

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR LITORAL
ESPECIALIZAÇÃO: A QUESTÃO SOCIAL NA PERSPECTIVA
INTERDISCIPLINAR

BEATRIZ DOS SANTOS BURGARDT

O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS PROGRAMAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO LITORAL PARANAENSE

MATINHOS

2011

BEATRIZ DOS SANTOS BURGARDT

**O ACESSO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA AOS PROGRAMAS DO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO LITORAL PARANAENSE**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Especialização em A Questão Social na Perspectiva Interdisciplinar, da Universidade Federal do Paraná Litoral, como requisito para obtenção do Certificado em Pós-Graduação.
Orientadora: Prof.^a Luciana Castilho Weinert.

MATINHOS

2011

RESUMO

A presente pesquisa tem como foco os Programas do Sistema Único de Saúde - SUS voltados ao atendimento à pessoa com deficiência física no litoral do Paraná. O interesse por desenvolver uma pesquisa que abordasse a inclusão da pessoa com deficiência nos programas do SUS no litoral, surgiu a partir de observações no espaço institucional no qual a pesquisadora realiza as suas atividades profissionais. Atualmente esta vem atuando diretamente com a política de saúde, tendo como foco a pessoa com Deficiência Física. Já que, neste momento esta tem como campo de trabalho o Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná. Dessa forma, a vontade em pesquisar o tema surgiu do cotidiano profissional, pois diariamente são atendidos usuários do Litoral do Paraná que necessitam se deslocar até Curitiba para que possam ter acesso a programas de saúde como: a reabilitação, prótese e órtese. Para a realização deste estudo foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental, além da coleta de dados. Com o objetivo de coletar dados para a pesquisa foi necessário o contato com a Secretaria de Estado da Saúde, com a 1ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e com as prefeituras dos municípios. Foi também utilizada para a coleta de dados os sites oficiais. A Pessoa com deficiência deve ter acesso a programas específicos ao seu atendimento desde o seu nascimento. A viabilização de programas de saúde é extremamente importante para o seu desenvolvimento e independência. Todo cidadão deve ter respaldado o direito a cuidados adequados em seu município. O Litoral do Paraná oferece uma rede precária de serviços de saúde no que se relaciona ao atendimento a saúde. É extremamente importante relatar que neste momento não existe nem ao menos um sistema de coleta de dados no que se refere ao atendimento e demandas da população em foco, o que dificulta a formulação de políticas e programas. É difícil pensar em um Centro de Atendimento somente a pessoa com deficiência física para o Litoral se não for pensado em um instrumento de coleta de dados eficiente, sem dados não há como pensar em estruturar um atendimento de qualidade. Ressalta-se que, como já foi citado anteriormente, nos dias atuais esse atendimento ocorre somente através das APAES, de clínicas conveniadas, em raros casos nas unidades de saúde. Na maioria das vezes faz-se necessário o deslocamento a Curitiba. Nesses casos, existe a grande dificuldade de transporte e de respaldo dos municípios que em na maioria das vezes deixam os usuários esperando durante todo o dia pelo retorno.

Palavras-Chaves: Municipalização, Questão Social, Deficiência Física, Deficiência, Sistema Único de Saúde.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – População e Amostra	24
Tabela 2 – Número de Atendimentos no Litoral.....	26

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

SESA – Secretaria de Estado de Saúde do Paraná.

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

CHR – Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier.

TFD – Tratamento Fora do Domicílio.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 MOTIVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS	7
1.2 PROBLEMÁTICA	11
1.3 OBJETIVOS	11
1.4 AS QUESTÕES QUE NORTEARAM A PESQUISA	11
2 REVISÃO DA LITERATURA	12
2.1 POLÍTICAS DE ATENDIMENTO	12
2.1.1 A questão social	12
2.1.2 Políticas públicas	15
2.1.3 Políticas voltadas à pessoa com deficiência	16
2.2 O SUS	18
2.2.1 As origens do Sistema Único de Saúde – SUS	18
2.2.2 A universalização e focalização	19
2.2.3 Descentralização e desigualdades regionais	20
3 METODOLOGIA	22
3.1 MÉTODO	22
3.2 INSTRUMENTOS TÉCNICOS	23
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	24
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	24
4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS	25
4.4 RETOMANDO AS QUESTÕES NORTEADORAS	25
4.5 RETOMANDO OS OBJETIVOS DA PESQUISA	28
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31

REFERÊNCIAS.....	33
-------------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÕES E JUSTIFICATIVAS

A iniciativa em participar do curso de especialização surgiu da vontade de buscar a atualização profissional. A proposta de trabalho também chamou a atenção por ser desafiadora e atual, já que esta tem como tema: “A questão social na perspectiva interdisciplinar”. Quando se trata da interdisciplinaridade, ela é com certeza pouco vivida no cotidiano do assistente social. Sua prática concreta ainda está em processo de construção tanto no que se refere à atuação profissional, como no processo de ensino, de pesquisa e de ação social.

A interdisciplinaridade é algo buscado pelos assistentes sociais atuantes em diversas áreas, já que, a atuação profissional destes dificilmente ocorre de forma isolada sendo necessária a interlocução com diferentes categorias profissionais. Cabe ressaltar, que a prática realmente interdisciplinar poucas vezes é atingida na íntegra.

A atuação profissional interdisciplinar pode ser vista em alguns momentos como uma tarefa árdua é difícil de ser atingida, mas deve ser pensada e legitimada no cotidiano do assistente social como previsto no artigo 10º, item D do Código de ética profissional: “São deveres do Assistente Social: Incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar”.

O interesse por desenvolver uma pesquisa que abordasse a inclusão da pessoa com deficiência nos programas do SUS no litoral, surgiu a partir de observações no espaço institucional no qual a pesquisadora realiza as suas atividades profissionais. Atualmente esta vem atuando diretamente com a política de saúde, tendo como foco a pessoa com Deficiência Física. Já que, neste momento esta tem como campo de trabalho o Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná.

Dessa forma, a vontade em pesquisar o tema surgiu do cotidiano profissional, pois diariamente são atendidos usuários do Litoral do Paraná que necessitam se deslocar até Curitiba para que possam ter acesso a programas de saúde como: a reabilitação, prótese e órtese.

O presente trabalho sob o tema: **“O acesso da pessoa com deficiência física ao Sistema Único de Saúde: Uma Análise do Litoral Paranaense”**, vem contextualizar que as políticas de proteção social, nas quais se incluem a saúde, a previdência e a assistência social, bem como as políticas voltadas a pessoa com deficiência, são consideradas produto histórico das lutas dos cidadãos, na medida em que respondem as necessidades destes.

Quando se refere à acessibilidade da pessoa com deficiência a saúde, estas têm direito de usufruir de serviços do padrão mais elevado. O estado deve ser o responsável por garantir este acesso.

O decreto 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, que regulamenta a lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e consolida as normas de proteção. Aborda em seu capítulo VII seção I sobre os programas de saúde voltados a pessoa com deficiência. No seu artigo 16 diz que:

“Os órgãos e as entidades da Administração Pública Federal direta e indireta responsáveis pela saúde devem dispensar aos assuntos objeto deste Decreto tratamento prioritário e adequado, viabilizando, sem prejuízo de outras, as seguintes medidas: a criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade, voltada ao atendimento à saúde e reabilitação da pessoa portadora de deficiência, articulada com os serviços sociais, educacionais e com o trabalho.”

Neste contexto, percebe-se cotidianamente a violação dos direitos da pessoa com deficiência residente no litoral do Paraná. Tendo em vista que, atualmente nota-se a falta ou insuficiência de serviços regionalizados voltados a essa população.

Ressalta-se que os serviços de saúde devem ser disponibilizados pelo Estado em todos os locais nos quais existirem demanda.

No que se refere à política e a programas voltados a pessoa com deficiência, cabe demonstrar que ao longo dos anos o Brasil e o mundo foram palco de um extraordinário conjunto de transformações no que se refere ao atendimento, à promoção e à defesa dos direitos das pessoas com deficiência.

Os temas acima relacionados começaram a ser abordados de forma mais efetiva a partir de 1948 com a proclamação da “Declaração Universal dos direitos do Homem e do Cidadão”. No ano de 1975, a Organização das Nações Unidas – ONU estabeleceu a declaração dos direitos das Pessoas com Deficiência, esta foi

considerada em todo o mundo como ponto de partida para a defesa dos direitos de cidadania e bem estar dos deficientes. No ano de 1982 a ONU formula o “Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência”.

Em 1988, consolidando um processo de redemocratização do Brasil, é aprovada a Constituição Federal, que concretiza um novo projeto societário igualitário, universal e democrático. A população em foco tem seus direitos abordados pela Constituição em seus artigos 23; 37; 203; 206; 208 e 227. E determina em seu artigo 23, capítulo II: **“como competência comum a União, Distrito Federal e Municípios cuidar da saúde e assistência pública, da garantia e da proteção a pessoa com deficiência.”**

São também consideradas legislações importantes no que se refere aos direitos dos deficientes: Lei nº 7.405, de 12 de novembro de 1985, Decreto nº 5.296 de 02 de novembro de 2004 e as Normas da ABNT 9050 que dispõe sobre a acessibilidade. São igualmente essenciais as seguintes legislações: Lei nº 7.853 de 24 de setembro de 1989 que ressalta os direitos e institui tutela de interesses coletivos ou difusos; Lei 8.213 de 24 de julho de 1991 que fala sobre os planos e benefícios da previdência social; Lei 9.394 de vinte de dezembro de 1996 em seu artigo 3º, item 58 e 59 refere-se aos direitos a pessoa com deficiência na escola e o Decreto nacional 3.289 de 20 de dezembro de 1999 que estabelece a Política Nacional sobre a integração da Pessoa com Deficiência.

Apesar de recentes, já existem no Brasil diversas leis voltadas à garantia dos direitos dos deficientes. Leis que tem como objetivo fundamental garantir direta ou indiretamente a inclusão destes cidadãos.

A começar pela Política Geral do governo que abrange os cidadãos com deficiência e ressalta a importância da inclusão destes, enfatizando que devem ter acesso aos mesmos direitos que qualquer outro cidadão. Sendo considerados direitos fundamentais: o acesso ao trabalho, a acessibilidade, a educação, ao lazer e a saúde.

No que se refere à saúde, A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002, define, como propósitos gerais:

“Proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social. Seu principal objetivo é propiciar a

atenção integral a pessoa com deficiência desde os serviços básicos até a sua Reabilitação, incluindo a concessão de prótese e órtese quando se fizer necessário.”

No que se refere ao conceito de deficiência, este vem evoluindo no mundo todo, especialmente a partir da década de 80, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade.

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/06), incorporada à Constituição brasileira (2008), define em seu artigo 1º as pessoas com deficiência como: “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”.

Uma pessoa pode apresentar deficiência física, auditiva, visual, mental ou intelectual, ou múltipla. A deficiência pode ser percebida já no nascimento de uma criança, ou pode ser adquirida ao longo da vida da pessoa. São consideradas pessoas com deficiência física aquelas que apresentam alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física. O que independe de classe social, sexo ou faixa etária.

Toda a pessoa com deficiência tem o direito de ser atendida pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. O acesso aos programas e serviços do SUS devem ocorrer desde o acesso à Unidade de Saúde, a programas como saúde da família até a serviços como os de Reabilitação e Hospitais. Todos os deficientes devem ter respondidas suas necessidades, sejam elas vinculadas ou não à deficiência que apresentam.

De acordo com suas características, as pessoas com deficiência têm direito ao encaminhamento para serviços mais complexos, a receber assistência específica nas unidades especializadas de média e alta complexidade, para reabilitação física, como também ao acesso de órteses e próteses e meios auxiliares de locomoção de que necessitem, complementando o trabalho de reabilitação e as terapias.

1.2 PROBLEMÁTICA

Este trabalho tem como intuito descrever a realidade do acesso das pessoas com deficiência física aos serviços do Sistema Único de Saúde no Litoral do Paraná.

Visto que para ter direito a serviços específicos, alguns deficientes precisam sair do Litoral para buscá-los em Curitiba, o que dificulta o acesso a estes.

1.3 OBJETIVOS

O objetivo geral dessa pesquisa consistiu e: Descrever o acesso das pessoas com deficiência física aos Programas e Serviços do Sistema Único de Saúde – SUS no litoral do Paraná. Tendo como objetivos específicos: Relacionar quais os programas do SUS voltados à pessoa com deficiência existem no Litoral do Paraná; Explicitar quais os motivos que levam os usuários a buscar os serviços e programas em Curitiba; Mostrar a importância dos programas de atendimento as pessoas com deficiência física.

1.4 AS QUESTÕES QUE NORTEARAM A PESQUISA

- Quantas pessoas são atendidas pelo SUS no Litoral?
- Quais os Programas do SUS existentes no Litoral para as pessoas com deficiência Física?
- Quantas pessoas com deficiência física são atendidas no Litoral Atualmente?

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 POLÍTICAS DE ATENDIMENTO

2.1.1 A questão social

A problemática da questão social¹ das pessoas com deficiência no Estado do Paraná e no Litoral deste estado de forma específica é parte consecutiva das relações sociais capitalistas. Passa a ser instituída nos marcos da mundialização do capital sob a égide do grande capital financeiro e das políticas neoliberais que desresponsabilizam o Estado, em que ele deve ser forte para o capital e fraco para o social. Nesse contexto, a política social passa a ser unilateral, imediatista, compensatória e focalista. As questões sociais passam a ser enfrentadas pela sociedade, fazendo com que os direitos sejam viabilizados como filantropia. Dessa maneira Iamamoto (2001, p.10) afirma que: “As respostas à questão social passam a ser canalizadas para os mecanismos reguladores do mercado e para organizações privadas, as quais partilham com o Estado a implementação de programas focalizados e descentralizados de “combate à pobreza e à exclusão social.”

Já Arcoverde (1999, p. 77) coloca que:

“A questão social brasileira apresenta maior gravidade pela intensidade com que atinge não apenas determinados setores e classes sociais. Os conteúdos das expressões assumidas pela questão social decorrem das variadas dimensões das relações de produção e reprodução social acompanhadas por uma concentração de poder e de riqueza nas mãos de classes e setores dominantes que produzem e generalizam a pobreza das classes dominadas.”

¹ Por questão social entende-se o conjunto das refrações produzidas pelo modo de produção capitalista, que, para se reproduzir, destitui uma parcela majoritária da população do acesso à riqueza social, o que, na formação social brasileira, tem alcançado o limite da iniquidade. (IAMAMOTO & CARVALHO, 1982, apud Sales, 2006, p.2008)

É preciso muito mais do que políticas focalistas que atendam apenas uma parcela da população mais necessitada, é necessária a inclusão igualitária num projeto societário, em que o Estado retome as suas funções no papel de responsável pela formulação de políticas públicas universalizantes como meio de enfrentamento da questão social, que nas diversas expressões faz com que uma parcela da população sofra com condições inadequadas.

O tratamento da questão social deve ser visto como direito, sendo reconhecida e assumida afim de enfrentá-la, tornando-se demanda pública e não caridade de um estado humanitário. Pois como salienta Arcorverde (1999), o enfrentamento das seqüelas da questão social por parte do Estado não se constitui em prioridade, pela proposta neoliberal de Estado mínimo configurado na privatização das políticas sociais, no qual transfere mediante a descentralização e de partilha de poder, responsabilidades para a sociedade civil para solucionar ou amenizar os impactos de questão social.

O preconceito e o abandono das pessoas com deficiência sempre foi uma expressão da questão social.

Na idade média as pessoas de maneira geral tinham condições precárias de vida e saúde, nesse período às pessoas com deficiência eram vistas como um “castigo de Deus”. Os supersticiosos viam nelas poderes especiais de feiticeiros ou bruxos. A literatura da época coloca os deficientes como foco de diversões.

A idade moderna foi um marco no que se relaciona as novas idéias voltadas a população em foco.

Durante os séculos XVII e XVIII houve grande desenvolvimento no atendimento às pessoas com deficiência em hospitais. Havia assistência especializada em ortopedia para os mutilados das guerras e para pessoas cegas e surdas.

O Século XIX, ainda com reflexos das idéias humanistas da Revolução Francesa, ficou marcado na história das pessoas com deficiência. Finalmente se percebia que elas não só precisavam de hospitais e abrigos, mas também, de atenção especializada. É nesse período que se inicia a constituição de organizações para estudar os problemas de cada deficiência. Difundem-se então os orfanatos, os asilos e os lares para crianças com deficiência física. Grupos de pessoas organizam-se em torno da reabilitação dos feridos para o trabalho, principalmente nos Estados Unidos e na Alemanha.

No Brasil, por insistência do Imperador Dom Pedro II (1840-1889), seguia-se o movimento europeu.

O século XX trouxe grandes avanços no que se refere à pessoa com deficiência, sobre tudo no que se refere à ajuda de técnicos bem como a elementos tecnológicos. Os instrumentos que já eram utilizados como cadeiras de rodas e bengalas foram aperfeiçoados. A sociedade de maneira geral começou a se organizar para enfrentar melhor a situação da pessoa com deficiência. Nesse período, as pessoas começaram a perceber a necessidade de incluir os deficientes de forma efetiva no cotidiano da comunidade.

Em 1948, a comunidade internacional se reúne na sede da ONU, em Nova York. Após um período de pós segunda guerra mundial e de muitas mudanças na sociedade, nasce à declaração universal dos direitos humanos. Esta diz em seu artigo 1º “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas as outras com espírito de fraternidade”.

É nesse período que no Brasil, bem como em outros países que se consolidam as instituições voltadas para as pessoas com deficiência.

A discussão em torno da pessoa com deficiência evoluiu muito, mas ainda permanece bastante vaga tanto no que se refere à proteção social, bem como em relação à inclusão em programas de saúde, no mercado de trabalho e até mesmo na falta de acessibilidade nos locais de circulação pública.

Segundo o último Censo Demográfico, em 2000 o Brasil tinha 24,6 milhões de pessoas portadoras de alguma deficiência, o que correspondia a 14,5% da população brasileira. O mesmo senso revelou que 13,57% da população do Paraná é deficiente e necessita de atendimento especializado, lembramos que atualmente o estado conta somente com um centro especializado voltado a esse público, que encontra-se em Curitiba.

Para enfrentar a questão social contextualizada, conforme registrada é preciso o fortalecimento e asseguramento de políticas públicas no âmbito da assistência social e da proteção integral a pessoas com deficiência em condições de vulnerabilidade; articulação e interface com outras políticas sociais; e fortalecimento da participação popular pela apreensão das demandas das particularidades regionalizadas.

2.1.2 Políticas públicas

Tendo como apoio teórico Behring & Boschetti (2008), nas sociedades pré-capitalistas a “proteção assistencial” era baseada em ações filantrópicas que tinham como objetivo manter a ordem social. Período formado por legislações punitivas, restritivas que agiam na intersecção da assistência social e do trabalho forçado. No período da Revolução industrial ocorrem mudanças no que se refere ao sistema econômico e de proteção social, que deixa de existir. “O “abandono” dessas tímidas e repressivas medidas de proteção no auge da Revolução Industrial lança os pobres à “servidão da liberdade sem proteção”, no contexto de plena subsunção do trabalho ao capital, provocando o pauperismo como fenômeno mais agudo decorrente da chamada questão social” .

No período que antecedeu a Revolução Industrial, denominado de pré – capitalismo os pobres eram “protegidos” por leis que os obrigava a trabalhar em busca de benefícios que eram viabilizados de forma filantrópica. Posterior a esse período o capitalismo tinha como imperativo: a liberdade e a competitividade na compra e venda da força de trabalho, restituindo a obrigatoriedade de trabalhos. Esse sistema deixou a própria sorte uma grande parte da população sujeita à exploração sem lei. Nesse sentido, regrediu em relação ao período no que se relaciona as formas de “Proteção Social” mesmo que restritivas.

Não se pode dizer com precisão qual foi o momento histórico em que ocorreu o surgimento das políticas sociais, não é possível reconhecer as primeiras iniciativas já que estas surgiram de um processo social, movido pelas lutas de classe, ou seja, pelos movimentos sociais em contraposição ao capitalismo.

“O surgimento das políticas sociais foi gradual e diferenciado entre os países, dependendo dos movimentos de organização e pressão da classe trabalhadora” (Behring & Boschetti. 2008:64).

As políticas públicas surgem então como forma de concretizar as ações do Estado, delegam ao mesmo a autoridade para unificar e articular a sociedade, o que as torna um instrumento privilegiado de dominação.

O interesse do Estado em um sistema de proteção social foi o de manutenção da ordem, e somente posteriormente, este incorpora a preocupação de atendimento

as necessidades sociais reivindicadas pelos trabalhadores. Dessa forma, as políticas passam então a ampliar a idéia de cidadania, antes direcionadas apenas para a pobreza extrema.

A princípio as políticas sociais têm como encargo básico a construção da cidadania social, ou seja, propiciar em um sistema desigual às condições mínimas para tornar efetiva a igualdade dos direitos.

No Brasil, as políticas públicas ganham força no ano de 1980, com a aprovação da constituição federal em 1988. Esta elegeu um conjunto de valores éticos, considerados fundamentais para a vida nacional, a maior parte dos quais se expressa no reconhecimento dos direitos humanos e por isso foi considerada pelas camadas populares como a constituição cidadã.

A constituição prevê como seguridade social o acesso as políticas previstas em seu tripé, são elas: a saúde, a previdência e a assistência social. A previdência deve ser viabilizada aos seus contribuintes, a assistência a quem dela necessitar e a saúde é preconizada como direito universal de todos os cidadãos.

A constituição trouxe grandes avanços no que se refere as políticas públicas e práticas sociais que buscam garantir o direito da população em situação de vulnerabilidade, porém nós ainda não usufruímos de uma política pública de caráter universal que assegura os direitos básicos.

As políticas públicas não devem ser setorializadas e fragmentadas, mas ser formuladas com o objetivo de abranger e condizer com as particularidades de cada grupo. Tendo como foco a população em vulnerabilidade social, não deixando de considerar aspectos como: a diversidade cultural, de gênero, faixa etária, deficiências e etc. “As políticas sociais e formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo” (Behring & Boschetti. 2008:51).

2.1.3 Políticas voltadas à pessoa com deficiência

Tendo como apoio teórico Maria Aparecida Gugel (2010), nota-se que durante séculos, as pessoas com deficiência não foram valorizadas porque eram consideradas inúteis.

Os direitos de cidadania, neste campo, visando, sobretudo, à inclusão social, formulam-se a partir dos anos 1980. Em 1982 foi proclamada pela assembléia nacional das nações unidas o Programa de Ação Mundial - PAM que tinha como objetivo promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e de participação plena das pessoas com deficiências na vida social e no desenvolvimento. Os anos de 1983 até 1992 foram voltados para execução deste programa.

No ano de 1985, foi decretada pelo congresso nacional a lei 7.405 que tornou obrigatório o uso do símbolo internacional de acesso em todos os locais e serviços os quais as pessoas com deficiência tivessem acesso.

A Constituição Federal aprovada em 1988, também abordou o tema de forma ampla garantindo os direitos, deveres, participação dos portadores de deficiência física na sociedade, saúde, lazer, integração, prevenção, educação e transporte.

A década de 1990 trouxe grandes avanços na Legislação. Neste ano, foi aprovada a resolução n45/91 da ONU que propôs uma mudança de foco no programa das Nações Unidas sobre deficiência, passando da conscientização para ação, como o propósito de atingir seu êxito em 2010. O ano de 1991 foi considerado pelo ONU "O Ano Internacional da Pessoa Portadora de Deficiência" sob o lema "Participação e Igualdade Plena". Ainda neste ano, foi ratificada pelo Brasil a convenção n 159 da OIT que tratou da Reabilitação Profissional e Emprego. Neste ano o Brasil ratificou também a Recomendação n.168 sobre o mesmo tema. Em dezembro de 1999, foi regulamentada a lei 7.853, de 24 de outubro de 1989, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.

Nos próximos anos foram aprovadas ainda muitas leis importantes no que se refere a este tema, entre elas A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências. Seu principal

objetivo é propiciar atenção integral à saúde, desde a atenção básica até a sua reabilitação, incluindo a concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, quando se fizerem necessários.

A saúde a pessoa com deficiência também esta prevista no Capítulo II, artigo 20 da Constituição Federal: “A atenção à saúde da pessoa com deficiência será prestada com base nos princípios e diretrizes previstos pela Constituição Federal, demais legislação vigente, e pelo Sistema Único de Saúde (SUS)”.

2.2 O SUS²

2.2.1 As origens do Sistema Único de Saúde – SUS

Tendo como respaldo teórico os seguintes autores, Lima, Gershman, Elder e Suarez (2006). As políticas de saúde são vem sendo focalizadas no país há mais ou menos um século, mas foi com a crise sanitária que acometeu o país na virada dos séculos XIX e XX que surgiram as primeiras iniciativas de saúde pública. O século XX de maneira geral foi marcado por grandes evoluções quando se trata de saúde.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, ainda nesse período desenvolve-se a atenção aos indivíduos: os grandes institutos passam a fornecer respaldo aos seus segurados no que se refere a serviços ambulatoriais e hospitalares.

Foi com o crescimento da previdência a partir dos anos de 1960, que deu respaldo para o projeto de empresariamento da saúde que se torna um setor econômico muito dinâmico: serviços e equipamentos hospitalares e ambulatoriais, medicamentos, ensino médico e dos demais profissionais da área da saúde. Os subsídios da previdência social permitiram e estimularam que os trabalhadores tivessem seus próprios planos de seguro saúde.

² O Item e os subitens tiveram como respaldo teórico o Lima, Nisia trindade, Gerschaman, Silvia, Elder, Flavio Coelho, Suarez, Julio Manuel. **Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: 2006.

Nos anos 70, começa a surgir à organização de um movimento sanitarista, o movimento em prol da saúde, assim como outros, tinha como intuito diminuir as desigualdades de renda e de acesso a serviços públicos. A saúde foi um dos eixos de luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980, em um contexto marcado pela resistência social e política ao regime autoritário. Em conjunto com os demais movimentos democráticos se opunha ao regime militar, estabelecendo uma relação tênue entre saúde e democracia, esta relação esteve no centro dos debates políticos.

Na década de 1980 tem início um movimento cada vez mais forte de contestação ao sistema de saúde governamental. A busca por um novo sistema se caracteriza pelo apelo democratização, a universalização dos serviços e a defesa de um sistema público e descentralizado. Os debates foram acentuados durante a década pelos movimentos sanitaristas que tiveram como estratégia ocupar todos os espaços de discussão, com a finalidade de planejar políticas para a saúde e implantá-las.

No ano de 1985, chega ao fim o Regime Militar. Nesse período, lideranças do movimento sanitário assumem posições nas instituições responsáveis pela política de saúde do país. É convocada a 8ª conferência de saúde em 1986, nesta foram definidos os princípios e as linhas de atuação do projeto de reforma sanitária que mais tarde viria orientar a proposta da reforma sanitária.

Em 1988 conclui-se o processo constituinte e é sancionada a nova Constituição Federal, chama de “constituição cidadã” que foi um marco fundamental na redefinição das prioridades políticas. Esta promoveu a saúde como direito fundamental, sendo obrigação do Estado garanti-la a todos os cidadãos, sob o preceito “Saúde direito de todos e dever do Estado.” Firmaram-se como princípios fundamentais da saúde: a universalidade, integralidade, participação e descentralização.

Na década de 1990, foram promulgadas as leis 8.080 e 8.142 definiram os ordenamentos em conjunto com a constituição e as Normas Operacionais Básicas, moldaram o Sistema Único de Saúde – SUS.

2.2.2 A universalização e focalização

O Sistema Único de Saúde tem como principal fundamento a universalidade do acesso a saúde como direito do cidadão, como previsto na constituição federal e na lei 8.080/90 em seu artigo 2º parágrafo 1º: “O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”.

Todos os cidadãos devem ter o acesso à saúde, mas cabe ressaltar que devem ser previstas a individualidade de cada indivíduo numa dada sociedade, sejam elas de classe, renda, gênero entre tantas outras. No caso, das pessoas com deficiência têm que ser pensar em suas particularidades. Nesse sentido, devem ser formulados pelo Estado programas voltados a esta população. “O direito universal como direito de cidadania requer que o Estado tenha capacidade de ofertar serviços adequados e o acesso integral a diferentes níveis de atendimento contemplando as necessidades dos cidadãos.” (Cohn. Amélia. 2005³).

2.2.3 Descentralização e desigualdades regionais

A idéia de descentralização apareceu cedo, na 3ª Conferência Nacional de Saúde de 1963. Nesta conferência, foi proposta a municipalização da assistência à saúde. Um dos propósitos centrais da incorporação da descentralização nos princípios constitucionais do SUS foi produzir maior equilíbrio entre as regiões do país, assim como diminuir as desigualdades regionais em saúde facilitando o acesso.

³ O SUS e o direito a saúde: Universalização e focalização nas políticas de saúde in: Saúde e Democracia: Historia e Perspectivas do SUS, pag. 398.

A municipalização dos programas do SUS possibilita o acesso a serviços e programas, visto a dificuldade de locomoção, a falta de informação e etc. (Gerschman & Viana:2006)⁴

Porém percebe-se que os Estados não têm tido preocupação bastante com os seus governos locais, muitos municípios crescem de forma desmedida sem ter condições de gerir um governo próprio, já que não têm autonomia, o que se pode verificar é um processo de estagnação do processo de municipalização da saúde.

Os Estados se tornaram instrumentos de pressão política e de negociação para a obtenção de apoio dos governos Nacionais e os governos municipais dos governos Estaduais para a aprovação de leis, artigos e etc. O grande problema é que grupos de interesses conflitantes, fazem a gestão do SUS o que dificulta o processo de descentralização.

No litoral do Estado do Paraná, alguns municípios não possuem condições de exercer o seu autogoverno e nesses casos pode se esperar desses somente os serviços de atenção básica e primária a população.

⁴ Descentralização e Desigualdades Regionais em tempos de hegemonia liberal in:Saúde e Democracia: História e perspectivas do SUS, pag. 307.

3 METODOLOGIA

3.1 MÉTODO

Pode-se considerar o objeto estudado não como um fato isolado, mas sim resultado de um processo histórico que o determina, será portanto analisado em sua totalidade, o que significa considerar o contexto histórico. Não existe alternativa de pesquisa se não for considerada a capacidade teórica de se pensar na realidade. Para elaborar uma categoria de análise torna-se necessária uma atuação crítica.

A pesquisa aqui mencionada terá como método: o dialético⁵. Entender as relações em termos dialéticos, significa considerar a contradição presente no contexto, tendo como base a análise do histórico, já que, a visão dialética considera o processo, não o fato isolado, busca a totalidade.

A dialética da totalidade concreta, não tem a intenção de conhecer todos os aspectos da realidade, tem na verdade a intenção de compreender os fatos através dos fatores que o determinam e não como fatos isolados, ou seja, estes não podem ser somente interpretados como fatos, mas como partes estruturais de uma totalidade.

A perspectiva marxista compreende a realidade como um todo que possui a sua própria estrutura, estrutura esta que se desenvolve, que não é imutável; que vai se criando.

O método crítico dialético traz uma perspectiva inovadora na relação sujeito-objeto, essa é racional, foge do empirismo da teoria positivista e funcionalista e ao idealismo da cultura.

“Desde a análise de Marx sobre a legislação fabril inglesa (Marx,1984), até as produções mais recentes no campo marxista, sobretudo a partir dos anos de 1970, problematiza-se o surgimento e o desenvolvimento das políticas sociais no contexto de acumulação capitalista e de luta de classes, com a perspectiva de demonstrar seus limites e possibilidades na produção capitalista.” (Behrig & Boschetti. 2008).

⁵ Tendo como apoio teórico Bering e Boschetti:2008.

3.2 INSTRUMENTOS TÉCNICOS

Uma pesquisa é um processo de construção do conhecimento que tem como principais objetivos gerar novos saberes ou contribuir com algum conhecimento já existente. É basicamente um processo de aprendizagem tanto do pesquisador como do objeto pesquisado se estes se tratar de pessoas ou comunidades. Pode ainda ser definida como um conjunto de atividades orientadas e planejadas pela busca de um conhecimento.

Com o intuito de embasar os questionamentos a serem pesquisados foi escolhida a pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica, abrange a leitura, análise e interpretação de livros, periódicos e etc. Tem por objetivo conhecer diferentes contribuições científicas sobre determinado tema. Ela dá suporte a todas as fases de qualquer tipo de pesquisa, uma vez que auxilia na definição do problema, na determinação dos objetivos, na construção de hipóteses, na fundamentação da justificativa da escolha do tema e na elaboração final do trabalho.

Utilizou-se ainda a pesquisa documental no sentido de manuseio de documentos de órgãos oficiais de instituições do Estado do Paraná, para que seja realizada a coleta de dados.

Foram utilizados como fonte de pesquisa sites oficiais, e o Plano diretor de regionalização: hierarquização e regionalização da assistência à saúde, no estado do Paraná de 2009.

Foi realizada também a pesquisa com o objetivo de identificar os serviços existentes para o atendimento da pessoa com deficiência nos municípios do Litoral do Paraná, já que não adianta somente levantar dados através de alternativas metodológicas, mas construí-las com a história da população envolvida.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa tem como objeto aos Programas do SUS voltados a pessoa com deficiência no Litoral do Estado do Paraná e é caracterizada como pesquisa qualitativa.

Seu aspecto qualitativo tem como intuito analisar os programas, desenvolvidos a sua qualidade e sua repercussão técnica na sociedade.

A Finalidade desta pesquisa não é fazer um estudo profundo sobre este tema, mas sim, permitir uma visão panorâmica sobre o objeto de estudo. O que propiciará a realização de estudos mais aprofundados sobre o tema posteriormente.

4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa em foco são os municípios pertencentes ao Litoral Paranaense.

1ª Regional	Paranaguá
Paranaguá	138.748
Antonina	17.891
Guaraqueçaba	7.890
Morretes	16.853
Pontal do Paraná	17.508
Guaratuba	32.315
Matinhos	23.968
TOTAL	225.173

4.3 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS

Com o objetivo de coletar dados para a pesquisa foi necessário o contato com a Secretaria de Estado da Saúde e com a 1ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, a qual é responsável pela gestão dos Programas do SUS no litoral do Estado, além de dar suporte técnico aos municípios. Foi também utilizada para a coleta de dados os sites oficiais.

A coleta de dados foi extremamente importante e norteou o trabalho em foco, já que todos os dados obtidos embasaram a pesquisa realizada. Através dela foi possível perceber a falta de estrutura dos municípios do Litoral do Paraná quando se refere ao atendimento específico a pessoa com deficiência. No contato com a secretaria de saúde e a Regional de Saúde, a pesquisadora foi informada que a referência para o atendimento da pessoa com deficiência é Centro Hospitalar de Reabilitação em Curitiba, foi informada ainda sobre não existir um instrumento de coletas de dados no que se refere à população em foco.

4.4 RETOMANDO AS QUESTÕES NORTEADORAS

Foram elaboradas algumas questões com o objetivo de nortear a pesquisa em foco.

Quantas pessoas são atendidas pelo SUS no Litoral?

O Estado do Paraná é subdividido em 22 Regionais de saúde essa são instancias administrativas intermediárias da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. É através delas que o Estado exerce o seu papel, sendo este o de cooperação técnica e investimento nos municípios e consórcios. À Regional de Saúde cabe apoiar o município em todas as áreas e na gestão das questões regionais, fomentando a busca contínua e crescente da eficiência e da qualidade.

Como o objetivo de coletar dados sobre os dados relacionados ao atendimento do SUS no litoral do Paraná foi realizado contato com a 1ª Regional de

Saúde, tendo a sua sede em Paranaguá, ela é responsável por dar suporte técnico e fazer a gestão dos dados dos municípios da região Litorânea do Estado.

Segundo dados de 2009 do Ministério da Saúde⁶ residem no Litoral do Paraná 255.173 pessoas.

No que se refere aos atendimentos realizados em 2010 nos meses referenciados abaixo, sabe-se então que:

Meses	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Agosto
Internamentos	795	1.036	809	958	800	846	834	850
Atendimento Ambulatorial	267.582	300.061	273.878	320.626	269.847	301.816	285.472	266.864

Quais os Programas do SUS existentes no Litoral para as pessoas com deficiência Física?

Atualmente não existem serviços específicos do SUS voltados à pessoa com deficiência no Litoral, as escolas especiais como as APAES e algumas clínicas possuem convênio com o Sistema Único de Saúde para fazer o atendimento desta População. Quando se torna necessário a intervenção no que se diz respeito à realização de Terapias.

Cabe ressaltar que a Referência de atendimento no que se refere à Reabilitação e a concessão de prótese e órtese, é referenciada pelo Centro Hospitalar de Reabilitação do Paraná Ana Carolina Moura Xavier em Curitiba.

Para o atendimento neste Centro é necessário que o usuário busque sua unidade de saúde ou a Secretaria de Saúde de seu município para solicitar uma guia que autorize o seu atendimento no CHR. Nesta guia já constam o dia e o horário do atendimento no Hospital em foco.

O atendimento para a concessão de prótese e órtese ocorre já neste primeiro momento do usuário no Centro Hospitalar de Reabilitação⁷. Esse primeiro

⁶ Fonte: Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), como base em dados nacionais de 01.10.10.

atendimento é nomeado de triagem e é composto por médicos, assistentes sociais, equipe de enfermagem e técnicos especializados em prótese e órtese. O atendimento referenciado tem duração média de 1 hora.

Após aproximadamente três meses posterior a esse atendimento são então concedidas às próteses e órteses solicitadas.

No que se refere à Reabilitação, o usuário deve realizar este primeiro atendimento no qual ele é encaminhado para uma segunda avaliação, denominada de avaliação global. Neste dia defini-se se este fará a Reabilitação neste Centro ou se necessita somente de terapia de manutenção. Se o usuário for elegível a Reabilitação ele fará o acompanhamento por um período no CHR. Nesse caso, ele deve vir a Curitiba de duas a três vezes por semana por um período variável, dependendo da sua evolução no tratamento.

Nos casos de alta e de pacientes elegíveis somente para a terapia de manutenção, esses serão encaminhados aos serviços viabilizados pelo seu município para as terapias, por isso a importância de uma rede de serviços efetiva.

No que se refere ao transporte, os usuários devem ter ele garantido pelo seu município de origem, o que de fato ocorre no que se refere à maioria dos municípios do litoral. O principal problema é que a população que depende do transporte passa o dia em Curitiba, aguardando o retorno, sem respaldo dos municípios no que se refere à atenção básica como alimentação. Cabe ressaltar que este direito é respaldado através do Tratamento Fora do Domicílio – TFD previsto na portaria nº55 de 24/02/1999.

Quantas pessoas com deficiência física são atendidas no Litoral Atualmente?

O sistema de Informação ambulatorial foi implantado em 1993, com o objetivo de facilitar o planejamento, o controle e a avaliação dos Programas Ambulatoriais.

⁷ Centros de Reabilitação São unidades especializadas de abrangência regional, qualificadas para atender às pessoas com deficiência. Equipes formadas por alguns desses profissionais, tais como médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social e nutricionista, fazem esse trabalho. Nessas unidades são realizadas a avaliação de cada caso para planejamento do processo de reabilitação. (Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=927 acesso 02/11/2010 às 13h10min).

Tem como atribuição a captação de informações referentes aos atendimentos ambulatoriais, para que possa existir a gestão desses com base em dados qualitativos e quantitativos. Percebe-se como a única deficiência contemplada nesse sistema a deficiência auditiva, sendo desconsideradas as demais formas de deficiência também predominantes nos atendimentos ambulatoriais realizados pelo SUS.

Percebe-se através de contato⁸ com a Secretaria de Estado com o departamento de atenção básica, este é contato nacional no que se refere a dados de atendimento a pessoa com deficiência no Estado, e com a 1ª Regional de Saúde que atende o Litoral. A falta de dados no que se relaciona ao atendimento à pessoa com deficiência.

É difícil imaginar a formulação de Programas e Políticas eficazes voltados à pessoa com deficiência quando não se têm dados. Esses devem ser utilizados como referencial para o conhecimento da demanda existente. É impossível imaginar a formulação de políticas ou de uma rede de atendimento a esta população em específico no Litoral sem a existência de dados que tragam referenciais.

4.5 RETOMANDO OS OBJETIVOS DA PESQUISA

O objetivo geral do presente trabalho foi Analisar o acesso das pessoas com deficiência física aos Programas e Serviços do Sistema Único de Saúde – SUS no litoral do Paraná.

Considera-se que o objetivo foi parcialmente concluído, pois existiu uma dificuldade no que se relaciona ao contato com os municípios e a coleta de dados. Foi realizado um estudo em materiais bibliográficos com o intuito de completar a pesquisa, só assim foi obtido o conhecimento teórico-metodológico esperado para realizá-la. No decorrer do trabalho foi possível inferir sobre a precariedade no atendimento no que se refere à pessoa com deficiência.

⁸ O contato com a 1ª Regional de Saúde foi realizado no dia 14/10/10 às 9h41min e com a Secretaria de Saúde do Estado foi realizado no dia 15/10/10 às 9h40min.

No que se refere aos Programas do SUS no litoral, as pessoas com deficiência têm acesso aos programas de atenção básica e de média e alta complexidade. No que se refere aos de atenção básica destaca-se programas como: saúde da família, unidades de saúde, entre outros. Quando se refere a Programas de alta e média complexidade podemos citar os 06 hospitais localizados em: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes e Paranaguá, e ainda no que se refere ao atendimento quanto ao uso de álcool de drogas existe um único CAPS localizado em Paranaguá⁹.

Cabe ressaltar, que a rede de atendimento a saúde é precária no que se coloca a toda a população do litoral, mas quando se refere à pessoa com deficiência não podemos deixar de destacar a dificuldade de locomoção como um dos fatores mais dificultantes no que se relaciona ao acesso a programas e serviços de saúde.

Os objetivos específicos deste trabalho foram: Relacionar quais os programas do SUS voltados à pessoa com deficiência existem no Litoral do Paraná; Analisar os motivos que levam os usuários a buscar os serviços e programas em Curitiba; Mostrar a importância dos programas de atendimento as pessoas com deficiência física. Entende-se que quase todos os objetivos específicos foram concluídos em sua amplitude.

Cabe ressaltar que o primeiro objetivo foi o mais trabalhoso, porém como já foi citado anteriormente, quando se fala em serviços específicos voltados a população em foco, encontramos somente entidades conveniadas ao SUS como escolas especiais e clínicas de manutenção.

O segundo objetivo foi realizado por completo, já que, não é difícil analisar o motivo da procura por Serviços e Programas em Curitiba, pois alguns deles existem somente neste Centro. Cabe ressaltar que entende-se que alguns serviços não sejam viabilizados no litoral, pelo porte dos municípios, pela dificuldade de gestão, pela falta de demanda, entre outros. Porém ressaltamos mais uma vez a dificuldade de acesso à pessoa com deficiência que muitas vezes necessita do transporte municipal para locomoção, passando o dia em hospitais, somente para buscar a concessão de próteses e órteses, matérias básicos e fundamentais para o dia a dia

⁹ Dados retirados do PDR – Plano Diretor de Regionalização de 2009. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR/PDR_atualizado_13082010.pdf acesso em 25/10/10 às 16:31.

destes. Destaca-se então a crítica no que se refere à falta de atendimento básico a esta população nos municípios referenciados.

O terceiro objetivo foi realizado com sucesso, este foi enfatizado em quase todas as partes da pesquisa, lembramos que uma das principais finalidades da mesma é justamente mostrar a importância de Programas para o atendimento da Pessoa com Deficiência no Litoral do Paraná.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A Regionalização é uma diretriz do Sistema Único de Saúde e um eixo estruturante, e deve orientar a descentralização das ações e serviços de saúde, e os processo de negociação e pactuação entre os gestores”. (Portaria número 399/GM de 22 de fevereiro de 2006, em seu anexo II).

É extremamente importante que se faça um debate quando se diz respeito à hierarquização e a regionalização do Sistema Único de Saúde no Estado do Paraná. É necessário que se entenda quais os fluxos e atribuições de cada região envolvida.

Cabe ressaltar que o acesso à saúde é direito de todos e deve ser viabilizado independente de credo, cor, religião, renda, deficiência e etc. Como previsto na Constituição Federal de 1988. Ressalta-se ainda que é atribuição do Estado à garantia deste, zelando pela equidade, pela integralidade e pela otimização de recursos.

Segundo o pacto de gestão: “As regiões de Saúde são recortes territoriais inseridos em um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território”.

As Regiões de Saúde devem então organizar a rede de atendimento e serviços de saúde a fim de assegurar os princípios constitucionais de universalidade do acesso, de equidade e integralidade do cuidado.

As Regionais de saúde, devem atender todas as demandas de atenção básica, as de média complexidade como: consulta, exames médicos e etc, e podem atender as demandas de alta complexidade em praticamente todos os serviços, possuindo também, Centros de Referência e, diversas especialidades.

Uma Regional de Saúde deve ter um município sede que ofereça Serviços os quais não são viabilizados nos demais municípios pertencentes a ela. No caso do Litoral do Paraná, o município de referência é Paranaguá.

Paranaguá deve ofertar então os seguintes serviços, conforme previsto no Plano Diretor de Regionalização:

- otorrinolaringologia;

- cirurgia vascular;
- neurologia;
- nefrologia;
- urologia;
- proctologia;
- psiquiatria;
- dermatologia;
- fisioterapia;
- gastroenterologia;
- geriatria/gerontologia;
- endocrinologia;
- cirurgia pediátrica.

Ressalta-se a presença de um médico fisiatra¹⁰ entre as especialidades, porém sabe-se que esta especialidade só pode ser acessada se o usuário buscá-la em Curitiba.

É impossível pensar em um Centro de Atendimento somente a pessoa com deficiência física para o Litoral do estado se não for pensado em um instrumento de coleta de dados eficiente, sem dados não há como pensar em estruturar um atendimento de qualidade. Já que como citado anteriormente, atualmente esse atendimento ocorre somente através das APAES, de clínicas conveniadas, em raros casos nas unidades de saúde. Na maioria das vezes faz-se necessário o deslocamento a Curitiba. Nesses casos, existe a grande dificuldade de transporte e de respaldo dos municípios que em na maioria das vezes deixam os usuários esperando durante todo o dia pelo retorno.

É fundamental que nesse momento seja pensado em um atendimento de qualidade no que se refere ao básico a pessoa com deficiência, com o objetivo de suprir os seus direitos. Ressaltando o que está previsto no decreto Nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999: “A administração pública deve fornecer tratamento adequado e prioritário”.

¹⁰ Fisiatra é o médico especializado em medicina física e Reabilitação.

REFERÊNCIAS

FREITAS, Maria Virgínia de & Papa, Fernanda de Carvalho. **Políticas Públicas Juventude em Pauta**. São Paulo: Cortez, 2003.

ABREU, Marina Maciel. **Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional**. São Paulo: Cortez, 2002.

IAMAMOTO, Marilda & CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. São Paulo: Cortez, 2004.

Gil, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 1994.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1986.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social**. Resolução nº 145, de 15 de outubro de 1988.

BRASIL. **Constituição Federal. Emenda Constitucional**. Brasília, 05 de outubro de 1988.

NETTO, José Paulo. Cinco Notas a propósito da “**Questão Social**”. In: *Temporalis/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Ano 2, nº3 (jan/jul.2001.) Brasília: ABEPSS, Graffine, 2001.

ARCOVERDE, Ana Cristina Brito. **Questão Social no Brasil e Serviço Social**. In: *Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 2: Crise Contemporânea, questão Social e Serviço Social – Brasília, CEAD, 1999*.

STAROBINAS, Marcelo. **Deficientes** in: PINSK, Jaine. *12 Faces do Preconceito*. São Paulo: Contexto, 2003.

SÁ, Jeanete Martins de. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: Dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 6ª edição. São Paulo: Cortez, 2007.

BEHRIN. Elaine Rossetti & BOSCHETTI. Ivanete. Política Social: Fundamentos e História. 5ª edição: São Paulo: Cortez, 2008.

CRESS – PR. Legislação Social: Cidadania, Políticas Públicas e Exercício Profissional. 2ª edição. Curitiba, 2007.

BRASIL. **Decreto Nº 3.298/99**, Brasília 1999.

BRASIL. **Lei Nº 7.853/89**, Brasília, 1989.

BRASIL. **Lei Nº 10.098/00**, Brasília, 2000.

MOTA. Ana Elizabete, BRAVO. Maria Inês de Souza Bravo, UCHOA. Roberta, NOGUEIRA. Vera, MARSIGLIA. Regina, GOMES. Luciano, TEIXEIRA. Marlene. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006.

Simões Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 3ª edição. São Paulo: Cortez, 2009.

LIMA. Nísia Trindade, GERSCHMAN. Silvia, EDLER. Flavio Coelho, SUAREZ. Julio Manuel. Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Pesquisa#Pesquisa_bibliogr.C3.A1fica
acesso em 25/10/10 às 8:06.

Disponível em:

http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:AnrFMOUGURUJ:www.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/sia.ppt+sia+sus&cd=3&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br 25/10/10 às 15:43.

Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=040206&item=7> 25/10/10 às 15:49.

Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/> 25/10/10 às 17:22

PARANA. Plano Diretor de Regionalização: Hierarquização e Regionalização da Assistência a Saúde, no Estado do Paraná. 2009.

Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360
02/11/10 às 13:16.

BRASIL. **Lei 8.080/90**. Brasília, 1990.

Disponível em: http://www.ampid.org.br/Artigos/PD_Historia.php 27/10/10 às 13:34

VICENTE, Paula Faleiros de. **Estratégias em Serviço Social**. São Paulo, Cortez 2007.

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 05 de junho de 2002.

BRASIL. **Código de ética Profissional dos Assistentes Sociais** nº 273/93, de 13 de março de 1993.