

# **Pessoas com deficiência e o Benefício de Prestação Continuada: um estudo sobre a acessibilidade à saúde dos cidadãos contemplados**

## **People with disabilities and the Continuous Benefit Payment: a study on healthcare accessibility for beneficiaries.**

**Luiz Rodolfo Schmidt Penteado\***

**Carlos Eduardo Coradassi\*\***

**Sandra Maria Scheffer\*\*\***

**Resumo:** As diferenças sociais resultam na dificuldade de acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente de grupos que vivem em situação de vulnerabilidade social. As Pessoas com Deficiência contempladas pelo Benefício de Prestação Continuada vivem nessa situação. O objetivo da pesquisa foi analisar como ocorre a acessibilidade à saúde por estes sujeitos, avaliando se há atendimento integral no SUS, suas condições sociais e o comprometimento de renda aos gastos com saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas realizadas no município de Ponta Grossa – Paraná. Os resultados foram apresentados em tabelas e gráficos. A discussão foi realizada com base na literatura e nas legislações brasileiras aplicáveis ao tema. Observou-se que, por mais que sejam identificados avanços nas questões de acessibilidade à saúde, esse grupo ainda arca com o ônus da ineficiência do Estado, que vão desde serviços burocráticos até fornecimento de medicação e transporte.

**Palavras-chave:** acessibilidade à saúde; benefício de prestação continuada; pessoas com deficiência.

**Abstract:** Social inequalities hinder access to healthcare services, especially for groups living in situations of social vulnerability. Persons with Disabilities

\*Doutorando e Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. Graduado em Direito pela Faculdade Educacional de Ponta Grossa (Faculdade União). Advogado e docente do Curso de Direito da Unicesumar – Ponta Grossa. E-mail: luizrpenteado@gmail.com.

\*\*Doutor em Ciências Veterinárias pela Universidade Federal do Paraná - UFPR. Mestre em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduado em Medicina Veterinária pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC. Professor do Departamento de Saúde Pública e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa - UEPG. E-mail: coradassi@gmail.com.

\*\*\* Doutora em Gestão Urbana pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUC/PR. Mestre em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa – UEPG. Graduada em Serviço Social pela UEPG. Professora Adjunta no Departamento de Serviço Social e no Programa de Pós-graduação de Ciências Sociais Aplicadas da UEPG. E-mail: smscheffer@uepg.br.



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

who receive the Continuous Cash Benefit (BPC) are included in this context. This study aimed to analyze healthcare accessibility for these individuals, assessing whether comprehensive care is ensured by the Brazilian Unified Health System (SUS), their social conditions, and the financial impact of health-related expenses. Data were collected through interviews conducted in the municipality of Ponta Grossa, Paraná. Results were presented in tables and graphs, and the discussion was grounded in the literature and relevant Brazilian legislation. Findings indicate that, despite some progress in healthcare accessibility, this group continues to bear the burden of State inefficiency, ranging from bureaucratic barriers to shortcomings in the provision of medication and transportation.

**Keywords:** healthcare accessibility; continuous cash benefit; persons with disabilities.

Recebido em 16/07/2024. Aceito em 07/11/2025

## INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é dever do Estado e garantido a todos os cidadãos, sem qualquer distinção ou exclusão. A historicidade das ações em saúde no Brasil são grandes e começaram a se moldar a partir da reforma sanitária na década de 1980, com a criação de mecanismos e espaço de participação popular (Hoffmann, 2011).

Assim, com a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) pretendia-se que esses mecanismos se tornassem efetivas (Brasil, 1990), em conjunto com ações e políticas de proteção social, dado que essas políticas têm como objetivo alcançar a cidadania dos indivíduos e evolução em todas as áreas da vida.

Porém, observa-se que a evolução legislativa foi capaz de garantir acesso à saúde, mas não acessibilidade a todos os grupos. As pessoas com deficiência e que recebem o Benefício de Prestação Continuada (BPC) estão à margem de condições de vida dignas. Esse benefício de transferência de renda possui importante mecanismo de redução de desigualdades, garantindo mínimo de cidadania pelos seus usuários (Cobo, 2012).

As condições sociais vivenciadas podem interferir na acessibilidade aos serviços de saúde, principalmente daqueles que demandam maior complexidade. As vulnerabilidades sociais desse grupo ultrapassam as questões de ordem econômica, pois estão pré-dispostas a agressão, precarização e vitimização (Sposati, 2009).

O presente trabalho tem como foco analisar como ocorre a acessibilidade à saúde por estes sujeitos, avaliando se há atendimento integral no SUS, a partir de entrevistas e aplicação de questionários estruturados com usuários do BPC. A situação de vulnerabilidade e pobreza reforça a importância de garantir a essas pessoas, que vivem como se fossem excluídas da sociedade, atendimento digno.

A organização do trabalho foi dividida em dois eixos, o primeiro com abordagem teórica do acesso à saúde no Brasil e o BPC e o segundo com a apresentação e discussão dos dados.

Reforça-se que essa pesquisa não possui a intenção de esgotar a discussão sobre o tema, posta sua importância e possibilidade de outras análises.

## **DIREITO AO ACESSO E ACESSIBILIDADE À SAÚDE NO BRASIL**

A saúde é um direito amparado pelo artigo 196 da Constituição Federal de 1988 e a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) garante a universalização, a equidade e a integralidade dos serviços de saúde (Brasil, 1990).

O acesso à saúde é garantia básica a todo cidadão brasileiro, previsto no artigo 6º da Constituição Federal, que estabeleceu um rol de direitos sociais (Brasil, 1988). Porém, a mera previsão no texto constitucional não é capaz de garantir a efetividade do direito, sendo necessário a criação de mecanismos suficientes para que o cidadão tenha acessibilidade aos serviços, especialmente de saúde.

Nas palavras de Herrera Flores (2009), o direito positivado não é capaz de garantir dignidade da pessoa, tornando utópico o texto que não possui aplicação prática. Não basta que a legislação aponte a ideia de acesso, é necessário garantir acessibilidade aos serviços de saúde.

A acessibilidade pode ser definida como necessidade e satisfação, ou demanda e disponibilidade (Hilgert, 2019). Por mais que se identifique o direito ao acesso à saúde no texto constitucional (Brasil, 1988), é preciso que os mecanismos ofertados no SUS estejam disponíveis para todos os cidadãos (disponibilidade), excepcionalmente para as pessoas com deficiência, vulneráveis pela condição de saúde.

Essa perspectiva de alteração nas políticas públicas de saúde e participação popular foi a medida mais eficaz de se identificar os problemas ocorridos em cada região e diferentes grupos de pessoas (Silva *et al*, 2005). Pela pluralidade de sujeitos e demandas no Brasil, não é possível pautar ações em saúde sem considerar os diferentes problemas enfrentados por regiões e internos a esses grupos.

Além do mais, doença não pode ser definida apenas como aquilo que é patológico ou biológico, devendo compreender os sentimentos e vivências das pessoas influenciam no processo saúde-doença. É preciso analisar o impacto desse processo em conjunto com as demais áreas da vida e como interferem na busca pela cura (Canguilhem; Caponi, 1995; Gamba, 2006 apud Vianna, 2011).

Considerando isso, as ações e políticas de saúde não devem ser direcionadas apenas ao biológico, pois é dever do Estado a promoção de políticas com execução de ações econômicas e sociais voltadas para o cidadão (Brasil, 1990), garantindo acessibilidade à saúde, consolidando a cidadania (Simões, 2013).

## **BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DESTINADO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), atua como importante fonte direta de transferência de renda para minimizar condições de vulnerabilidade social de parcela da população (Cobo, 2012). Essa política é destinada a pessoas idosas, maiores de sessenta e cinco anos, e pessoas com deficiência que vivem em situação de vulnerabilidade social, garantindo o pagamento de um salário-mínimo mensal (Brasil, 1993).

A Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), não prevê que a deficiência precise ser caracterizada como física, visual, auditiva, intelectual, psicossocial ou múltipla (Brasil, 2015). Basta que o impedimento impossibilite a pessoa em exercer atividades com a finalidade de prover o próprio sustento (Fonseca, 2008).

A legislação brasileira garante acesso a essa política social (Brasil, 1988), porém, deve-se questionar se este grupo está realmente tendo acessibilidade àquilo que lhes é garantido constitucionalmente.

Não há como desvincular as condições sociais dos resultados em saúde. A extensão do problema está além dos muros das unidades de saúde, dos hospitais ou dos estabelecimentos filantrópicos. O conjunto de ações deve prescrever cuidado integral ao agente, aliás, não somente a este, mas a todo o núcleo familiar que também se encontra marginalizado e em situação de extrema vulnerabilidade e pobreza (Brasil, 1993).

Nesse sentido, é esperado do agente público a provisão de políticas públicas afirmativas para auxílio, acesso e redução das desigualdades nos grupos, tornando a sobrevivência destes além daquilo que é mínimo. Para garantia de saúde, é preciso que outras ações em conjunto sejam pautadas, como moradia, alimentação, saneamento básico, dentre outros (Simões, 2013).

Para Januzzi (2016) a função da política pública é mitigar os efeitos para qual ela foi criada, estabelecendo mecanismos de avaliação. Assim, as políticas públicas em saúde devem cumprir com aquilo que foram feitas, proporcionando dignidade e acessibilidade aos serviços de saúde e assistência.

Borghio *et al* (2018) remontam a crítica com que o neoliberalismo tomou conta da América Latina curto prazo e a destituição de direitos. Nas palavras dos autores, as práticas neoliberais implantadas a partir do neoliberalismo, “açoitaram a saúde de seus povos”. As práticas integradoras e de cuidado devem, preferencialmente, atender a parcela da população que vive em situação que nenhum ser humano deveria ser submetido.

Garante-se justiça social e promoção de igualdade quando são desenvolvidas ações para atenção dos grupos minoritários de acordo com suas necessidades. As pessoas com deficiência e que recebem o BPC podem ser consideradas “hipervulneráveis”, pois somam diversos riscos sociais.

Assim, torna-se importante identificar quais são as dificuldades e barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência e que recebem o BPC, principalmente quando não possuem acessibilidade nos serviços de saúde.

## METODOLOGIA DA PESQUISA

Com base no objetivo do trabalho de analisar o acesso à saúde das pessoas com deficiência e que recebem BPC, assim como as intercorrências sociais que interferem no processo de acesso à saúde.

Para tanto, houve fornecimento dos dados das pessoas com deficiência e que recebem o BPC no município de Ponta Grossa, estado do Paraná pela Fundação Municipal de Assistência Social (FASPG) e que tiveram benefícios implantados entre 2019 e 2022. Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da UEPG, aprovado no parecer nº 6.099.998.

Adentrando no *lócus* do trabalho, o Município de Ponta Grossa é definido como Capital Regional C, segundo o IBGE, servindo como suporte nos serviços de saúde a mais de vinte e quatro

municípios e com população local de 363.000 habitantes (IBGE, 2022). O município também conta com diversas entidades conveniadas a sua rede socioassistencial voltadas para as pessoas com deficiência (Ponta Grossa, 2023).

A coleta dos dados teve início em 07 de julho de 2023 e fim em 30 de setembro de 2023. Não foi determinado número de amostra, optando-se pelo regime por saturação (Fontanella *et. al*, 2008). Ao final foram entrevistados vinte sujeitos, bem como as perguntas estão descritas nas seções seguinte.

A justificativa para a escolha das perguntas foi considerada pela vivência direta do pesquisador na área previdenciária com o grupo pesquisado. Não obstante, a ausência de pesquisas na área impossibilitou a utilização de questionários validados. Destaca-se que esse instrumento foi confeccionado com todos os dados a fim de atingir os objetivos do projeto (Parasuraman, 1991 apud Melo; Bianchi 2015). Assim, as perguntas elaboradas encontraram fidedignidade com os relatos subjetivos externados pelos sujeitos.

A negativa de participação ocorreu em quatro casos. Justificaram a negativa em razão de eventual interferência junto ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e a perda do benefício, mesmo recebendo orientação da confidencialidade da pesquisa.

Todos os dados descritivos obtidos são relativos aos beneficiários do BPC, sendo a amostra composta por pessoas que possuíam ou não impedimentos de natureza cognitiva. Dezesseis entrevistados possuíam impedimento de natureza cognitiva ou eram menores de idade, então foram representados por seus responsáveis.

## **RESULTADOS ALCANÇADOS**

### **Dados do perfil do participante beneficiário do BPC**

No questionamento referente aos dados sociais observou-se que a idade média dos participantes foi de 20 anos, com grupo familiar composto por 3 pessoas e renda familiar de, aproximadamente, R\$ 2.383,10. A maioria dos sujeitos, 60%, são do sexo masculino e 40% do sexo feminino.

Em relação ao número de integrantes do grupo familiar que exercem atividade remunerada, observou-se que em todos os casos era de apenas uma pessoa ou nenhuma. Dessa forma, a pergunta pode ser definida categoricamente se exerciam ou não atividade remunerada.

A tabela 01 também indica maior incidência de doenças psiquiátricas, seguido por genéticas e pneumológicas. As demais tiveram incidência única.

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos do grupo estudado

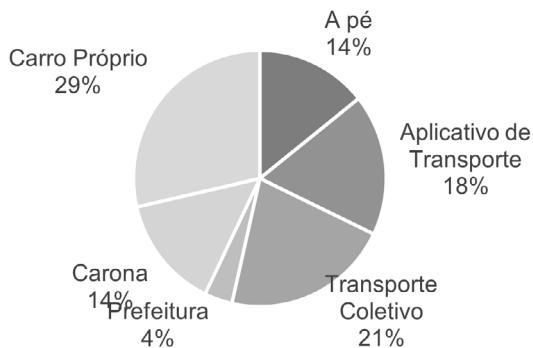
Amostra (n)	20	
Idade Média	20,15 ( $\pm 19,33$ )	
Tamanho Médio do Grupo Familiar	3,65 ( $\pm 2,28$ )	
Renda Média	R\$2.383,10 ( $\pm 1355,83$ )	
Gênero (%)	Masculino	Feminino
	60	40
Exercício de Atividade Laboral Familiar (%)	Sim	Não
	50	50
Grupo de Diagnóstico para Concessão	(n)	
Genético	6	30%
Neurológico	1	5%
Oftalmológico	1	5%
Ortopédico	1	5%
Pneumológico	2	10%
Psiquiátrico	8	40%

Fonte: os autores, 2023

Destaca-se que o perfil traçado na tabela 01 foi construído a partir das pessoas beneficiárias do BPC e não dos responsáveis, quando constatada deficiência de natureza cognitiva.

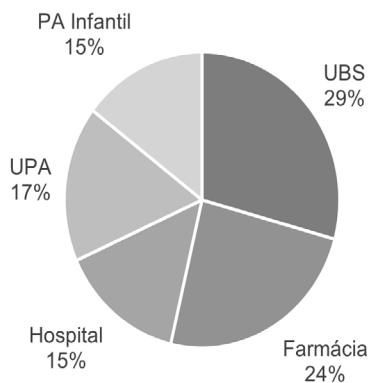
### **Utilização dos serviços de saúde**

Quanto ao questionamento referente ao uso dos serviços de saúde, foram obtidos os resultados apresentados no Gráfico 01. A análise dos resultados revelou que houve predominância do uso de meios particulares para acesso aos serviços, como carro próprio, transporte por aplicativo e carona, respectivamente. O transporte coletivo é utilizado por apenas 22% dos usuários e o transporte fornecido pela prefeitura por apenas um entrevistado (4%). Por fim, 15% dos entrevistados se deslocam a pé até os serviços de saúde.

**Gráfico 1 – Meios de transporte utilizados para acesso ao Serviço de Saúde**

Fonte: os autores, 2023

Em relação aos equipamentos de saúde utilizados com frequência, o Gráfico 2 aponta predominância no uso da Unidade Básica de Saúde (29%), seguido por Farmácia Privada (24%) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) (17%). O Pronto Atendimento Infantil (PAI) e Hospital tiveram incidência de 15% no uso pelos sujeitos entrevistados.

**Gráfico 2 – Equipamentos de saúde utilizados com mais frequência**

Fonte: os autores, 2023.

O Gráfico 3, referente ao mesmo questionário, traz os dados das questões que tinham apenas duas alternativas (sim ou não). Dos resultados, observa-se que 55% dos entrevistados não conseguem se deslocar com facilidade.

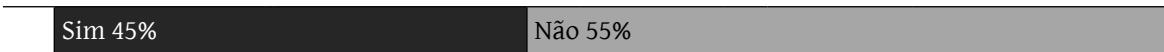
Em relação ao acompanhamento com médico especialista no SUS, apenas 30% dos sujeitos destacaram não realizar acompanhamento ou consultas, sendo que a metade dos entrevistados alegou que não realiza todos os exames diagnósticos no SUS.

Noutro ponto, 85% dos sujeitos necessitaram pagar por consulta médica particular em algum momento da vida, 15% possuem gasto mensal com exames e 65% necessita comprar medicação não disponível no SUS. Observa-se, também, que em apenas 25% dos casos há acompanhamento dos quadros pela Unidade Básica de Saúde.

Por fim, apenas 15% dos entrevistados não necessitam de auxílio de outros membros da família para as atividades cotidianas. Ou seja, dependem de terceiros para atividades cotidianas.

**Gráfico 3 – Condições de acessibilidade aos serviços e de uso do benefício**

Consegue sair de casa ou se deslocar com facilidade?



Faz acompanhamento com especialista no SUS?



Faz todos os exames diagnósticos no SUS?



Em algum momento precisou pagar por consulta particular?



Tem gastos fixos com exames?



Necessita comprar medicação não disponível no SUS?



UBS acompanha caso com frequência?



Necessita auxílio de outros membros da família?



Fonte: os autores, 2023.

Identifica-se, das respostas obtidas, dificuldades das pessoas com deficiência no que se refere a acessibilidade aos serviços de saúde, sobretudo em relação a consultas médicas, medicamentos e dificuldades de deslocamento.

## **Experiência de acesso aos serviços de saúde**

O Gráfico 4 representa o questionamento referente a experiência de acesso aos serviços de saúde, registradas em escala de *Likert*<sup>1</sup>. Nas questões em que se questionava se o benefício era capaz ou não de suprir com todas as despesas mensais do grupo familiar, a predominância foi de “nunca” ou “sempre”.

Ademais, apenas 25% dos entrevistados responderam que o benefício é capaz de arcar com o pagamento de todas as despesas mensais. Em sentido contrário, 15% dos entrevistados responderam que o valor nunca é capaz de arcar com tais despesas.

Observou-se, em relação aos gastos com medicação, que todos os entrevistados gastam com procedimentos não contempladas pelo SUS. Desse número, 40% relataram gastar sempre e apenas 10% poucas vezes. Nessa questão não houve incidência da resposta de nunca haver gastos com medicação, o que demonstra uma necessidade obrigatória de estarem medicados de alguma forma.

Dos entrevistados, também se registrou que apenas 10% nunca deixaram de realizar procedimentos de saúde por falta de dinheiro. Em contraponto, os que responderam “às vezes” e “sempre” compreendem o percentual de 45% e 25%, respectivamente.

Repetindo o fenômeno encontrado no Questionário 02, sobre a forma de deslocamento aos serviços de saúde, mais de 50% responderam que utilizam de meios particulares para deslocamento, assim como o percentual que usa transporte público e a pé corresponde a apenas 10% das respostas.

A dificuldade de acessibilidade para ser atendido nos serviços de saúde, ponto abordado no mesmo questionário, revelou que apenas 25% nunca encontraram óbices para atendimento, enquanto 5% relataram que sempre têm dificuldades.

Já em relação às visitas domiciliares realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde, 40% relataram que nunca receberam qualquer profissional em sua residência e apenas 25% relataram que sempre recebem. Isso causa grande preocupação, vez que o município de Ponta Grossa possui cobertura de 98% da Estratégia de Saúde da Família (Ponta Grossa, 2023), na qual as visitas domiciliares estão previstas no processo de trabalho da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017).

Mesmo considerando que o grupo seja contemplado somente por pessoas com deficiência, 20% responderam que nunca consultaram com médico especialista no SUS e apenas 25% relataram que sempre consultam. O mesmo ocorre quando questionados sobre a dificuldade para receber atendimento especializado no SUS, 40% relataram que sempre encontram e 30% relataram que nunca encontraram dificuldade.

Por fim, questionados a respeito do cuidado integral no SUS, apenas 15% dos sujeitos responderam que se sentem integralmente atendidos e 15% muitas vezes. ‘Poucas vezes’, ‘às vezes’ e ‘nunca’ somam o percentual de 70%, revelando que um dos princípios doutrinários do SUS demonstra grande fragilidade.

---

<sup>1</sup> A Escala de Likert se refere ao conjunto de itens, ou afirmações, onde o sujeito participante escolhe o seu grau de concordância. Cada grau representa um número e ao final é gerado um score final, indicando se a posição é favorável ou desfavorável (Martins; Cornacchione, 2021). Na presente pesquisa os participantes puderam escolher entre: nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre.

**Gráfico 4 – Frequências de eventos relacionados ao acesso à saúde dos beneficiários**

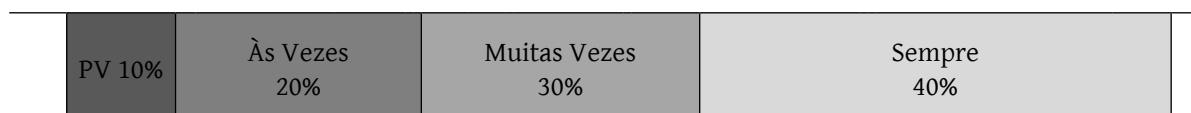
Benefício supre o sustento do domicílio



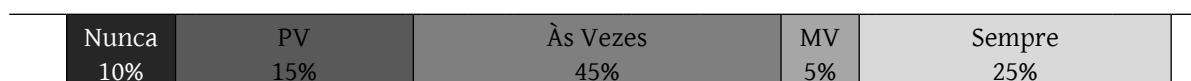
Benefício não é capaz de arcar com despesas mensais



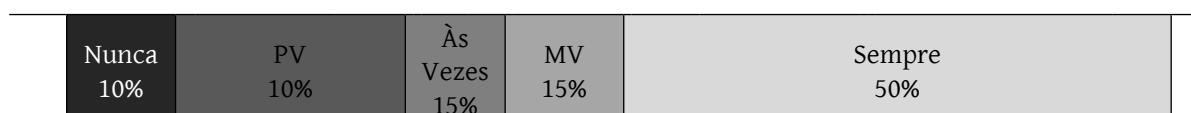
Gastos com procedimentos em saúde não cobertos pelo SUS



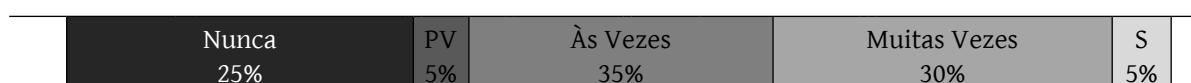
Deixa de realizar procedimentos de saúde por falta de dinheiro



Uso de meios de transporte particulares para acesso a serviços



Dificuldade para ser atendido em serviços de saúde



Visitas domiciliares da unidade básica de saúde



*Continua*

---

### Conclusão

---

#### Consultas com especialistas no SUS

---

Nunca 20%	Poucas Vezes 40%	AV 10%	MV 5%	Sempre 25%
--------------	---------------------	-----------	----------	---------------

#### Dificuldades para receber atendimento especializado no SUS

---

Nunca 30%	PV 15%	AV 5%	MV 10%	Sempre 40%
--------------	-----------	----------	-----------	---------------

---

#### Exames complementares para o SUS

---

Nunca 30%	PV 10%	Às Vezes 20%	Muitas Vezes 20%	Sempre 20%
--------------	-----------	-----------------	---------------------	---------------

---

#### Percepção de atendimento integral no SUS

---

Nunca 20%	Poucas Vezes 30%	Às Vezes 20%	MV 15%	Sempre 15%
--------------	---------------------	-----------------	-----------	---------------

---

Fonte: os autores, 2023.

Os relatos de experiência possuem proximidade com as porcentagens identificadas no questionário 2, garantindo a fidedignidade das respostas obtidas.

### Relatos subjetivos

Durante a coleta de dados foi possibilitado o relato subjetivo de experiências no uso dos serviços de saúde pelos entrevistados. A faculdade em responder e sem interferência do pesquisador gerou maior espontaneidade nos relatos.

Em relação as negativas para participação, observou-se que a vulnerabilidade social não é o único agravante do grupo. Justamente pelo valor do BPC contribuir diretamente com o sustento, o medo em perder o benefício foi relatado em todas as negativas.

Os relatos identificam que o processo para concessão do BPC foi doloroso para as famílias, exigindo árdua espera e assédio por parte de agentes públicos. Há presença constante do “fantasma” da cessação do BPC a qualquer momento, isso devido as diversas recomendações camufladas de ameaças, como utilização dos valores e possibilidade de cancelamento a qualquer tempo.

As principais queixas em relação às dificuldades presentes nos serviços de saúde foram em relação a acessibilidade aos medicamentos, seja em farmácia de responsabilidade do Estado ou Município. Em mais de um relato foi possível identificar que a disponibilização de receituário médico e retirada de medicamentos estão em desencontro.

Dentre as queixas inerentes a dispensação de medicação, foi da prescrição de medicação de uso restrito a idade superior à do paciente. Assim, considerando que pela bula não há indicação do uso para aquela idade, há recusa da dispensação da medicação pelo SUS.

A demora no atendimento especializado foi ponto de alta consignação durante os relatos. Grande parte dos entrevistados relatou que em razão da demora para consultas com médicos especialistas, necessitaram pagar por consultas e exames, devido a gravidade dos quadros clínicos.

Foi relatado, também, a ausência de terapias especializadas, principalmente para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (CID-10 F.84). As famílias necessitam pagar para ter acessibilidade aos profissionais particulares para dar continuidade ao tratamento.

A dificuldade de conseguir transporte para deslocamento entre as cidades está presente em diversos relatos, eis que relatam não receber orientação de como conseguir e quais os critérios. Muitos entrevistados relataram que é preciso pagar com recursos próprios o transporte.

Muitos relatos se baseiam na falta de estrutura dos sistemas de saúde e na ausência de acompanhamento dos quadros pela Unidade Básica de Saúde, sendo frequente os relatos de nunca terem recebido visitas domiciliares.

Por fim, em um dos relatos foi exposto que houve espera superior a um ano para realização de exame de imagem, todavia, quando do momento da realização, não foi possível por não existir escada para utilização do equipamento.

A tabela 2 descreve os principais pontos dos relatos subjetivos. É importante considerar que há identificação e repetição das dificuldades de acessibilidade, os quais serão discutidos na próxima seção.

**Tabela 2 – Relatos subjetivos**

ENTREVISTA	RELATO
01	Pagamento de medicação; retenção de receituário médico e ausência de entrega de medicamentos após retenção.
02	Atendimento adequado.
03	Ausência de atendimento especializado (oftalmologista); Ausência de medicamentos na Unidade Básica de Saúde
04	Demora para retirada de medicamentos no SUS; Negativa de entrega de remédios ante ausência de assinatura da médica no documento; Repasse do ônus ao paciente pela falta de assinatura.
05	Pagamento de médico especialista; Impossibilidade de retirada de medicamentos devido a orientação em bula ser para idade superior; Necessidade de pagamento de medicações e terapias (ABA).
06	Negativa de atendimento médico em UBS em decorrência da gravidade das doenças; Dificuldade em fornecimento de transporte para tratamento em outra cidade; Humilhação sofrida junto a servidor do Município; Ideação suicida; Pagamento de consultas médicas e exames; Pagamento de medicamentos; Ausência de consultas com especialistas na cidade de Ponta Grossa – PR; Ausência de realização de terapias (fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional) por falta de recursos.
07	Dificuldade em consultas com médicos especialistas no SUS; Necessidade de deslocamento para outra cidade para tratamento;

*Continua*

*Conclusão*

08	Medicação utilizada não consta em lista do SUS, demandando pagamento; Locais destinados às pessoas com deficiência de difícil acesso ou afastados do centro da cidade.
09	Ausência de tratamento em Ponta Grossa – PR; Pagamento de deslocamento para tratamento.
10	Pagamento de exames a cada quatro meses.
11	Dificuldade em consulta com médico especialista, que durante 6 anos conseguiu apenas uma vez; Dificuldade para retirar medicamentos (não cita); Validade do receituário superior a um mês quando ocorre negativa para fornecimento da medicação.
12	Dificuldade para atendimento especializado no SUS, inclusive dentista; Pagamento de consulta com médico neurologista; SUS não dispõe de toda medicação.
13	Ausência de atendimento médico especializado; Dificuldade para retirar medicação, considerando que a medicação foi prescrita para mais de trinta dias; Pagamento de consultas particulares para obtenção de receita médica; Ausência de medicação no SUS (não cita).
14	Sem experiências negativas ou positivas.
15	Necessidade de pagamento de consultas e exames; Espera para consultas no SUS superior a 6 meses; Realização de ressonância magnética a cada 6 meses e que no SUS a espera chega a 2 anos; Falta de técnica dos médicos da UPA; Dificuldade de deslocamento e obtenção de transporte para tratamento na cidade de Curitiba – PR.
16	Dificuldade para consulta com dentistas; Ausência de sala de espera para aguardar consultas.
17	Falta de atendimento com médico pediatra; Necessidade de realização do tratamento na cidade de Curitiba – PR.
18	Necessidade de pagamento de consultas particulares; Necessidade de exames a cada 6 meses e impossibilidade de realização no SUS; Ausência de medicação no SUS; Ausência de visitas da Unidade Básica, sendo a mais próxima a 2 km; Ausência de atendimento adequado na UBS, realizam apenas triagem e que procura a UPA; Dificuldades em realização de exames e falta de estrutura; Tempo de espera para realização de exames.
19	Dificuldade em exames, consultas e medicamentos no SUS; Responsável é mãe solo de gêmeas (entrevistada 18).
20	Entrevista realizada com família venezuelana; Demora no atendimento, esperas superior a quatro horas; Dificuldade para obtenção de medicação controlada; Diante da dificuldade de obter receituário, vai até a UPA é atendido.

Fonte: os autores, 2023.

Os relatos subjetivos seguem na mesma linha das respostas obtidas nos questionários anteriores, sobretudo na situação de desassistência do SUS, revelando, novamente, que o princípio da integralidade com grande fragilidade.

## DISCUSSÃO: AS BARREIRAS PARA ALÉM DA DEFICIÊNCIA

A identificação do perfil das pessoas com deficiência e que recebem o BPC remontam que a concessão do benefício não excluiu o risco social que presenciam. Aos riscos somam-se as questões de saúde, resultando em grave ofensa a direitos básicos desses cidadãos.

O Brasil apresentou mais de dezoito milhões de pessoas com dois anos ou mais que possuem alguma deficiência, segundo o Censo 2022 (IBGE, 2022). Assim, é necessário que as políticas públicas e legislações desenvolvidas sobre o tema possuam eficácia, sob pena de perpetuarem as condições de exclusão social (Cecchini; Martínez, 2011).

Durante o estudo observou-se que 30% dos sujeitos entrevistados nunca teve acesso à consultas com médicos especialistas no SUS e 85% necessitaram, em algum momento da vida, realizar o pagamento de forma particular. O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2015) destaca o atendimento prioritário desse grupo, em qualquer serviço público ou privado. Todavia, não foi o observado durante a coleta de dados.

Muitos dos sujeitos sequer conseguem ter acesso ou recebem visitas das Unidades Básicas de saúde. Ou seja, não conseguem atendimento especializado e muito menos dos profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS). O impedimento, motivo para concessão do benefício (Fonseca, 2008) demonstra que esse grupo não reúne condições financeiras e físicas para pagamento do seu próprio sustento, devendo receber atendimento integral no SUS.

A APS deveria atuar como promotora de ações de saúde em âmbito coletivo e individual (Brasil, 2017), garantindo suporte na identificação de vulnerabilidades do sistema de saúde, assim como proporcionando melhorias e equidade no atendimento da população e eficiência das ações (Pinto; Giovanella, 2018).

Porém, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), componentes da APS, não são capazes de identificar as vulnerabilidades das pessoas em seu território (Brasil, 2017). Essa ausência de atuação da APS com a identificação dos problemas sociais que interferem no processo saúde-doença, acarreta prejuízo de atendimento dessas pessoas (Santos, et. al, 2022). O percentual de 55% dos entrevistados relatou dificuldades de deslocamento, assim, caberia a APS na identificação dessas situações, programando ações de acessibilidade à saúde e de políticas de assistência social (Brasil, 2011).

Os dados sugerem que grande parte do grupo desconhece a atuação da APS e que ainda se socorre de serviços de urgência e emergência para cuidados básicos. A exemplo disso é possível citar o relato nº 20, segundo o qual foi confirmado que na ineficiência da UBS, socorrem-se na UPA.

A acessibilidade pode ser considerada como a efetividade do acesso à saúde, cumprindo o princípio da integralidade do SUS (Brasil, 1990), garantindo o sucesso na busca e obtenção do cuidado (Cunha; Vieira-da-Silva, 2010, apud Hilgert, 2019). Ainda, não basta que existam espaços físicos, mas condições de atendimento adequado nos serviços de saúde.

Considerando o diagnóstico que teve maior incidência no questionário sociodemográfico (psiquiatria), em consulta à página da Fundação Municipal de Saúde de Ponta Grossa (Ponta Grossa, 2023), 671 pessoas aguardam para atendimento especializado. Não recebendo atendimento especializado, assim como a ausência de acompanhamento do quadro pela UBS, essas pessoas tendem a procurar profissionais particulares ou ficar sem tratamento.

Importante salientar que o valor do BPC é de um salário-mínimo (Brasil, 1993) e sua destinação para pagamento de profissionais particulares afeta diretamente no sustento. Para 55% dos entrevistados, o BPC não é capaz de arcar com todas as despesas mínimas. Diante disso, é

evidente a impossibilidade de se destinar parte dele para pagamento daquilo que deveria ser oferecido pelo Estado (consultas, exames etc.), como relatado por mais de 85% dos entrevistados.

Barreiras são identificadas no acesso, ou seja, na porta de entrada dos serviços de saúde. A vulnerabilidade social e a condição deficiência não são suficientes para garantia de atendimento universal e integral das pessoas com deficiência no SUS. Ninguém é vulnerável em todas as áreas, sendo assim, o desenvolvimento de capacidades e facilidade na acessibilidade a serviços básicos tende a confrontar ou diminuir os problemas enfrentados (Sposati, 2009).

Outra dificuldade apresentada por muitos dos entrevistados foi em relação aos receituários médicos. Os problemas burocráticos são repassados ao paciente, a exemplo da ausência de assinaturas na prescrição médica ou a retenção do documento que impossibilita a retirada da medicação nos meses subsequentes.

Foi relatado que a medicação prescrita para sessenta dias só pode ser retirada em quantidade para trinta dias e há retenção do receituário. Portanto, o paciente é obrigado a retornar aos serviços de saúde e ocupar vagas para mera “represcrição”.

Contrapondo essa prática farmacêutica e encontrada, não há regulamentação da ANVISA que impeça a dispensação de medicação superior a trinta dias, como observado durante a coleta de dados. Se a medicação prescrita cumpre os esquemas de tratamento previstos pelo Ministério da Saúde, conforme preceitua o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2022), inexiste razão para que seja fornecida medicação em quantidade e prazo inferior, a não ser que seja negado em razão de estoque, situação não relatada durante a pesquisa. Novamente, com essa ocorrência, seria a transferência de ônus do Estado ao paciente.

Como já citado, a busca da Unidade de Pronto Atendimento para renovação de prescrições não deveria ocorrer. Havendo a necessidade de nova prescrição, seria incumbência da Atenção Primária a “represcrição”, porque cabe a ela a eficiência de ações em saúde no seu território (Pinto; Giovanella, 2018). Infelizmente, grande parte do grupo pesquisado enfrenta essa dificuldade e sequer recebe visitas das Unidades de Saúde em seus domicílios, consoante relatado por 75% dos entrevistados.

Outro problema identificado, foi a ausência de assinatura do médico responsável no documento impede que seja fornecida a medicação (Anvisa, 2010). A RDC nº44 dispõe sobre as boas práticas farmacêuticas responsabiliza o profissional farmacêutico, em todas as esferas (civil, criminal e administrativa), na situação de dispensação de medicação sem observância dos critérios legais.

Os requisitos da prescrição médica são regulados pela mesma resolução. No artigo 3º, constam os dados que devem dispor o receituário para dispensação da medicação ao paciente, assim como a previsão da retenção obrigatória, em seu artigo 11. Ou seja, não há como o paciente reaproveitar o documento para compras ou retiradas futuras, mesmo que o fornecimento ou compra tenha sido realizada com quantidade inferior.

No que se refere aos atos da Administração Pública, em qualquer nível ou esfera, são regidos pelo princípio da legalidade. Assim, só é possível que os agentes públicos realizem aquilo que está vinculado a um determinado preceito legal, sejam leis, portarias, decretos, etc (Brasil, 1988).

Quando essas resoluções estão sob a perspectiva do SUS, é preciso ponderar a necessidade de cooperação dos profissionais. A vulnerabilidade social e biológica das pessoas com deficiência e que recebem BPC deveria impedir que os pacientes arquem com o ônus da ineficiência de prestação de serviços por parte do agente estatal, independente da profissão (Brasil, 1993). A

correção de trâmites burocráticos pode tranquilamente acontecer por cooperação interprofissional, sem ônus ao paciente, havendo disponibilidade do farmacêutico, do médico ou outro profissional prescritor.

Há previsão da literatura para esta cooperação, Matuda, *et al* (2013), em estudo denominado “Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde”, destacam a importância da cooperação interprofissional, tornando as práticas em saúde mais eficientes, efetuando revisão bibliográfica do tema. Quando se tratam os serviços realizados pelo ente público (SUS), a eficiência deve ser um dos princípios para atuação dos profissionais, eis que também rege a Administração Pública, previsto no artigo 37 da Constituição Federal (Brasil, 1988).

Se identificados problemas meramente burocráticos para dispensação de medicação, caberia aos profissionais componentes da Administração Pública, em esquema de cooperação, auxiliarem o cidadão (Matuda; *et al*, 2013), principalmente os vulneráveis, sob pena de resultar em grave ofensa aos Direitos Humanos (Herrera Flores, 2009).

Em relação à disponibilidade de medicações, há a Regulação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Este instrumento regula as medicações e tecnologias disponíveis para tratamento de doenças no SUS, resultando na assistência farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos (Brasil, 2022).

Por mais que os profissionais não estejam limitados à essa regulamentação, podendo prescrever medicações não disponíveis no SUS, é importante que se avalie a efetividade da prescrição que demanda compra ou fornecimento. A observância dos prescritores nas regulamentações técnicas inerentes aos fármacos disponíveis no SUS deve prevalecer ante outras possibilidades.

Sessenta e cinco por cento dos entrevistados informaram realizar a compra de medicamentos não fornecidos pelo SUS. Este tipo de prescrição gera a necessidade do paciente em pagar por medicamentos com o valor do BPC. Quando é determinado o uso de medicação não fornecida pelo SUS, fica prejudicado o cuidado integral.

Determinar o tratamento com tecnologias que demandam pagamento por parte do paciente, mesmo quando esse vive em condição de vulnerabilidade social (Brasil, 1993), é condicioná-lo a deixar de investir outra área de sua vida. Dos dados obtidos, 70% destacaram que sempre ou muitas vezes gasta com procedimentos não contemplados pelo SUS.

Pondera-se que a utilização de medicamentos não previstos no RENAME (Brasil, 2022) deve ser reservada aos casos em que as tecnologias disponíveis no SUS não alcancem os resultados necessários.

Um exemplo de serviços no SUS é o acesso à terapia ABA (Análise Aplicada do Comportamento), destinadas às crianças com Transtorno do Espectro Autista. Esse método compreende o conjunto de terapias (psicológicas, farmacológicas, pedagógicas etc.) com o desenvolvimento dessas crianças (Bezerra, 2018). O método, previsto pela Portaria nº 324, de 31 de março de 2016, atualizada pela Portaria Conjunta nº 7, de 12 de abril de 2022 (Brasil, 2022), não tem acessibilidade universal, resultando na ausência do tratamento ou necessidade de pagamento pelo beneficiário.

Pela lógica da proteção social, os programas e políticas públicas devem reduzir os riscos das pessoas vulneráveis, garantindo proteção em todos os sentidos (Cecchini; Martínez, 2011). Assim, não se torna eficaz garantir acesso à saúde em sentido amplo, quando não se tem acessibilidade.

Outra situação identificada foi a utilização de medicamentos em desacordo com a bula. Esse tipo de tratamento pode ser definido como *off-label* e foi regulado pelo Lei Nº 14.313, de 21

de março de 2022, porém deve haver recomendação pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec), assim como devem ser demonstradas evidências científicas para utilização.

Contrapondo isso, os medicamentos previstos no RENAME (Brasil, 2022) possuem evidência científica comprovadas e demandam menos custo ao Estado para sua dispensação, porquanto os medicamentos *off-label* ainda dependem de comprovação da sua eficácia.

Um dos resultados da utilização de medicações não previstas no RENAME ou com de forma *off-label* pode ser a judicialização. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA), entre anos 2000 e 2021, 42.820 pacientes receberam medicações em razão de demanda judicial. Até outubro de 2022 o custo para fornecimento dessas medicações chegou a R\$ 171.561.016,69 (SESA, 2022).

Sobre essa judicialização, o ônus financeiro ao Estado somado com a morosidade judicial, resulta no retardamento do tratamento do paciente, interferindo diretamente na sua qualidade de vida.

Sob outro vértice, o direito à saúde não se restringe apenas ao tratamento médico ou fornecimento de medicamento, como já explicitado. A Lei do SUS estabelece o dever do Estado na formulação de políticas econômicas e sociais que garantam a redução de riscos de doenças e seus agravantes (Brasil, 1990).

Apenas 25% dos entrevistados relataram utilizar de transporte público (21%) e transporte fornecido pela prefeitura (4%). Durante a coleta, cinco entrevistados destacaram a necessidade para outra cidade, considerando ausência de tratamento em seu domicílio. Assim, comprehende-se que o fornecimento de transporte público adequado para os serviços de saúde deve ser resguardado pelo Estado, posto que complementam o acesso à saúde (Brasil, 2015).

Quando da ineficiência do serviço prestado em determinada localidade, os cidadãos devem obter a custo do Estado meios adequados para o tratamento de saúde (Brasil, 1990). A utilização de meios particulares para deslocamento aos serviços de saúde, sobretudo de pessoas com deficiência e que vivem em situação de vulnerabilidade social, deveria exceção. O direito ao transporte das pessoas com deficiência é garantido por dispositivo legal (Brasil, 2015).

Os relatos subjetivos e demais questionários identificaram situação de humilhação quando requisitados direitos inerentes à pessoa com deficiência. Não se trata de possibilidade, mas direito.

A falta de transporte adequado e público, sobretudo para deslocamento entre cidades distintas, registra-se como mais uma barreira enfrentada pelo grupo, denominada geográfica (Amaral; *et al*, 2012 apud Hilgert, 2019). A acessibilidade aos serviços de saúde, nesses casos, não poderia ser prejudicada pela ausência de transporte pelo paciente, posto que é dever do Estado.

Importante considerar que o grupo pesquisado necessita de auxílio de terceiros para atividades básicas, como relatado por 85% dos entrevistados. Esse expressivo percentual ressalta a necessidade de colocar em prática o direito do paciente ao transporte gratuito.

A acessibilidade à saúde é necessária, pois suas ações ultrapassam aquelas que focam no biológico ou os espaços físicos das unidades de saúde, adentrando ao lar das pessoas que dependem do SUS, afetando todo o grupo familiar. Compreender o princípio da integralidade do cuidado e a realidade de grupos vulneráveis é importante na medida que muitos deles somam diversas barreiras que vão além da deficiência.

## CONCLUSÃO

O acesso à saúde é direito constitucional básico e deveria ser garantido a todo e qualquer cidadão. Com a redemocratização do país, houve a necessidade de se estabelecerem direitos e políticas sociais, proporcionando avanços e acesso universal e igualitário aos serviços de saúde.

O acesso à saúde no Brasil é visto sob várias perspectivas e exige interpretação abrangente, observando pontos e critérios além dos espaços físicos dos serviços. Embora tenham sido constatados diversos avanços de grande valia nos últimos trinta anos, alguns desafios tendem a permanecer, esses estruturais e que não garantem a equidade no acesso à saúde.

Todos os avanços legislativos, como a Lei do SUS, não fazem distinção acerca das políticas sociais e de saúde, atrelando os assuntos, pois as desigualdades socioeconômicas possuem relação direta com o resultado saúde-doença. Sob essa perspectiva, a historicidade das ações em saúde no Brasil passou a considerar a necessidade de se observar as diferentes demandas e problemas, atuando de forma a garantir justiça social.

Nesse sentido, um sistema de saúde fortalecido requer a continuidade de esforços para melhoria na sua estrutura, seja física ou não. A capacitação de profissionais, fortalecimento da APS para ações de prevenção e identificação de vulnerabilidades, são cruciais para o que haja atendimento integral da população. É preciso garantir a acessibilidade como efetivação do direito de acesso à saúde.

Infelizmente, as políticas de assistência voltadas às pessoas com deficiência e que recebem o BPC não conseguem ser eficazes quando não há garantia de acessibilidade aos serviços de saúde. O grupo reúne diversos problemas sociais que se somam a sua deficiência, esses que afetam todo o grupo familiar.

A transferência direta de renda tende a amenizar as questões de vulnerabilidade vivenciadas pelo grupo. Porém, dada a necessidade de arcarem com o ônus da ineficiência estatal no quesito saúde, tendem a utilizar do benefício para complementar ações que deveriam estar disponíveis no SUS ou fornecidas pelo Estado.

A pesquisa retrata um cenário onde são necessários avanços nos serviços de saúde e em todos os seus subjacentes, como transporte, moradia, alimentação, dentre outros. Não se consegue garantir dignidade à pessoa humana quando o acesso aos bens materiais e imateriais não abrange parcela da população que vive em situação de vulnerabilidade social e sem perspectiva de emancipação.

## REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA Ministério da Saúde. **Resolução-RDC nº 44**, de 26 de outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0044\\_26\\_10\\_2010.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0044_26_10_2010.html). Acesso em: 13 abr. 2023.

BEZERRA, M. F. A importância do método ABA – análise do comportamento aplicada – no processo de aprendizagem de autistas. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s.l], ano 3, ed. 10, vol. 06, p. 189- 204, 2018. Disponível em: [10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/educacao/aprendizagem-de-autistas](http://www.revistas2.uepg.br/index.php/educacao/aprendizagem-de-autistas). Acesso em: 4 mar. 2023.

BRASIL. Constituição da República Federativa Do Brasil de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 18 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm). Acesso em: 17 abr. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm). Acesso em: 13 mar. 2023.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8742compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm). Acesso em: 28 abr. 2023.

BRASIL Lei Nº 14.313, de 21 de março de 2022. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para dispor sobre os processos de incorporação de tecnologias ao Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a utilização, pelo SUS, de medicamentos cuja indicação de uso seja distinta daquela aprovada no registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.313-de-21-de-marco-de-2022-387356896>. Acesso em: 22 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: 1998. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html#:~:text=Contempla%20diretrizes%20e%20define%20prioridades,e%20desenvolvimento%20cient%C3%ADfico%20e%20tecnol%C3%B3gico](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html#:~:text=Contempla%20diretrizes%20e%20define%20prioridades,e%20desenvolvimento%20cient%C3%ADfico%20e%20tecnol%C3%B3gico). Acesso em: 3 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais**. Brasília: DF, 2022. 183 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2023.

BORGUI, C. M. S O; OLIVEIRA, R. M; SEVALHO, G. Determinação ou Determinantes Sociais Da Saúde: Texto e Contexto na América Latina. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], v. 16. N. 3. P. 869-897, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00142>. Acesso em: 2 mar. 2023.

CECCHINI, S; MARTÍNEZ, R. *Protección social inclusiva en América Latina: una mirada integral, un enfoque de derechos*. CEPAL, Santiago de Chile, 2011. Disponível em: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/1/S2011914\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2593/1/S2011914_es.pdf). Acesso em: 26 mar. 2023.

COBO, B. **Políticas focalizadas de transferência de renda: contextos e desafios**. São Paulo: Cortez, 2012.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkymVByhrN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2023.

FLORES, J. H. **A reinvenção dos direitos humanos**. Tradução: Carlos Roberto Diogo Garcia; Antônio Henrique Graciano Suxberger; Jefferson Aparecido Dias. Florianópolis: Fundação Boiteux, 2009.

HOFFMANN, E. A integralidade e o trabalho do assistente social: limites e possibilidades na Estratégia Saúde da Família. 2011. 170 p. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/499>. Acesso em: 21 jan. 2023.

HILGERT, A. C., SLOB, E. M. G. B. Acessibilidade de pessoas com deficiência aos serviços de saúde pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**, [s.l.], ano 4, ed. 4, vol. 01, p. 05-27. Abr. 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/acessibilidade-de-pessoas>. Acesso em: 4 abr. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Rio de Janeiro, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pr/ponta-grossa.html>. Acesso em: 30 mar. 2023.

FONSECA, R. T. M. A ONU e seu Conceito Revolucionário de Pessoa com Deficiência. **Revista LTR: Legislação do Trabalho**, São Paulo, v. 72, n. 3, p. 263–270, mar., 2008. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:rede.virtual.bibliotecas:artigo.revista:2008;1000815725>. Acesso em: 18 mar. 2023.

JANNUZZI, P. M. **Monitoramento e Avaliação de Programas Sociais**: uma introdução aos conceitos e técnicas. Campinas: Editora Alínea. 2016.

MARTELETO, R. M; PIMENTA, R. M (org). **Pierre Bourdieu e a produção social da cultura, do conhecimento e da informação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2017. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod\\_resource/content/1/pierre\\_bourdieu\\_ebook.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4952291/mod_resource/content/1/pierre_bourdieu_ebook.pdf). Acesso em: 9 mar. 2023.

MARTINS, G; CORNACCHIONE, E. **EDITORIAL: Item de Likert e Escala de Likert**. Revista Contabilidade Vista & Revista, ISSN 0103-734X, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 32, n. 1, p. 1-5, jan./abr. 2021

MATUDA. C. G.; AGUIAR, D. M. L.; FRAZÃO, P. Cooperação interprofissional e a Reforma Sanitária no Brasil: implicações para o modelo de atenção à saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.22, n.1, p.173-186, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/VNzbPNmY3rDP6r7Pfhwrtfr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 fev. 2023.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Integralidade. 2023. Disponível em: <https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=integralidade>. Acesso em: 22 fev. 2023.

PARANÁ. Secretaria e Estado da Saúde do Paraná. Centro do Medicamentos do Paraná. Coordenação de Assistência Farmacêutica. **Demandas judiciais por medicamentos na SESA PR**. Curitiba, 2022. Disponível em: <https://cosemspr.org.br/wp-content/uploads/2022/10/Deise-Pontarolli.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Transparência**. 2022. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/>. Acesso em: 23 fev. 2023.

PONTA GROSSA. Fundação Municipal de Saúde. **Lista de espera SISREG 2023**. Disponível em: <https://fms.pontagrossa.pr.gov.br/lista-espera-sisreg-cpf/lista-espera-sisreg-procedimento/135/>. Acesso em: 2 fev. 2023.

SANTOS, G. A; et al. A estratégia saúde da família e territorialização: uma revisão de escopo. **Revista Conjecturas**, v.22, n.12, p.706-717, 2022. Disponível em: <https://conjecturas.org/index.php/edicoes/article/view/1585>. Acesso em: 15 jan. 2023.

SILVA, M. C. L. S. R; SILVA, L; BOUSSO, R. S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.45, n.5, p.1250-1255, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000500031>. Acesso em: 5 fev. 2023.

SIMÕES, C. **Teoria e crítica dos direitos sociais:** o estado social e o estado democrático de direito. São Paulo, Cortez, 2013.

SPOSATI, A. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Livros/concepcao\\_gestao\\_protecaosocial.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/concepcao_gestao_protecaosocial.pdf). Acesso em: 12 mar. 2023.

PINTO, L. F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n. 6, p.1903-1913. Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 09 mar. 2023.

VIANNA, L. A. C. **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença.** Revisão de Daniel Almeida Gonçalves e Marília Louvison. São Paulo. 2011. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/7/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em: 30 jan. 2023.