



**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC**  
**PRÓ-REITORIA ACADÊMICA**  
**DIRETORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - PPGSCoI**  
**MESTRADO PROFISSIONAL**



**BRUNO MINOTTO BOM**

**ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM  
REABILITAÇÃO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

**CRICIÚMA-SC**  
**2020**

**BRUNO MINOTTO BOM**

**ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM  
REABILITAÇÃO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof<sup>(a)</sup>. Dr<sup>(a)</sup>. Fernanda de Oliveira Meller

CRICIÚMA-SC

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

B695a Bom, Bruno Minotto.

Acesso de pessoas com deficiência a um centro especializado em reabilitação do Extremo Sul Catarinense / Bruno Minotto Bom. - 2020.

69 p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Extremo Sul Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Criciúma, 2020.

Orientação: Fernanda de Oliveira Meller.

1. Pessoas com deficiência. 2. Acesso aos serviços de saúde. 3. Sistema Único de Saúde (Brasil). 4. Saúde coletiva. Título.

CDD 23. ed. 362.12

**BRUNO MINOTTO BOM**

**ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A UM CENTRO  
ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DO EXTREMO SUL CATARINENSE**

Esta dissertação foi julgada e aprovada para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de Atenção à Saúde e Epidemiologia no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense.

Criciúma, 19 de dezembro de 2019

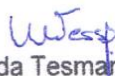
**BANCA EXAMINADORA**



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Fernanda de Oliveira Meller - Orientadora  
Doutora em Epidemiologia (UFPel)



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lisiane Tuon Generoso Bittencourt - Doutora - membro interno  
PPGSCol  
Doutor em Ciências da Saúde (Unesc)



Prof<sup>ª</sup>. Dra. Magada Tesmann - Doutora - membro externo PPGSCol  
Doutor em Ciências da Saúde (Unesc)

Dedico este trabalho a Deus por ter me guiado em todos os passos, a minha Mãe por todo amor e carinho a mim dedicados, a minha Orientadora por todo aprendizado e a minha Banca por aceitar avaliar esta construção.

## **AGRADECIMENTOS**

Mais uma vez agradeço a Deus por me permitir esta oportunidade de crescimento profissional, pessoal e espiritual.

Agradeço a minha família, em especial a minha mãe por sempre me incentivar a buscar o aperfeiçoamento em minha vida profissional.

À minha orientadora Fernanda por ter tido paciência e ter me passado muito de sua experiência e conhecimento, assim me tornando este profissional mais completo o qual me considero atualmente.

À minha amiga e banca Lisiane por sempre ter sido minha incentivadora a buscar mais, a me aperfeiçoar e proporcionar novas experiências.

Agradeço à minha gestora e banca Magada por sempre me desafiar com novos caminhos e com isso contribuir para que eu me tornasse essa pessoa e profissional o qual me tornei.

Agradeço aos amigos e colegas de trabalho por toda parceria nos momentos complicados, e aproveito para pedir desculpas por minhas ausências.

“A alegria não chega apenas no encontro do achado, mas faz parte do processo de busca. Ensinar e aprender não pode dar-se fora da procura, fora da boniteza e da alegria”.

Paulo Freire

## RESUMO

No Brasil, 45,6 milhões de pessoas, que representam quase 24% da população brasileira, apresentam algum tipo de deficiência. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde (MS) implantou novas políticas, como a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, para o cuidado da pessoa com deficiência, com isto promovendo em qualquer ponto da rede o serviço necessário para reabilitação; no entanto, é no Centro Especializado em Reabilitação (CER) que há a atenção especializada em reabilitação, sendo este como ponto de referência em seu território. O objetivo do presente estudo é avaliar o acesso de pessoas com deficiência a um centro especializado em reabilitação, localizado no extremo sul catarinense. O estudo foi realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CERII/UNESC), localizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC) do município de Criciúma – SC. Participaram do estudo todos os indivíduos encaminhados ao CER II/UNESC e admitidos após triagem durante o período de abril a junho de 2019. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, foi aplicado um questionário contendo perguntas sobre questões demográficas e socioeconômicas, referentes ao acesso e fluxo de encaminhamento e percepção dos indivíduos em relação à qualidade dos atendimentos prestados. Este questionário foi aplicado por entrevistador treinado na sala localizada nas Clínicas Integradas da UNESC. Foi realizada dupla digitação dos dados no programa Microsoft Excel versão 2013. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas (n) e relativas (%) e as variáveis quantitativas, por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil). Para realizar as análises foi utilizado o programa SPSS versão 23.0. O estudo contou com 88 usuários participantes. Observou-se predominância de usuários do sexo masculino e da cor de pele branca que metade deles eram casados ou em união estável e estudaram até o ensino fundamental. Os entrevistados tiveram o tempo de espera de dois meses até chegarem ao CER II/UNESC para as terapias. Ao chegarem, os indivíduos aguardaram 45 minutos na sala de espera até que eram chamados pelos profissionais para que fosse iniciado o seu acolhimento. Além disso, a maioria destes chegam ao CER II/UNESC trazidos pelo transporte de seus municípios de origem; no entanto, a grande maioria deles relatou ter dificuldade quanto ao transporte e afirmam que a acessibilidade também é um quesito que levou à dificuldade de acesso. Por fim, os indivíduos estão satisfeitos com a qualidade dos atendimentos ofertados e quase a totalidade deles gosta de ir ao CER. Diante dos resultados encontrados, conclui-se que com o exposto leva-se a compreensão de que a saúde coletiva, os preceitos básicos do SUS e a multi e/ou interdisciplinaridade dos atendimentos aos usuários a qualquer dos pontos da rede de atenção à saúde tem grande relevância no papel do processo de reabilitação e a consequente retomada da funcionalidade dos pacientes, mas para que isso ocorra, o acesso, a acessibilidade e a garantia de atendimento em tempo hábil devem ser asseguradas pelos gestores municipais de cada uma das cidades que o CERII/UNESC tem abrangência. Desta forma sugere-se que tais dados sejam apresentados em reunião das associações de municípios (AMREC e AMESC) a qual o CERII/UNESC tem área de atuação, desta forma todos terão ciência do que e como vem ocorrendo este acesso a este ponto da rede.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Pessoas com Deficiência. Sistema Único de Saúde. Saúde Coletiva.



## ABSTRACT

In Brazil, 45.6 million people, representing almost 24% of the Brazilian population, have some kind of disability. With the creation of the Unified Health System (SUS), the Ministry of Health (MS) implemented new policies, such as the Disability Care Network, for the care of people with disabilities, thereby promoting anywhere in the network. service required for rehabilitation; However, it is in the Specialized Center for Rehabilitation (CER) that there is specialized attention in rehabilitation, which is the reference point in its territory. The aim of the present study is to evaluate the access of people with disabilities to a specialized rehabilitation center, located in the extreme south of Santa Catarina. The study was carried out at the Specialized Center for Rehabilitation (CERII / UNESC), located in the Integrated Clinics of the University of Far South Catarinense (UNESC) of the city of Criciúma - SC. All subjects referred to the CER II / UNESC and admitted after screening during the period from April to June 2019 participated in the study. After signing the free and informed consent form, a questionnaire containing demographic and socioeconomic issues was applied. access and referral flow and perception of individuals regarding the quality of care provided. This questionnaire was administered by a trained interviewer in the room located at UNESC Integrated Clinics. Data were double entered in Microsoft Excel version 2013. Qualitative variables were presented as absolute (n) and relative (%) frequencies and quantitative variables as measures of central tendency (mean or median) and dispersion (standard deviation). or interquartile range). To perform the analyzes, the software SPSS version 23.0 was used. The study had 88 participating users. There was a predominance of male and white-skinned users that half of them were married or in stable union and studied until elementary school. Respondents had the waiting time of two months before arriving at CER II / UNESC for therapies. When they arrived, the individuals waited 45 minutes in the waiting room until they were called by the professionals to start their reception. In addition, most of these arrive at CER II / UNESC brought by transportation from their home municipalities; However, the vast majority of them reported having difficulty in transportation and stated that accessibility is also a factor that led to the difficulty of access. Finally, individuals are satisfied with the quality of care offered and almost all of them enjoy going to the CER. Given the results, it is concluded that with the above leads to the understanding that the collective health, the basic precepts of SUS and the multi and / or interdisciplinarity of care to users at any point of the health care network has relevance to the role of the rehabilitation process and the consequent resumption of patient functionality, but for this to occur, access, accessibility and ensuring timely care must be ensured by the municipal managers of each of the cities that CERII / UNESC has scope. Thus, it is suggested that such data be presented at a meeting of the associations of municipalities (AMREC and AMESC) to which the CERII / UNESC has an area of expertise, so everyone will be aware of what and how this access has been occurring to this point of the network. .

**Keywords:** Access to Health Services. People with Disabilities. Unified Health System. Collective Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Organização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência .....	22
<b>Figura 2</b> - Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência .....	23
<b>Figura 3</b> - Fluxo interno de pacientes do CER II/UNESC .....	26

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88).....	36
<b>Tabela 2</b> - Dados sobre a assistência à saúde fornecida pela Atenção Primária em Saúde aos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88) .....	37
<b>Tabela 3</b> - Dados sobre a forma que ocorre o acesso dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88) .....	38
<b>Tabela 4</b> - Informações sobre o deslocamento dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88) .....	39
<b>Tabela 5</b> - Desafios encontrados pelos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88) .....	40
<b>Tabela 6</b> - Satisfação dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88) .....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AER	Atenção Especializada em Reabilitação
AHUE	Atenção Hospitalar de Urgência e Emergência
AMESC	Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense
AMREC	Associação dos Municípios da Região Carbonífera
APS	Atenção Primária a Saúde
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps
MS	Ministério da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
PNDPC	Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
PTS	Plano Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência
RCPD	Rede de Cuidado da Pessoa com Deficiência
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>17</b>
2.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS .....	17
2.2 DEFINIÇÃO DE ACESSO E ACESSIBILIDADE .....	18
2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS).....	19
<b>2.3.1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3.2 CER II/UNESC</b> .....	<b>25</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>4 MÉTODOS</b> .....	<b>30</b>
4.1 HIPÓTESES .....	30
4.2 DESENHO DO ESTUDO .....	31
4.3 VARIÁVEIS.....	31
4.4 LOCAL DO ESTUDO .....	32
4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO .....	32
<b>4.5.1 Critério de inclusão</b> .....	<b>33</b>
<b>4.5.2 Critério de exclusão</b> .....	<b>33</b>
4.6 AMOSTRA.....	33
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	33
4.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA .....	34
4.9 INSTRUMENTO DE COLETA .....	34
4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS .....	34
4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	35
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>36</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>43</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>51</b>
<b>APÊNDICE (S)</b> .....	<b>56</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	57
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	60
<b>ANEXO (S)</b> .....	<b>67</b>

ANEXO A – CARTA DE ACEITE .....	68
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO.....	69



## 1 INTRODUÇÃO

Para compreender a construção atual da Pessoa com Deficiência (PcD), olha-se para o passado, onde na era pré-cristã havia muito negligência e não sabiam lidar com a diferença do corpo, assim acabaram por eliminá-los. Já no período feudal e no catolicismo os traduziam como pecador, assim a inquisição os queimava. No Brasil do século XVIII até o século XIX se tem a segunda fase, nesta fase começa a surgir as casas de “depósitos” de PcD; desta forma, tendo a segregação e o não interesse na reabilitação e reinserção a sociedade<sup>1</sup>.

A terceira fase, ou seja, final do século XIX até metade do século XX surge instituições específicas para atender as PcD. Já na década de 80, as PcD tiveram forte luta pelos seus direitos e a mudança na constituição que garantia os mesmos direitos a todos<sup>2</sup>. Até o século 20 as pessoas eram consideradas inválidas, não tinham algum valor sequer para a sociedade, porém do século XIX até a década de 60, as PcD passavam a serem vistas com capacidades residuais, ou seja, tinha habilidades limitadas. Da década de 60 a 80 usou-se vários termos para denominar as PcD, como indivíduos defeituosos, deficientes, excepcionais. Já na década de 80 a 90 usou-se pessoas portadoras de deficiências, e atualmente a terminologia correta é PcD, assim contribuindo para sua autonomia e o favorecimento de sua inclusão<sup>3</sup>.

Atualmente mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo vivem com alguma forma de deficiência, destas quase 93 milhões são crianças. No Brasil, são 45,6 milhões de pessoas, que representam quase 24% da população brasileira com algum tipo de deficiência<sup>4</sup>.

Na década de 30 a assistência à saúde era ofertada na forma de ações de saneamento e combate a endemias, desta forma neste período surge o sanitário campanhista até o final da década de 40<sup>5</sup>. Em 1923, com o decreto da lei Elói Chaves, foi criada a Caixa de Aposentadorias e Pensão (CAPS). As CAPS foram criadas pelas empresas e ofereciam medicamentos, assistência médica e aposentadoria<sup>6</sup>.

Em 1930 foi o ano que foi criado o Ministério da Educação e Saúde, assim a ótica governamental se volta para a assistência médica individual<sup>8</sup>. Em seguida, em 1933, criou-se o Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) que asseguravam os trabalhadores por ramo de atividade<sup>7</sup>. Anos mais tarde, em 1948, surge o plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia). Em 1953, ainda sobre a influência



deste plano, é criado o Ministério da Saúde (MS), este tendo como seu objetivo o trabalho ao povo como um todo, sem mais sendo segregados por classe de trabalho<sup>9</sup>.

Em 1960 o IAP se funde e dá origem ao Instituto Nacional de Previdência e Social (INPS), onde se teve a previdência social centralizada e firmada como o principal órgão de financiamento da saúde<sup>10,5</sup>. Dez anos depois, em 1976 a sociedade se mobiliza e surge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), esta reforma preconiza o novo modelo de assistência, tendo como a assistência primária de saúde o seu principal objetivo<sup>11</sup>. Por todo este movimento o MRSB foi o grande indutor da 8ª Conferência Nacional de Saúde. A lei 6.229/75 regulamenta o Sistema Nacional de Saúde e a saúde coletiva era um direito de todos assegurados nesta nova lei, no entanto a assistência médica hospitalar individualizada era somente direito dos contribuintes do Sistema Nacional de Previdência Social<sup>12</sup>.

Em maio de 1980 surge a 7ª Conferência Nacional de Saúde que tinha o objetivo da assistência primária; já em 1982 é criado o Plano do Conselho Construtivo de Administração de Saúde (CONASP) para racionalizar as ações de saúde<sup>13,14</sup>, visando a qualidade da utilização da rede pública de serviço básico, a universalização da acessibilidade da população ao serviço de saúde<sup>15</sup>.

O Sistema Unificado de Descentralização de Saúde (SUDS) em 1987 dá início à reforma sanitária<sup>16</sup> e juntamente com a 8ª Conferência Nacional de Saúde inicia-se a proposta do direito universal a saúde, acesso igualitário, descentralização e a participação da sociedade, assim dando a base do Sistema Único de Saúde (SUS) que se tem atualmente<sup>17</sup>.

Com a implantação do SUS no ano de 1988, o MS inseriu novas políticas para o cuidado da pessoa com deficiência no Brasil, baseando-se na descentralização, hierarquização e a regionalização dos serviços e tendo como objetivo alcançar a integralidade do cuidado<sup>18</sup>.

As ações e serviços de reabilitação podem ser ofertados em qualquer ponto de atenção da rede. No entanto, é nos Serviços Especializados em Reabilitação criados no ano de 2013, como os Centros Especializados em Reabilitação (CER), este sendo um dos pontos de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que se realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da PcD no território<sup>19</sup>.

Quando é falado do acesso de PcD, tem-se como base o conceito, sendo o produto da relação entre a disponibilidade dos serviços e o acesso por parte desses indivíduos a esses serviços percebendo que existem barreiras de acesso aos serviços de saúde que, muitas vezes, limitam o direito da assistência universal garantido pelo SUS<sup>20</sup>.

No Brasil, observa-se um sistema de saúde com limitações e isto compromete o acesso da PcD, pois além do estigma e segregação sofridos, essas pessoas ainda têm que superar um sistema de saúde no qual os princípios não são garantidos<sup>21</sup>.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

### 2.1 ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS

A *World Health Organization International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH) propõe uma classificação da conceituação de deficiência que pode ser aplicada a vários aspectos da saúde e da doença. Deficiência é a perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. Incluem-se nessas a ocorrência de uma anomalia, defeito ou perda de um membro, órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais. E incapacidade refere-se à restrição, resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano<sup>22</sup>.

A Organização das Nações Unidas (ONU) estima que 1 bilhão de pessoas, em 2011, vivia com alguma deficiência<sup>11</sup>. Além disso, 80% delas residem nos países em desenvolvimento<sup>23</sup>. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) nos apresenta que em 2017, 45,6 milhões de pessoas tinham ao menos um tipo de deficiência, o que correspondia a 23,9% da população brasileira. A deficiência visual foi a mais apontada, atingindo 18,8% da população. Em seguida vêm as deficiências motora (7%), auditiva (5,1%) e mental ou intelectual (1,4%)<sup>22</sup>.

A partir dos anos 80, coloca-se em cena demandas de atenção em relação à saúde da pessoa com deficiência, assim discutindo a necessidade de implementação de políticas públicas para ampliar o acesso à saúde, à educação, ao trabalho e a melhores condições de vida para essa população. Com isto, a atenção básica sendo a porta de entrada para o sistema público de saúde, possivelmente, é onde se recebe o primeiro atendimento<sup>24</sup>.

As deficiências configuram-se num fenômeno de ordem global e, geralmente, estão associadas à pobreza, impactando, exponencialmente, a economia, a política, a cultura e a sociedade de maneira geral<sup>24</sup>.

Embora a condição de incapacidade e de deficiência tenha relevância no âmbito da saúde pública, a assistência à pessoa com deficiência no Brasil ainda apresenta um perfil de fragilidade, desarticulação e descontinuidade de ações quando se refere a políticas públicas. Além disso, apesar do modelo de atendimento à pessoa

com deficiência preconizar a interdisciplinaridade, na prática isso ainda não foi estabelecido plenamente. Esse modelo normalmente não é discutido ou valorizado pelas políticas de saúde e, conseqüentemente, os profissionais de saúde encontram muitas dificuldades em implementá-lo, trazendo, assim, a necessidade de reformulação desse cuidado e da reorganização dos serviços de saúde<sup>25</sup>.

## 2.2 DEFINIÇÃO DE ACESSO E ACESSIBILIDADE

A *Disabled Peoples' International*, uma organização não governamental (ONG) internacional criada por pessoas com deficiência, foi a primeira instituição a se preocupar com as necessidades desses indivíduos. Em 1981, esta ONG elaborou a Declaração de Princípios que define “equiparação de oportunidades” como um processo em que todos os seres humanos têm igual oportunidade de participar de todas as atividades da vida em comum e usufruir de bens e serviços<sup>26</sup>.

No Brasil, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), é chamado de acessível o espaço, a edificação, o mobiliário ou elemento que possa ser alcançado, visitado e utilizado por qualquer pessoa, inclusive aquelas portadoras de uma deficiência qualquer<sup>11</sup>.

Com isso, é utilizado o conceito “acessível” tanto para a acessibilidade física como para a comunicação e sinalização, e define-se acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaço, mobiliário e equipamento urbano<sup>35</sup>.

Já com relação ao acesso, sua definição é complexa, sendo, muitas vezes, empregado de forma imprecisa, e pouco claro na sua relação com o uso de serviços de saúde. Alguns autores, como Donabedian<sup>30</sup>, empregam o substantivo acessibilidade — caráter ou qualidade do que é acessível —, enquanto outros preferem o substantivo acesso — ato de ingressar, entrada — ou ambos os termos para indicar o grau de facilidade com que as pessoas obtêm cuidados de saúde<sup>28</sup>.

Pode ser diferenciado em duas dimensões da acessibilidade: a sócio-organizacional e a geográfica e indica que essas dimensões se inter-relacionam. Acessibilidade sócio-organizacional: inclui todas as características da oferta de serviços, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços. Acessibilidade geográfica: relaciona-se à fricção do espaço que pode ser medida pela

distância linear, distância e tempo de locomoção, custo da viagem, entre outros. Apesar de atributos dos indivíduos, a acessibilidade expressa as características da oferta que intervêm na relação entre características dos indivíduos e o uso de serviços, no entanto, Donabedian<sup>30</sup>, ainda delimita o escopo do seu conceito de acessibilidade ao excluir deste as etapas de percepção de problemas de saúde e o processo de tomada de decisão na procura de serviços pelos indivíduos. Acessibilidade não se restringe apenas ao uso ou não de serviços de saúde, mas inclui a adequação dos profissionais<sup>30</sup>. Já Andersen<sup>29</sup> prioriza o termo acesso apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento, desta forma abrangido a entrada dos indivíduos nos serviços e o recebimento de cuidados<sup>29</sup>. Em concordância com Donabedian<sup>30</sup>, acesso é uma característica da oferta de serviços importante para explicação do padrão de utilização de serviços de saúde<sup>30</sup>. Em revisões posteriores do modelo de utilização de serviços, Andersen<sup>29</sup> amplia e clareia seu entendimento sobre o conceito de acesso, que passa explicitamente a incorporar a etapa de utilização de serviços de saúde<sup>29</sup>.

### 2.3 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS)

A mudança da lógica nos processos de trabalho e na assistência à saúde, agora “usuário-centrada”, deve-se à ruptura do paradigma newtoniano-cartesiano, onde o ser humano, antes dividido e estudado em partes separadamente, hoje é atendido dentro do seu contexto socioeconômico<sup>31</sup>.

Com base nas políticas e modelos de saúde vigentes, o Ministério da Saúde, por meio do Decreto n. 7612, de 17 de novembro de 2011, institui as RAS<sup>28</sup>, tendo sua atuação em redes de atenção aos usuários do SUS, tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) enquanto ponto central desse novo modelo de assistência<sup>32</sup>.

As RAS buscam a interação entre três elementos básicos: população; estrutura operacional e modelo assistencial de saúde vigente<sup>32</sup>; desta forma considera os arranjos organizativos de ações e serviços e diferentes densidades tecnológicas, preveem a multidimensionalidade das questões envolvidas na assistência e a inter-relação de todos os setores, envolvendo, assim, todos os considerados atores sociais no processo do cuidado, configurando-se numa potente ferramenta para a redução da

fragmentação do sistema de saúde, impactando, dessa maneira, direta e indiretamente, na qualidade do cuidado prestado, o que, conseqüentemente, acarretará em confiança e vinculação, valores estes inerentes à assistência qualificada<sup>33</sup>.

Além disso, permitem a prestação de assistência de forma continuada à determinada população, no tempo e no local certos, com custo otimizado e assistência qualificada, operacionalizando, para isso, diversas ferramentas assistenciais, e mobilizando, dessa maneira, profissionais das mais distintas áreas do conhecimento humano<sup>34</sup>.

Conforme mencionado anteriormente, a reestruturação do SUS na perspectiva das redes de atenção configura-se na mais importante estratégia para que se possa superar o modelo biomédico até pouco tempo utilizado. Desta forma, desde sua institucionalização no ano de 1988, o SUS vem revisando normativas e diretrizes com vistas a sistematizar os serviços assistenciais em complexidades crescentes<sup>36</sup>.

As RAS permitem que os usuários do SUS sejam assistidos de maneira transversal e contínua, fazendo ajustes para que o atendimento seja realizado na lógica da inclusão e da ampliação dos serviços ofertados, onde se busca a horizontalidade relacional entre todos os pontos de atenção que se articulam entre si, interagindo por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, implementando continuamente ações com vistas à recuperação da saúde, reabilitação e promoção<sup>35</sup>.

Observa-se, assim, o quão grandioso é o desafio da prestação da assistência à população na lógica das redes de atenção ordenadas pela APS, tendo o conhecimento na dinâmica de funcionamento de um sistema tão complexo<sup>32</sup>. Tal complexidade se expressa pela diversidade dos contextos regionais e suas necessidades de saúde bastante específicas<sup>37</sup>.

Partindo do pressuposto que os sistemas de saúde são respostas sociais às necessidades de saúde dos cidadãos, devendo operar, dessa maneira, em total coerência com a situação de saúde apresentada pelos mesmos, as RAS têm no território a sua base e na APS seu centro operacional<sup>35</sup>.

Atualmente, têm-se instituídas, por meio de portarias específicas, cinco redes temáticas de atenção à saúde: Rede Cegonha – Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011<sup>38</sup>; Rede de Urgência e Emergência – Portaria n. 1.600, de 07 de julho de 2011<sup>42</sup>; Rede de Atenção Psicossocial – Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de

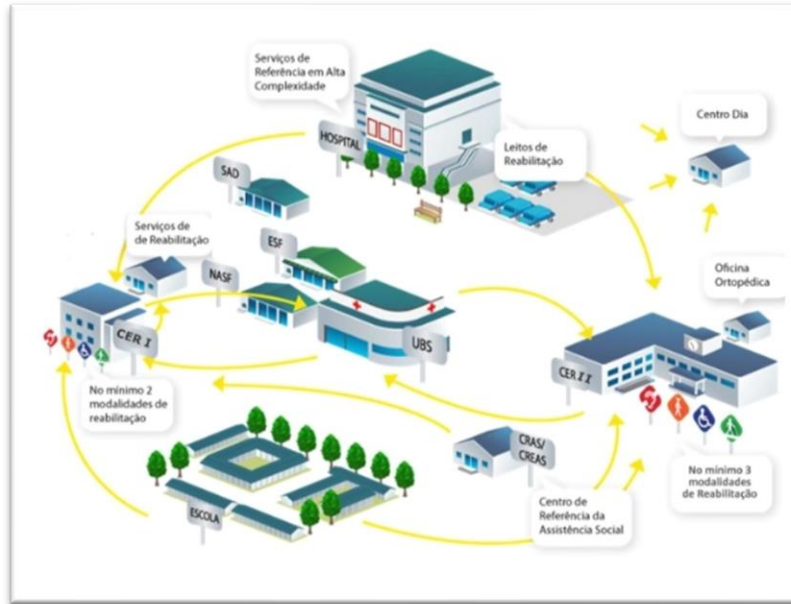
2011<sup>40</sup>; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência – Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012<sup>41</sup>; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas – Portaria n. 483, de 1º de abril de 2014<sup>42</sup>.

O principal dispositivo do ponto de vista gerencial das RAS baseia-se na instituição de grupos condutores de cada uma das redes temáticas. Esses grupos condutores, regionais ou estaduais, são responsáveis pela formulação, apoio durante o processo de implantação e, além disso, pelo monitoramento de cada uma delas<sup>33</sup>. A Portaria n. 1.473, de 24 de julho de 2011 dá o ordenamento da formação dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e comitês de mobilização social e de especialista de cada área temática<sup>38</sup>.

Diante das formas como as pessoas com deficiências foram tratadas ao longo do tempo, certamente uma das maiores dívidas que o SUS tinha com os usuários era a oferta de serviços qualificados para as pessoas com deficiências. Assim, no Brasil, os cuidados à saúde das pessoas com deficiências adquiriram status de prioridade nas agendas de gestores e de profissionais das áreas da saúde e, ainda, daqueles profissionais ligados aos direitos humanos<sup>27</sup>, somente a partir do ano de 2011, por meio da Lei n. 12.470<sup>43</sup>, do Decreto 7.612<sup>44</sup>, e, no ano de 2012, das Portarias n. 793 e 835<sup>45</sup> e, ainda, da resolução n. 452; desta forma, a partir desses marcos legais, teve início a articulação da atenção à pessoa com deficiência<sup>46</sup>.

Conforme já mencionado, dentre as RAS instituídas pelo MS, tem-se a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) (Figura 1), estruturando e articulando seus trabalhos sobre quatro grandes eixos estabelecidos por meio da Política Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (PNPD) (2011-2014). Sendo eles, eixo 1: acesso à educação; eixo 2: acesso à saúde; eixo 3: inclusão social e eixo 4: acessibilidade<sup>48</sup>. O principal objetivo é a implementação de novas iniciativas e a intensificação de ações transversais e intersetoriais em benefício das pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, independentemente de sua natureza<sup>38</sup>.

Figura 1 - Organização da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

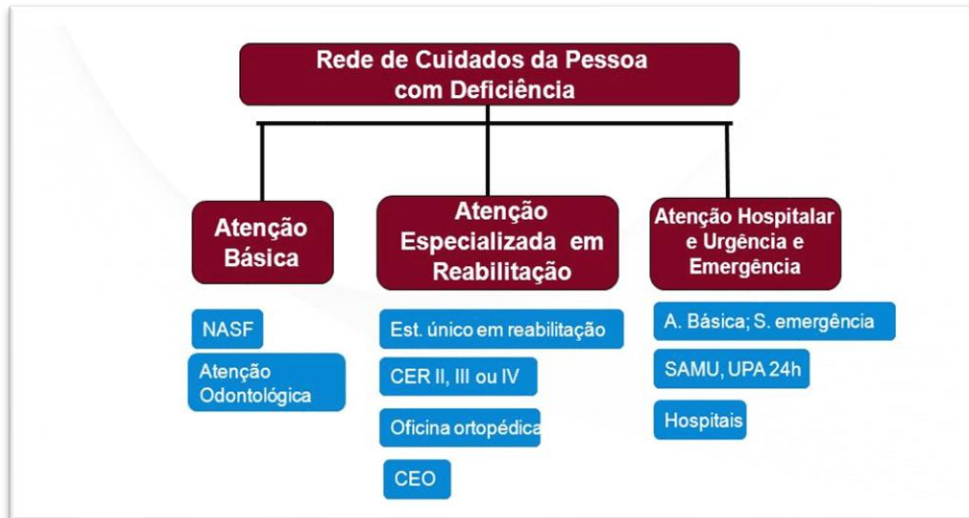


Fonte: Pereira, Machado WCA, 2016<sup>49</sup>.

O *Plano Viver sem Limites* articula ações pensadas por 15 Ministérios e também pelo Conselho dos Direitos das Pessoas com Deficiências (CONADE)<sup>47</sup>, um órgão superior, de deliberação colegiada, criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana dirigidos a esse grupo social, e seus componentes estão distribuídos entre a Atenção Básica (AB), Atenção Especializada em Reabilitação (AER) e a Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência (AHUE)<sup>48</sup>, conforme pode ser observado na Figura 2.



Figura 2 - Componentes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência



Fonte: Portaria MS/GM nº 793/2012<sup>25</sup>.

### 2.3.1 Centro Especializado em Reabilitação (CER)

Complexo em sua natureza, o SUS tem como essência dos seus serviços a proposta de coordenação e articulação de ações de promoção e de prevenção com as ações de cura e de reabilitação<sup>51</sup>.

A história mostra que as incapacidades, independentes de sua natureza, sejam estas físicas ou intelectuais, foram consideradas por muitos anos como atributos das pessoas com deficiências, fortalecendo o estigma da deficiência. Já nos dias atuais essas incapacidades são consideradas como consequência de um conjunto complexo de situações e não mais como um atributo ou uma marca que a pessoa com deficiência carregará durante toda sua caminhada, sendo abordadas, atualmente, nas suas dimensões biológica, individual e coletiva<sup>50</sup>.

Alicerçados em conceitos como integralidade, inclusão, assistência usuário-centrada e em redes de atenção, a RCPD<sup>45</sup>, prevê, dentre suas diretrizes, a interlocução entre a APS e os serviços de saúde especializados, para garantir a implementação de ações de natureza intersectorial para os usuários do SUS<sup>46</sup>, tendo por base um território adscrito e a garantia de acessos a todos os serviços que o usuário necessite a fim de satisfazer, em qualidade e quantidade, suas necessidades de saúde<sup>44</sup>.

O CER é um dos pontos de atenção especializada que compõem a RCPD, sendo responsável pelo diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e

manutenção de tecnologia assistiva, considerado referência para a RAS dentro do seu território adscrito, podendo ter as seguintes configurações: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva e física; auditiva e intelectual; auditiva e visual; física e intelectual; física e visual ou, ainda, intelectual e visual); CER III, composto por três modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física e intelectual; auditiva, física e visual; auditiva, intelectual e visual, ou, ainda, física, intelectual e visual); e CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação habilitadas (auditiva, física, intelectual e visual)<sup>52</sup>.

As normativas responsáveis pelo estabelecimento dos requisitos mínimos necessários para os componentes da Atenção Especializada da RCPD estão previstas na Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. Neste documento, encontram-se as informações necessárias para que os municípios ou instituições possam dar início aos trabalhos para a habilitação de um CER<sup>52</sup>.

Os atendimentos prestados pelo CER são realizados de forma a articular todos os pontos de atenção da RAS, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Assim, pode constituir-se como local de pesquisa e de inovação tecnológica na área da reabilitação, tornando-se polo para a qualificação profissional no campo da reabilitação, utilizando como instrumento a educação permanente em saúde<sup>53</sup>.

O PTS, por sua vez, deve ser uma construção coletiva, envolvendo a equipe de profissionais, o usuário e sua família, sendo elaborado levando em consideração as necessidades de saúde percebidas e mencionadas por cada usuário em específico, considerando, para isso, sua compreensão da vida, suas subjetividades e sua singularidade<sup>54</sup>. A construção do PTS se dá de maneira horizontal, contemplando todos os atores sociais envolvidos no processo do cuidado<sup>55</sup>.

Deve-se considerar como sendo pontos chaves dos atendimentos prestados pelo CER as tecnologias relacionais e a clínica ampliada, dentre as quais podemos citar o acolhimento, a escuta qualificada, empoderamento e vínculo, propondo, assim, o comprometimento processual de todos, e assumindo, dessa maneira, um novo modo de assistência. O CER, por meio da sua institucionalização, busca, dentre os seus princípios e diretrizes, ser centrado nas necessidades do usuário-família-comunidade, e a oferta de reintegração na sociedade, respeitando, assim, os direitos do usuário enquanto cidadão e enquanto sujeito em condições de desenvolvimento de vida qualificada e integrada à sua realidade local diária<sup>51</sup>.

### 2.3.2 CER II/UNESC

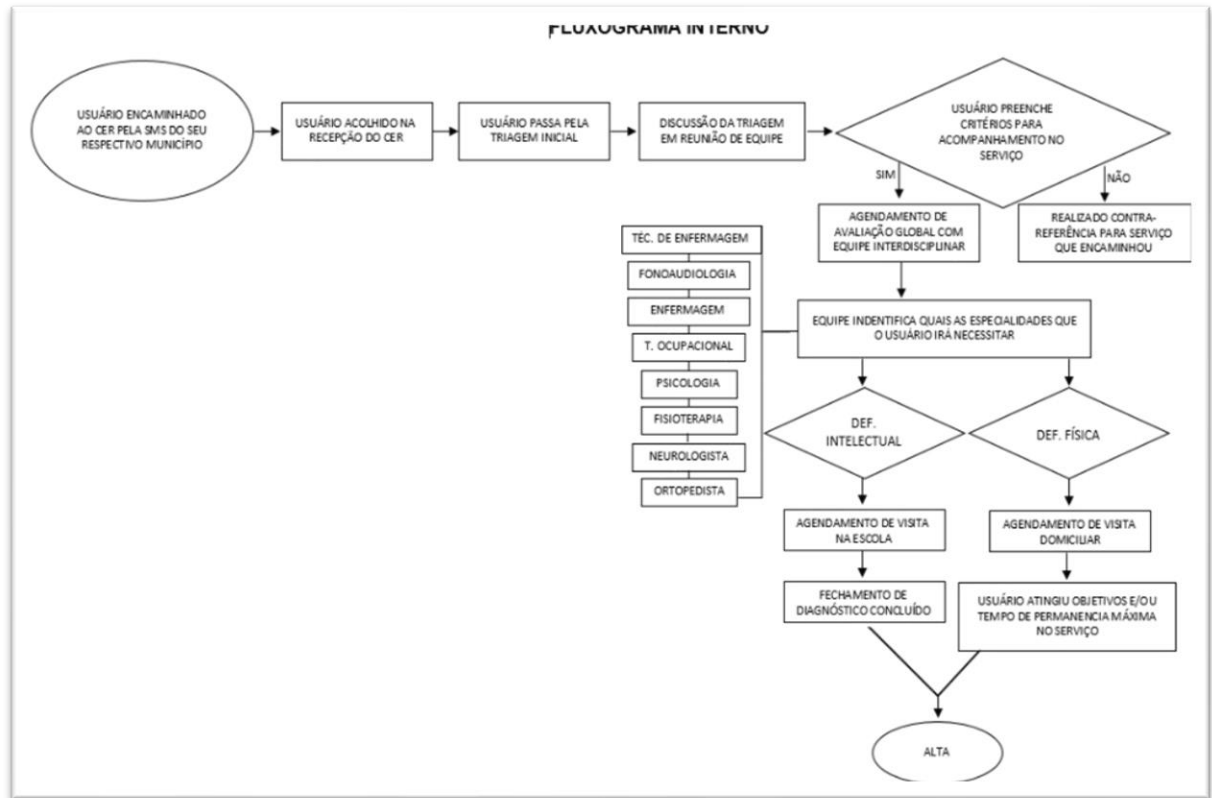
O CER II/UNESC que fica localizado nas dependências da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), mais precisamente nas Clínicas Integradas, é um dos 187 centros de reabilitação habilitados no Brasil até o ano de 2017, contemplando 611.761 habitantes distribuídos nos 27 municípios integrantes das regiões da Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC)<sup>56</sup> e da Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC)<sup>57</sup>. Os municípios de abrangência do CER II/UNESC são:

**AMREC:** Balneário Rincão, Cocal do Sul, Criciúma, Forquilha, Içara, Lauro Muller, Morro da Fumaça, Nova Veneza, Orleans, Siderópolis, Treviso, Urussanga<sup>56</sup>.

**AMESC:** Araranguá, Balneário Arroio do Silva, Balneário Gaivota, Ermo, Jacinto Machado, Maracajá, Meleiro, Morro Grande, Passo de Torres, Praia Grande, Santa Rosa do Sul, São João do Sul, Sombrio, Timbé do Sul e Turvo<sup>57</sup>.

Este CER oferece atendimento a qualquer pessoa que apresente algum tipo de deficiência, sendo esta de natureza física, intelectual e/ou ostomizados, ou até mesmo mais de uma dessas deficiências, a fim de satisfazer suas necessidades de saúde<sup>51</sup>. Este serviço tem como processo de trabalho o seu fluxo interno:

Figura 3 - Fluxo interno de pacientes do CER II/UNESC



Fonte: CER II/UNESC.

Utiliza a classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF) como modelo de atendimento multi e interdisciplinar, e, também, como instrumento avaliativo do usuário que chega à procura de atendimento. Concebe o modelo explicativo da funcionalidade e incapacidade de forma relacionada às condições de saúde, apresentando uma proposta conceitual multifatorial que engloba fatores biopsicossociais e tem como componentes as condições de saúde, as funções e estruturas do corpo, as atividades, a participação, os fatores pessoais, e os fatores ambientais<sup>50</sup>.

A equipe de profissionais entende que a incapacidade desse sujeito é resultado da interação dele com o meio ambiente, o que ocasiona trocas de natureza bastante distintas, experienciadas pelos indivíduos, sempre relacionadas às atividades humanas, assim essa equipe é composta por profissionais de distintas áreas do conhecimento e suas ações são executadas de acordo com as necessidades verificadas para cada usuário, sempre de acordo com o impacto que a deficiência exerce sobre sua funcionalidade<sup>33</sup>.

Este estudo se faz necessário perante a justificativa da necessidade do diagnóstico de como está ocorrendo o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde prestado pelo CER II / UNESCO; posteriormente gerando um produto de orientações sobre o fluxo de acesso, e assim, evitando encaminhamentos desnecessários e tempo excessivos em filas aguardando atendimento específicos.

### 3 OBJETIVOS

#### 3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o acesso de pessoas com deficiência a um centro especializado em reabilitação do extremo sul catarinense.

#### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Descrever as características demográficas e socioeconômicas da população que utiliza o CER II/UNESC;
- b) Conhecer a trajetória que o usuário realiza, desde o recebimento do encaminhamento até o atendimento no CER II/UNESC;
- c) Determinar o tempo que o usuário leva, do encaminhamento, até chegar à triagem no CER II/UNESC;
- d) Determinar o tempo (em dias) entre a triagem e o atendimento com os terapeutas;
- e) Identificar quais as principais origens dos encaminhamentos os usuários estão utilizando para acessar ao serviço especializado;
- f) Avaliar que tipo de transporte está sendo utilizado para a chegada ao CER II/UNESC;
- g) Identificar quanto tempo os usuários estão levando para chegar ao CER II/UNESC;
- h) Identificar o número de encaminhamentos de cada município durante o período do estudo;
- i) Elencar os principais desafios e dificuldades enfrentados pelos usuários, desde encaminhamento da APS até à chegada ao CER II/UNESC;
- j) Avaliar a percepção do usuário sobre a qualidade dos atendimentos prestados pelo CER II/UNESC;
- k) Identificar o nível de dependência dos usuários de terceiros para que consigam acessar o CER;
- l) Elencar qual o serviço de saúde é mais procurando pelos usuários;
- m) Estimar o custo em reais os usuários gastam por atendimento para vir até o CER quando não fazem uso do transporte do município;

- n) Identificar o tempo de espera do usuário até ser encaminhado ao CER;
- o) Descrever na visão dos usuários, o grau de cordialidade que a equipe do CER tem com seus usuários.

## 4 MÉTODOS

### 4.1 HIPÓTESES

a) A maioria dos usuários é do sexo feminino, da cor de pele branca e com média de idade de 55 anos, grande parte dos usuários é casada, com ensino fundamental incompleto, e com renda média de dois salários mínimos;

b) Usuários são encaminhados ao CER com nota de alta de hospitais ou provenientes da APS via sistema de regulação do município de Criciúma;

c) O tempo que o usuário leva entre o encaminhamento e a triagem é de cerca de 30 dias;

d) O tempo que o usuário leva entre a triagem e os atendimentos com os terapeutas é de cerca de 45 dias;

e) As principais vias de acesso para chegar ao CER são através de encaminhamento pelos hospitais ou pela APS;

f) Grande parcela dos usuários do CER II/UNESC utilizam o veículo ofertado pelo serviço de saúde do município de origem para deslocamento no período de tratamento;

g) O deslocamento da cidade de origem até o CERII/UNESC dura cerca de uma hora;

h) O CER II/UNESC recebe encaminhamentos de usuários de os municípios de abrangência, com frequência mínima de um usuário-mês, porém o município de Criciúma apresenta uma frequência maior que os demais;

i) Os principais desafios e dificuldades encontradas pelos usuários são as barreiras político-partidárias; a não compreensão do que é o CER pelos funcionários da APS, desta forma comprometendo o encaminhamento adequado do indivíduo ao serviço;

j) Na ótica dos usuários, os atendimentos do serviço são avaliados positivamente, com destaque para a excelência acerca do acolhimento com humanização como ação norteadora;

k) De forma rotineira, os indivíduos relatam que dependem de parentes ou amigos que possuam veículo automotor para conseguirem se deslocarem até os serviços de saúde como a APS, CER ou Hospitais;



l) Assim como preconizam as diretrizes do SUS, a porta de entrada para os serviços de saúde é a APS, compreende-se que este, está sendo o serviço mais procurado devido sua proximidade com o domicílio dos usuários, com a facilidade do acesso, dentre outros pontos;

m) Existem relatos de usuários que muitas das vezes o transporte dos municípios acaba não conseguindo os trazer, desta forma eles acabam contratando o serviço de taxi ou UBER, assim tendo ônus financeiro que chega a \$40,00 por dia de atendimento;

n) Sabe-se que os usuários ao receber a nota de encaminhamento devem procurar a APS de seu bairro para que agende a triagem para o CER e esta logística é imediata;

o) Credita-se que o grau de cordialidade seja de excelência haja visto o alto grau de formação dos terapeutas e por seguirem os critérios preconizados pelo SUS.

## 4.2 DESENHO DO ESTUDO

Estudo descritivo com abordagem quantitativa.

## 4.3 VARIÁVEIS

Idade (em anos completos), sexo (masculino / feminino), cor da pele (branca / preta / parda / indígena / amarela), estado civil (solteiro / casado / união estável / separado / divorciado / viúvo), escolaridade (ensino fundamental incompleto / ensino fundamental completo / ensino médio incompleto / ensino médio completo / ensino superior incompleto / ensino superior completo), renda (variável numérica), tipos de atendimentos recebidos pelos usuários que está recebendo (fisioterapia / fonoaudiologia / terapia ocupacional / psicologia / enfermagem / assistência social / neurologia / ortopedia / odontologia / psicopedagogia), frequência semanal de atendimento (dias por semana), município de encaminhamento (Araranguá / Balneário Arroio do Silva / Balneário Gaivota / Balneário Rincão / Cocal do Sul / Criciúma / Ermo / Forquilha / Içara / Jacinto Machado / Lauro Muller / Maracajá / Meleiro / Morro da Fumaça / Morro Grande / Nova Veneza / Orleans / Passo de Torres / Praia Grande / Santa Rosa do Sul / São João do Sul / Siderópolis / Sombrio / Timbé do Sul / Treviso / Turvo / Urussanga), tipo de atendimento que procura no CER (fisioterapia /

fonoaudiologia / terapeuta ocupacional / psicologia / enfermagem / assistente social / neurologista / ortopedista / psicopedagogia / dentista), possui diagnóstico (sim / não), há quanto tempo recebeu o diagnóstico (em meses), alguma ajuda de terceiros para acessar o serviço de saúde (sim / não), quais serviços costuma usar (ESF / pronto atendimento 24h / emergência de hospital / clínica escola), possui plano de saúde privado (sim / não), tipo de transportes que usa para se locomover (automóvel próprio, automóvel alugado, moto, transporte público), tempo de viagem para chegar até os serviços de saúde (em minutos), qual serviço o encaminhou ao CER (escola / ESF / hospital / seu médico particular, outros), sabe o porquê foi encaminhado até o CER (sim / não), surgiram dificuldades no agendamento (sim / não), qual profissional realizou o agendamento (médico / enfermeiro / técnico de enfermagem / psicólogo / cirurgião dentista / secretária de saúde / fisioterapeuta / psicólogo), quanto tempo levou o agendamento (em dias), qualidade do atendimento na APS (detestei / não gostei / indiferente / gostei / adorei), tempo de encaminhamento da APS à triagem (em dias) e da triagem até receber os atendimentos no CER (em dias), tempo de espera no CER para que a triagem se inicie (em minutos), desafios que encontrou para conseguir receber os atendimentos no CER (transporte / acompanhante / acessibilidade / comprometimento dos funcionários públicos), níveis de satisfação dos serviços prestados pelo CER (detestei / não gostei / indiferente / gostei / adorei), tempo de espera no CER para ser atendido pela equipe (em minutos).

#### 4.4 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas Clínicas Integradas da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), mais especificamente no Centro Especializado em Reabilitação (CERII/UNESC) que está localizado no município de Criciúma – SC.

#### 4.5 POPULAÇÃO EM ESTUDO

Usuários encaminhados ao CERII/UNESC que integravam as regiões que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e a Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC) e que foram admitidos na triagem realizada pelo serviço.

#### 4.5.1 Critério de inclusão

Usuários encaminhados pelos 27 municípios que compreenderam as regiões que compõem a Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC) e a Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC).

Usuários acometidos pelas patologias de ordem física (acidente vascular cerebral, patologias degenerativas, traumatismo raque medular, traumatismo crânio encefálico) ou deficiência intelectual.

Usuários com lesão considerada aguda (até seis meses de lesão).

Usuários que foram admitidos na triagem perante os critérios de inclusão do CER II/UNESC e estejam recebendo atendimento há, pelo menos, 30 dias..

Usuários que aceitaram participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

#### 4.5.2 Critério de exclusão

Usuários que eram incapazes de responder ao inquérito devido a comprometimentos cognitivo/intelectuais.

#### 4.6 AMOSTRA

A população foi composta por todos os usuários encaminhados ao CER II/UNESC, admitidos após triagem e que estavam recebendo atendimento a, pelo menos, 30 dias, no período de abril a junho de 2019. Em média, 47 usuários são admitidos para triagem por mês. Desta forma, estima-se estudar 188 pessoas, no entanto a amostra atingida foi de 88 usuários.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi realizada dupla digitação dos dados no programa *Microsoft Excel* versão 2013.

Foi realizada análise descritiva das variáveis estudadas. As variáveis qualitativas foram apresentadas por frequências absolutas (n) e relativas (%) e as

variáveis quantitativas, por medidas de tendência central (média ou mediana) e de dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil).

Para realizar as análises foi utilizado o programa SPSS versão 23.0.

#### 4.8 PROCEDIMENTOS E LOGÍSTICA

Após a assinatura do TCLE (APÊNDICE A), o estudo ocorreu de maio a julho de 2019. O usuário participante, o qual já estava a mais de um mês em atendimento respondeu a um questionário contendo as informações necessárias para a realização da pesquisa (APÊNDICE B). Este questionário foi aplicado, por entrevistador treinado em uma sala localizada nas Clínicas Integradas da UNESC, tendo tempo médio de 40 minutos por entrevista, logo após o término, o usuário foi liberado para o seu atendimento.

#### 4.9 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta dos dados, foi utilizado questionário (APÊNDICE B) contendo perguntas para obter as informações necessárias para a realização da pesquisa, ou seja, questões demográficas e socioeconômicas, referentes ao acesso e fluxo de encaminhamento e percepção dos indivíduos em relação à qualidade dos atendimentos prestados.

#### 4.10 RISCOS E BENEFÍCIOS

A perda da confiabilidade dos dados se caracteriza como o único risco em participar dessa pesquisa, porém este risco foi amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados dos participantes da pesquisa.

Os benefícios da pesquisa foram a melhoria do processo de comunicação entre o Centro Especializado em Reabilitação (CER II/UNESC) e a Atenção Primária em Saúde dos municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC e AMESC, assim minimizando os agravos que podem surgir em decorrência da demora em estar aguardando por atendimento e a melhoria do atendimento prestado pelo CER após avaliação da percepção dos usuários.

#### 4.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade do Extremo Sul Catarinense sob o parecer nº: 3.059.273/CAAE: 04031818.3.0000.0119 e autorização do local onde foi realizada a pesquisa mediante apresentação do projeto e Carta de Aceite (ANEXO A), tendo como base a Resolução 466/12 e a 518/16 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos, sendo garantido o sigilo da identidade dos pacientes e a utilização dos dados somente para esta pesquisa científica. Os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar da pesquisa, autorizando sua realização por meio de TCLE (APÊNDICE A).

## 5 RESULTADOS

Inicialmente, tinham-se 108 possíveis usuários participantes da pesquisa, no entanto 10 foram desligados por excesso de falta, 4 faleceram e 6 desistiram dos atendimentos, desta forma, o estudo incluiu 88 usuários participantes.

As características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos atendidos no CER II/UNESC são apresentadas na Tabela 1. Observa-se que a maioria dos indivíduos é do sexo masculino (53,4%) e de cor da pele branca (80,7%). A mediana da idade foi de 57,5 anos (intervalo interquartil: 38,2-66) e da renda mensal, de 1100,00 reais (intervalo interquartil: 998,00-2000,00). Cerca da metade dos usuários está em uma união estável ou são casados (47,7%) e moram na cidade de Criciúma (48,9%). Além disso, um terço deles estudou até o ensino fundamental (35,2%).

Tabela 1 - Características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

<b>VARIAVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	47	53,4
Feminino	41	46,6
<b>Cor da pele</b>		
Branco	71	80,7
Não branco	17	19,3
<b>Estado civil</b>		
Solteiro	17	19,3
Casado/união estável	42	47,7
Separado/divorciado	29	33,0
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	31	35,2
Ensino fundamental completo	14	15,9
Ensino médio incompleto	24	27,3
Ensino médio completo	13	14,8
Ensino superior incompleto	4	4,5
Ensino superior completo	2	2,3
<b>Município de origem dos usuários</b>		
Balneário Arroio do Silva	1	1,1
Balneário Rincão	4	4,5
Criciúma	43	48,9
Ermo	1	1,1
Forquilha	11	12,5
Içara	8	9,1
Jacinto Machado	2	2,3
Lauro Muller	3	3,4
Maracajá	1	1,1
Nova Veneza	2	2,3
Praia Grande	2	2,3
Santa Rosa do Sul	1	1,1
Siderópolis	6	6,9
Sombrio	2	2,3

Urussanga	1	1,1
<b>Idade (em anos)</b>		
Mediana	57,5	
Intervalo interquartil	38,2-66,0	
<b>Renda mensal (em reais)</b>		
Mediana	1100,00	
Intervalo interquartil	998,00- 2000,00	

Fonte: Dados do autor (2019).

As características de assistência dadas pela APS aos indivíduos são apresentadas na Tabela 2. Observa-se que a grande maioria dos indivíduos usa o SUS exclusivamente como assistência a sua saúde (85,1%) e referem procurar ajuda somente quando estão doentes (89,9%); assim, metade deles (52,3%) vão à APS, levando a mediana de 3 dias (intervalo interquartil 2-4) para a APS agendar o acolhimento no CER II/ UNESC, no entanto com a mediana de 2 funcionários (intervalo interquartil 2-10) os indivíduos tiveram que falar ao chegar na APS para que encontrassem alguém que sabia agendar o acolhimento ao CER II / UNESC usando o sistema de regulação.

Tabela 2 - Dados sobre a assistência à saúde fornecida pela Atenção Primária em Saúde aos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

VARIAVEIS	N	%
<b>Usa exclusivamente o Sistema Único de Saúde</b>		
Não	14	14,9
Sim	74	85,1
<b>Procura ajuda quando está doente</b>		
Não	9	10,2
Sim	79	89,8
<b>Serviço de saúde que costuma procurar</b>		
Atenção Primária em Saúde	46	52,3
Pronto atendimento 24h	22	25,0
Emergência hospitalar	19	21,6
Clínica escola	1	1,1
<b>Tempo que leva para a Atenção Primária em Saúde agendar o acolhimento para o Centro Especializado em Reabilitação (em dias)</b>		
Mediana	3	
Intervalo Interquartil	2-4	
<b>Com quantos funcionários da Atenção Primária em Saúde teve que falar para conseguir agendar o acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Mediana	2	
Intervalo Interquartil	2-10	

APS: Atenção Primária em Saúde

Fonte: Dados do autor (2019).

A Tabela 3 apresenta as características referentes ao acesso dos indivíduos atendidos. Verifica-se que a grande maioria dos indivíduos (71,6%) foram encaminhados pela APS. Além disso, pode-se evidenciar que o tempo mediano entre o encaminhamento e o acolhimento no CERII/UNESC é de 25 dias (intervalo interquartil: 15-30), entre o acolhimento até iniciarem os atendimentos terapêuticos é de 39 dias (intervalo interquartil: 20-50) , assim ficando em espera por 64 dias ao total; ao chegarem ao CER II /UNESC, os indivíduos aguardam 45 minutos (intervalo interquartil 21,2-84,2) na sala de espera até que sejam chamados pelos profissionais para que seja iniciado o seu acolhimento.

Tabela 3 - Dados sobre a forma que ocorre o acesso dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

<b>VARIAVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Procura no Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Por atendimento terapêutico	83	94,3
Por diagnóstico	5	5,7
<b>Serviço que encaminhou ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Atenção Primária em Saúde	63	71,6
Hospitais	25	28,4
<b>Profissional que realizou o encaminhamento ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Médico	35	39,8
Enfermeiro	26	29,5
Técnico de enfermagem	20	22,7
Fisioterapeuta	2	2,3
Secretária	5	5,7
<b>Agendamento do acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Conseguiu na primeira tentativa	58	65,9
Teve que voltar outras vezes	30	34,1
<b>Conhecimento do usuário do porquê foi encaminhado ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não tinha conhecimento	6	6,8
Tinha conhecimento	82	93,2
<b>Satisfação do usuário quanto ao tempo de espera que a Atenção Primária em Saúde levou para solicitar o seu encaminhamento ao Centro Especializado em Reabilitação.</b>		
Muito satisfeito	6	6,8
Satisfeito	22	25,0
Indiferente	32	36,4
Insatisfeito	26	29,5
Muito insatisfeito	2	2,3
<b>Tempo entre o encaminhamento e o acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação (em dias)</b>		
Mediana	25	
Intervalo Interquartil	15-30	
<b>Tempo entre o acolhimento Centro Especializado em Reabilitação e o início dos atendimentos (em dias)</b>		
Mediana	39	
Intervalo Interquartil	20-50	



<b>Tempo que Atenção Primária em Saúde levou para agendar o acolhimento (em dias)</b>	
Mediana	3
Intervalo Interquartil	2-10
<b>Tempo entre a espera na sala de espera até o início do acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação (em minutos)</b>	
Mediana	45
Intervalo Interquartil	21,2-84,2
<b>Tempo de espera na recepção do Centro Especializado em Reabilitação para ser atendido (em minutos)</b>	
Mediana	20
Intervalo Interquartil	20-30
<b>Tempo que Atenção Primária em Saúde leva para concretizar o agendamento e avisar o usuário que seu agendamento foi realizado (em dias)</b>	
Mediana	2
Intervalo Interquartil	1-3

Fonte: Dados do autor (2019).

As informações sobre o deslocamento dos indivíduos atendidos no CER II/UNESC são apresentadas na Tabela 4. Observa-se que a maioria dos indivíduos (79,5%) chegam até o CER II/UNESC trazidos pelo transporte de seus municípios de origem. Quando o município não os traz, 19,3% deles justificam ser por não ter carro ou motorista, assim os indivíduos precisam vir por conta própria e isso ocorre em 48,9%, desta forma se faz necessário gastar por volta de R\$29,70 a cada ida e vinda.

Tabela 4 - Informações sobre o deslocamento dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

VARIAVEIS	N	%
<b>O transporte do município sempre o traz</b>		
Não	18	20,5
Sim	70	79,5
<b>Motivo pelo qual não o traz*</b>		
Esquecimento	1	1,1
Não tem carro ou motorista	17	19,3
<b>Transporte que utilizou para chegar ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Moto	2	2,3
Carro	75	85,2
Ambulância	10	11,4
Ônibus	1	1,1
<b>Valor gasto por dia com transporte particular para ir ao Centro Especializado em Reabilitação (em reais)*</b>		
Mediana	29,7	
Intervalo Interquartil	18,7-40,0	
<b>Tempo para chegar ao Centro Especializado em Reabilitação (em minutos)</b>		
Mediana	21	
Intervalo Interquartil	16,2-35	

\*Pergunta era realizada apenas para os usuários que referiram que o transporte do município nem sempre os traziam.

Fonte: Dados do autor (2019).

Na Tabela 5 pode-se observar os desafios encontrados pelos participantes. Evidencia-se que mais da metade dos indivíduos não encontraram dificuldade na APS para conseguir agendar o acolhimento no CER II/UNESC (51,1%). No entanto, a grande maioria deles (89,8%) relatou ter dificuldade quanto ao transporte para chegar ao CER II/UNESC e 43,2% afirmam que a acessibilidade também é um quesito que levou a dificuldade de acesso. Além disso, mais de um terço (39,6%) dos indivíduos referiram que a falta de conhecimento dos profissionais da APS sobre o CER II/UNESC, dificultou o agendamento.

Tabela 5 - Desafios encontrados pelos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

VARIAVEIS	N	%
<b>Encontrou dificuldade na Atenção Primária em Saúde para agendar o acolhimento no Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	45	51,1
Sim	43	48,9
<b>Encontrou dificuldade quanto ao transporte para chegar ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	15	10,2
Sim	73	89,8
<b>Encontrou dificuldade quanto a ter um acompanhante para ir ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	35	39,8
Sim	53	60,2
<b>Encontrou dificuldade quanto à acessibilidade para chegar ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	50	56,8
Sim	38	43,2
<b>Encontrou dificuldade quanto ao empenho do funcionário público em agendar o acolhimento ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	50	56,8
Sim	38	43,2
<b>Usuário teve que falar com pelo menos duas pessoas para conseguir que alguém realizasse seu agendamento no Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	46	52,3
Sim	42	47,7
<b>Dificuldades encontradas no atendimento da Atenção Primária em Saúde para conseguir agendamento para o Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Acessibilidade	2	2,3
Demora	2	2,3
Falta de conhecimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde sobre o Centro Especializado em Reabilitação	35	39,6
Não quis responder	49	55,8
<b>Teve que falar com pelo menos duas pessoas até conseguir que a assistente administrativa do Centro Especializado em Reabilitação agendasse o acolhimento</b>		
Não	59	67,0
Sim	29	33,0

Fonte: Dados do autor (2019).

A satisfação dos usuários é evidenciada na Tabela 6. Observa-se que mais da metade dos indivíduos (61,4%) está satisfeito com a qualidade dos atendimentos ofertados pelo CER II/ UNESCO e que quase a totalidade deles gosta de ir ao CER (98,9%) e recomendaria o serviço (98,9%). Em 44,4% dos entrevistados ficou claro que a APS não tinha o conhecimento suficiente sobre o CER II/UNESCO e ainda em 56,8% o usuário avaliou que a equipe da APS não estava preparada suficientemente para conseguir agendar via o sistema de regulação o acolhimento no CER II/UNESCO. Além disso, a vasta maioria dos indivíduos está muito satisfeita com a cordialidade da equipe CER II/ UNESCO (92,0%) e com a clareza e objetividade das respostas fornecidas aos seus questionamentos (98,9%).

Tabela 6 - Satisfação dos indivíduos atendidos no Centro Especializado em Reabilitação. Criciúma, SC, 2019 (n=88)

VARIAVEIS	N	%
<b>Percepção do usuário sobre o conhecimento dos profissionais da Atenção Primária em Saúde sobre o Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não conhecia	39	44,4
Conhecia	37	42,0
Não conseguiu avaliar	12	13,6
<b>Percepção do usuário sobre o preparo da equipe da Atenção Primária em Saúde para esclarecer dúvidas sobre o Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não estava preparada	50	56,8
Estava preparada	16	18,2
Não conseguiu avaliar	22	25,0
<b>Está satisfeito com os atendimentos prestados pelo Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Discordo totalmente	1	1,1
Discordo parcialmente	3	3,4
Não concordo, nem concordo	2	2,3
Concordo parcialmente	28	31,8
Concordo totalmente	54	61,4
<b>Gosta de ir ao Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	1	1,1
Sim	87	98,9
<b>Satisfação em relação ao atendimento da assistente administrativa do Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Muito satisfeito	4	4,7
Satisfeito	34	38,6
Regular	37	42,0
Insatisfeito	12	13,6
Muito insatisfeito	1	1,1
<b>Satisfação em relação à cordialidade da equipe</b>		
Muitíssimo cordial	44	50,0
Muito cordial	37	42,0
Cordial	5	5,7
Pouco cordial	2	2,3
<b>Satisfação em relação à clareza e objetividade das respostas dos questionamentos dos usuários</b>		
Muitíssimo satisfeito	30	34,1

Muito satisfeito	57	64,8
Indiferente	0	0,0
Pouco satisfeito	1	1,1
Nada	0	0,0
<b>Encontrou dificuldade em conversar com a equipe do Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	86	97,7
Sim	2	2,3
<b>Recomendaria o Centro Especializado em Reabilitação</b>		
Não	1	1,1
Sim	87	98,9

Fonte: Dados do autor (2019).

## 6 DISCUSSÃO

Com o advento do SUS, o Ministério da Saúde instituiu nova sistemática para as Políticas Públicas de Saúde para PcD no Brasil, passando a se estruturar com base nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização dos programas e serviços, e fazendo prevalecer a orientação de que a saúde é direito de todos os cidadãos. Assim, para aprimorar o cuidado da pessoa com deficiência surge os Centros Especializados em Reabilitações (CER) com vista a alcançar a integralidade deste cuidado<sup>58</sup>. Diante disto, buscou-se com esta pesquisa contribuir para a produção de conhecimento técnico científico para embasar ou refutar as percepções acerca do acesso dos usuários ao Centro Especializado em Reabilitação da Universidade do Extremo Sul Catarinense (CER II/UNESC).

Os achados do presente estudo referentes ao perfil demográfico e socioeconômico dos indivíduos estudados mostram a predominância de usuários do sexo masculino e de cor da pele branca. A mediana da idade foi de 57,5 anos e da renda mensal, de 1100,00 reais. Além disso, metade dos usuários era casado ou em união estável e um terço deles estudaram até o ensino fundamental. Estudo realizado por Guibu *et al.*<sup>59</sup>, avaliando as características dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil, encontrou que a grande maioria dos entrevistados eram mulheres (76%) de idade entre 40 e 59 anos, de cor da pele parda (50,5%), casados ou com união estável (64,6%) e pertencentes à classe social C (55,1%)<sup>59</sup>. O estudo indica que embora os homens possuam maiores taxas de morbimortalidade, eles resistem mais a buscar a assistência primária, um dos motivos da criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem pelo Ministério da Saúde<sup>60</sup>. O fato da proporção de homens com 60 anos ou mais ser maior do que a de mulheres desta mesma faixa etária reforça a observação de que homens procuram atendimento à saúde quando mais velhos e provavelmente já com alguns sintomas<sup>60</sup>. Em outro estudo que analisava usuários do SUS e não-SUS<sup>61</sup>, os brancos constituíam 48,1% dos usuários SUS, proporção maior do que a observada no estudo de Guibu *et al.*<sup>59</sup> com usuários da APS (39,7%). Cerca de 64% dos usuários eram casados ou em união estável; já quanto à escolaridade, 54% dos usuários tinham ensino fundamental<sup>61</sup>. Na pesquisa realizado por Tonhá *et al.*<sup>74</sup> sobre o acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal, mais da metade dos usuários estudados eram do sexo feminino, de cor da pele parda, casados ou viviam com o companheiro

e tinham renda de um a três salários mínimos. Além disso, quanto ao grau de instrução, cerca de um quinto dos usuários possuíam ensino fundamental completo<sup>74</sup>.

Quanto à assistência fornecida pela APS aos usuários, no presente estudo pode-se observar que a grande maioria dos indivíduos usa o SUS exclusivamente e refere procurar ajuda somente quando estão doentes; assim, metade deles vão à APS, levando uma mediana de 3 dias para a APS agendar o acolhimento no CER II/UNESC; no entanto, os usuários tiveram que falar com cerca de 2 funcionários ao chegar na APS para que encontrassem alguém que soubesse agendar o acolhimento ao CER II/UNESC. Corroborando com esses achados, Silva *et al.*<sup>62</sup> estudando o perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do SUS afirmam que nos anos de 2003 e 2008 foram realizados 54.400 e 55.908 atendimentos de saúde, respectivamente, sendo o SUS responsável por 58,5% (IC95%: 57,5-59,4%) destes atendimentos em 2003, e por 56,7% (IC95%: 55,957,5%) em 2008. Em relação aos motivos referidos para a procura dos serviços, 50% dos entrevistados procuraram por motivo de doença<sup>62</sup>.

Quanto à utilização de serviços de saúde do SUS, mais de 80% dos usuários destes serviços não possuíam planos de saúde privados ou públicos. Tais dados confirmam que o SUS é o maior agente de financiamento da atenção à saúde do país, e se destaca tanto no provimento de ações básicas como de maior complexidade<sup>63</sup>. O tipo de serviço de saúde onde a população referiu ter buscado atendimento variou entre 1981 e 2013, deslocando-se do ambulatório (44,8% e 36,8%, respectivamente) para o “posto de saúde” (22,8% e 38,7%, respectivamente). O percentual de pessoas que relataram utilizar o “posto” ou centro de saúde como serviço de uso regular aumentou de 41,8% em 1998 para 53,7% em 2013<sup>64</sup>. Em pesquisa realizada em um ambulatório de pediatria do SUS, a demora para receber atendimento foi o principal problema apontado pelos usuários<sup>66</sup>. A espera prolongada foi também identificada como o motivo número um de insatisfação da clientela, além da reclamação de haver insuficiência quanto à possibilidade de agendamento de novas consultas<sup>67</sup>. Quanto ao convênio do atendimento recebido, Tonhá *et al.*<sup>74</sup> reforçam que 69,9% foram pelo SUS e o restante por outros convênios<sup>74</sup>. Tais achados corroboram com os encontrados no presente estudo reforçando que os usuários do CER II/UNESC usam o SUS como seu principal recurso de resolubilidade a problemas de saúde, haja visto que a maioria o busca quando possuem algum sintoma patológico.

Quanto aos resultados referentes ao acesso dos indivíduos atendidos, verifica-se que a grande maioria dos indivíduos foram encaminhados pela APS. Além disso, pode-se evidenciar que o tempo mediano entre o encaminhamento e o acolhimento no CERII/UNESC foi de 25 dias, entre o acolhimento até iniciarem os atendimentos terapêuticos foi de 39 dias, ficando, assim, em espera por 64 dias no total. Ao chegarem ao CER II /UNESC, os indivíduos aguardam 45 minutos na sala de espera até que sejam chamados pelos profissionais para que seja iniciado o seu acolhimento. Dados apresentados no estudo realizado por Schwartz *et al.*<sup>70</sup> com usuários em Vitória-ES reforça que o tempo de espera para agendar consultas para acessar a média complexidade se apresentou como um grande desafio para organizar as demandas e os serviços. A maior parte dos usuários relatou a espera por consulta por, no máximo, um mês. Apenas três entrevistados relataram que as consultas podem demorar mais de dois meses. Desta forma, pode observar que o tempo de espera por atendimento no CER II/UNESC é similar ao apresentado pelo autor supracitado, assim levando a entender que a demora que ocorre no CER pode sim ser um complicador para o acesso, haja vista que os usuários podem cronificar seu quadro de doença nesse período e, conseqüentemente, ter sua funcionalidade futura prejudicada. Percebe-se ainda que a demora no atendimento contribui para a diminuição da credibilidade da ESF, dificultando o acesso. Estudo feito por Schwartz *et al.*<sup>70</sup> que reforça essa proposição e revela que, além dos problemas cotidianos das pessoas, existe uma descrença no serviço de saúde prestado pelo setor público

Porto *et al.*<sup>63</sup> em sua pesquisa sobre a utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento reforçam que o SUS é o maior agente de financiamento da atenção à saúde do país, e se destaca tanto no provimento de ações básicas como de maior complexidade<sup>63</sup>. Estudo realizado na região metropolitana de São Paulo mostrou que os não possuidores de planos suportavam maior espera até o atendimento (cerca de 81 minutos), enquanto os possuidores esperavam 32 minutos, em média<sup>60</sup>. Comparando com o tempo que o usuário do CER II/UNESC aguarda para ser atendimento, observa-se que é praticamente a metade, e mesmo assim por muitas vezes observa-se expressões de desconforme e incômodo pela demora. A partir do ano 2000, a cobertura populacional pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) aumentou, alcançando, em 2015, 63%<sup>65</sup>. Tais resultados corroboram com os achados da presente pesquisa que elucidou que os maiores encaminhamentos são provenientes da APS, já que com o passar de 15 anos houve aumento na procura

pelos serviços fornecidos pela APS. A atuação da ESF se destaca principalmente no Nordeste, onde apresenta 76% de cobertura, e vem crescendo no Sudeste, onde atingiu 49,2% em 2015<sup>65</sup>. Essa expansão ampliou o acesso da população, especialmente entre aqueles com menores níveis de renda e escolaridade<sup>65</sup>.

Quanto ao deslocamento dos indivíduos que foram atendidos, pode-se observar que a maioria destes chegam ao CER II/UNESC trazidos pelo transporte de seus municípios de origem. Quando o município não os trazem, justificam ser por não ter carro ou motorista, assim os indivíduos precisam vir por conta própria; desta forma, faz-se necessário gastar por volta de R\$29,70 a cada ida e volta ao CER. Na pesquisa sobre acesso realizado pela Lima *et al.*<sup>73</sup>, o acesso geográfico foi avaliado a partir do tempo e forma de deslocamento e a distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, ficando evidenciado que os usuários caminham por 15 minutos, em média, para deslocamento. Apenas três usuários informaram morar longe do serviço de saúde e, portanto, necessitavam utilizar transporte coletivo. Um usuário, que não reside mais na área de abrangência do serviço, relatou utilizar dois coletivos para chegar à unidade, levando cerca de 30 minutos no percurso. Lima *et al.*<sup>73</sup> em sua pesquisa realizada em Recife-PE reforçam que usuários que moram longe do local onde irão receber assistência a sua saúde dependem de transporte e quando este não é oferecido de forma “gratuita” por seu município, faz-se necessário pagar para que consigam acessar, o que torna um dificultador ao acesso ao cuidado de sua saúde<sup>73</sup>.

A localização inadequada das ESF foi citada como barreira de acesso também no estudo de Coimbra *et al.*<sup>73</sup> Muitas vezes as unidades se encontram distantes de muitas das microáreas adscritas, além de apresentarem dificuldades físicas do território como escadarias, encostas e ladeiras<sup>73</sup>. Tonhá *et al.*<sup>74</sup> referem que quase metade dos usuários se deslocaram para atendimento em saúde em outro município, sendo o meio de “transporte coletivo” o mais utilizado por 35,9% deles. Ainda, nesta pesquisa, os usuários relataram levar até uma hora para chegar ao serviço de saúde<sup>74</sup>. Somando esse tempo à jornada de trabalho diária dos usuários, estes ficam supostamente sem tempo para incorporar às suas rotinas atividades preventivas e relacionadas a uma vida mais saudável para si mesmo e para sua família<sup>74</sup>.

Pôde-se observar também os desafios encontrados pelos participantes para receberem os atendimentos ofertados pelo CER II/UNESC. Evidencia-se que



mais da metade dos indivíduos não encontraram dificuldade na APS para conseguir agendar o acolhimento no CER II/UNESC. No entanto, a grande maioria deles relatou ter dificuldade quanto ao transporte para chegar ao CER II/UNESC e afirmam que a acessibilidade também é um quesito que levou à dificuldade de acesso. Além disso, mais de um terço dos indivíduos referiram que a falta de conhecimento dos profissionais da APS sobre o CER II/UNESC dificultou o agendamento. No estudo realizado por Santos (1995), observou-se que os usuários se submetem às dificuldades na obtenção de acesso ao atendimento, muitas vezes pelo fato de que o serviço procurado representa a alternativa mais viável para buscar a resolução de suas necessidades de saúde<sup>69</sup>. Já na pesquisa de Lima *et al.*<sup>73</sup>, no discurso dos entrevistados emergiram elementos de natureza estrutural e organizacional dos serviços que dificultam o acesso. Constituíram-se como elementos estruturais: a oferta dos serviços disponíveis, a disponibilidade de recursos humanos, a disponibilidade de insumos e a acessibilidade geográfica. No que se refere aos aspectos organizacionais, foram identificados como elementos que limitam o acesso às visitas domiciliares e o tempo de espera, bem como a falta de informação por parte dos técnicos<sup>73</sup>. Com relação à acessibilidade geográfica, principalmente os profissionais da atenção primária e os usuários não cobertos relatam a dificuldade no acesso geográfico aos serviços de saúde devido à distribuição inadequada das ESF dentro do território, havendo grande distância entre a residência dos usuários e os serviços de atendimento, bem como a presença de morros, escadarias e córregos no trajeto<sup>73</sup>. Visto que estes dois estudos citados acima demonstram achados semelhantes aos do presente estudo, fica claro que a informação, a acessibilidade e o meio de chegar até o local onde receberão os atendimentos de saúde, é sim, um impeditivo ao acesso, podendo, desta forma, gerar faltas em excesso ou até mesmo desistências por parte dos usuários.

Outro resultado encontrado no presente estudo é que mais da metade dos indivíduos estão satisfeitos com a qualidade dos atendimentos ofertados pelo CER II/UNESC e que quase a totalidade deles gosta de ir ao CER, além de recomendarem o serviço. Em um terço dos usuários ficou claro que a APS não tinha o conhecimento suficiente sobre o CER II/UNESC e ainda em mais da metade dos usuários avaliaram que a equipe da APS não estava preparada suficientemente para conseguir agendar via sistema de regulação o acolhimento para o CER II/UNESC. Além disso, a vasta maioria dos indivíduos está muito satisfeita com a cordialidade da equipe do CER II/

UNESC e com a clareza e objetividade das respostas fornecidas pelos terapeutas a seus questionamentos. Tavares *et al.*<sup>71</sup> identificaram, na debilidade da referência-contrá referência e na falta de informação dos técnicos da APS, um dos nós críticos na relação do usuário com os serviços no SUS. É fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento<sup>77</sup>. Alguns depoimentos coletados no estudo de Schwatz *et al.*<sup>70</sup> revelaram o nível de satisfação dos usuários entrevistados como bom, de forma a considerar que a UBS atende de maneira adequada aos problemas de saúde da população.

Nesse sentido, é importante ressaltar o papel dos profissionais que atuam na ESF, no diálogo e no acolhimento a essas demandas da população, informando, de forma clara e acessível, a respeito da hierarquização dos serviços de saúde e seus níveis de complexidade, explicando o poder de resolução da atenção primária (que resolve em torno de 85% dos problemas de saúde) e a própria forma de organização e o cardápio de opções que o serviço tem a oferecer. Para isso, os serviços precisam estar organizados e atuar em parceria com cada indivíduo, família e comunidade<sup>77</sup>. Os resultados encontrados neste estudo estão em concordância com os achados nas pesquisas anteriores citadas acima, quando afirmam a importância da satisfação do usuário, de uma boa comunicação e, conseqüentemente, de um perfeito entendimento do fluxo de encaminhamento e das orientações repassadas a eles. Desta forma, fazendo com que o setor prestador de serviço, o CER II/UNESC, seja referência em atendimento de qualidade, excelência e resolutivo.

É importante destacar que este é o primeiro estudo desenvolvido no CER II/UNESC que avaliou o acesso dos usuários e quais suas dificuldades que estão enfrentando até conseguirem receber os atendimentos terapêuticos de forma efetiva. Além disso, como fortaleza ressalta-se a colaboração da gestão para a execução da pesquisa e a contribuição do estudo para o aperfeiçoamento de onde houver necessidade, sempre visando a qualidade dos atendimentos prestados e a satisfação dos próprios usuários.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, pode-se concluir que houve predominância de usuários do sexo masculino, de meia idade e da cor de pele branca, que metade deles eram casados ou em união estável e estudaram até o ensino fundamental. Observou-se, também, que a maioria dos usuários referem procurar ajuda somente quando estão doentes, precisam falar com cerca de 2 funcionários ao chegar na APS para que conseguissem agendar o acolhimento ao CER II/UNESC e tiveram que esperar cerca de dois meses até chegarem ao CER II/UNESC para o acolhimento; ao chegarem, os indivíduos aguardaram 45 minutos na sala de espera até que eram chamados pelos profissionais. A grande maioria deles relatou ter dificuldade quanto ao transporte para chegar e afirmam que a acessibilidade também é um quesito que levou à dificuldade de acesso. Além disso, os usuários referiram que a falta de conhecimento dos profissionais da APS sobre o CER II/UNESC dificultou o agendamento, assim os usuários avaliaram que a equipe da APS não estava preparada suficientemente para conseguir agendar o acolhimento via sistema de regulação. Quanto à satisfação com o CER, os indivíduos referiram-se satisfeitos com a cordialidade da equipe, qualidade dos atendimentos ofertados e com a clareza e objetividade das respostas fornecidas.

Perante estes achados percebe-se que os entraves para o acesso dos usuários ao CER II/UNESC iniciam quando vão buscar informações ou quando solicitam agendamento na APS. O tempo de espera para chegarem ao CER também se torna uma barreira ao acesso, pois com o tempo de espera prolongada, muitas das patologias que lá são atendidas podem cronificar, prejudicando o processo de reabilitação do usuário. Pode-se também observar que transporte é um desafio para os usuários, já que algumas vezes não é possível contar com o serviço de transporte do município, fazendo com que os usuários falem as consultas e, conseqüentemente, prejudique toda a continuidade de seu tratamento. Por outro lado, os usuários se sentem muito seguros e confiantes com a equipe do CER, assim ocorrendo a entrega por completa ao processo de reabilitação.

Com o exposto leva-se a compreensão de que a saúde coletiva, os preceitos básicos do SUS e a multi e/ou interdisciplinaridade dos atendimentos aos usuários a qualquer dos pontos da rede de atenção à saúde tem grande relevância no papel do processo de reabilitação e a conseqüente retomada da funcionalidade dos

pacientes, mas para que isso ocorra, o acesso, a acessibilidade e a garantia de atendimento em tempo hábil devem ser asseguradas pelos gestores municipais de cada uma das cidades que o CERII/UNESC tem abrangência.

Sugere-se que tais dados sejam apresentados em reunião das associações de municípios (AMREC e AMESC) a qual o CERII/UNESC tem área de atuação; desta forma, todos poderão ter ciência do que e como vem ocorrendo este acesso a este ponto da rede. A partir de então, cada gestor de seu respectivo município poderá tomar medidas cabíveis para que esses vieses sejam minimizados ou, na melhor das hipóteses, não ocorram mais. Uma segunda sugestão é que sejam feitos momentos de educação em saúde com membros da rede de atenção à saúde destes municípios, para assim empoderá-los sobre o CERII/UNESC para que possam suprir as necessidades dos usuários.

## REFERÊNCIAS

1. Miranda A. História, deficiência, e educação especial. Reflexões desenvolvidas na tese de doutorado: A prática pedagógica do Professor de Aluno com Deficiência Mental. São Paulo: Unimep; 2003.
2. Bianchetti L. Aspectos históricos da apresentação e da educação dos considerados deficientes. In Bianchetti, L. Freire, I. M. (orgs). Um olhar sobre a diferença: interação, trabalho e cidadania. São Paulo: Papyrus; 1998.
3. Sasaki, R. K. Como chamar as pessoas com deficiência. São Paulo: Cortez; 2005.
4. UNESCO. Representação no Brasil » Educação » Educação inclusiva » Pessoas com deficiências. [online]. [Acesso 2018 nov 12]. Disponível em: <http://www.unesco.org/new/pt/brasil/education/inclusive-education/persons-with-disabilities/>.
5. Médice AC. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1994
6. Brasil. Decreto 4.628, de 24 de janeiro de 1923 (Lei Eloy Chaves). Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. [citado 2006 Dez 13]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>
7. Belinati W. Avaliação crítica do aumento da capacidade operativa dos serviços de saúde ao nível primário - Londrina 1986-1992. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1994.
8. Cordoni Júnior L. Serviços municipais de saúde no Paraná: tendências e perspectivas. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; Universidade de São Paulo; 1986.
9. Cordoni Júnior L. Medicina comunitária: emergência e desenvolvimento na sociedade brasileira. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1979.
10. Mendes EV. Uma agenda para saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.
11. Martin GB, Carvalho BG, Cordoni Júnior L. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L, organizadores. Bases da saúde coletiva. Londrina: EDUEL; 2001.
12. Santos L. Distribuição de competência no Sistema Único de Saúde: o papel do Estado nas três esferas de governo no SUS. Brasília: OPS/OMS; 1994.
13. Brasil. Portaria nº 3.062, de 23 de agosto de 1982. Aprova o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social – CONASP. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 23 ago. 1982; Seção I, pt. I, p. 15 829.
14. Brasil. Decreto nº 86.329, de 2 de setembro de 1981. Institui o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciário - CONASP. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] 3 set.1981; Seção 1; p. 16637-8. 17.
15. Goulart FAA. Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista da saúde no Brasil. Rio de Janeiro: ABRASCO.
16. Brasil. Decreto nº 94.657, de 20 de julho de 1987. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento do Sistema e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS), e dá outras providências. Diário Oficial [da República Federativa] 21 jul. 1987; Seção I; p. 1153.

17. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 mar. 17-21; Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.
18. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2011;22(2):102-9. <http://dx.doi.Org.10.11606/issn.2238-6149.v22i2p102-109>
19. Amaral FLJS, Holanda CAM, Quirino MAB; Nascimento JPS, Neves RF, Ribeiro KSQS, Alves SB. Acessibilidade de pessoas com deficiência ou restrição permanente de mobilidade ao SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(7):1833-40.
20. França ISX, Pagliuca LMF. Acessibilidade das pessoas com deficiência ao SUS: fragmentos históricos e desafios atuais. *Rev RENE [Internet]*. 2008 [cited 2011 june 9(2):129-37. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9\\_2.pdf](http://www.revistarene.ufc.br/pdf/9_2.pdf).
21. Sassaki RK. *Inclusão: construindo uma sociedade para todos*. 4ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2002.
22. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities, and handicaps (ICIDH [online] [acesso 2018 nov 17]. Disponível em: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102000000100017&script=sci\\_artt\\_ext&tlng=es p](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102000000100017&script=sci_artt_ext&tlng=es p)
23. França ISX. *Formas de sociabilidade e instauração da alteridade: vivência das pessoas com necessidades especiais*. [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2004. 226f.
24. *Pessoas com deficiência*. [online] [Acesso 17 nov 2018]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/16794-pessoas-com-deficiencia-adaptando-espacos-e-attitudes>
25. Maria M. *Incluindo as pessoas portadoras de deficiência*. [online]. [Acesso 2018 jul 18]. Disponível em: [http://www.nppd.ms.gov.br/artigo.asp?art\\_id=4](http://www.nppd.ms.gov.br/artigo.asp?art_id=4).
26. Ministério das Cidades (BR). *Discute políticas para deficientes*. In: Núcleo de informações da Pessoa Portadora de Deficiência. [online] [Acesso 2018 jul 12]. Disponível em: [http://www.nppd.ms.gov.br/noticia.asp?not\\_id=50](http://www.nppd.ms.gov.br/noticia.asp?not_id=50).
27. Ministério da Saúde (BR). *Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência*. Brasília (DF); 2006.
28. Donabedian A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press; 1973.
29. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
30. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
31. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
32. Organização Pan-Americana da Saúde. *A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
33. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm*. 2013; 34(1): 111-17.
34. Erdmann AL, Andrade SR, Mello ALSF, Drago LC. La atención secundaria en salud: mejores prácticas en la red de servicios. *Rev Latino-Am. Enfermagem*; 2013; 21(spec.): 1-8.
35. Austregésilo SC, Leal MCC, Figueiredo N, Góes PSA. The Interface between Primary Care and Emergency Dental Services (SOU) in the SUS:the interface between levels of care in oral health. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2015; 20(10):3111-20.

36. Mendes JDV, Bittar OJNV. Perspectives and challenges of public gestion in the SUS. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*; 2014; 16(1): 35-9.
37. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS; 2015.
38. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União* 1º jul. 2011; Seção1.
39. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.1.600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 8 jul. 2011; Seção 1.
40. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 26 dez. 2011; Seção 1.
41. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. 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. *Diário Oficial da União* 25 abr. 2012; Seção 1.
42. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.483, de 1 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. *Diário Oficial da União* 02 abr. 2014; Seção 1.
43. Brasil. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.12.470, de 31 de agosto de 2011. *Diário Oficial da União* 1 set. 2011; Seção 1.
44. Brasil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n.7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. *Diário Oficial da União* 18 nov. 2011; Seção1.
45. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n.835, de 25 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 25 abr. 2012; Seção 1.
46. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). *Viver sem Limites – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência*. Brasília: SDH/PR-SNPD; 2013.
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). *Avanços das políticas públicas para as pessoas com deficiências*. Brasília: SDH/PR-SNPD; 2012.
48. Conselho Nacional da Pessoas com Deficiência (Conade) [Internet]. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD); 2017 [citado em 2017 set 09]. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/conade>
49. Pereira JS, Machado WCA. Reference and counter-reference between physical rehabilitation services of Persons with Disabilities: (dis) articulation in the Fluminense Central-South region. Rio de Janeiro, Brazil. *Physis*; 2016; 26(3): 1030-51.
50. Medeiros LSP, Silveira MC, Bom BM, Souza GN, Mangilli EM, Hanus JS *et al*. A utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e do Projeto Terapêutico Singular (PTS) como instrumentos de avaliação e

- tratamento do paciente com deficiência. Anais da VII Semana de Ciência e Tecnologia: Ciência Alimentando o Brasil; 17 a 21 de outubro de 2016; Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma: Ediunesc; 2017.
51. Secretaria Estadual da Saúde (MG). Centros Especializados em Reabilitação (CER) [Internet]. Minas Gerais; 2017 [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/cer>.
52. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria n. 1.303, de 28 de junho de 2013. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Diário Oficial da União 1º jul. 2013; Seção 1.
53. Jorge MSB, Diniz AM, Lima LL, Penha JC. Apoyo matricial, plan terapéutico singular y producción del cuidado en salud mental. *Texto Contexto Enferm.* 2015; 24(1): 112-20.
54. Silva AI, Loccioni MFL, Orlandini RF, Rodrigues J, Peres GM, Maftum MA. Projeto terapêutico singular para profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Cogitare Enferm.* 2016; 21(3): 01-08.
55. Andrade A, Otani M, Higa E, Marin M, Garcia VC. Projeto terapêutico singular em uma unidade de internação psiquiátrica: aproximações e distanciamentos. *Atas CIAIQ2017.* 2017; 2: 492-501.
56. Associação dos Municípios da Região Carbonífera (AMREC). [Internet]. [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.amrec.com.br>.
57. Associação dos Municípios do Extremo Sul Catarinense (AMESC). [Internet]. [citado em 2017 set 10]. Disponível em: <http://www.amesc.com.br>.
58. Malfitano APS, Ferreira AP. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo;* 2011;22(2):102-9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v22i2p102-109>.
59. Guibu IA, Moraes JC, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio FA, Costa KS, *et al.* Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. *Rev Saúde Pública;* 2017;51 Supl 2:17s.
60. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2015.
61. Ribeiro MCSA, Barata RCB, Almeida MF, Silva ZP. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. *Cienc Saúde Coletiva.* 2006;11(4):1011-22. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400022>
62. Silva PZ, Ribeiro MCSA, Barata BR; Almeida MF, Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS); 2003-2008. *Ciência & Saúde Coletiva,* 2011; 16(9):3807-3816.
63. Porto SM, Santos IS, Uga MAD. A utilização de serviços de saúde por sistema de financiamento. *Cien Saúde Colet* 2006; 11(4):895-910.
64. Viacava F, Porto SM, Carvalho CC, Bellido JG. Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Cien Saúde Colet.* No prelo 2018.
65. PROADESS – Projeto Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. [acessado 2018 Jan 10]. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br>.
66. Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health;* 1998; 14(1):61-70.



67. Kloetzel K, Bertoni AM, Irazoqui MC, Campos VPG, Santos RN. Controle de qualidade em atenção primária saúde. I - A satisfação do usuário. *Cad Saúde Pública. Rep Public Health*; 1998; 14(3): 623-8.
68. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública = Rep Public Health*; 2003; 19(1): 27-34.
69. Santos MP. Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção saúde da criança sob a tica do usuário. *Rev Bras Enfermagem*. 1995; 48(2):109-19.
70. Schwartz TB, Ferreira JTB, Maciel ELN, Lima RCD. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência & Saúde Coletiva*; 2010; 15(4):2145-2154.
71. Tavares FL, Laignier MR, Silva MZ, Daros RF, Lima RCD. O SUS que temos e a informação como estratégia de (in)visibilidade. *Saúde em Debate*; 2003; 27(65):405-413.
72. Ramos DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*; 2003; 19(1):27-34.
73. Lima SAV, Carvalho EMF, Brito ESV, Silva MRF, *et al.* Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2015; 25 [2]: 635-656.
74. Tonhá ACM, Júnior PRBS, Bezerra ALQ, Santos TAP *et al.* Acesso aos serviços de saúde nos municípios do entorno sul do Distrito Federal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2015 abr./jun.; 17(2):238-46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i2.29422>.

**APÉNDICE (S)**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Título da Pesquisa:** Acesso de usuários do sistema único de saúde a um serviço de referência em reabilitação do extremo sul catarinense.

**Objetivo:** Avaliar o acesso dos usuários de saúde a um serviço de referência em reabilitação do extremo sul catarinense.

**Período da coleta de dados:** 01/04/2019 a 30/06/2019

**Tempo estimado para cada coleta:** 40 minutos

**Local da coleta:** Centro Especializado em Reabilitação (CERII/UNESC), localizado nas Clínicas Integradas da UNESC, Criciúma – SC.

**Pesquisador/Orientador:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Fernanda Meller      **Telefone:** 48-34312609

**Pesquisador/Acadêmico:** Bruno Minotto Bom      **Telefone:** 48-999186465

**Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da UNESC**

Como convidado(a) para participar voluntariamente da pesquisa acima intitulada e aceitando participar do estudo, declaro que:

Poderei desistir a qualquer momento, bastando informar minha decisão diretamente ao pesquisador responsável ou à pessoa que está efetuando a pesquisa.

Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, não haverá nenhuma remuneração, bem como não terei despesas para com a mesma. No entanto, fui orientado(a) da garantia de ressarcimento de gastos relacionados ao estudo. Como prevê o item IV.3.g da Resolução CNS 466/2012, foi garantido a mim (participante de pesquisa) e ao meu acompanhante (quando necessário) o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte, alimentação e hospedagem (quando necessário) nos dias em que for necessária minha presença para consultas ou exames.

Foi expresso de modo claro e afirmativo o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/ indiretos e imediatos/ tardios pelo tempo que for necessário a mim (participante da pesquisa), garantido pelo(a) pesquisador(a) responsável (Itens II.3.1 e II.3.2, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Estou ciente da garantia ao direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa (Item IV.3.h, da Resolução CNS nº 466 de 2012).

Os dados referentes a mim serão sigilosos e privados, preceitos estes assegurados pela Resolução nº 466/2012 do CNS - Conselho Nacional de Saúde -

podendo eu solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação dos dados obtidos a partir desta.

Para tanto, fui esclarecido(a) também sobre os procedimentos, riscos e benefícios, a saber:

#### **DETALHES DOS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS NA PESQUISA**

Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, será aplicado a você um questionário contendo as informações necessárias para a realização da pesquisa (APÊNDICE B). Este questionário será aplicado, por entrevistador treinado, em uma sala localizada nas Clínicas Integradas da UNESC, tendo um tempo médio de 40 minutos.

#### **RISCOS**

A perda da confiabilidade dos dados se caracterizará como o único risco em participar dessa pesquisa, porém este risco será amenizado pela privacidade mantida, não sendo divulgados os dados dos participantes da pesquisa.

#### **BENEFÍCIOS**

Os benefícios da pesquisa serão a melhoria do processo de comunicação entre o Centro Especializado em Reabilitação (CER II/UNESC) e a Atenção Primária em Saúde dos municípios que compõem as regiões de saúde da AMREC e AMESC, assim minimizando os agravos que podem surgir em decorrência da demora em estar aguardando o atendimento, e a melhoria do atendimento prestado pelo CER após avaliação da percepção dos usuários.

Declaro ainda, que tive tempo adequado para poder refletir sobre minha participação na pesquisa, consultando, se necessário, meus familiares ou outras pessoas que possam me ajudar na tomada de decisão livre e esclarecida, conforme a resolução CNS 466/2012 item IV.1.C.

Diante de tudo o que até agora fora demonstrado, declaro que todos os procedimentos metodológicos e os possíveis riscos, detalhados acima, bem como as minhas dúvidas, foram devidamente esclarecidos, sendo que, para tanto, firmo ao final

a presente declaração, em duas vias de igual teor e forma, ficando na posse de uma e outra sido entregue ao(à) pesquisador(a) responsável (o presente documento será obrigatoriamente assinado na última página e rubricado em todas as páginas pelo(a) pesquisador(a) responsável/pessoa por ele(a) delegada e pelo(a) participante/responsável legal).

Em caso de dúvidas, sugestões e/ou emergências relacionadas à pesquisa, favor entrar em contato com o(a) pesquisador(a) Bruno Minotto Bom pelo telefone (48) 999186465 e/ou pelo e-mail brunominottobom@hotmail.com.

Em caso de denúncias, favor entrar em contato com o Comitê de Ética – CEP/UNESC (endereço no rodapé da página).

O Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Unesc pronuncia-se, no aspecto ético, sobre todos os trabalhos de pesquisa realizados, envolvendo seres humanos. Para que a ética se faça presente, o CEP/UNESC revisa todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos. Cabe ao CEP/UNESC a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na Instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas. Tem também papel consultivo e educativo, de forma a fomentar a reflexão em torno da ética na ciência, bem como a atribuição de receber denúncias e requerer a sua apuração.

<b>ASSINATURAS</b>	
<b>Voluntário(a)/Participante</b>	<b>Pesquisador(a) Responsável</b>
<hr/> <b>Assinatura</b>	<hr/> <b>Assinatura</b>
<b>Nome:</b>	<b>Nome:</b>
<hr/>	<hr/>
<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____	<b>CPF:</b> _____._____._____ - ____

Criciúma (SC), \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE - UNESC

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

## MESTRADO PROFISSIONAL

NQUES: \_\_\_\_\_
















Bloco A – Geral	Codificação
Data da Entrevista: _____	
A1. Qual o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	A1 ____
A2. Qual a sua idade? ____ anos	A2 ____
A3. Qual a cor de sua pele? (1) Branca (2) Preta (3) Amarela (4) Parda (5) Indígena	A3 ____
A4. Qual o seu estado civil? (1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) União estável (4) Separado(a) (5) Divorciado(a) (6) Viúvo(a)	A4 ____
A5. Qual a sua escolaridade? (1) Ensino fundamental incompleto (2) Ensino fundamental completo (3) Ensino médio incompleto (4) Ensino médio completo (5) Ensino superior incompleto (6) Ensino superior completo	A5 ____
A6. Qual a sua renda mensal? _____ reais	A6 ____
A7. Tipos de atendimentos que você recebe aqui no serviço? (1) Fisioterapia (2) Fonoaudiologia (3) Terapeuta ocupacional (4) Psicologia (5) Enfermagem (6) Assistente Social (7) Neurologista (8) Ortopedista (9) Psicopedagogia (10) Dentista	A7 ____
A8. Quantas vezes por semana você recebe atendimento? (1) 1x por semana (2) 2x por semana (3) 3x por semana (4) 4x por semana	A8 ____

(5) 5x por semana	
<p>A9. Qual seu Município de origem?</p> <p>(1) Araranguá  (2) Balneário Arroio do Silva  (3) Balneário Gaivota  (4) Balneário Rincão  (5) Cocal do Sul  (6) Criciúma  (7) Ermo  (8) Forquilha  (9) Içara  (10) Jacinto Machado  (11) Lauro Muller  (12) Maracajá  (13) Meleiro  (14) Morro da Fumaça  (15) Morro Grande  (16) Nova Veneza  (17) Orleans  (18) Passo de Torres  (19) Praia Grande  (20) Santa Rosa do Sul  (21) São João do Sul  (22) Siderópolis  (23) Sombrio  (24) Timbé do Sul  (25) Treviso  (26) Turvo  (27) Urussanga</p>	A9 ____
<p>A10. Que tipo de atendimentos você procura aqui no CER?</p> <p>(1) Fisioterapia  (2) Fonoaudiologia  (3) Terapeuta ocupacional  (4) Psicologia  (5) Enfermagem  (6) Assistente Social  (7) Neurologista  (8) Ortopedista  (9) Psicopedagogia  (10) Dentista</p>	A10 ____
<p>A11. Você veio ao CER em busca de atendimento ou de diagnóstico?</p> <p>(1) Atendimento (terapias) → <b>PULAR PARA A PERGUNTA A14</b>  (2) Diagnostico</p>	A11 ____
<p>A12. Qual seu diagnóstico?</p> <p>R: _____</p>	A12 ____
<p>A13. Quanto tempo faz que você recebeu este diagnóstico?</p> <p>R: ____ → em meses</p>	A13 ____
<p>A14. O médico/enfermeiro do serviço de saúde que não seja o CER discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ter atendimento para este problema de saúde?</p> <p>(0) Não  (1) Sim</p>	A14 ____
<b>Bloco B – Agora quero que o Sr(a) me conte como foi o seu encaminhamento para ao CER II/UNESC</b>	
<p>B1. Você já precisou de ajuda de vizinho/parente para conseguir acessar algum serviço de saúde do SUS, se sim quais serviços?</p> <p>(0) Não</p>	B1 ____

(1) Sim Qual serviço: _____	
B2. Quando você está doente costuma procurar algum serviço de saúde? (0) Não (1) Sim	B2 ____
B3. Qual serviço de saúde você costuma procurar?  (1) Estratégia de Saúde da Família (2) Pronto Atendimento 24H (3) Emergência de Hospital (4) Clínica Escola	B3 ____
B4. Você usa somente o SUS como serviço de saúde ou tem plano de saúde? (1) Não (2) Sim (3) Tenho plano de saúde	B4 ____
B5. Qual a forma de transporte utilizada para chegar até o CER? (1) Moto (2) Carro (3) Ambulância (4) Ônibus	B5 ____
B6. Quanto tempo de viagem você leva para chegar até o CER? R: ____ → em minutos	B6 ____
B7. Você usa o transporte particular ou aquele que o seu município oferece para ir até o CER? (1) Particular → <b>PULAR PARA A PERGUNTA B9</b> (2) Oferecido pelo meu município	B7 ____
B8. O transporte que a prefeitura de seu município lhe oferece sempre lhe traz? Caso não, o porquê isto ocorre? (0) Não (1) Sim Motivo: _____	B8 ____
B9. Caso use transporte particular, qual seria este transporte e quanto gasta para vir até o CER? (1) Vizinho que traz (2) UBER (3) Taxi (4) Moto taxi (5) Carro (6) Moto (7) Bicicleta B9v. Valor: _____ → valor em reais por ida e vinda ao CER	B9 ____ B9v ____
B10. Qual serviço lhe encaminhou para o CER II/UNESC? (1) Escola (2) E.S.F. (3) Hospital (4) Seu médico particular Outro: _____	B10 ____
B11. E você sabe o porquê foi encaminhado para o CER? (0) Não (1) Sim	B11 ____
B12. Você foi encaminhado para o CER ou solicitou o encaminhamento ao serviço? (1) Fui encaminhado (2) Pedi para ser encaminhado	B12 ____
B13. Quando você foi encaminhado para o CER lhe foi perguntado se era de sua vontade? (0) Não (1) Sim	B13 ____
B14. Você recebeu o encaminhamento para o CER da Unidade de Saúde ou do Hospital? (0) APS (1) Hospital → <b>PULAR PRA A QUESTÃO B18</b>	
B15. Quando você foi encaminhado para o CER, quanto tempo levou para ir a Unidade de Saúde para aguardar a triagem?	B15 ____



Quanto tempo levou para ir: ___ → tempo em dias	
B16. Quando você solicitou encaminhamento para o CER, quanto tempo a equipe da Atenção Primário em Saúde levou para realizar?  Quanto tempo levou: _____ → tempo em dias	B16 ___
B17. Você teve que falar com duas pessoas ou mais para conseguir marcar o agendamento para o CER? (0) Não (1) Sim B17p. Se sim, quantas pessoas: ___	B17 ___ B17p. ___
B18. Sempre que você precisa agendar uma consulta na Atenção Primária em Saúde, você consegue? (0) Não (1) Sim	B18 ___
B19. Você encontrou dificuldades para realizar o agendamento para o CER? Se sim, quais foram? (0) Não (1) Sim Quais foram: _____	B19 ___
B20. Qual profissional no Hospital ou na Unidade de Saúde realizou o encaminhamento para o CER? (1) Médico (2) Enfermeiro (3) Técnico de Enfermagem (4) Psicólogo (5) Cirurgião Dentista (6) Secretária (7) Fisioterapeuta (8) Psicólogo Outro: _____	B20 ___
B21. Quanto tempo levou até seu agendamento ser realizado?  R: _____ → tempo em dias	B21 ___
B22. Quando você foi a Unidade de Saúde solicitar o encaminhamento para o CER, como você considera o atendimento deste profissional?  (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Regular (4) Insatisfeito (5) Muito Insatisfeito	B22 ___
B23. Na primeira vez que você solicitou seu agendamento, você conseguiu agendamento para o CER ou teve que retornar outras vezes? Se sim, quantas vezes? (1) Consegui agendar na primeira tentativa (2) Não, tive que voltar outras vezes Quantas tentativas até conseguir agendar: _____	B23 ___
B24. Os profissionais que realizaram seu agendamento sabiam o que é o CER e como realizar o encaminhamento para cá? (0) Não sabiam (1) Sim, sabiam (2) Não consigo avaliar	B24 ___
B25. No local que você e/ou a equipe de saúde solicitou seu agendamento, a equipe estava preparada para esclarecer suas dúvidas sobre o CER? (0) Não (1) Sim (2) Não consigo avaliar	B25 ___
B26. Quanto tempo levou do encaminhamento até ser chamado para triagem (avaliação inicial)?  R: _____ → tempo em dias	B26 ___
B27. Quanto tempo levou da triagem até ser chamado para os atendimentos?	B27 ___



R: _____ → tempo em dias																					
B28. Qual sua opinião sobre o tempo de espera para ser atendido no local que você solicitou seu agendamento para o CER. (1) Muito satisfeito (2) Satisfeito (3) Regular (4) Insatisfeito (5) Muito Insatisfeito	B28 ____																				
<b>Bloco C – Gostaria de saber a opinião do Sr(a) quanto à qualidade dos atendimentos oferecidos pelo CER II/UNESC</b>																					
C1. Como considera que está sendo seu atendimento aqui no CER e por quê? <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1</td> <td></td> <td>2</td> <td></td> <td>3</td> <td></td> <td>4</td> <td></td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>DETESTEI</td> <td></td> <td>NÃO GOSTEI</td> <td></td> <td>INDIFERENTE</td> <td></td> <td>GOSTEI</td> <td></td> <td>ADOREI</td> </tr> </table>	1		2		3		4		5			DETESTEI		NÃO GOSTEI		INDIFERENTE		GOSTEI		ADOREI	C1 ____
1		2		3		4		5													
	DETESTEI		NÃO GOSTEI		INDIFERENTE		GOSTEI		ADOREI												
C2a. Quanto tempo você teve que esperar para marcar o atendimento no CER? Quanto tempo: _____ → em min	C2t ____																				
C2b. Você teve que falar com duas ou mais pessoas para marcar o atendimento no CER? (0) Não (1) Sim Quantas pessoas: _____	C2b ____ C2p ____																				
C3. Quando você chegou no CER, você teve que esperar quanto tempo para que sua triagem fosse iniciada? Quanto tempo: _____ → em minutos	C3 ____																				
C4. Quais os principais desafios você encontrou para conseguir ser atendido no CER? Transporte (0) Não (1) Sim Ter alguém que o/a acompanhe (0) Não (1) Sim Acessibilidade (0) Não (1) Sim Comprometimento dos Funcionários Públicos (0) Não (1) Sim Outros: _____	C4 ____																				
C5. Você está satisfeito com os atendimentos prestados pelo CER? O que poderia ser melhorado? (0) Discordo totalmente (1) Discordo parcialmente (2) Não concordo, nem discordo (3) Concordo parcialmente (4) Concordo totalmente O que poderia melhorar: _____	C5 ____																				
C6. Quando você chegou ao CER foi explicado como o serviço funciona e quais seriam suas obrigações quanto paciente? (0) Não (1) Sim	C6 ____																				
C7. A equipe explicou a você o porquê foi encaminhado ao CER? (0) Não (1) Sim (8) Não se aplica *Caso a solicitação do encaminhamento tenha partida de você, favor pular para a pergunta seguinte.	C7 ____																				
C8. Você encontrou o que buscava nos atendimentos do CER? (0) Não (1) Sim	C8 ____																				
C9. O tratamento que a equipe sugeriu a você surtiu efeito esperado? (em sua opinião) (1) MUITÍSSIMO (2) Muito (3) Indiferente (4) Pouco (5) Nada	C9 ____																				
C10. A equipe que lhe atende é cordial com você? (1) MUITÍSSIMO cordial	C10 ____																				

<ul style="list-style-type: none"> <li>(2) Muito cordial</li> <li>(3) Indiferente</li> <li>(4) Pouco cordial</li> <li>(5) Nada cordial</li> </ul>	
<p>C11. Quanto tempo em média você aguarda na sala de espera para ser atendido pela equipe do CER? R: _____ → tempo em minutos</p>	C11 ____
<p>C12. Quando você tem alguma dúvida quanto ao serviço ou aos atendimentos, a equipe é clara e objetiva nestes esclarecimentos?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) MUITÍSSIMO</li> <li>(2) Muito</li> <li>(3) Indiferente</li> <li>(4) Pouco</li> <li>(5) Nada</li> </ul>	C12 ____
<p>C13. Você indicaria o CER para alguém? Se não, por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(0) Não</li> <li>(1) Sim</li> </ul> <p>R: _____</p>	C13 ____
<p>C14. Você gosta de vir ao CER? Se não, por quê?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(0) Não</li> <li>(1) Sim</li> </ul> <p>R: _____</p>	C14 ____
<p>C15. Com qual profissional do CER você tem mais vínculo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Fisioterapia</li> <li>(2) Fonoaudiologia</li> <li>(3) Terapeuta ocupacional</li> <li>(4) Psicologia</li> <li>(5) Enfermagem</li> <li>(6) Assistente Social</li> <li>(7) Neurologista</li> <li>(8) Ortopedista</li> <li>(9) Dentista</li> <li>(10) Psicopedagogia</li> <li>(11) Recepcionista</li> </ul>	C15 ____
<p>C16. Qual o profissional do CER você identificaria como o mais importante em seu processo de reabilitação?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Fisioterapia</li> <li>(2) Fonoaudiologia</li> <li>(3) Terapeuta ocupacional</li> <li>(4) Psicologia</li> <li>(5) Enfermagem</li> <li>(6) Assistente Social</li> <li>(7) Neurologista</li> <li>(8) Ortopedista</li> <li>(9) Dentista</li> <li>(10) Psicopedagogia</li> </ul>	C16 ____
<p>C17. Você encontra dificuldade de conversar com a equipe do CER a respeito de sua doença? Se sim, quais?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(0) Não</li> <li>(1) Sim</li> </ul> <p>Quais dificuldades: _____</p>	C17 ____
<p>C18. Qual sua opinião sobre o tempo de espera na sala de espera até ser atendido pelos profissionais do CER?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) MUITÍSSIMO tempo</li> <li>(2) Muito tempo</li> <li>(3) Indiferente</li> <li>(4) Pouco tempo</li> <li>(5) Não preciso esperar</li> </ul>	C18 ____
<p>C19. Após iniciar seu atendimento no CER, considera que os seus atendimentos estão sendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Ótimos</li> <li>(2) Bons</li> <li>(3) Nem bons nem ruins</li> <li>(4) Ruins</li> </ul>	C19 ____

(5) Péssimos	
<p>C20. Você conseguiu todos os atendimentos que precisava no CER? Se não, quais faltaram?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p> <p>Quais atendimentos não conseguiu: _____</p>	C20 ____
<p>C21. Quando você foi encaminhado ao CER, lhe foi entregue o documento chamado: Referencia?</p> <p>(0) Não (1) Sim</p>	C21 ____
<b>Muito obrigado por participar de nossa pesquisa</b>	

**ANEXO (S)**

## ANEXO A – CARTA DE ACEITE




Centro Especializado em Reabilitação  
CER II/UNESC

---

**Carta de aceite**

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários, que concordamos em disponibilizar (setor, banco de dados, prontuário, etc.) da Instituição Centro Especializado em Reabilitação – CER, localizado na: Avenida Universitária, nº 1105, do Bairro Universitário no município de Criciúma - SC, para o desenvolvimento da Pesquisa intitulada **“ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DO EXTREMO SUL CATARINENSE”** sob a responsabilidade do Prof. Responsável Dra. Fernanda Meller e Pesquisador Bruno Minotto Bom do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Mestrado Profissional) da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, pelo período de execução previsto no referido projeto.



Oscar Rubem Klegues Montedo  
Diretor de Pesquisa e Pós-Graduação

*28/11/18*

---

Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC  
Av. Universitária, 1.105 - Bairro Universitário - Cx. Postal 3167  
CEP 88.806-000 - Criciúma - SC  
Fone: (48) 3431 2537 | E-mail: cer@unesc.net

## ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO



## RESOLUÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa UNESC, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) / Ministério da Saúde analisou o projeto abaixo.

Parecer nº: 3.059.273

CAAE: 04031818.3.0000.0119

Pesquisador (a) Responsável: Fernanda de Oliveira Meller

Pesquisador (a): BRUNO MINOTTO BOM

Título: "ACESSO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA A UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DO EXTREMO SUL CATARINENSE".

Este projeto foi **Aprovado** em seus aspectos éticos e metodológicos, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais. Toda e qualquer alteração do Projeto deverá ser comunicada ao CEP. Os membros do CEP não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

Criciúma, 05 de dezembro de 2018.

**Renan Antônio Ceretta**  
Coordenador do CEP