial, meio que tem o custo mais elevado de manutenção. Diante de uma classificação territorial que não corresponde à realidade local e com uma conjuntura de financiamento per capita, tornou-se ainda mais difícil viabilizar os serviços de saúde de forma adequada nas áreas mais distantes.

Uma análise realizada com base nos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 mostrou esta relação diretamente proporcional entre o nível socioeconômico dos indivíduos e o uso dos serviços de reabilitação, atestando que pessoas com menor renda e que não dispõem de planos de saúde tem menos acesso aos serviços<sup>29</sup>. Fica claro que pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade dependem exclusivamente dos serviços públicos de reabilitação e, para os que residem em áreas rurais e remotas, o acesso a estes serviços torna-se ainda mais escasso. É, portanto, inegável a necessidade de aperfeiçoamento de políticas orçamentárias que promovam a distribuição de verba com equidade, possibilitando resposta às demandas de investimento para disponibilização e suficiência dos serviços de saúde nas diversidades territoriais<sup>1</sup>.

### **Adequação** (*Appropriateness*)

A última dimensão aborda a suficiência da oferta em relação à demanda. Trata das adaptações e ajustes entre serviços e necessidade dos usuários em diferentes ambientes de cuidado, assim como a qualidade, quantidade, a pontualidade e assertividade das ações. Esta categoria também abrange as ações de coordenação entre os serviços e a continuidade na construção do cuidado para os usuários (Quadro 5).

Quadro 5 – Síntese de resultados na dimensão “Adequação”

| ELEMENTOS PRINCIPAIS  | SÍNTESE DE RESULTADOS   | DECLARAÇÕES  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade técnica e interpessoal</li> <li>• Adequação</li> <li>• Coordenação e continuidade</li> </ul> | Necessidade de qualificação profissional para a otimização do atendimento | <i>“Precisamos fazer uma qualificação não só agora, uma qualificação de forma permanente, acho que tem que ter isso. A gente tem que ter cursos periódicos pra todo mundo, pra qualificar esses profissionais, porque sempre tem coisa nova.” – OO1</i>  |
|   |   | <i>“A UEA realiza capacitação para os nossos profissionais da nossa rede, curso sobre atendimento a pessoas com deficiência. Todo ano a UEA faz essa capacitação pros nossos profissionais, então a gente seleciona, inclusive a gente tá nesse período de seleção desses profissionais.” – AO1</i>  |
|   |   | <i>“A Secretaria Estadual de Saúde, em parceria com outras secretarias de educação já ministrou diversos cursos de libras, né? Mas os cursos, a inscrição é por conta própria, é de quem tem interesse, é de quem procura, e também não tenho essa garantia que cada unidade, ou até mesmo cada plantão, tenha um profissional que fez o curso ou que saiba libras.” – AH1</i> |
|   | Adequação dos serviços diante das peculiaridades                          | <i>“Então a gente fez o plano e a gente tá fazendo a revisão do plano agora, conhecendo mais da realidade tanto da capital quanto do interior, pra poder fazer ele mais viável.” – GCE1</i>  |

|   |   |
|---|---|
| geográficas do estado   | <i>“Penso assim que principalmente com a questão assim de não ter mais profissionais nos municípios, por que não trabalhar com o matriciamento e Telessaúde?” – GCE3</i>  |
|   | <i>“Para as situações de urgência, a prefeitura de Manaus já dispõe das ambulanchas, que acho que é uma condição bem particular da região norte aqui.” - AH1</i>  |
|   | <i>“Então eu tenho ACS com duzentas pessoas, com cento e cinquenta pessoas, é bem variável porque pra gente o maior demandante é o espaço territorial.” - ABR1</i>  |
| Ajustes na execução das atividades profissionais para garantir o acesso | <i>“Devido à distância, a gente definiu dar uma certa prioridade dos encaminhamentos vindos da zona rural pro CEO da zona oeste ou da zona norte. Então a gente tem uma apoiadora pra saúde bucal no distrito rural, que faz essa ponte, faz esse link.” – AO1</i>  |
|   | <i>“A maioria deles tem família em Manaus, então quando eles vêm, eles já pedem no rodapé ‘de preferência no bairro tal’, e eu já sei que é porque ele tem um lugar pra ele ficar lá.” – ABR1</i>   |
| Entender a integralidade do indivíduo e ter recursos para atendê-lo     | <i>“Não é porque essa pessoa tem uma deficiência física, por exemplo, que ela só vai poder ser atendida no CER, ela tem outras questões de saúde, ela precisa passar por todos os dispositivos de saúde e vai precisar.” – GCE1</i>   |
|   | <i>“Meu filho tem autismo. Então as pessoas que tem autismo precisam, dentro da Rede, de vários profissionais. Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, Neurologista e aí, eu sei o que é isso porque eu sou usuária do Sistema Único de Saúde, e o maior impacto pros usuários, maior do que o diagnóstico que é dado, é você não ter onde atender. Seja de reabilitação, seja de neurologista. Então essa questão da Rede, da construção pra que esse usuário possa ser atendido integralmente, a gente não tem isso efetivamente. Ainda há muita dificuldade em relação a isso e digo isso por experiência própria.” – GCM2</i> |
| Falhas no fluxo dos serviços limitam o cuidado                          | <i>“Existiam fluxos informais, aquele que um diretor de uma unidade via e lembrava de alguém ali. Mas não existia um fluxo de fato. Porque assim, também não é só estabelecer um fluxo. É estabelecer um fluxo e passar esse fluxo pra que ele seja de conhecimento de todos na rede.” – GCE1</i>   |
|   | <i>“Esse fluxo em relação ao atendimento hospitalar, também é uma dificuldade nossa. Acho que a regulação também, se a gente tivesse a regulação seria também uma maneira de priorizar algumas situações, em relação a agendamento.” – AO1</i>  |
|   | <i>“Eu tenho serviços que funcionam na base da regulação. No Estado a maior parte dos serviços é regulado, no município os serviços já são de porta aberta, entendeu? Então você não consegue ter um controle em cima dessa organização de fluxo de nada.” – AT1</i>  |
| Rotatividade política e descontinuidade das ações dentro da RCPD        | <i>“Eu acho que por conta da própria questão política e de mudanças, haviam as mudanças, mas as situações não tinham uma continuidade.” – GCE1</i>  |
|   | <i>“Eu tô há dez anos, mas passou vários secretários e cada um tem uma metodologia diferente e eu vou só seguindo né, seguindo o trabalho. E tem que seguir conforme a hierarquia, então cada um tem uma mente diferente, um dá início, o outro não dá.” - AB6</i>  |
|   | <i>“Desde que eu estou na SEMSA, acho que a gente já está no terceiro ou quarto gestor estadual da pessoa com deficiência e a gente tá falando de um intervalo de 6, 7 anos e 3, 4 gestores, então não dá. E ninguém chega ali pra assumir uma gerência com a expertise do que é a política da pessoa com deficiência. Então a pessoa perde ali um ano só pra tomar pé do que é essa política, pra montar ali um alicerce pra conseguir construir alguma coisa e daqui a pouco, troca de novo. É complicado.” – AT1</i>   |

O primeiro aspecto desta dimensão discute a importância da qualificação dos profissionais de saúde com vistas à otimização do atendimento, uma necessidade evidente em várias áreas, e com algumas oportunidades ofertadas por meio de parcerias entre gestões públicas de saúde e institutos de educação do estado.

Estas ações contemplam o pilar “Formação de Recursos Humanos” da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, como ressaltam Cunha e colaboradores<sup>18</sup> em seu estudo que demonstrou a importância da capacitação profissional para trabalho com pessoas com deficiência. Os achados da revisão mostraram a relevância de treinar habilidades para lidar com pessoas cegas e surdas, além de evidenciar a qualificação do profissional de saúde para atenção à PcD como uma estratégia que poderia ser considerada nas diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, pois, além de dar habilidades e aperfeiçoar o atendimento, diminui o sentimento de despreparo e incapacidade entre os profissionais de saúde<sup>20</sup>.

Notadamente, é desejo dos gestores que todos os trabalhadores aproveitem as oportunidades de aprimoramento, no entanto, segundo suas falas, este aperfeiçoamento não é obrigatório, dependendo do interesse individual de cada profissional de saúde em aumentar suas habilidades e utilizá-las dentro dos serviços, tema que poderia ser trabalhado dentro dos espaços de educação permanente em saúde.

Organizar os serviços de saúde para pessoas com deficiência num espaço territorial como o Amazonas requer conhecimento de territórios, flexibilidade e adequações para alcançar os usuários e atender demandas de formas que, muitas vezes, fogem aos padrões tradicionais que não conversam com as realidades locais<sup>1</sup>. Um exemplo são as ambulanchas, pequenos barcos motorizados e equipados com insumos e recursos humanos para atender ocorrências urgentes, são exemplo do potencial de adaptação dos serviços de urgência e emergência para o contexto regional, viabilizando a prestação de socorro através dos rios e afluentes. Estratégias dessa natureza são essenciais e diminuem a distância entre os serviços de saúde e as necessidades em áreas afastadas dos centros<sup>1,20</sup>.

O recurso da telessaúde também foi mencionado pelos entrevistados, no entanto, a escassez de tecnologias de informação e comunicação ainda não permitem que essa estratégia seja utilizada nas áreas mais distantes, onde o uso da telessaúde é mais necessário<sup>4</sup>. As análises de Sarti e Almeida<sup>30</sup> sobre a utilização deste sistema no Brasil atestaram os benefícios em aumento da resolubilidade, diminuição de distâncias e isolamentos entre níveis de atenção, mitigando as iniquidades em saúde. Todavia, a menor prevalência de implantação do sistema verificada no país foi comprovadamente na região Norte, podendo estar associada a fatores de organização dos sistemas e serviços de saúde locais.

Em territórios com extensão territorial inversamente proporcional ao número de habitantes, caso em que se encaixam as comunidades rurais e ribeirinhas, a orientação do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também precisa ser ajustada a um contexto onde os tempos e distâncias de deslocamento são elementos prioritários. O remanejamento de

famílias e a redefinição de áreas adscritas são elementos indispensáveis para reorganização da atenção, possibilitando a cobertura adequada de comunidades em territórios com alta dispersão populacional<sup>1</sup>.

Os ajustes também são necessários na informalidade das atividades diárias, em consideração à realidade de usuários em áreas isoladas que percorrem longas distâncias em estradas ou rios para chegar até o atendimento. Os arranjos executados pelos profissionais são percebidos na priorização dos atendimentos e no cuidado em agendar consultas e procedimentos em localidades onde o usuário tem alguma referência familiar para acomodação, tendo em vista a necessidade de pernoitar ou passar dias longe da sua residência para usufruir do serviço.

Estas dificuldades com deslocamentos e espera frequentemente identificadas na realidade local também foram notadas em um estudo de Dew *et al*<sup>31</sup>, realizado em área rural remota na Austrália com cuidadores e adultos com deficiência, que mostrou enfrentamentos similares na busca por atendimento, dada a ausência de serviços baseados na comunidade e disponíveis para uso. Dentre os pontos de maior dificuldade, foi verificada a necessidade de longas viagens para acessar o serviço e cansativa espera até que fossem contemplados para usufruir do atendimento, situação muito semelhante ao que acontece entre populações rurais e ribeirinhas do Amazonas.

No aspecto de coordenação e continuidade do serviço de saúde, algumas abordagens bastante relevantes merecem um olhar mais atento, pois tratam do entendimento de que o indivíduo precisa de suporte em diversas especialidades e momentos, e nisso se dá a construção do cuidado. Este entendimento está associado à questão da integralidade que, inevitavelmente, passa pelo aspecto do planejamento regional adequado e da disponibilidade de profissionais e equipamentos de saúde que possam prover a atenção que o usuário necessita. O retorno a estes temas já trabalhados anteriormente, reforça a conexão entre estas questões e a evidente necessidade de respostas e soluções para estes vazios, realidade que sugere o descumprimento do princípio básico de cuidado integral e aponta para a limitação do acesso do indivíduo<sup>17,27</sup>.

A construção e adequação dos fluxos de serviço continuam sendo um grande problema na mão dos gestores e na vida dos usuários no Amazonas, é o que se percebe na manifestação dos entrevistados. De acordo com os discursos, os serviços que pertencem ao componente de atenção básica não têm regulação sistematizada e se constroem ainda a partir de procedimentos manuais como listas de espera, dentro de cada unidade de serviço. Quanto aos equipamentos que estão sob a competência do estado, já se percebem avanços no sistema de regulação, porém não em sua totalidade, apontando a necessidade do pleno controle da informação sobre a quantidade e o uso dos serviços.

De fato, é difícil estabelecer uma regulação entre equipamentos municipais e estaduais sem um sistema padronizado e de qualidade aplicado a todos os serviços de saúde. No entanto, para além das questões técnicas inerentes aos sistemas de encaminhamento, deve-se considerar outras complexidades, como a regionalização da saúde no estado que enfrenta desafios administrativos, políticos e financeiros entre regiões de saúde tão heterogêneas. Neste cenário é válido retomar uma característica importante do Território Líquido na Amazônia: o fluxo dos rios. Em um delineamento regional “padrão”, a distância geográfica é um dos principais elementos para a constituição de uma região de saúde, no entanto, ao considerar um sistema de transporte predominantemente fluvial, essa categoria de análise cede espaço ao fluxo das águas que determina os tempos de deslocamento e as rotas adotadas pelos usuários para alcançar os municípios e equipamentos de saúde<sup>32</sup>.

Adicionada a esta particularidade regional, têm-se ainda o ponto crítico e desafiador da alocação da maioria dos serviços de média e alta complexidade na capital. Esta concentração se dá pela alta aglomeração populacional em Manaus que viabiliza as condições financeiras e administrativas para coordenação dos serviços. No entanto, este quadro força uma necessidade de deslocamento de pessoas com deficiência de municípios distantes e comunidades ribeirinhas em direção à Manaus na busca por atendimento especializado. Tal conjuntura em nada se aproxima do que é estabelecido e esperado quando se trabalha na perspectiva de regiões de saúde e carece de soluções viáveis<sup>33</sup>. Diante de tantas complexidades, os usuários sofrem com a inacessibilidade e longa espera pelos serviços.

Encaminhamento e referenciamento são elementos fundamentais para a continuidade da atenção aos usuários, no entanto, a falta de um mecanismo lógico, compreensível e a própria indisponibilidade dos serviços em todos os territórios torna o processo de cuidado exaustivo e sem resolubilidade em tempo mais hábil. São diversos os níveis de complexidade verificados como a necessidade de informação sobre os serviços, clareza sobre o foco de atenção e cuidado nos diferentes dispositivos, e a necessidade de potencializar a atenção básica no seu papel de coordenadora do cuidado<sup>34</sup>.

Por fim, alguns discursos levantaram a questão das trocas políticas como uma grande barreira à continuidade dos planejamentos e ações de saúde. De fato, nos últimos 10 anos, o Amazonas teve 5 governadores e 12 secretários de saúde, sem contar as inúmeras trocas de gestores municipais, coordenadores de área de atenção e profissionais de saúde com contratos temporários. Essa alta rotatividade resulta em mudanças nas prioridades de atenção nos âmbitos administrativos, compromete a estabilidade da rotina de ações dentro dos serviços de saúde, e

prejudica o cuidado do usuário, pois interrompe vínculos importantes construídos com os profissionais que os acompanham<sup>25,35</sup>.

As limitações deste estudo se dão na ausência da percepção dos usuários e gestores de Centros Especializados em Reabilitação sobre as dimensões do acesso trabalhadas. Uma abordagem que envolva perspectivas de todos os fornecedores e recebedores dos serviços poderá oferecer resultados ainda mais satisfatórios. Contudo, a diversidade de representantes, tanto em área de atuação quanto em abrangência territorial, possibilitou a percepção de diferentes olhares sobre os mesmos temas, fortalecendo os resultados obtidos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise de acesso, segundo o modelo proposto por Levesque *et al*<sup>13</sup>, apresentou grandes fragilidades nas dimensões e elementos que compreendem a responsabilidade dos fornecedores dos serviços de saúde. As falhas de comunicação, conhecimento e divulgação sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência denunciaram lacunas importantes de informação entre os serviços, restringindo o acesso dos usuários. Os planejamentos e a execução dos serviços de saúde têm se mostrado incompatíveis com as realidades territoriais locais, sinalizando a incompreensão por parte dos gestores e formuladores das políticas de saúde sobre as necessidades das pessoas com deficiência diante das peculiaridades regionais do Amazonas.

Os discursos dos participantes apontaram para fatores externos ao sistema de saúde como geografia, clima, limitações tecnológicas e rotatividade política que comprometem a eficiência das ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em todo o estado. No entanto, existem ainda muitas lacunas que precisam ser preenchidas por recursos humanos, equipamentos e carteira de serviços em um sistema com mobilidade de atuação no cenário amazônico. As respostas às necessidades de pessoas com deficiência no estado envolvem estudo populacional e territorial, elaboração de boas políticas, e comprometimento com o usuário.

Diante de tantos desafios elucidados, é importante ressaltar o empenho de alguns gestores que, mesmo diante de um cenário político complexo e marcado pela alta rotatividade, tem empreendido esforços no sentido de garantir o cuidado à saúde; assim como profissionais comprometidos que, a despeito de padrões engessados de execução de políticas públicas que não cabem nos cenários amazônicos, têm se esforçado para criar, adaptar e conectar o serviço ao usuário, construindo assim verdadeiras pontes de acesso para pessoas com deficiência no estado.

O resultado deste trabalho contribui para examinar elementos e dimensões que apontam a restrição ou extensão do acesso à serviços de saúde no Amazonas; serve de apoio para a

construção de instrumentos e políticas públicas que respeitem as particularidades dos territórios amazônicos, urbanos ou rurais; e, aponta discussões relevantes para a criação de estratégias de superação de dificuldades e fortalecimento dos serviços de saúde dentro da RCPD, visando a integralidade do cuidado da pessoa com deficiência no Amazonas.

## REFERÊNCIAS

1. Almeida, PF; Santos, AM; Cabral, LMS; Fausto, MCR. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública 2021; 37(11):e00255020
2. Lima JG, Giovanella L, Fausto MCR, Almeida PF. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. Cad de Saúde Pública 2021; 37(8):e00247820
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.
4. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. Cad Saúde Pública 2021; 37:e00310520.
5. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2023. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html)>.
6. Ministério da Saúde. Portaria nº 2311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2023. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html)>.
7. Fraxe TJP et al, organizadores. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: Edua, 2007.
8. Fraxe TJP. Homens anfíbios: etnografia de um campesinato das águas. São Paulo: Annablume, 2000.
9. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em: <[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)>.

10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>.
11. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 2023. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>.
12. Ministério da Saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>.
13. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>.
14. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012; 17(11):2865-2875.
15. Levesque JF, Harris M F, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 2013; 12(18).
16. Ribeiro KSQS, Barroso RF, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface Comunicação, Saúde, Educação* 2021, 25:e200767.
17. Kuckartz U, Rädiker, S. *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA Text, Audio, and Video*. Springer; 2019.
18. Cunha MAO, Santos HF, Carvalho MEL, Miranda GMD, Albuquerque MSV, Oliveira RS *et al.* Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb; 19(3): 1472
19. Ó DMSO, Santos RC, Sousa FOS, Albuquerque PC, Santos MOS, Gurgel IGD. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(10): e00072322.
20. McIntyre J, Cleland KE, Ramklass S. Access to wheelchairs by persons with mobility impairment in a remote rural district of KwaZulu–Natal, South Africa: therapists' perspectives. *Rural and Remote Health* 2021; 21: 5855.
21. El Kadri MR, Schweickardt JC, Freitas CM. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. *Interface Comunicação, Saúde, Educação* 2022, 26: e220056

22. Oliveira RAD, Duarte CMR, Pavão ALB, Viacava F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(11):e00120718
23. Jesus TS, Landry MD, Dussault G, Fronteira I. Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. *Hum Resour Health* 2017. 15(8). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0182-7>
24. World Health Organization (WHO), The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. – São Paulo: SEDPcD, 2012.
25. Amazonas. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 2020-2024.
26. Pinto A, Köptcke LS, David R, Kuper H. A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil—Are People with Disabilities Being Denied Their Right to Health?. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2953. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062953>
27. Dolzane RS, Schweickardt, JC. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. *Trabalho, Educação e Saúde* 2020. 18(3): e00288120, DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288
28. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)>.
29. Medeiros AdA, Galvão MHR, Barbosa IR, Oliveira AGRdC. Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen’s behavioral model. *PLoS ONE* 2021, 16(4): e0250615. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250615>
30. Sarti TD, Almeida APSC. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad. Saúde Pública* 2022; 38(4):PT252221
31. Dew A, Bulkeley K, Veitch C, Bundy A, Gallego G, Lincoln M, Brentnall J, Griffiths S. Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote áreas. *Disabil Rehabil*, 2013; 35(18): 1564–1570
32. Pereira FR et al. O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: Schweickardt, JC; Kadri, MR.; Lima, R (Org.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2019, v. 1, p. 92-111.
33. Garnelo L, Sousa ABL, Silva CO. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva* 2017, 22(4):1225–1234.

34. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate* 2018. Rio de Janeiro 42(117): 455-467.
35. Silva AM, Fausto MCR, Gonçalves, MJF. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cad. Saúde Pública* 2023; 39(1):e00163722

## CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A PESQUISA

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída com o objetivo de ordenar os serviços de saúde para pessoas com deficiência de maneira que funcionassem de forma coesa e integral. Por meio da Portaria nº 793 foram estabelecidos diretrizes e encaminhamentos para que a implantação desta política se desse de maneira plena e articulada, alcançando os objetivos para a qual foi proposta. No entanto, não há garantias de que gestores e territórios respondam positivamente a este modelo previamente estruturado, dadas as diferentes realidades e necessidades no território nacional.

No estado do Amazonas, o estudo da implantação desta Rede atestou o enorme desafio na implementação de políticas públicas que desconhecem as peculiaridades e necessidades de um território que dita o próprio ritmo de mudanças. Mais de 10 anos depois de sua instituição, a RCPD continua em processo de construção e efetivação de ações, almejando uma atuação completa e funcional, enquanto a gestão busca estratégias para contornar as dificuldades de ofertar serviços de qualidade para pessoas com deficiência.

O olhar mais apurado sobre a operacionalização da Rede que, de acordo com a política, deve ser acompanhada pelo Grupo Condutor, apontou entraves relacionados ao complexo acesso geográfico às áreas remotas, falta de planejamento e instrumentos de monitoramento adequado para a realidade amazônica, carência de profissionais, equipamentos e insumos, rotatividade política que desacelera processos e, ainda, outros fatores que tem dificultado a prestação de atendimento com equidade e integralidade. Estes elementos verbalizados pelos entrevistados também contribuíram para analisar a classificação do acesso aos serviços de saúde na perspectiva dos gestores. De forma geral, foi verificada a restrição do acesso aos serviços, principalmente, para pessoas com deficiência que residem em comunidades rurais e ribeirinhas, também classificadas como áreas remotas, o que demanda a criação de estratégias e serviços com mais mobilidade e alcance territorial.

Oferecer serviços para pessoas com deficiência no Amazonas requer, dentre outras coisas, planejamento contextualizado para diferentes territórios, ajustes na distribuição de recursos, e métodos de execução de serviços que superem as complexidades geográficas. Algumas estratégias como UBS Fluvial, ESF Ribeirinhas e Ambulanchas tem aproximado os serviços de atenção básica e urgência das áreas isoladas, mitigando a iniquidade territorial. Porém, fica ainda o desafio de habilitar serviços especializados e de reabilitação com tecnologia e mobilidade suficiente para alcançar e ofertar atendimento de qualidade para pessoas com deficiência em áreas rurais e remotas no território amazonense.

## REFERÊNCIAS GERAIS

ALMEIDA, P.F.; SANTOS, A.M.; CABRAL, L.M.S.; FAUSTO, M.C.R. Contexto e organização da atenção primária à saúde em municípios rurais remotos no Norte de Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2021; 37(11):e00255020

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência 2020-2024.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2020: PES 2016-2020. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SUSAM, 2016. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes\\_2016-2019.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf)>.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde. Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023: PES 2020-2023. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SES, 2020. Disponível em: <[http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes\\_2020-2023\\_ver\\_ini.pdf](http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf)>.

ASSIS, M.M.A., JESUS W.L.A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BALIEIRO, P. C. S. *et al.* Fatores associados a mortalidade por causas inespecíficas e mal definidas no estado do Amazonas, Brasil, de 2006 a 2012. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 1, p. 339–352, jan. 2020.

BANKS, L.M., KUPER, H., POLACK, S. Correction: Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *Plos One*, v. 13, n. 9, 2018.

BRASIL. Censo demográfico: 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=794>.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>.

BRASIL. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>.

BRASIL. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm)>.

BRASIL. Decreto n. 7.612 de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>.

BRASIL. Lei n. 13.146, de 06 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm)>.

BRASIL. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L7853.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7853.htm)>.

BRASIL. Lei n. 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>.

BRASIL. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 818, de 05 de junho de 2001. Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física. Disponível em <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818\\_05\\_06\\_2001.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2023. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2311, de 23 de outubro de 2014. Altera a Portaria nº 2.866/GM/MS, de 2 de dezembro de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF). 2023. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311\\_23\\_10\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2311_23_10_2014.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html)>.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2023. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual, 2020.

BRASIL. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria n. 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>.

BRASIL. Portaria n. 1.635, de 12 de setembro de 2002. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171008/13130834-1421676330-portaria-n-1635-de-12-de-setembro-2002-novos-procedimentos.pdf>>.

BRASIL. Portaria n. 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_saude\\_auditiva.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_saude_auditiva.pdf)>.

BRASIL. Portaria n. 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128\\_24\\_12\\_2008.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html)>.

BRIGHT, T., KUPER, H. A Systematic Review of Access to General Healthcare Services for People with Disabilities in Low and Middle Income Countries. *International journal of environmental research and public health*, v. 15, n. 9, 2018.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L.A.P.; MENDES, V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Notas Breves, Interface*, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/fYrqn9vrBQcMddbRWStqfm/?format=pdf&lang=pt>>.

CANTORANI, J. R. H. *et al.* Dimensão da Deficiência e o Olhar a Respeito das Pessoas com Deficiência a Partir dos Recenseamentos no Brasil. *Revista Brasileira de Educação Especial*, v. 21, n. 1, p. 159-176, jan-mar, 2015.

CARVALHO, A. L. B. DE *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, p. 901-911, abr. 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400012>>.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, abr. 2017.

CECILIO, L. C. de O.; REIS, A. A. C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 34, n. 8, 20 ago. 2018.

COELHO, D. M. Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo. TESE—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2019.

CUNHA, M.A.O., SANTOS, H.F., CARVALHO, M.E.L., MIRANDA, G.M.D, Albuquerque MSV, Oliveira RS *et al.* Health Care for People with Disabilities in the Unified Health System in Brazil: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*, v 19, n. 3, 2022.

DEW, A.; BULKELEY, K.; VEITCH, C.; BUNDY, A.; GALLEGOS, G.; LINCOLN, M.; BRETNALL, J.; GRIFFITHS, S. Addressing the barriers to accessing therapy services in rural and remote areas. *Disabil Rehabil*, v. 35, n. 18, p. 1564-1570, 2013.

DINTINO, R. *et al.* Powerless facing the wave of change: the lived experience of providing services in rural areas under the National Disability Insurance Scheme. *Rural and Remote Health*, 26 set. 2019.

DOLZANE, R.S.; SCHWEICKARDT, J.C. Provimento e fixação de profissionais de saúde na atenção básica em contextos de difícil acesso: perfil dos profissionais de saúde em municípios do Amazonas. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00288

DUBOW, C., GARCIA, E. L., KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate*, v. 42, n. 117, p. 455-467, abr-jun 2018.

EL KADRI, M. R.; SCHWEICKARDT, J.C.; FREITAS, C.M. Os modos de fazer saúde na Amazônia das Águas. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 26, 2022.

FELISBERTO, E. *et al.* Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 24, n. 9, p. 2091–2102, set. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/7SxM8SGZL8JJSsKNDSpyHcf/abstract/?lang=pt>>.

FERNANDES, J. S. N., MOSER, L. Comunidades tradicionais: a formação sócio-histórica na Amazônia e o (não) lugar das comunidades ribeirinhas. *Revista Katálisis*, v. 24, n. 3, p. 532-541, set/dez. 2021.

FRANCO, C.M.; LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública*, v. 37, n. 7, 2021.

GARNELO, L. *et al.* Avaliação externa do PMAQ no Amazonas: experiências e narrativas sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Básica. In: FAUSTO, M. C. R.; FONSECA, H. M. S. (org) *Rotas da Atenção Básica no Brasil: experiências do trabalho de campo PMAQ AB*. Rio de Janeiro: Saberes Editora, 2013. p. 60-89

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. DE O. DA. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. Problematizando o conceito de deficiência a partir das noções de autonomia e normalidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 10, p. 3061–3070, out. 2016.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Rio de Janeiro: 2018. Disponível em:

<[https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/metodologia/notas\\_tecnicas/nota\\_tecnica\\_2018\\_01\\_censo2010.pdf](https://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf)>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil: uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde 2013. Rio de Janeiro: 2013. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>.

JESUS, T.S.; LANDRY, M.D.; DUSSAULT, G. Fronteira I. Human resources for health (and rehabilitation): Six Rehab-Workforce Challenges for the century. *Hum Resour Health*, v. 15, n. 8, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s12960-017-0182-7>>.

KADRI, M. R. E. A Regionalização Da Saúde: O Caminho Para O Sus Em Todos Os Territórios? *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 15, n. 33, p. 67–76, 22 nov. 2019

KUCKARTZ, U.; RÄDIKER, S. *Analyzing Qualitative Data with MAXQDA Text, Audio, and Video*. Springer: 2019.

LEVESQUE, J. F.; HARRIS, M. F.; RUSSELL, G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, v. 12, n. 18, 2013.

LIMA, J. G.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M. C. R.; ALMEIDA, P. F. O processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: contribuições para o cuidado em territórios rurais remotos na Amazônia, Brasil. *Cad de Saúde Pública*, v. 37, n. 8, 2021.

LIRA, T. DE M.; CHAVES, M. DO P. S. R. Comunidades Ribeirinhas na Amazônia: organização sociocultural e política. *Interações (Campo Grande)*, fev 2016.

LORENZINI, E. Pesquisa de métodos mistos nas ciências da saúde. *Revista CUIDARTE*, v. 8, n. 2, p. 1549, maio 2017.

MACHADO W. C. A., PEREIRA J. S., SCHOELLER S. D., JÚLIO L. C., MARTINS M. M. F. P. S., FIGUEIREDO N. M. A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm*, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDf8xf/?format=pdf&lang=pt>>.

MACIEL, F. J. *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. *CoDAS*, v. 32, n. 3, 2020.

MANGUNDU, M.; ROETS, L.; VAN RENSBERG, E. J. Accessibility of healthcare in rural Zimbabwe: The perspective of nurses and healthcare users. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, v. 12, n. 1, 14 maio 2020.

MCINTYRE, J.; CLELAND, K. E.; RAMKLASS, S. Access to wheelchairs by persons with mobility impairment in a remote rural district of KwaZulu–Natal, South Africa: therapists' perspectives. *Rural and Remote Health*, v. 21, 2021.

MEDEIROS, A. DA.; GALVÃO, M. H. R.; BARBOSA, I. R.; OLIVEIRA, A. G. R. DC. Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen's behavioral model. PLoS ONE, v. 16, n. 4, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250615>>.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/VRzN6vF5MRYdKGMBYgksFwc/abstract/?lang=pt>>

MENDES, E. V. *As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde*. 2. ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14. Ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOIMAZ S. A. S.; AMARAL; M.A.; MIOTTO, A. M. M.; COSTA, I. C. C.; GARBIN, C.A.S. Análise qualitativa do aleitamento materno com o uso do software IRAMUTEQ. *Rev. Saúde e pesquisa*, Paraná, 2016. Disponível em: <<https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/5649>>.

Ó, D. M. S. O.; SANTOS, R. C.; SOUSA, F. O. S.; ALBUQUERQUE, P. C.; SANTOS, M. O. S.; GURGEL, I. G. D. Barreiras de acessibilidade à atenção básica em assentamento em Pernambuco, Brasil, sob a ótica de camponesas, profissionais de saúde e gestão. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 10, 2022.

OLIVEIRA, A. E. F. DE; REIS, R. S. *Gestão pública em saúde: monitoramento e avaliação no planejamento do SUS*. São Luís: EDUFMA, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/7408/1/GP5U1.pdf>>.

OLIVEIRA, R. A. D. *et al.* Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 35, n. 11, 2019.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Versão preliminar para discussão. Outubro de 2013. Genebra: OMS. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/como-usar-a-cif-um-manual-pratico-para-o-uso-da-classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif/>>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. The World Bank. *Relatório mundial sobre a deficiência*; tradução Lexicus Serviços Linguísticos. – São Paulo: SEDPcD, 2012.

PEREIRA, F. R. *et al.* O banheiro no território líquido da Amazônia: a micropolítica do trabalho de uma equipe de saúde ribeirinha. In: SCHWEICKARDT, J. C.; KADRI, M. R.; LIMA, R. (Org.). *Atenção Básica na Região Amazônica: saberes e práticas para o fortalecimento do SUS*. 1ed. Porto Alegre: Rede Unida, v. 1, p. 92-111, 2019.

PESSOA, V. M.; ALMEIDA, M. M.; CARNEIRO, F. F. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? *Saúde Debate*, v. 42, n. especial 1, p. 302-314, set. 2018.

PINTO, A.; KÖPTCKE, L. S.; DAVID, R.; KUPER, H. A National Accessibility Audit of Primary Health Care Facilities in Brazil—Are People with Disabilities Being Denied Their

Right to Health?. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 2953. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062953>

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 32, n. 3, 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312022320315>>.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; BARROSO, R. F.; RAMOS, B. G.; FERRARI, F. P.; SALDANHA, J. H. S. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, 2021.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. S. (org.). Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis. 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, p. 1075-1084, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/kg6ybTgMhW3XJwBMmWwbjgt/?format=pdf&lang=pt>>.

ROCHA, R. *et al.* A Saúde na Amazônia Legal: Uma Agenda para Ação: Amazônia 2030. [s.l.] AMAZON, IEPS, PUC Rio, Climate Policy Initiative, mar. 2022. Disponível em: <<https://amazonia2030.org.br/wp-content/uploads/2022/03/AMZ2030-35.pdf>>.

SANTOS, N. R. DOS. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 6, p. 1729–1736, jun 2018.

SANTOS-MELO, G. Z. *et al.* Organização da rede de atenção à saúde no estado do Amazonas – Brasil: uma pesquisa documental. *Ciência, Cuidado e Saúde*, v.17, n. 3, jul-set 2018.

SARTI, T. D.; ALMEIDA, A. P. S. C. Incorporação de telessaúde na atenção primária à saúde no Brasil e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, v. 38, n. 4, 2022.

SILVA, A. M.; FAUSTO, M. C. R.; GONÇALVES, M. J. F. Acessibilidade e disponibilidade de oferta para o cuidado ao hipertenso na atenção primária à saúde em município rural remoto, Amazonas, Brasil, 2019. *Cad. Saúde Pública*, v. 39, n. 1, 2023.

SOUZA, M. A. R. *et al.* O uso do software IRAMUTEQ na análise de dados em pesquisas qualitativas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/pPCgsCCgX7t7mZWfp6QfCcC/abstract/?lang=pt>>.

TOFANI, L. F. N. *et al.* Caos, organização e criatividade: revisão integrativa sobre as Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 10, p. 4769–4782, out 2021.

UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund. Seen, Counted, Included. New York, USA. Novembro de 2021. Disponível em: <[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Seen-Counted-Included-Children-with-disabilities-Report\\_Advance-copy\\_16FEB.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Seen-Counted-Included-Children-with-disabilities-Report_Advance-copy_16FEB.pdf)>.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L.; VARGAS LORENZO, I.; FARRE CALPE, J.; TERRAZA NUNEZ, R. Las Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. *Rev. Esp. Salud Publica* [online]. 2005, vol.79, n.6, pp.633-643. ISSN 2173-9110. Disponível em: <<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n6/colaboracion3.pdf>>.

## APÊNDICES E ANEXOS

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – UFAM

#### UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA – FEFF

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Vimos através deste convidar o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada: **“AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN – BRASIL”**, desenvolvida pela professora **Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro**, do Centro de Ciências da Saúde – CCS da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), e coordenado no estado do Amazonas pelo professor **Tiótrefis Gomes Fernandes**, em colaboração com a professora **Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça**, ambos da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia (FEFF) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Os referidos pesquisadores poderão ser encontrados no seguinte endereço: Conj. Pres. Castelo Branco III, João Pessoa - PB; telefone: (83) 98893 2909 (Prof<sup>a</sup> Kátia Suely) e Av. General Rodrigo Octávio Jordão Ramos, nº 3.000, Campus Universitário Setor Sul, Coroadó I, telefones: (92) 98266 9110 (Prof. Tiótreffis Fernandes) / (92) 98116 8814 (Prof<sup>a</sup> Ayrles Mendonça) e e-mails: [katiaribeiro.ufpb@gmail.com](mailto:katiaribeiro.ufpb@gmail.com) / [tiotrefis@ufam.edu.br](mailto:tiotrefis@ufam.edu.br) / [ayrles@ufam.edu.br](mailto:ayrles@ufam.edu.br).

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral. A pesquisa também deverá: analisar o processo de operacionalização da implantação e o acompanhamento da RCPCD; caracterizar a RCPCD e identificar as ferramentas e dispositivos de articulação e integração entre os pontos de atenção; reconhecer o perfil dos profissionais e gestores da RCPCD e os mecanismos de formação permanente destes profissionais a partir da implantação da Rede; caracterizar o processo de trabalho nos CER; identificar indicadores utilizados para monitoramento e avaliação da Rede e propor novos indicadores; identificar as dificuldades e desafios para a reorientação da atenção à pessoa com deficiência na perspectiva do cuidado integral; caracterizar as divergências e convergências na RCPCD entre os Estados participantes do estudo e construir e validar instrumento para monitoramento e avaliação das ações e serviços da RCPCD.

A pesquisa acontecerá através de um estudo transversal do tipo descritivo e exploratório em paralelo com uma investigação qualitativa com base nos conteúdos manifestos dos atores envolvidos. Para tanto, o estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil, em que participarão da pesquisa os estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Em cada um dos Estados participantes, será realizada análise documental e entrevistas com gestores e funcionários ligados às Secretarias Estaduais e municipais de Saúde, além de Centros Especializados de Reabilitação.

Informamos que, de acordo com a Resolução CNS 466/12, item V, toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece algum risco, em grau variado. Nesse caso, os riscos apresentados estão prioritariamente relacionados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário ou entrevista que lhe será apresentada. Entretanto, a equipe da pesquisa, composta por profissionais de saúde, estará em prontidão para oferecer suporte, interrompendo-a, se necessário, até que o participante se considere apto a continuar. Ressalta-se ainda que, caso decida não participar do estudo ou resolva a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído.

Mediante Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7 comunicamos que estão assegurados o direito a indenização, ressarcimento e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante e ao acompanhante da pesquisa. Tal ressarcimento e indenização deverão ser efetuados, após devida comprovação e equidade orçamentária, em conta corrente do responsável.

Se você concordar em participar da pesquisa estará contribuindo para obtenção de evidência científica consolidada sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em âmbito Nacional. Contribuirá ainda para produção de informação e divulgação sobre o acesso a Rede à população em geral e, em especial, as pessoas com deficiência. Em adição, informamos que os dados obtidos pela execução da pesquisa serão encaminhados ao Ministério de Saúde, o que poderá permitir a elaboração de indicadores sobre o grau de implantação e desenvolvimento da Rede no Brasil, proporcionando possíveis melhorias de políticas ou intervenções de saúde pública voltadas à atenção em saúde às pessoas com deficiência.

É importante ressaltar que as entrevistas poderão ser gravadas para eventual registro e transcrição das falas. Entretanto, tais gravações não serão veiculadas em qualquer mídia, nem serão utilizadas, sem o devido consentimento, para outros fins que não o da própria pesquisa.

Para qualquer informação, o (a) Sr. (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus/AM, telefone (92) 3305-1181, ramal 2004, e-mail: cep.ufam@gmail.com. Salienta-se que o CEP é um colegiado interdisciplinar e independente que visa defender os interesses dos sujeitos participantes de pesquisas em sua integralidade, dignidade e ética.

#### Consentimento Pós-Informação

Fui informado sobre o que o (a) pesquisador (a) quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu declaro que concordo em participar do estudo. De acordo com o item IV.3.f, IV.5.d, Res. 466/12, o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE será elaborado em duas vias, das quais uma via será para o senhor (a), participante da pesquisa, e outra para a equipe de pesquisa do referido estudo.

Manaus, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura do responsável do participante

---

Assinatura do pesquisador responsável

---

Assinatura do coordenador responsável

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - UFPB****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O (A) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **AValiação DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS – REDECIN - BRASIL**, desenvolvida professora **Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro**, do **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS** da Universidade Federal da Paraíba.

A pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

Justifica-se o presente estudo pela necessidade de compreender o processo de implantação da RCPCD de modo a contribuir para dar maior efetividade da garantia do direito à saúde das pessoas com deficiência e estruturar o cuidado em saúde para essas pessoas.

A participação do (a) sr. (a) na presente pesquisa é de fundamental importância, mas será voluntária, não lhe cabendo qualquer obrigação de fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelos pesquisadores se não concordar com isso, bem como, participando ou não, nenhum valor lhe será cobrado, como também não lhe será devido qualquer valor.

Caso decida não participar do estudo ou resolver a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído, sendo importante o esclarecimento de que os riscos da sua participação são considerados mínimos, limitados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Os riscos desta pesquisa são mínimos no que tange ao desconforto que possa ser gerado durante a realização das entrevistas. Para minimizá-los, garantimos que serão tomadas todas as medidas para garantir o sigilo de suas informações, bem como da sua identidade. Para seu conforto e comodidade, as entrevistas serão realizadas individualmente, em local e horário combinados.

Em todas as etapas da pesquisa serão fielmente obedecidos os Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos, conforme Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que disciplina as pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Solicita-se, ainda, a sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos científicos ou divulgá-los em revistas científicas, assegurando-se que o seu nome será mantido no mais absoluto sigilo por ocasião da publicação dos resultados.

Caso a participação de vossa senhoria implique em algum tipo de despesas, as mesmas serão ressarcidas pelo pesquisador responsável, o mesmo ocorrendo caso ocorra algum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido (a) quanto aos objetivos, justificativa, riscos e benefícios da pesquisa, e dou o meu consentimento para dela participar e para a publicação dos resultados, assim como o uso de minha imagem nos slides destinados à apresentação do trabalho final. Estou ciente de que receberei uma cópia deste documento, assinada por mim e pelo pesquisador responsável, como trata-se de um documento em duas páginas, a primeira deverá ser rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por mim.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Profa. Dra. Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Pesquisador responsável

---

Prof. Dr. Tiótréfis Gomes Fernandes  
Pesquisador local responsável

---

Participante da Pesquisa

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista para Representante Grupo Condutor

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – GRUPO CONDUTOR ESTADUAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

#### ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A

- A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do grupo condutor, o objetivo da entrevista é “Analisar o processo de operacionalização da implantação e o acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”.
- É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.
- É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.
- Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado (<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

| PERGUNTAS INICIAIS  |
|---|
| Nome:   |
| Cargo/ Apresentação:<br>Como se deu a sua nomeação para o GC e quando foi?<br>Além de participar do GC que outra função/ocupação você desempenha no Estado?   |
| PERGUNTAS ESPECÍFICAS   |
| P1. -Fale como se deu o processo de implantação da RCPCD no Estado  |
| Temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Planejamento da implantação;</li> <li>● Atores envolvidos;</li> <li>● Facilitadores, desafios e dificuldades;</li> <li>● Diversidade neste processo entre as regiões.</li> </ul>  |
| P2.- Como vem acontecendo o acompanhamento da RCPCD pelo grupo condutor?  |
| Temas: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Monitoramento da articulação/integração entre todos os diferentes pontos de atenção da RPCD;</li> <li>● Indicadores utilizados nos processos de monitoramento;</li> <li>● Execução das ações planejadas;</li> <li>● Cumprimento das pactuações;</li> <li>● Estratégias de acompanhamento adotadas.</li> </ul> |
| P3.- Fale sobre os facilitadores, desafios e dificuldades encontradas para o monitoramento e a avaliação da articulação entre todos os diferentes pontos de atenção da RPCD.  |
| Temas:  |

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Estratégias utilizadas para avaliar a articulação/integração entre todos os diferentes pontos de atenção da RPCD;</li> <li>● Identificar indicadores utilizados para monitoramento e avaliação da Rede</li> </ul>                                  |
| <p>P4.- Quais elementos da RCPCD contribuem e dificultam a garantia de uma atenção integral à PCD?</p>  |
| <p>Temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Questões organizacionais do sistema (Questões sobre acesso regulado aos pontos da RPCD, fila de espera, etc);</li> <li>● Abordagem à família;</li> <li>● Intersetorialidade (educação, acessibilidade e inclusão social);</li> </ul> |
| <p>P5.- Como tem se dado o processo de implantação de diretrizes e protocolos clínicos destinados à orientação e ao cuidado à pessoa com deficiência?</p>   |
| <p>Temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Conhecimento das diretrizes e protocolos existentes;</li> <li>● Mecanismos para estimular a criação, implantação, difusão, utilização, acompanhamento e avaliação dos mesmos;</li> </ul>   |
| <p>P6.- Como se dá o apoio e acompanhamento do grupo condutor pela Câmara Técnica de Assessoramento e Apoio às Ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?</p>  |
| <p>P7.- Como o grupo condutor avalia a atuação da Câmara Técnica no sentido de apoio ao seu trabalho?</p>   |
| <p>P8 - Sobre o que conversamos aqui, quer acrescentar mais alguma coisa?</p>   |

## APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista para Representante da Área Técnica

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – ÁREA TÉCNICA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

#### ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A

- A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do grupo condutor, o objetivo da entrevista é “Analisar o processo de operacionalização da implantação e o acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”.
- É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.
- É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.
- Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado

(<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

#### PERGUNTAS INICIAIS

Nome:

Formação profissional (graduação):

Pós-graduação:

Apresentação:

Há quanto tempo atua na área técnica da PCD no município?

#### PERGUNTAS ESPECÍFICAS

P1 - Fale como se deu o processo de implantação da RCPCD no município

- ✓ Planejamento da implantação
- ✓ Atores envolvidos
- ✓ Facilitadores, desafios e dificuldades
- ✓ Pactuações entre as zonas da cidade
- ✓ Relação entre a área técnica e o grupo condutor estadual/municipal

P2 - Como você avalia o funcionamento da RCPCD no município?

- ✓ Ações para articulação/integração entre os pontos da RCPD (CER municipal?)
- ✓ Indicadores de monitoramento
- ✓ Execução das ações planejadas
- ✓ Cumprimento das pactuações
- ✓ Estratégias de acompanhamento adotados

P3 - Fale sobre os facilitadores, desafios e dificuldades encontradas para atender às necessidades de saúde das PCD em Manaus

- ✓ Garantia de acesso a todos os serviços e níveis de atenção
- ✓ Questões organizacionais do sistema (Questões sobre acesso regulado aos pontos da RPCD, fila de espera, etc)
- ✓ Abordagem à família
- ✓ Intersetorialidade (educação, acessibilidade e inclusão social)

P4 - Quais elementos da RCPCD contribuem e dificultam a garantia de uma atenção integral à PCD?

- ✓ Questões organizacionais do sistema (Questões sobre acesso regulado aos pontos da RPCD, fila de espera, etc)
- ✓ Abordagem à família; Intersetorialidade (educação, acessibilidade e inclusão social)

P5 - Como tem se dado o processo de implantação de diretrizes e protocolos clínicos destinados à orientação e ao cuidado à pessoa com deficiência?

- ✓ Conhecimento das diretrizes e protocolos existentes
- ✓ Mecanismos para estimular a criação, implantação, difusão, utilização, acompanhamento e avaliação dos mesmos

P6 – Como se dá atenção à pessoa com deficiência em comunidades ribeirinhas do Município?

P7 - Sobre o que conversamos aqui, quer acrescentar mais alguma coisa?

## APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista para Coordenação de Atenção Básica

### Roteiro de Entrevista ao Gestor da Atenção Básica do Município

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ (União, Estado ou Município)

MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

1. Como e quando a temática da Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência chegou até sua gerência?

2. Fale sobre as ações voltadas a pessoa com deficiência desenvolvidas na Atenção Básica.

TEMAS:

Criação de linhas de cuidados

Implantação de protocolos clínicos

Identificação precoce e acompanhamento

Educação em saúde

Prevenção

Inclusão a pessoa com deficiência

Estratégia de acolhimento e classificação de risco

Atenção domiciliar

Orientação as famílias

Articulação com programas especiais

OBS: Se houver citação sobre algum desses temas de forma abrangente ou não suficiente, perguntar sobre os pontos citados pedindo para que fale mais a respeito.

3. Em relação a esse cuidado, como tem sido pensado a articulação da Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

TEMAS:

Articulação entre os pontos na própria atenção básica (UBS, NASF, etc)

Atenção Básica e Atenção Especializada

Atenção Básica e Alta Complexidade

Atenção Básica e demais equipamentos sociais

OBS: Se houver citação sobre algum desses temas de forma abrangente ou não suficiente, perguntar sobre os pontos citados pedindo para que fale mais a respeito.

4. Fale sobre os desafios enfrentados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

5. Fale sobre os facilitadores identificados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

6. Fale sobre os obstáculos enfrentados pela Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

7. Você percebe algum avanço na oferta do cuidado à pessoa com deficiência na Atenção Básica a partir da portaria que institui a Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência (2012)? Conte-me sobre isso.

8. **Somente para municípios que não possuam CER habilitados:** qual a referência para a atenção especializada (reabilitação física, auditiva, visual e/ou intelectual) à pessoa com deficiência deste município? Como o município faz a gestão do cuidado destes casos que necessitam da atenção especializada? (Há serviços municipais? Há referência em outro município e transporte entre eles?) Obs.: Caso o coordenador da atenção básica não saiba responder, questionar a área responsável pela saúde da pessoa com deficiência do município.

9. Como se dá o atendimento às pessoas com deficiência em comunidades ribeirinhas?

10. Algo mais sobre este assunto que não tocamos e que você gostaria de falar?

## APÊNDICE F – Roteiro de Entrevista para Coordenação de Saúde Bucal

### Roteiro De Entrevista – Coordenador (A) De Saúde Bucal

#### ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A

A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do coordenador (a) de saúde bucal do município, o objetivo da entrevista é “Analisar o papel e a inserção da saúde bucal na operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território”.

É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.

É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.

Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado (<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ (União, Estado ou Município)

ESTADO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

DATA DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

#### QUESTÕES NORTEADORAS

|    |   |  |
|----|---|--|
| P1 | Quantos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) há no município/território? Quantos são aderidos (ou recebem incentivo financeiro) à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)?<br><b>Desdobramentos:</b> Adesão (ou incentivo financeiro) conforme Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Origem PRT MS/GM 1.341/2012, Anexo XLI). Caso não tenham CEO aderidos, o gestor conhece esta portaria? Caso sim, por que não aderir?               |  |
| P2 | A coordenação/departamento de saúde bucal participou da elaboração do Plano de Ação Regional da RCPD e da operacionalização da implantação da RCPD?<br><b>Desdobramentos:</b> como foi esta participação? Quais pactuações foram realizadas? Foram discutidos fluxos, acesso e regulação de atendimentos odontológicos à pessoa com deficiência nos CEO? Houve articulação da área técnica da pessoa com deficiência (municipal e estadual) com a coordenação de saúde bucal? |  |

|     |   |  |
|-----|---|--|
| P3  | <p>Como acontece o percurso da pessoa com deficiência para atendimento odontológico no CEO?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> compreender como se dá o fluxo, acesso e regulação do atendimento odontológico da pessoa com deficiência ao CEO.</p>  |  |
| P4  | <p>Quais ações têm sido feitas para ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das <b>especialidades definidas pelos CEO</b>?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> a coordenação/departamento de saúde bucal já realizou/tem realizado/planeja realizar capacitações para profissionais e gerentes de CEO para o atendimento à pessoa com deficiência? Caso não, quais barreiras têm sido encontradas?</p>  |  |
| P5  | <p>Quais ações têm sido feitas para realizar o apoio e matriciamento para saúde bucal da pessoa com deficiência que necessite de assistência odontológica no âmbito da <b>atenção básica</b>?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> a coordenação/departamento de saúde bucal já realizou/tem realizado/planeja realizar capacitações para equipes de saúde bucal da atenção básica para o atendimento à pessoa com deficiência? Têm ações sobre o atendimento e encaminhamento de pessoas com deficiência que necessitam de atendimento odontológico especializado nos CEO ou nível terciário (hospitais e urgência e emergência). Caso não, quais barreiras têm sido encontradas?</p> |  |
| P6  | <p>Pensando no cuidado de saúde bucal às pessoas com deficiência, quais ações têm sido feitas para ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> o município junto ao departamento/coordenação de saúde bucal tem feito essa discussão? Caso não seja mencionado o atendimento sob sedação ou anestesia geral, indagar se existe ou é feito. Caso não, quais barreiras encontradas?</p>  |  |
| P7  | <p>Há discussão ou existência de protocolos e diretrizes clínicas para a atenção à saúde bucal da pessoa com deficiência no município?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> quais (exemplos)? Caso não haja, quais são as barreiras encontradas?</p>   |  |
| P8  | <p>Quais desafios você identifica para ofertar o cuidado integral à saúde bucal da pessoa com deficiência?</p>  |  |
| P9  | <p>Como é feita a oferta dos serviços de saúde bucal para as pessoas com deficiência em comunidades ribeirinhas?</p>  |  |
| P10 | <p>Há alguma questão que não foi abordada nesta entrevista e que você gostaria de falar?</p>  |  |

**APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista para Coordenação de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA – COORDENADOR (A) DA ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO**

**ORIENTAÇÕES AO/A ENTREVISTADOR/A**

A entrevista é uma conversa orientada buscando atender a um objetivo pré-determinado. No caso do coordenador (a) da atenção hospitalar e da urgência e emergência do município, o objetivo da entrevista é “Analisar o papel e a inserção da atenção hospitalar e de urgência e emergência na operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território”.

É sempre produtivo pedir ao entrevistado que dê exemplo de questões relatadas com base nas situações vivenciadas.

É fundamental que o/a entrevistador/a conheça bem a Portaria 793/2012, sobretudo no que se refere às fases do processo de operacionalização da implantação.

Alguns requisitos deverão ser considerados para que uma entrevista seja realizada de maneira mais técnica, tais como: respeito ao entrevistado; capacidade de ouvir atentamente e de estimular o entrevistado a responder as perguntas; garantir um clima de confiança e sigilo profissional dos dados colhidos, preservando a identidade do entrevistado (<https://www.passeidireto.com/arquivo/2106931/metodologia-cientifica/23>)

ENTREVISTADO: \_\_\_\_\_

FORMAÇÃO: \_\_\_\_\_

VÍNCULO PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_ (União, Estado ou Município)

ESTADO: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

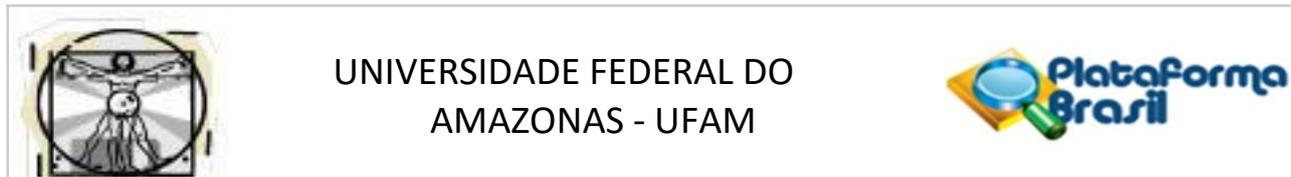
DATA DA REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA: \_\_\_\_\_

**QUESTÕES NORTEADORAS**

|    |  |  |
|----|--|--|
| P1 | <p>A atenção hospitalar e de urgência e emergência participaram da elaboração do Plano de Ação Regional da RCPD e da operacionalização da implantação da RCPD?</p> <p><b>Desdobramentos:</b> como foi esta participação? Quais pactuações foram realizadas? Foram discutidos fluxos, acesso e regulação?</p> |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| P2 | Há discussão ou ações sobre acolhimento, classificação de risco e cuidados em situação de urgência e emergência das pessoas com deficiência na atenção hospitalar e urgência e emergência?<br><b>Desdobramentos:</b> há mecanismos de reconhecimento desta população em situações de urgência e emergência? Há um fluxo de atendimento definido para esta população?   |  |
| P3 | Há discussão ou ações sobre a instituição de equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência?<br><b>Desdobramentos:</b> onde estão alocadas e como estas equipes estão organizadas? Qual o papel destas equipes na prevenção e no processo de reabilitação de pessoas com deficiência?   |  |
| P4 | Quais ações têm sido feitas no âmbito da atenção hospitalar para ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoas com deficiência em leitos e/ou hospitais de reabilitação?<br><b>Desdobramentos:</b> o município conta com leitos e/ou hospitais de reabilitação? Caso não, como vocês organizam esta demanda? Estes leitos e hospitais estão articulados com a RCPD? Houve pactuações deste leitos e hospitais no momento do diagnóstico e desenho da RCPD do município? Como se dá a regulação destas vagas para reabilitação? Há propostas e ações para ampliação e qualificação deste acesso? |  |
| P5 | Quais ações têm sido feitas no âmbito da atenção hospitalar e de urgência e emergência para ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim?   |  |
| P6 | De que forma as pessoas com deficiência em comunidades ribeirinhas acessam os serviços de urgência e emergência?   |  |
| P7 | Há alguma questão que não foi abordada e que você gostaria de falar?   |  |

## ANEXO A – Parecer Consubstanciado CEP/UFAM

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA SUS - REDECIN - BRASIL

**Pesquisador:** Tiótrefis Gomes Fernandes

Área Temática:

**Versão:** 2

**CAAE:** 13083519.3.2008.5020

**Instituição Proponente:** Faculdade de Educação Física e Fisioterapia

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.799.960

Apresentação do Projeto:

Alterações à luz da recomendação da CONEP para o Parecer Consubstanciado

## APRESENTAÇÃO DO PROJETO

De acordo com o pesquisador:

Estudo transversal do tipo descritivo e exploratório com abordagens qualitativa e quantitativa. Vale destacar que o emprego de métodos e técnicas de pesquisa combinados não os opõe, mas, sim, almeja-se a interação e a complementação dos resultados. Com isso, torna-se possível preencher lacunas e ampliar a coleta de informações realizadas em campo (MINAYO, 2010). O estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Vale salientar que as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de CER habilitados, portanto, tem uma Rede mais ampliada numericamente. Em cada um dos Estados participantes, será realizada análise documental e entrevistas com gestores ligados às Secretarias Estaduais e municipais de Saúde. Análises de sistemas de informações e dados secundários de dados dos Centros Especializados de Reabilitação, poderão ser referentes a micro e macrorregião de saúde onde o município representando do estado está localizado. Participantes do estudo: gestores das Secretarias de Estados e os dirigentes das áreas diretamente ligadas à implementação da rede, como também de áreas afins, com destaque para a Atenção Básica, Planejamento em Saúde, Regulação, Vigilância e Redes/Regionalização. Além destes, serão contemplados os membros da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Estadual de Saúde, Coordenadores de Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Grupos Condutores Estaduais e profissionais de saúde que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em abordagens dirigidas e específicas, tendo em vista a natureza dos atores e a característica dos espaços.

Apoio Financeiro: MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO.

## Metodologia Proposta:

Participantes do Estudo: 160 participantes

De acordo Hartz e Vieira da Silva (2005) a análise de implantação possui como foco específico da avaliação as relações existentes entre a intervenção e o seu contexto de inserção na produção dos efeitos. No caso do objeto do presente estudo pode-se considerar a intervenção como complexa e multifatorial. Sendo assim, demanda a compreensão das diversas interseções de natureza técnica, ética ou política, que são de fundamental importância para explicar o porquê e o como da implementação da política e seus resultados. Nessa perspectiva, propõe-se a realização de um estudo transversal do tipo descritivo e exploratório em paralelo com uma investigação qualitativa com base nos conteúdos manifestos dos atores envolvidos. Vale destacar que o emprego de métodos e técnicas de pesquisa combinados não os opõe, mas, sim, almeja-se a interação e a complementação dos resultados. Com isso, torna-se possível preencher lacunas e ampliar a coleta de informações realizadas em campo (MINAYO, 2010). Local do estudo: O estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Vale salientar que as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de CER habilitados, portanto, tem uma Rede mais ampliada numericamente. Em cada um dos Estados participantes, será realizada análise documental e entrevistas com gestores ligados às Secretarias Estaduais e municipais de Saúde. Análises de sistemas de informações e dados secundários de dados dos Centros Especializados de Reabilitação, poderão ser referentes a micro e macrorregião de saúde onde o município representando do estado está localizado. População do estudo: Participarão do estudo gestores das Secretarias de Estados e os dirigentes das áreas diretamente ligadas à implementação da rede, como também de áreas afins, com destaque para a Atenção Básica, Planejamento em Saúde, Regulação, Vigilância e Redes/Regionalização. Além destes, serão contemplados os membros da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Estadual de Saúde, Coordenadores de Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Grupos Condutores Estaduais e profissionais de saúde que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em abordagens dirigidas e específicas, tendo em vista a natureza dos atores e a característica dos espaços. Antes de iniciar a coleta dos dados será realizado um treinamento com todos os participantes do estudo, visando capacitá-los para a realização das diversas etapas da pesquisa e habilitá-los ao desenvolvimento dos procedimentos de coleta previstos, os quais estão explicitados a seguir. I) Pesquisa bibliográfica: II) Levantamento Documental III) Entrevista com atores estratégicos IV) Questionário aplicado aos trabalhadores dos Centros Especializados em Reabilitação V) Definição de indicadores relacionados aos serviços ligados às Pessoas com Deficiência (PCD).

## Metodologia de Análise de Dados:

A revisão de literatura sobre a temática da Pessoa com Deficiência seguirá protocolos para realização de revisões sistemáticas e integrativas. A análise das entrevistas será feita mediante a técnica de análise de conteúdo com a ajuda do software Alceste. Os indicadores serão tabulados e organizados, e, quando possível, serão estabelecidas séries históricas. Para a análise dos dados oriundos dos questionários, será utilizada a estatística descritiva (frequências, médias e medianas). A distribuição de frequências permite a condensação de uma grande quantidade de dados.

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

### Inclusão

- Serão incluídos os atores que estiverem atuando nos CER;
- Nos serviços de atenção primária e na condução da política por no mínimo 1 ano.

### Exclusão

A impossibilidade em realizar a entrevista devido a problemas de agenda; não estar em efetivo exercício das atividades durante a fase da pesquisa ou não atender ao requisito de temporalidade estabelecido.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?: Sim

I) Pesquisa bibliográfica: ao iniciar o trabalho é necessário primeiramente buscar conhecer o que há de produção científica sobre o tema. Para tanto selecionou-se o período de 2002 (ano de instituição da Política Nacional da Pessoa com Deficiência) a 2018 como marcos cronológicos. A pesquisa bibliográfica, entendida enquanto via para sistematizar o conhecimento já produzido, contemplará os seguintes temas: Rede da Pessoa Com Deficiência; Pessoa Com Deficiência e seus correlatos nos idiomas português e inglês, Acesso a serviços e pessoa com deficiência, dentre outros que no decorrer da construção da coleta se mostrem pertinentes. A pesquisa bibliográfica fornecerá os componentes essenciais para se investigar a implantação da RCPCD.

II) Levantamento Documental, Levantamento de documentos vinculados ao processo de implantação da Política de Atenção à Pessoa com Deficiência, do ponto de vista Nacional e em particular no que tange aos Estados participantes do estudo, procurando identificar sua trajetória, seus componentes e os aspectos estratégicos que definem as ações da Política e da implementação da Rede.

III) Entrevista com atores estratégicos. A técnica de entrevista foi escolhida pela sua capacidade de captar elementos essenciais e estruturais da RCPCD, bem como capitais simbólicos e relacionais que os atores estratégicos podem oferecer. A construção do instrumento de entrevista semiestruturada será feita tomando como base a leitura dos componentes levantados a partir da pesquisa bibliográfica, bem como do levantamento documental. Serão incluídos nesta fase da pesquisa os atores que estiverem atuando na condução/articulação das ações da Política por no mínimo 1 ano.

IV) Questionário WEB Para traçar o perfil dos profissionais e gestores dos CER e contribuir para identificar os mecanismos de formação permanente oferecidos para a implementação da RCPCD será utilizado um questionário auto aplicado, constituído de duas partes: a primeira é estruturada; a segunda contém questões abertas. Este instrumento será aplicado aos trabalhadores e gestores dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) dos Estados estudados. Serão definidos critérios de inclusão e de exclusão para a definição dos atores estratégicos garantido a abrangência e profundidade do tema pesquisado. Serão incluídos os atores que estiverem atuando nos CER por no mínimo 1 ano.

V) Definição de indicadores relacionados aos serviços ligados às Pessoa Com Deficiência (PCD): Para identificação de indicadores, medidas-síntese que serão capazes de capturar informação relevante sobre os serviços oferecidos pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e também do seu acesso pelos usuários, serão analisados dados registrados pelos prontuários ou sistemas de informações relacionados às RCPCD investigadas no projeto. Indicadores reais, capazes de realizar monitoramento de mudanças, devem ser estabelecidos após um diagnóstico situacional. Acredita-se que o estudo permitirá realizar esse diagnóstico e produzir indicadores para monitoramento e avaliação da efetividade da RCPCD no país. Serão criadas planilhas locais/regionais para captação dos dados referentes aos indicadores e análise dos mesmos. Informações que forem disponibilizadas em todas as regiões serão analisadas em conjunto, para criação de indicadores nacionais. O levantamento de dados locais/regionais também contará com indicadores já conhecidos, capazes de apontar diferenças e afinidades entre as regiões trabalhadas: demográficos, socioeconômicos, ambientais, epidemiológicos, ofertas de serviços, demandas e necessidades dos usuários identificados entre aqueles que buscam e acessam o serviço.

### **Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o pesquisador

#### **Objetivo Geral**

Analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

#### **Objetivos Específicos**

- Analisar o processo de operacionalização da implantação e o acompanhamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Caracterizar a RCPCD e identificar as ferramentas e dispositivos de articulação e integração entre os pontos de atenção;

- Reconhecer o perfil dos profissionais e gestores da RCPCD e os mecanismos de formação permanente destes profissionais a partir da implantação da Rede;
- Caracterizar o processo de trabalho nos CER;
- Identificar indicadores utilizados para monitoramento e avaliação da Rede e propor novos indicadores;
- Identificar as dificuldades e desafios para a reorientação da atenção à pessoa com deficiência na perspectiva do cuidado integral;
- Caracterizar as divergências e convergências na RCPCD entre os Estados participantes do estudo;
- Construir e validar instrumento para monitoramento e avaliação das ações e serviços da RCPCD no SUS.

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o pesquisador

Riscos:

De acordo com a Resolução CNS 466/12, item V, toda pesquisa envolvendo seres humanos oferece algum risco, em grau variado. Nesse caso, os riscos apresentados estão prioritariamente relacionados à possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário ou entrevista que lhe será apresentada. Entretanto, a equipe da pesquisa, composta por profissionais de saúde, estará em prontidão para oferecer suporte aos participantes, interrompendo-a, se necessário, até que o participante se considere apto a continuar. Ressalta-se ainda que, caso decida não participar do estudo ou resolva a qualquer momento dele desistir, nenhum prejuízo lhe será atribuído. Mediante Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7, aos indivíduos estão assegurados o direito a indenização, ressarcimento e cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante e ao acompanhante da pesquisa, se houver, mediante correta comprovação.

Benefícios:

Os benefícios do estudo estão diretamente relacionados à contribuição para obtenção de evidência científica consolidada sobre a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em âmbito Nacional. Contribuirá ainda para produção de informação e divulgação sobre o acesso a Rede à população em geral e, em especial, as pessoas com deficiência. Em adição, informamos que os dados obtidos pela execução da pesquisa serão encaminhados ao Ministério de Saúde, o que poderá permitir a elaboração de indicadores sobre o grau de implantação e desenvolvimento da Rede no Brasil, proporcionando possíveis melhorias de políticas ou intervenções de saúde pública voltadas à atenção em saúde às pessoas com deficiência.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata se da segunda submissão de um Projeto de Pesquisa Multicêntrico que tem como pesquisador responsável o Prof. Dr. Tiótrefis Gomes Fernandes do curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas e membro da equipe a Profa. Dra. Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça do Curso de Bacharelado em Fisioterapia da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

1. Folha de Rosto: ADEQUADA - PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1365440.pdf 04/07/2019, 12:15:34
2. Termos de Anuência: ADEQUADO, POIS FOI APENSADO A PESQUISA,
3. Instrumentos da Pesquisa: ADEQUADO, POIS FOI APENSADO AO PROTOCOLO;
4. Projeto de Pesquisa: ADEQUADO;
5. TCLE: ADEQUADO;
6. Curriculum Lattes: ADEQUADO, POIS FOI APENSADO AO PROTOCOLO.

### **Recomendações:**

Vide campo lista de pendências e inadequações

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram encontrados óbices éticos

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                          | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1365440.pdf | 20/12/2019<br>18:11:45 |                                | Aceito   |
| Outros  | Resposta_Pendencia_CEP.pdf                    | 20/12/2019<br>18:10:45 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_REDECIN_BRASIL_Corrigido.pdf          | 20/12/2019<br>18:07:20 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEamazonas_REDECIN.pdf                      | 20/12/2019<br>18:07:03 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Termo_Itacoatiara_REDECIN.pdf                 | 04/07/2019<br>12:22:05 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Termo_Coari_Redecin.pdf                       | 04/07/2019<br>12:21:50 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Termo_anuencia_REDECIN_SEMSA_Manus.pdf        | 04/07/2019<br>12:21:36 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Termo_Anuencia_SUSAM_REDECIN.pdf              | 04/07/2019<br>12:20:15 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Declaração do Patrocinador                                | termosDeConcessao_Katia.pdf                   | 04/07/2019<br>12:18:28 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folha_Rosto_REDECIN.pdf                       | 04/07/2019<br>12:15:34 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Parecer Anterior  | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3348643.pdf    | 02/07/2019<br>18:02:30 | Tiótrefis Gomes Fernandes      | Aceito   |
| Outros  | SEI_GOVMG_Declaracao_CEP.pdf                  | 07/05/2019<br>09:54:35 | Eliane Marques Duarte de Sousa | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Manaus, 14 de janeiro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Eliana Maria Pereira da Fonseca**  
**(Coordenador(a))**

**ANEXO B – Parecer consubstanciado CEP/UFPB**

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA -  
CCS/UFPB

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS - REDECIN - BRASIL

**Pesquisador:** Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

**Área Temática:**

**Versão:** 8

**CAAE:** 13083519.3.1001.5188

**Instituição Proponente:** Centro de Ciência da Saúde

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.617.564

**Apresentação do Projeto:**

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO – CNPQ Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018. Nessa perspectiva, propõe-se a realização de um estudo transversal do tipo descritivo e exploratório em paralelo com uma investigação qualitativa com base nos conteúdos manifestos dos atores envolvidos. O estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Vale salientar que as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de CER habilitados, portanto, tem uma Rede mais ampliada numericamente. Em cada um dos Estados participantes, será realizada análise documental e entrevistas com gestores ligados às Secretarias Estaduais e municipais de Saúde. Análises de sistemas de informações e dados secundários de dados dos Centros Especializados de Reabilitação, poderão ser referentes a micro e macrorregião de saúde onde o município representando do estado está localizado. População do estudo: Participarão do estudo gestores das Secretarias de Estados e os dirigentes das áreas diretamente ligadas à implementação da rede, como também de áreas afins, com destaque para a Atenção Básica, Planejamento em Saúde, Regulação, Vigilância e Redes/Regionalização. Além destes, serão

contemplados os membros da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Estadual de Saúde, Coordenadores de Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Grupos Condutores Estaduais e profissionais de saúde que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em abordagens dirigidas e específicas, tendo em vista a natureza dos atores e a característica dos espaços. O estudo terá representatividade das 5 regiões do Brasil. Participarão da pesquisa os Estados da Paraíba e Bahia, na região Nordeste; Amazonas, na região Norte; Mato Grosso do Sul no Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo, na região Sudeste; e Rio Grande do Sul, na região Sul. Vale salientar que as regiões Nordeste e Sudeste concentram o maior número de CER habilitados, portanto, tem uma Rede mais ampliada numericamente. Em cada um dos Estados participantes, será realizada análise documental e entrevistas com gestores ligados às Secretarias Estaduais e municipais de Saúde. Análises de sistemas de informações e dados secundários de dados dos Centros Especializados de Reabilitação, poderão ser referentes a micro e macrorregião de saúde onde o município representando do estado está localizado. População do estudo: Participarão do estudo gestores das Secretarias de Estados e os dirigentes das áreas diretamente ligadas à implementação da rede, como também de áreas afins, com destaque para a Atenção Básica, Planejamento em Saúde, Regulação, Vigilância e Redes/Regionalização. Além destes, serão contemplados os membros da Comissão Intergestores Tripartite e do Conselho Estadual de Saúde, Coordenadores de Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, Grupos Condutores Estaduais e profissionais de saúde que atuam na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em abordagens dirigidas e específicas, tendo em vista a natureza dos atores e a característica dos espaços.

**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Possibilidade de eventual desconforto psicológico ao responder o questionário que lhe será apresentado, enquanto que, em contrapartida, os benefícios obtidos com este trabalho serão importantíssimos e traduzidos em esclarecimentos para a população estudada.

Benefícios: Os resultados poderão ser revertidos em benefícios e subsidiar discussões, tomadas de decisões e reformulações entre as diversas esferas envolvidas e interessadas em melhorar a vida e a saúde da população.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Em consonância com os objetivos, referencial teórico, metodologia, referências.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Após cumprimento da diligência apresenta a documentação necessária.

**Recomendações:**

Divulgar resultados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

APROVADO

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                    | Postagem                    | Autor                             | Situação |
|---|--|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1686988_E6.pdf      | 04/03/2021<br>10:31:03      |                                   | Aceito   |
| Outros  | Certidao_aprovacao_departamento_katia.pdf  | 04/03/2021<br>10:16:12      | Ralf Braga Barroso                | Aceito   |
| Outros  | Carta_Emenda6.pdf                          | 06/01/2021<br><br>22:40:36  | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCUD_PortoAlegre.pdf                       | 01/04/2020<br>16:12:00      | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_PortoAlegre.pdf                       | 01/04/2020<br>16:11:51      | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Outros  | Carta_CEP_PortoAlegre.pdf                  | 01/04/2020<br><br>16:11:41  | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Outros  | Formulario_CEP_PortoAlegre.pdf             | 01/04/2020<br><br>16:11:10  | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | Anuencia_APS_PortoAlegre.pdf               | 01/04/2020<br><br>15:19:06  | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Parecer Anterior  | PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_3731842.pdf | 29/11/2019<br><br>18:01:17  | Ana Carolina Basso Schmitt        | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | PROJETO_REDECIN_BRASIL.pdf                 | 03/05/2019<br>18:50:21      | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Folha de Rosto  | FOLHA_DE_ROSTO_final.pdf                   | 03/05/2019<br><br>12:34:46  | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento                             | TCLE_REDECIN.pdf                           | 03/05/2019<br>12:30:15      | Kátia Suely Queiroz               | Aceito   |
| Justificativa de Ausência                                 | TCLE_REDECIN.pdf                           | 03/05/2019<br>12:30:15      | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | RIOGRANDEdoSUL.pdf                         | 03/05/2019<br>9<br>11:01:35 | Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro | Aceito   |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

João Pessoa, 29 de março de 2021

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa  
(Coordenador(a))**

## ANEXO C – Informações de publicação do Capítulo 11 “A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado Do Amazonas” no Livro “Redecin Brasil: o cuidado na Rede de Atenção à pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis”

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro  
Arthur de Almeida Medeiros  
Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva

ORGANIZADORES

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

# Redecin Brasil:

## o cuidado na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência nos diferentes Brasis

1ª Edição  
Porto Alegre  
2022



| DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)                |   |
|--|---|
| <b>R484r</b>   | Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva; Medeiros, Arthur de Almeida; Silva, Sílvia Lanzziotti Azevedo da (org.).  |
|  | Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis / Organizadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros e Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva. – 1. ed. – Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022. |
|  | 332 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 24).<br>E-book: 6.40 Mb; PDF  |
|  | Inclui bibliografia.<br>ISBN: 978-85-54329-72-3<br>DOI: 10.18310/9788554329723  |
|  | 1. Atenção à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Política de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.   |
|  | CDD 610.6 649.8<br>22-30180125 CDU 616-056.26   |
| ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO                                       |   |
|  | 1. Medicina: Saúde Pública; Cuidados com pessoas idosas, doentes e deficientes.   |
|  | 2. Serviços de Saúde Pública; Pessoas com deficiências físicas e/ou mentais.  |
| Catalogação elaborada pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846 |   |

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS. Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| APRESENTAÇÃO.....  | 7  |
| <i>Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros, Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva</i>   |    |
| PREFÁCIO.....  | 10 |
| <i>Vera Lucia Ferreira Mendes</i>  |    |
| SEÇÃO I   A COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO À SAÚDE.....  | 13 |
| CAPÍTULO 1   O CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: CONCEITOS, EVOLUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS.....                                      | 14 |
| <i>Jorge Henrique Santos Saldanha, Victor da Silva Aquino, Ralf Braga Barroso, Melissa Catrini, Milena Maria Cordeiro de Almeida</i>               |    |
| CAPÍTULO 2   REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE E PERSPECTIVAS PARA UMA OFERTA INTEGRAL NO SUS.....                                | 34 |
| <i>Diego Ferreira Lima Silva, Diogo do Vale de Aguiar, Fernando Pierette Ferrari, Leônia Geriz Pereira de Oliveira, Arthur de Almeida Medeiros</i> |    |
| CAPÍTULO 3   A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR PARA O CUIDADO INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....   | 50 |
| <i>Ângela Kemel Zanella, Ana Paula Medeiros Pereira, Ana Carolina Basso Schmitt, Adriane Pires Batiston</i>  |    |
| CAPÍTULO 4   CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....                                    | 64 |
| <i>Arthur de Almeida Medeiros, Francisca Rêgo de Oliveira Araújo, Lais Alves de Souza Bonilha, Lizandra Nunes Coelho Conte</i>                     |    |
| SEÇÃO II   A PESQUISA REDECIN BRASIL.....  | 77 |
| CAPÍTULO 5   REDECIN BRASIL: UMA CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DIALOGADA.....  | 78 |
| <i>Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Ana Carolina Basso Schmitt, Diogo do Vale Aguiar</i>   |    |
| CAPÍTULO 6   O PAPEL DOS GRUPOS CONDUTORES NA IMPLANTAÇÃO E NO MONITORAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....                     | 90 |
| <i>Ângela Kemel Zanella, Grace Kelly Filgueiras Freitas</i>  |    |

|   |     |
|---|-----|
| CAPÍTULO 7   A ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....  | 103 |
| <i>Milena Maria Cordeiro de Almeida, Larissa Riani Costa Tavares, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Mariana Silva Macedo, Inayê Caroline Stolin Pereira, Tiótrefis Gomes Fernandes</i>  |     |
| CAPÍTULO 8   CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO: O CORAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....  | 123 |
| <i>Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Neidimila Aparecida Silveira, Natasha Seleidy Ramos de Medeiros, Rafaela Raulino Nogueira, Jorge Henrique Santos Saldanha</i>   |     |
| CAPÍTULO 9   CARACTERIZAÇÃO E MAPEAMENTO DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS DO SUS NO CONTEXTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPD).....   | 140 |
| <i>Maria Letícia de Melo Lima, Kátia Suely Queiroz da Silva Ribeiro, Luciana Castaneda Ribeiro, Jozemar Pereira dos Santos</i>  |     |
| CAPÍTULO 10   A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....   | 154 |
| <i>Ângela Kemel Zanella, Luciele dos Santos Soares, Grace Kelly Filgueiras Freitas</i>  |     |
| CAPÍTULO 11   A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS.....  | 166 |
| <i>Tiótrefis Gomes Fernandes, Hadassah dos Reis Maia, Lohanna Pinheiro Martins, Viviane Siqueira Magalhães Rebelo, Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos, Daniela Baptista Frazão, Luís Felipe Farias Maia, Victor da Silva Aquino, Rogério Olmedija de Araújo, Ayrlis Silva Gonçalves Barbosa Mendonça</i>                |     |
| CAPÍTULO 12   A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA.....   | 180 |
| <i>Jorge Henrique Santos Saldanha, Milena Maria Cordeiro de Almeida, Ana Paula Medeiros Pereira, Mariana Silva Macedo, Amanda Oliveira Costa dos Santos, Mariana Santos Amaral, Beatriz Santos Miranda, Hercília Kayla Santos de Carvalho, Lília Campos Nascimento, Melissa Catrini, Vladimir Andrei Rodrigues Arce</i> |     |
| CAPÍTULO 13   A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO.....   | 195 |
| <i>Gilma Correa Coutinho, Fernando Zanella da Silva Arêas, Grace Kelly Filgueiras Freitas, Mariana Batista Ribeiro, Fernanda Degen, Kátia Ohanna Rosa</i>   |     |
| CAPÍTULO 14   A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE MINAS GERAIS.....  | 208 |
| <i>Sílvia Lanzziotti Azevedo da Silva, Neidimila Aparecida Silveira, Lorrane Brunelle Moreira, Ana Lutzia Maia Nascimento, Bruna Lillian Severino Carvalho</i>  |     |

**ANEXO D** - E-mail de comunicação da aprovação do capítulo submetido ao Edital 003/2023 da Rede Unida

---

**De:** Gestão, Política em Saúde Pública no Amazonas <gesp.fiocruz@gmail.com>  
**Enviado:** terça-feira, 18 de abril de 2023 13:51  
**Para:** Hadassah Maia <hadassahmaia@hotmail.com>  
**Assunto:** Re: Manuscrito para o livro Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde na Amazônia

Olá a todo(a)s autore(a)s,

Na oportunidade, esperamos que estejam bem e com saúde. Viemos por meio deste agradecer a oportunidade do trabalho coletivo e a confiança em construir referencial teórico de extrema importância no âmbito da gestão, políticas públicas e planejamento em saúde na Amazônia. Importante ainda dizer que conseguimos avançar nos pontos críticos que emperraram nosso processo de lançamento da obra. É premente destacar que a Editora Rede Unida tem sido parceira nesse processo e é de responsabilidade dos organizadore(a)s desta obra a reformulação do cronograma de análise, revisão e lançamento desta obra. Desta forma, registramos nossas sinceras desculpas com o atraso do lançamento, devido a fatores que orbitam na ordem pessoal, profissional (conflito de tempo e atividades superpostas com o período de pós doutoramento de um dos organizadores) e técnicas (atraso no repasse de orçamento do projeto financiador e consequências) que emperram a realização do antigo cronograma. Daremos seguimento com as etapas de revisão de pareceristas, revisão final, diagramação, editoração e publicação.

A chamada produzirá dois livros sendo cada um constituído de 12 capítulos com temáticas inerentes ao termo de referência.

Você que está recebendo esse e-mail saiba que os seus manuscritos passaram pelo olhar e aprovação dos organizadores, cabendo estimar uma data provável para o lançamento do primeiro livro que será em julho e o segundo em agosto de 2023.

Estamos muito entusiasmados com a sua participação e anuência nesse processo, haja vista que estamos seguindo um calendário final de lançamento que melhor expressa a dedicação de todo(a)s o(a)s envolvido(a)s.

Pedimos, encarecidamente, mais um pouco de paciência pois o manuscrito será lançado. Desde já refazemos nossos votos de confiança na construção coletiva desta obra.

Certo de sua compreensão,  
Equipe Projeto GESP