

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Redecin Brasil:

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

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

ORGANIZADORES





A **Editores Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editores Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Arthur de Almeida Medeiros

Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

ORGANIZADORES

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Redecin Brasil:

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

1ª Edição

Porto Alegre

2022

editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrove.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Ángel MartínezHernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha;

Angelo Stefanini – Università di Bologna, Itália;

Ardigó Martino – Università di Bologna, Itália;

Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha;

Celia Beatriz Iriart – University of New Mexico, Estados Unidos da América;

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil;

Érica Rosalba Mallmann Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Françisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil;

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;

Hêider Aurélio Pinto – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil;

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil;

Júlio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil;

Leonardo Federico – Universidad Nacional de Lanús, Argentina;

Lisiane Böer Possa – Universidade Federal de Santa Maria, Brasil;

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil;

Luciano Bezerra Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil;

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil;

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil;

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil;

Maria Augusta Nicoli – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália;

Maria das Graças Alves Pereira – Instituto Federal do Acre, Brasil;

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil;

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal do Pará, Brasil;

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil;

Rodrigo Tobias de Sousa Lima – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil;

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil;

Sara Donetto – King's College London, Inglaterra;

Sueli Terezinha Goi Barrios – Associação Rede Unida, Brasil;

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil;

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil;

Vera Lucia Kodjaoglanian – Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil;

Vera Maria Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil;

Vincenza Pellegrini – Università di Parma, Itália.

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri

Alana Santos de Souza

Márcia Regina Cardoso Torres

Renata Riffel Bitencourt

Arte Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

R484r Ribeiro, Kátia Suely Queiroz Silva; Medeiros, Arthur de Almeida; Silva, Sílvia Lanziotti Azevedo da (org.).

Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis / Organizadores: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Arthur de Almeida Medeiros e Sílvia Lanziotti Azevedo da Silva. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

332 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 24).

E-book: 6.40 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-54329-72-3

DOI: 10.18310/9788554329723

1. Atenção à Saúde. 2. Avaliação em Saúde. 3. Pessoas com Deficiência. 4. Política de Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180125

CDD 610.6:649.8

CDU 616-056.26

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Cuidados com pessoas idosas, doentes e deficientes.

2. Serviços de Saúde Pública; Pessoas com deficiências físicas e/ou mentais.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anizio Gomes CRB-8 8846

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

www.redeunida.org.br



SUMÁRIO

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

CAPÍTULO 7 | A ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE..... 103

Milena Maria Cordeiro de Almeida, Larissa Riani Costa Tavares, Vladimir Andrei Rodrigues Arce, Mariana Silva Macedo, Inayê Caroline Sitolin Pereira, Tiótrefis Gomes Fernandes

CAPÍTULO 8 | CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO: O CORAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA 123

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Neidimila Aparecida Silveira, Natasha Seleidy Ramos de Medeiros, Rafaela Raulino Nogueira, Jorge Henrique Santos Saldanha

CAPÍTULO 9 | CARACTERIZAÇÃO E MAPEAMENTO DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS DO SUS NO CONTEXTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD) 140

Maria Letícia de Melo Lima, Kátia Suely Queiroz da Silva Ribeiro, Luciana Castaneda Ribeiro, Jozemar Pereira dos Santos

CAPÍTULO 10 | A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA..... 154

Ângela Kemel Zanella, Luciele dos Santos Soares, Grace Kelly Filgueiras Freitas

CAPÍTULO 11 | A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS 166

Tiótrefis Gomes Fernandes, Hadassah dos Reis Maia, Lohanna Pinheiro Martins, Viviane Siqueira Magalhães Rebelo, Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos, Daniela Baptista Frazão, Luís Felipe Farias Maia, Victor da Silva Aquino, Rogério Olmedija de Araújo, Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça

CAPÍTULO 12 | A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA..... 180

Jorge Henrique Santos Saldanha, Milena Maria Cordeiro de Almeida, Ana Paula Medeiros Pereira, Mariana Silva Macedo, Amanda Oliveira Costa dos Santos, Mariana Santos Amaral, Beatriz Santos Miranda, Hercília Kayla Santos de Carvalho, Lília Campos Nascimento, Melissa Catrini, Vladimir Andrei Rodrigues Arce

CAPÍTULO 13 | A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO..... 195

Gilma Correa Coutinho, Fernando Zanela da Silva Arêas, Grace Kelly Filgueiras Freitas, Mariana Batista Ribeiro, Fernanda Degen, Kalili Ohanna Rosa

CAPÍTULO 14 | A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE MINAS GERAIS 208

Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Neidimila Aparecida Silveira, Lorrane Brunelle Moreira, Ana Luiza Maia Nascimento, Bruna Lilian Severino Carvalho

CAPÍTULO 15 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO	222
<i>Ralf Braga Barroso, Rafaela Pezuti, Paula Santa Maria Rodrigues Marto, Amislaine Cristina Gambeta, Larissa Riani Costa Tavares, Carolina Vasquez Valenci Rios, Ana Carolina Basso Schmitt</i>	
CAPÍTULO 16 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA	236
<i>Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro, Natasha Seleidy Ramos de Medeiros, Bianca Araújo Barbalho, Basílio Henrique Pereira Júnior, Leânia Geriz Pereira de Oliveira, Analuiza Batista Durand, Rafaela Raulino Nogueira</i>	
CAPÍTULO 17 A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL	251
<i>Adriane Pires Batiston, Alan Ogawa Santos, Arthur de Almeida Medeiros, Fernando Pierette Ferrari, Gabriel Caneira Amaral, Juliana Medeiros Vieira, Lais Alves de Souza Bonilha, Nathany Clara da Silva, Paola Thaís Gomes Reichel</i>	
CAPÍTULO 18 A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL	262
<i>Ângela Kemel Zanella, Luciele dos Santos Soares, Iris Luciana Chagas da Luz, Gabrieli Cristina Ritter Becker, Rodrigo Paulo dos Santos Chiquetti, Elvio Adílio Serpa</i>	
SEÇÃO III O CUIDADO À SAÚDE NA RCPCD NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	276
CAPÍTULO 19 OS DESMONTES NO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL E OS IMPACTOS NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	277
<i>Daiane Mantoanelli, Eliane Wanderley de Brito, Maria Eduarda Carvalho, Renata Maia de Lima</i>	
CAPÍTULO 20 MINHA HISTÓRIA, NOSSA HISTÓRIA	294
<i>Tuca Munhoz</i>	
CAPÍTULO 21 SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA NA REDE DE CUIDADOS	300
<i>Francine de Souza Dias, Anahí Guedes de Mello</i>	
APRESENTAÇÃO DOS AUTORES	315
ÍNDICE REMISSIVO	328

APRESENTAÇÃO

A instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como uma das Redes prioritárias no SUS no ano de 2012 gerou muitas expectativas em relação à ampliação do acesso das pessoas com deficiência. Também contribuiu para a discussão acerca do cuidado à saúde ofertado a essa população, bem como da potencialidade dessa rede de garantir atenção integral e dos desafios necessários para concretizá-la.

Ao longo de quase cinco anos, pesquisadores de oito estados brasileiros se debruçaram sobre o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio do projeto de pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil, sendo este livro um dos produtos desse trabalho.

Esta obra parte do desejo do grupo de pesquisa Redecin Brasil de contribuir para o debate sobre a RCPCD, bem como de colaborar com os processos formativos dos profissionais que atuam nessa rede. Assim, o livro tem como principal objetivo apresentar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir dos resultados da pesquisa.

O prefácio do livro foi escrito pela professora da PUC/SP Vera Mendes, que esteve à frente da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (CGSPD/MS) no período de publicação da Portaria 793/2012 e teve importante protagonismo neste processo.

A obra está organizada em três seções. Na primeira seção, realiza-se um resgate das concepções de compreensão da deficiência e sua influência no cuidado à saúde, fazendo uma reflexão do percurso histórico

da construção desta rede. Traz a perspectiva histórica da construção do conceito de deficiência e incapacidade em suas concepções biomédica inicial e evolução para a social, ressaltando o quanto ainda existe de influência da concepção biomédica. Assinala que a ampliação do modelo social norteou a perspectiva do cuidado integral da RCPCD, perpassando todos os seus pontos de atenção e incentivando uma formação dos trabalhadores com vista ao cuidado integral, colaborativo e multiprofissional. Encerrando a seção, é destacado o papel do controle social e sua importância na participação das pessoas com deficiência na construção de políticas públicas direcionadas aos seus direitos e ao cuidado em saúde.

Na segunda seção do livro é apresentada a construção do projeto Redecin Brasil desde a submissão da proposta para a Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº. 35/2018 e os ajustes metodológicos após a proposta contemplada ser discutida com a equipe da CGSPD/MS no Seminário Marco Zero, em 2019. Diante do estudo da RCPCD em todos os seus pontos de atenção, os resultados incluem Atenção Básica, Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas e Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência. Contemplando a governança da Rede, o livro traz ainda uma reflexão sobre o papel dos grupos condutores em sua organização e monitoramento.

O projeto Redecin Brasil foi realizado em oito estados: Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo, tendo assim representantes das cinco regiões geográficas do país. Buscando apontar aspectos da organização da Rede nesses estados, destacando especificidades no seu processo de implantação, suas potencialidades e desafios com as nuances estaduais, o livro apresenta alguns resultados da pesquisa relativos a cada estado, no intuito de dar visibilidade às diferenças e a diversidade que fazem a realidade dos diferentes Brasis.

Na última seção do livro, entendendo que ninguém pode expressar melhor o que é o cuidado à saúde das pessoas com deficiência do que elas próprias, e dentro do lema “nada sobre nós sem nós”, o livro traz a visão de pessoas com deficiência sobre o controle social, o cuidado em saúde e o capacitismo, e a saúde da mulher com deficiência.

Buscamos, neste livro, trazer a perspectiva das distintas regiões geográficas do Brasil e os olhares multifacetados de alguns dos atores envolvidos. Esperamos que a leitura da obra seja capaz de ampliar o conhecimento de trabalhadores, gestores e pesquisadores acerca do cuidado à saúde da pessoa com deficiência, o processo de construção da RCPCD, suas fragilidades e pontos fortes. Reconhecendo o avanço representado pela instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS, destacamos a necessidade de que ações e recursos financeiros sejam direcionados para minimizar tais fragilidades e fortalecer ainda mais os pontos positivos, ampliando o cuidado na perspectiva integral.

Boa leitura!

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

PREFÁCIO

Fruto da pesquisa Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil, este livro desperta interesse acadêmico, social e sanitário, especialmente àqueles que têm compromisso ético com a construção de políticas de proteção social que visam à garantia de direitos, à ampliação da cidadania e, especialmente, à construção de modelos e práticas de saúde voltadas às pessoas com deficiência que escapem da lógica assistencialista e capacitista.

O que se vê aqui é um conjunto de textos nascidos do esforço de vários pesquisadores que, em diálogo com gestores, trabalhadores e usuários da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do SUS, nos convidam a refletir sobre o processo de implantação desta jovem e importantíssima política de saúde em diferentes territórios do país.

Tendo como princípio norteador os compromissos assumidos pelo Brasil e expressos na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, a RCPCD, implementada no país a partir de 2012, faz parte de um conjunto de ações do Viver Sem Limites: Plano Nacional dos direitos da Pessoa com Deficiência (2011-2016), que tinha como objetivo induzir políticas articuladas e intersetoriais em torno de quatro eixos: inclusão social, acessibilidade, acesso à educação e atenção à saúde das pessoas com deficiência.

O eixo de Atenção à Saúde, ou a RCPCD, propõe ampliar o acesso e a qualificação da atenção à saúde das pessoas com deficiência no âmbito do SUS, com foco na organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) e na integralidade do cuidado.

Nesse sentido, a aposta na produção de Linhas de Cuidado (LC) como forma de articulação de recursos e práticas de saúde entre diferentes componentes e pontos de atenção de saúde pretende promover: a articulação e a conectividade das equipes em diferentes pontos de atenção; a superação de respostas fragmentadas às necessidades dos usuários; o cuidado integral e o acesso as ações de promoção à saúde, prevenção dos agravos, identificação precoce, diagnóstico, tratamento, avaliação funcional, estimulação precoce, reabilitação, e a concessão e adaptação de tecnologias assistivas. Isso se deu por meio do fortalecimento dos conceitos de Redes de Atenção à Saúde, que requer a integração das ações da Atenção Básica, Especializada, Hospitalar e de Urgência e Emergência; das Redes Temáticas, que visam induzir a qualificação do cuidado a partir de problemas, agravos ou de grupos populacionais específicos; e das Redes Territoriais, incorporando as dimensões estruturais, tecnológicas, relacionais e afetivas disponíveis em cada território ou região de saúde.

Outro aspecto fundamental no processo de formulação da RCPCD foi a aproximação e o contato estreito com gestores, trabalhadores, pesquisadores, associações e movimentos sociais das pessoas com deficiência, o que exigiu intenso debate e um conjunto de estratégias capazes de implicar as diversas instâncias de gestão do SUS, organizações e movimentos sociais das pessoas com deficiência em seu processo de implementação. Tal aspecto, diretamente relacionado à conformação e aos resultados do processo de implementação da RCPCD, uma vez que qualquer avanço e possibilidade de transformação nos modos de pensar e fazer saúde dependem da ressonância de tais enunciações coletivas nos saberes e nos discursos técnicos/científicos e, também, nos diferentes contextos e arranjos institucionais.

Estas e outras nuances que envolvem a avaliação da implantação da RCPCD no âmbito do SUS são apresentados de modo rigoroso neste

livro, trazendo informações relevantes ao campo da análise das políticas públicas, especialmente em relação aos diferentes processos e momentos de implementação nos estados analisados, ao papel dos grupos condutores e do controle social, aos investimentos na formação e processos de educação permanente dos profissionais de saúde, aos modelos de cuidado à saúde da pessoa com deficiência e aos desafios e perspectivas de implementação e da capacidade de articulação cada componente da RCPCD.

Sem dúvida uma obra oportuna, necessária e muito bem-vinda!

Vera Lucia Ferreira Mendes
Profa. Dra. da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP
Ex-Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do
Ministério da Saúde (2011-2016)

SEÇÃO I

A COMPREENSÃO DA DEFICIÊNCIA E SUA INFLUÊNCIA NO CUIDADO À SAÚDE

CAPÍTULO 1

O CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: CONCEITOS, EVOLUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS

Jorge Henrique Santos Saldanha
Victor da Silva Aquino
Ralf Braga Barroso
Melissa Catrini
Milena Maria Cordeiro de Almeida

APRESENTAÇÃO

Este capítulo pretende abordar os principais marcos da atenção à saúde das pessoas com deficiência, discutindo o modelo biomédico de compreensão da deficiência, a partir do qual esta passa a ser definida como uma questão de reabilitação, e o modelo social, que propõe uma abordagem sociológica da deficiência, bem como a influência desses modelos nos conceitos de deficiência e reabilitação, políticas, organização de serviços e práticas de cuidados voltadas à essa população. Em consonância, pretende-se refletir a influência das políticas e movimentos internacionais no processo de construção das políticas públicas voltadas a essa população no Brasil, ressaltando as particularidades desse processo, com forte presença do modelo moral e filantrópico, de ações isoladas, de uma política nacional com baixa exequibilidade, até o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência - Viver sem Limite. Este plano viabilizou avanços na garantia de direitos às pessoas com deficiência, especialmente no eixo de acesso à saúde e reabilitação, culminando com a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde.

HISTÓRIA DA ATENÇÃO À SAÚDE E DO OLHAR DA SOCIEDADE PARA A QUESTÃO DA DEFICIÊNCIA

Ao longo da história, diferentes perspectivas existiram e coexistiram acerca da compreensão da deficiência. O conceito de deficiência, como entendido hoje pelos estudos acadêmicos e intervenções de saúde, é resultado de ao menos dois séculos de construção teórica (ROCHA, 2006). Miranda (2004) descreve quatro fases mais marcantes no que diz respeito à compreensão da sociedade sobre a questão da deficiência. A primeira, denominada fase de negligência, anterior ao século XVIII, quando nenhuma assistência era prestada a esta população, inclusive com situações de abandono e perseguição. Uma segunda fase, de segregação e institucionalização, entre os séculos XVIII e XIX, com instituições asilares para pessoas com deficiência. No século XIX inicia-se a terceira fase, na qual a deficiência começa a ser discutida como categoria científica, porque até então ainda era percebida como produção religiosa ou ameaça social (ROCHA, 2006). A partir do século XIX, a normalidade ou normatização médica passa a classificar a deficiência como patologia, e, portanto, objeto de estudos, classificação e intervenções específicas em instituições especializadas, como escolas (MIRANDA, 2004) e asilos, no formato de internato ou semi-internato (ROCHA, 2006). Entre os séculos XIX e XX, por fim, inicia-se a quarta fase, mais contemporânea, que vem com o intuito de superar séculos de perseguição, abandono, violência, estigmatização e segregação, com um projeto de sociedade pautado na inclusão social, mesmo que a coexistência desses diferentes modelos de compreensão da deficiência siga influenciando os modos de existir e viver das pessoas com deficiência em sociedade até a atualidade.

Nos séculos XIX e XX, com o advento do pensamento científico, a deficiência deixa de ser compreendida como desastre sobrenatural, do acaso,

e passa a ser definida como patologia. Assim, a pessoa com deficiência deixa de ser vista como tragédia natural, e passa a um outro status social, como um corpo considerado desviante do padrão de normalidade. Neste mesmo contexto, surgem as primeiras instituições especializadas para pessoas com deficiência, mediante intervenções médicas e pedagógicas, culminando com a ascensão e hegemonia do modelo biomédico de compreensão da deficiência (ROCHA, 2006; ROCHA, 2019).

Ancoradas no momento histórico pós-Revolução Industrial e na vigência do modo de produção capitalista, as instituições para atendimento às pessoas com deficiência, no século XX, tornam-se instituições de recuperação ou reabilitação, visando cada vez mais estabelecer um projeto de vida para estes indivíduos, o de transformar o corpo “desviante”, fora da norma, em corpo para o mercado produtivo, por meio de educação em escolas especializadas, centros de reabilitação e profissionalizantes (ROCHA, 2019). A lógica era de diagnosticar, reabilitar e capacitar para a produção e integração social, a partir de instituições e profissionais especializados. A partir da lógica biomédica, exportada para a sociologia, o corpo além de ser entendido como máquina, no qual as partes garantem o bom funcionamento do todo, também passa a ser entendido como objeto de controle, preparado para a atividade produtiva (ROCHA, 2006).

Os acidentados da Revolução Industrial e da Primeira Guerra Mundial geraram demandas por serviços mais especializados de saúde, sendo criadas, assim, profissões da área da saúde com o olhar para a reabilitação, como a fisioterapia e a terapia ocupacional. A lógica ainda era de profissões superespecializadas na recuperação motora-funcional dos indivíduos e no restabelecimento de um padrão corporal o mais perto possível dos padrões estabelecidos de normalidade, com pouco engajamento e responsabilização sobre a integração social desses, retorno ao trabalho, inclusão na escola ou participação em atividades sociais, como

se essas não fossem responsabilidades em um processo de reabilitação. Esse modelo de reabilitação, sob uma lógica cientificista, foi assumido e guiou, inclusive, organizações internacionais, a exemplo da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas, pelo menos até a década de 1960 (ROCHA, 2006; BARROS, 2009).

A partir da década de 1960 inicia-se uma revolução dos estudos sobre a deficiência, com a disputa do campo das humanidades em relação ao modelo biomédico, aproximando o debate de estudos sobre cultura, movimentos sociais, identidade e feminismo, ou seja, um debate sobre a deficiência sob uma perspectiva política. Movimentos de pessoas com deficiência se organizaram em uma tentativa de serem ouvidos, mesmo que muitas dessas pessoas estivessem institucionalizadas. Na década de 1970 é criada a primeira organização política sobre deficiência composta e gerenciada por pessoas com deficiência, a Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação, que vai articular uma resistência política e intelectual à hegemonia do modelo biomédico. Essa Liga e outros movimentos sociais vão redefinir a deficiência como uma forma de opressão e exclusão social, discriminatória, coletiva e institucionalizada (DINIZ, 2007), marcando a entrada do modelo social da deficiência na disputa política.

Sendo assim, para os teóricos do modelo social a deficiência passa a ser entendida como “desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões e os exclui das principais atividades da vida social” (UPIAS: Union of the Physically Impaired Against Segregation & The Disability Alliance, 1976, p. 14). As implicações do modelo social para a compreensão da deficiência são várias, cabendo destacar que este modelo propõe uma diferenciação entre natureza e ordenamentos sociais, isto é, lesão/dano/perda passam a ser meras expressões da biologia humana, porém, deficiência é uma questão de opressão social. Além disso, este

modelo traz a deficiência para uma perspectiva sociológica, ou seja, o tema deficiência passa a não ser mais matéria exclusiva do saber biomédico, mas de ações políticas e intervenções do Estado. Nesse sentido, para o modelo biomédico, um corpo com lesão geraria a deficiência e, portanto, deveria ser campo exclusivo do saber biomédico, curativista e de reabilitação. Para o modelo social, não era o corpo com lesão que levaria à experiência social da deficiência, mas a sociedade pouco sensível à diversidade corporal humana, devendo ser questão de políticas públicas (DINIZ, 2007).

Um exemplo da coexistência do modelo biomédico, mesmo com o início do debate sobre o modelo social foi o Esquema Nagi, desenvolvido na década de 1970, por Saad Z. Nagi, apresentando conceitos centrais de patologia ativa, deficiência, limitação funcional e incapacidade. Para Nagi (1976), a patologia ativa provoca a interrupção ou interfere no processo normal de funcionamento do organismo humano e inclui também os esforços que o organismo faz para retornar ao estado normal. Pode ser resultante de uma infecção, de um trauma, de um desequilíbrio do metabolismo. A deficiência é a perda ou a anormalidade anatômica, fisiológica, mental ou emocional, já a limitação funcional é de natureza orgânica e reflete no desempenho do indivíduo como um todo. A incapacidade seria a limitação no desempenho social definido em papéis e tarefas que correspondem ao esperado pela sociedade.

Vale citar também que aconteceu importante avanço acadêmico no campo que foi denominado de Estudos sobre a Deficiência na década de 1970, principalmente nos Estados Unidos e Inglaterra. No entanto, mesmo em momento de efervescência nesse campo de estudos, em 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publica a International Classification of Impairments, Disability, and Handicaps (ICIDH), uma classificação de lesões similar a Classificação Internacional de Doenças, com uma linguagem puramente biomédica sobre lesões, deficiências e desvantagens (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980).

Esta classificação fornece uma estrutura conceitual para a deficiência que é descrita em três dimensões: Impairment, Disability e Handicap, traduzidos para o português como Deficiência, Incapacidade e Desvantagem. Deficiência diz respeito ao organismo da pessoa, toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. A avaliação de deficiência requer julgamento do funcionamento do corpo e seus componentes de acordo com padrões aceitos. A incapacidade diz respeito ao desempenho da pessoa, expressa na restrição ou ausência, causada por uma deficiência da capacidade de realizar uma atividade, na forma ou dentro da margem que se considera normal para o ser humano e para o próprio indivíduo em momento anterior. E, por fim, a desvantagem compreende a pessoa como um ser social e reflete a interação com o meio e a adaptação do ambiente à pessoa (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980).

O vocabulário proposto pela OMS gerou preocupação entre os teóricos do modelo social, dada a influência da OMS enquanto organismo internacional na proposição de documentos e diretrizes norteadoras de políticas em todo mundo. Esse vocabulário logo se tornou corrente nas políticas sociais. Ademais, representou um revigoramento do modelo biomédico sobre a deficiência por meio da tríade endossada na ICIDH de lesão-deficiência-desvantagem, reforçando estigmas, assim como o esquema de Nagi, de pressupostos de normal e patológico (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980).

Outro esquema explicativo para a incapacidade foi o processo de incapacitação de Verbrugge e Jette (1994). Esse modelo foi descrito pelos autores como sendo baseado no “Esquema Nagi” e com alguma influência também da ICIDH, principalmente na tentativa de ser um modelo possível de ser operacionalizado em pesquisas científicas. O que diferencia esse esquema dos demais é o fato de que ele tem como visão que o processo de incapacitação não é linear, e que fatores sociais,

psicológicos, ambientais estão sempre se relacionando com o processo de incapacitação dos sujeitos e o influenciando positiva ou negativamente, pois na realidade esse processo não é natural nem linear, sendo sempre influenciado externamente. Esse esquema também trabalha com as noções de incapacitação, considerada como impactos que as doenças crônicas e condições agudas têm sobre o funcionamento de determinados sistemas do corpo e na capacidade das pessoas de realizarem as suas ações cotidianas, da forma esperada socialmente. Neste mesmo modelo, as deficiências são entendidas como disfunções e significativas anormalidades estruturais em sistemas específicos do corpo; as limitações funcionais são restrições físicas e mentais para a realização de Atividades de Vida Diária (AVD); e incapacidade é entendida como dificuldade experimentada em realizar as atividades de qualquer domínio da vida devido a um problema físico ou de saúde. Para os autores, outros domínios devem ser considerados quando se pensa as repercussões que levam à incapacidade, como o lazer, os esportes, o trabalho remunerado e a vida social das pessoas, ou seja, uma visão mais abrangente e democrática deve considerar a questão da incapacidade em todos os domínios da vida, e a presunção de que alguns domínios são mais relevantes que outros deve ser abandonada (VERBRUGGE; JETTE, 1994).

As críticas ao modelo biomédico e à ICIDH levaram à revisão desta classificação, o que culminou com a publicação, em 2001, da International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), traduzida pelo Centro Colaborador da OMS para Famílias das Classificações Internacionais da Faculdade de Saúde Pública da USP como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF aponta para um consenso entre os dois modelos, biomédico e social, após 20 anos de discussão, gerando uma nova compreensão da deficiência: o modelo biopsicossocial da CIF. Esse modelo considera aspectos biológicos que, em

conjunto com fatores contextuais, podem ou não gerar a experiência social da deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Para Diniz e colaboradores (2007, p. 2508), o modelo social da deficiência teve forte influência política sobre a CIF, em dois pontos:

[...] de uma classificação de corpos com lesões (ICIDH) para uma avaliação complexa da relação indivíduo e sociedade (ICF). Uma pessoa com deficiência não é simplesmente um corpo com lesões, mas uma pessoa com lesões vivendo em um ambiente que oprime e segrega o deficiente. A segunda maneira de compreender a afirmação universalista da ICF é também resultado do modelo social: a deficiência não é uma tragédia individual ou a expressão de uma alteridade distante, mas uma condição de existência para quem experimenta os benefícios do progresso biotecnológico e envelhecer.

É importante destacar que há uma diferença entre o conceito de deficiência proposto pelo modelo social e incorporado na CIF e o conceito utilizado na versão traduzida para a língua portuguesa da CIF, como apontam Diniz e colaboradores (2007). Para essas autoras, a tradução da CIF para o português não levou em consideração todo o histórico de luta política e teórica que está por trás do termo deficiência, e que a tradução em português de “disability” para “incapacidade” não conseguiria representar o que o termo “disability” significa na língua-mãe. As autoras ainda argumentam que, ao não considerar os termos, não se dá destaque à influência do modelo social de deficiência sobre a OMS quando da discussão da ICIDH.

A CIF propõe um modelo multidimensional em que “funcionalidade” e “deficiência” passam a ser termos “guarda-chuva”, representando o resultado da complexa interação entre condição de saúde, problemas nas funções e estruturas do corpo, fatores ambientais e pessoais, que podem atuar nesta interação como barreiras ou facilitadores, tendo relação também com a atividade e participação do indivíduo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

A expectativa com a publicação da CIF é que esta passe a ser uma ferramenta com uma linguagem universal nas políticas públicas, pesquisas e iniciativas internacionais comparativas no campo da deficiência, embora o modelo biopsicossocial, que a embasa, e a discussão prévia que culminou com a proposição deste modelo sejam fundamentais para a compreensão da linguagem proposta na CIF e da mudança de paradigmas no campo da deficiência que ela traz (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

No entanto, cabe ressaltar que, no contexto atual de práticas institucionais, profissionais e políticas, persiste a coexistência dos modelos de compreensão da deficiência, e que, por vezes, o modelo biomédico, em muitos espaços, ainda é hegemônico.

Ainda hoje não existe consenso sobre qual o melhor termo para se referir às pessoas que enfrentam algum grau de restrição na participação social por problemas nas funções e estruturas do corpo e um contexto pouco sensível a estas singularidades. Mota e Bousquat (2021) argumentam que deficiência é uma palavra que carrega estigma, mantém a lógica centrada na doença, e que incapacidade forneceria uma visão mais ampliada do conceito. No entanto, os teóricos do modelo social e os movimentos sociais de pessoas com deficiência optaram por disputar a palavra deficiência, mesmo que carregada de sentido normativo, justamente para enfrentar décadas de hegemonia do saber biomédico no campo da deficiência (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007).

Além disso, introduzir a dicotomia capacidade-incapacidade na linguagem das políticas públicas traz também um conceito com conotação negativa para o debate, principalmente sob a ótica das discussões atuais sobre “capacitismo”, isto é:

ato de discriminação, preconceito ou opressão contra pessoa com deficiência. É barreira atitudinal. Em geral, ocorre quando alguém considera uma pessoa incapaz, por conta de diferenças e impedimentos

corporais. O capacitismo está focalizado nas supostas ‘capacidades das pessoas sem deficiência’ como referência para mostrar as supostas ‘limitações das pessoas com deficiência’. No capacitismo, a ênfase é colocada nas supostas ‘pessoas capazes’, as quais constituem a maioria da população e são supostamente consideradas ‘normais’ (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2022, grifos nossos).

Sendo assim, o capacitismo é mais uma forma de preconceito e opressão contra as pessoas com deficiência, utilizando-se do imaginário de que estas pessoas são menos capazes ou incapazes simplesmente por terem alguma deficiência (MARCHEZAN; CARPENEDO, 2021).

Um termo que não estigmatiza, segrega ou oprime as pessoas com deficiência tem sido objeto de debates entre os movimentos sociais de pessoas com deficiência pelo mundo, sem ainda haver um consenso. As organizações internacionais recomendam o uso do termo “pessoa com deficiência”, assim como a legislação brasileira, sendo, portanto, o mais comumente aceito no debate contemporâneo sobre deficiência (ROCHA, 2019).

O PROCESSO HISTÓRICO DE CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

O Estado brasileiro demonstrou insuficiência, ao longo do tempo, na garantia da atenção à saúde, educação e assistência social à pessoa com deficiência. Com isso, a sociedade civil assumiu, ao menos em parte, os cuidados em saúde e educação dessa população, graças às associações de amigos e parentes, movimentos sociais de pessoas com deficiência, pela ação de entidades filantrópicas e religiosas. Algumas dessas ações revelaram-se de qualidade e tornaram-se referências na assistência à saúde de pessoas com deficiência; outras ações continuaram com visões exclusivamente assistencialistas, caritativas, com inconsistências técnicas

e problemas de financiamento, principalmente antes do Sistema Único de Saúde - SUS (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

No Brasil, as experiências documentadas de reabilitação iniciam-se na década de 1940, incentivadas pela tese de seguridade social, e relacionadas ao aumento da industrialização, urbanização, doenças ocupacionais (ROCHA, 2006) e, também, ao surgimento da epidemia de poliomielite (BARROS, 2008). A partir da década de 1950 são implantados nos grandes centros urbanos do país cursos técnicos, organizações e instituições voltadas à reabilitação, tomando como exemplo a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR), o Hospital das Clínicas de São Paulo e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Nas décadas de 1950 e 1960, os primeiros cursos universitários de fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia são implantados no país e a reabilitação se institui como prática especializada da área de saúde. As instituições de atendimento a pessoas com deficiência que até então ofereciam abordagens asilares e educacionais passam a desenvolver ações de reabilitação baseadas no modelo biomédico, especializado, tecnicista e multiprofissional, com o objetivo de recuperação motora e funcional e finalidade corretiva (ROCHA, 2006). A reabilitação no Brasil até a década de 1990 assume esse formato biomédico, superespecializado, corretivo, urbano e com alto custo, o que corroborava com a manutenção da exclusão social das pessoas com deficiência no país.

Mas esse panorama começa a se transformar a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que determinou ser competência do Estado o cuidado à saúde, assistência pública e proteção das pessoas com deficiência, seguida da instituição do SUS, em 1990, tendo como princípios a universalidade, integralidade e equidade na atenção à saúde. Embora o arcabouço legal do SUS não faça referência às pessoas com deficiência, almejava-se uma melhora do acesso e qualidade da atenção à saúde ofertada a estas pessoas. No entanto,

o que se observou foi uma agenda desacolhida, caracterizada por iniciativas pontuais, fragmentadas e com pouca relação com os princípios do SUS (BRASIL, 2010; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

O Brasil estabeleceu alguns instrumentos legais para regulamentar os ditames constitucionais relativos a essa população, com destaque para as Leis nº 7.853/89 (sobre o apoio às pessoas com deficiência e sua integração social), nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), nº 10.048/00 (estabelecendo prioridades ao atendimento), nº 10.098/00 (determinando critérios para a promoção da acessibilidade), e os Decretos nº 3.298/99 (dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência) e nº 5.296/04 (regulamentando as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00) e a Portaria MS/GM nº 1.060/2002 (instituinto a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência). Porém, toda essa gama de abordagens pontuais e fragmentadas não gerou um cuidado integrado à saúde dessa população, visto que foram frequentemente subfinanciadas e sem um sistema de regulação minimamente adequado (BRASIL, 2010; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Podemos citar exemplos de legislação que culminaram em serviços isolados e fragmentados, como a Portaria nº 818/2001 que tratava da Assistência à Pessoa com Deficiência Física, ou a Portaria nº 587/2004 sobre Saúde Auditiva, ou ainda a Portaria nº 3.128/2008 sobre a Assistência à Pessoa com Deficiência Visual. Essa forma de ofertar cuidado não possibilitou uma articulação eficiente entre os pontos e níveis de atenção à saúde no SUS, resultando também em pouca eficácia para equacionar os complexos problemas e necessidades de saúde das pessoas com deficiência, endossando o caráter lateral ou secundário que a saúde dessa população ocupou no SUS até recentemente (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Porém, na década de 2000 houve um desenvolvimento e avanço dos movimentos sociais das pessoas com deficiência em âmbito nacional e internacional. Em julho de 2015 foi instituída a Lei Brasileira de

Inclusão da Pessoa com Deficiência, o Estatuto da Pessoa com Deficiência, destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania. Em seu segundo artigo, a pessoa com deficiência foi caracterizada como “aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2015).

O PLANO NACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA - VIVER SEM LIMITE - E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Como vimos anteriormente, vem de longa data o empenho dos movimentos político-sociais das pessoas com deficiência na luta pela igualdade de direitos, oportunidades, cidadania e pelo protagonismo de suas vidas. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007) foi um marco nessa história e merece destaque quanto aos seus efeitos sobre a legislação e políticas públicas brasileiras.

O Brasil assinou a Convenção e seu Protocolo Facultativo sem reservas, ratificando-os e incorporando-os à legislação brasileira. Comprometeu-se em cumprir inteiramente os 50 artigos da Convenção, o que significou comprometer-se em tornar o país acessível para todas e todos (BRASIL, 2012). Uma nova perspectiva sobre os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência entrou em cena, destacando a responsabilidade e o papel do Estado na garantia da acessibilidade a quem, devido a dificuldades de ordem física, sensorial, mental e/ou intelectual, vê-se impedido de participar plenamente nas diferentes dimensões da vida.

Surge assim, no ano de 2011, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Viver sem Limite), guiado pelo objetivo de concretizar a perspectiva trazida pela Convenção na vida das pessoas (BRASIL, 2012). Envolvendo 18 ministérios e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), o plano traz metas e ações integradas de modo a articular e transversalizar as iniciativas “de estímulo à pertença, ao convívio e à circulação social; à aprendizagem e ao desenvolvimento pessoal; e à construção de projetos de felicidade” (PASCHE, 2014). No cerne da proposta está a acessibilidade enquanto princípio indissociável à garantia dos direitos da pessoa com deficiência. Um valor ético que atravessa a Convenção e remete à necessidade de remoção de barreiras físicas, de comunicação e de atitudes como fundamento basilar para o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais das pessoas com deficiência (LOPES, 2009).

No Plano Viver sem Limite, o princípio do direito à acessibilidade está incorporado às metas e ações colocadas nos quatro eixos da proposta, que são educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde. No eixo da educação, a preocupação dirige-se à garantia de igualdade de oportunidades no acesso aos diferentes níveis educacionais. Na educação básica, as ações e metas contemplam a “implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, promoção de acessibilidade nas escolas, formação de professores para o Atendimento Educacional Especializado, aquisição de ônibus escolares acessíveis e ampliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) na Escola” (BRASIL, 2012). Na educação profissional, as pessoas com deficiência passaram a ter prioridade na matrícula dos cursos do Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (PRONATEC). As Instituições de Ensino Superior tiveram a instalação de núcleos de acessibilidade, a oferta de cursos de Letras/Libras e a formação em Pedagogia na perspectiva bilíngue (Libras/Língua Portuguesa).

No eixo de inclusão social, o objetivo foi desenvolver ações direcionadas à ampliação da participação social e combate à desigualdade, exclusão ou restrição no exercício de direitos da pessoa com deficiência. As ações e metas envolveram alterações na legislação do BPC (com a garantia do retorno do benefício a quem ingressou no trabalho e perdeu o emprego, e a possibilidade de acúmulo do benefício com o salário de aprendiz pelo período de dois anos). Envolveram, ainda, a busca ativa de pessoas com deficiência para inserção nas redes socioassistenciais e de educação, a implantação de residências inclusivas para jovens e adultos com deficiência que não dispunham de condições autossuficientes e nem retaguarda familiar, e centros dia de referência para oferta de cuidados pessoais a aqueles em situação de dependência e apoio aos cuidadores familiares.

O eixo referente à acessibilidade contemplou a criação da Secretaria Nacional de Acessibilidade e Programas Urbanos, a qual foi inserida no então Ministério das Cidades. Como ações voltadas à acessibilidade, foram indicadas a construção de casas adaptáveis no Programa Minha Casa, Minha Vida; centros para formar treinadores e instrutores de cães-guia; instituição do Programa Nacional de Inovação em Tecnologia Assistiva, linha de crédito para aquisição de produtos de tecnologia assistiva e desoneração tributária destes.

No eixo da atenção à saúde, o Plano Viver sem Limite desdobrou-se na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Inserida no contexto mais amplo da lógica organizativa das redes de atenção à saúde, esta Rede¹ configurou-se como uma política estruturante, sendo considerada uma das redes temáticas prioritárias do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2016).

Deve-se salientar, contudo, que o plano previu ações específicas iniciadas antes mesmo da implantação da RCPCD propriamente dita. Dentre

¹ Para uma discussão mais aprofundada e maior conhecimento sobre a RCPCD, indicamos a leitura do Capítulo 2 deste livro.

essas ações, destacamos a revisão do marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal, que passou a integrar o componente sanguíneo da triagem (Teste do Pezinho), triagem auditiva (Teste da Orelhinha) e a triagem ocular (Teste do Olhinho); a elaboração e publicação de diretrizes terapêuticas; a qualificação das equipes de atenção básica; a criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e qualificação de serviços existentes; a aquisição de veículos acessíveis; a implantação de oficinas ortopédicas fixas e itinerantes e ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção; e a qualificação da atenção odontológica.

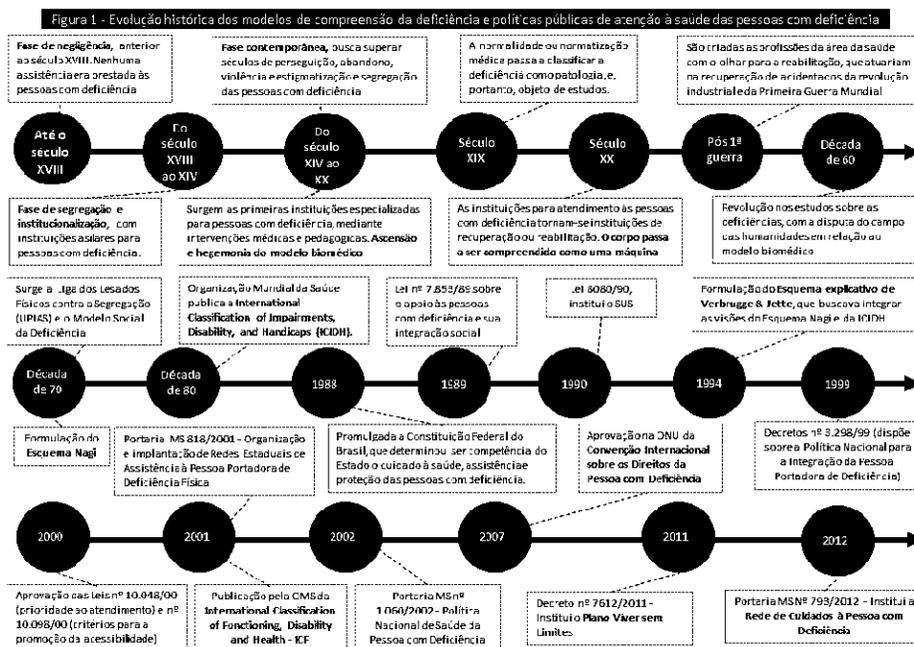
A assunção dessa nova política induziu a articulação entre os serviços, buscando garantir ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013). Diferentemente do caráter assistencialista e fragmentário do modelo anterior, o cuidado à saúde das pessoas com deficiência passou a ser compreendido “como exercício do direito à saúde, nas condições consignadas pelo SUS para qualquer um” (BRASIL, 2016).

De modo geral, podemos afirmar que uma mudança de paradigma do cuidado à saúde das pessoas com deficiência pôde ser impulsionada a partir do Plano Viver sem Limite e da instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Tal mudança é favorecida pela agenda prioritária estabelecida e o aporte financeiro que possibilitou a indução de ações em rede e centradas na complexidade social inerente ao viver a vida enquanto pessoa com deficiência. Mudança que não apaga, no entanto, os desafios permanentes para seu avanço e sustentação.

A história do cuidado à saúde das pessoas com deficiência passa por momentos de respostas como a segregação total, internamento, intervenções de cura centrada no indivíduo, no corpo (objeto de controle), na doença (diagnóstico e técnicas) e em coletividades/corpo social (capacitar para a produção), até uma grande virada de perspectiva. Essa

nova perspectiva foi gerada pelo movimento social das pessoas com deficiência, do questionamento do modelo biomédico hegemônico, na construção da proposta de um modelo social e de um consenso mundial sobre direitos das pessoas com deficiência e necessidade de proteção desses direitos no âmbito do Estado (Figura 1).

Figura 1. Evolução histórica dos modelos de compreensão da deficiência e políticas públicas de atenção à saúde das pessoas com deficiência



Fonte: Elaboração própria.

É importante sinalizar, no entanto, que à medida que a sociedade avança, o modelo social também sofre críticas e as perspectivas de raça, gênero, orientação sexual, idade, trabalho, para além da opressão do corpo deficiente, precisam ser discutidas (DINIZ, 2007). Persistem desafios relacionados à inclusão em um projeto social de trabalho produtivo que pode ser adoeecedor, excludente, competitivo, que tende a reproduzir

experiências que desconsideram a diversidade das pessoas com deficiência e, por isso, a importância da garantia do cuidado como um princípio ético fundamental, uma vez que nem todas as pessoas com deficiência serão autônomas, além da importância do fortalecimento de redes de apoio e solidariedade social, especialmente nas situações de extrema desigualdade social. Segue, ainda, o desafio de concretizar plenamente e de forma perene a proposta da RCPCD idealizada.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F. B. M. DE. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 941–954, 14 fev. 2008.
- BRASIL. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. 4a. ed. [s.l: s.n.]. BRASIL. 12 — **Senado Notícias Senado Federal de 17 de outubro de 2021**. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/12/pec-que-padroniza-referencia-a-pessoas-com-deficiencia-na-constituicao-e-aprovada-em-primeira-votacao.%5B>. Acessado em: 14 out. 2021
- BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. 17 out. 2015.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Glossário de acessibilidade**. Brasília: 2022. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/a-camara/estruturaadm/gestao-na-camara-dos-deputados/responsabilidade-social-e-ambiental/acessibilidade/glossarios/glossario.html>. Acesso em: 10 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. p. 154, 2014.
- BRASIL. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. 2010.
- BRASIL. **Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. 17 out. 2009.
- BRASIL. **Redes Estratégicas do SUS e Biopolítica: cartografias da gestão de políticas**

públicas. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-com-deficiencia/cartilha-viver-sem-limite-plano-nacional-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia/view>. Acesso em: 10 fev. 2022.

BRASIL. Senado Federal. **PEC que padroniza referência a pessoas com deficiência na Constituição é aprovada em primeira votação Senado Federal**. 17 out. 2019. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/03/12/pec-que-padroniza-referencia-a-pessoas-com-deficiencia-na-constituicao-e-aprovada-em-primeira-votacao>. Acesso em: 10 fev. 2022.

CAMPOS, M. F. *et al.* A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207–210, 17 out. 2015.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. 1a. ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2507–2510, 2007.

LOPES, L. V. C. de F. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, seu Protocolo Facultativo e Acessibilidade**. São Paulo - Brasil: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2009.

MIRANDA, A. A. B. História, deficiência e educação especial. **Revista HISTEDBR Online**, v. 15, p. 1–7, 2004.

MOOR, I.; SPALLEK, J.; RICHTER, M. Explaining socioeconomic inequalities in self-rated health: a systematic review of the relative contribution of material, psychosocial and behavioural factors. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 71, n. 6, p. 565, 2017.

MOTA, P. H. dos S.; BOUSQUAT, A. Deficiência: palavras, modelos e exclusão. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 847–860, 14 fev. 2021.

NAGI, S. Z. An epidemiology of disability among adults in the United States. The Milbank Memorial Fund quarterly. **Health and society**, v. 54, n. 4, p. 439–467, 1976.

- PASCHE, D. F. Políticas públicas integradas e integradoras. *In: Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. p. 11–36.
- REJANE FIEPKE CARPENEDO, A. M. Capacitismo: entre a designação e a significação da pessoa com deficiência. *Revista Trama*, v. 17, n. 40, p. 45–55, 2021.
- ROCHA, D. C.; CARMO, D. do; KIELMANN, S. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a desfragmentação da atenção à saúde. *In: Diálogo (bio)político: sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014. p. 69–86.
- ROCHA, E. F. **Corpo com deficiência: em busca de reabilitação?** 1. Edição ed. São Paulo: Hucitec, 2019.
- ROCHA, E. F. Deficiência e Reabilitação - questões históricas e epistemológicas. *In: Reabilitação De Pessoas Com Deficiência: A Intervenção Em Discussão*. São Paulo: ROCA, 2006. p. 9–60. ROCHA, E. F.
- UPIAS. **Fundamental principles of disability**. London: [s.n.].
- VERBRUGG, L. M.; JETTE, A. M. The disablement process. *Social Science Medicine*, v. 38, n. Oxford, p. 1–14, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps**. Geneva, 1980.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **International classification of functioning, disability and health: ICF**. Geneva, 2001.

CAPÍTULO 2

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE E PERSPECTIVAS PARA UMA OFERTA INTEGRAL NO SUS

Diego Ferreira Lima Silva
Diogo do Vale de Aguiar
Fernando Pierette Ferrari
Leânia Geriz Pereira de Oliveira
Arthur de Almeida Medeiros

APRESENTAÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), implementada a partir de 2012 em consonância com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, é sem dúvida a mais importante ação implementada pelo governo federal em parceria com estados e municípios no que se refere às pessoas com deficiência e à política de reabilitação desde o período imperial, no século XIX, até os dias atuais.

Integrando o complexo conjunto de ações dispostas no decisivo Plano Viver sem Limite, a RCPCD se configura como passo seguinte no âmbito federal à implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência instituída no Brasil em 2002.

A seguir serão desenvolvidos pontos para uma breve análise da implementação da RCPCD no Brasil, e aspectos relacionados ao modelo de reabilitação e saúde das pessoas com deficiência em curso no Sistema Único de Saúde - SUS.

O CAMINHO PARA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

A constituição do cuidado à saúde da pessoa com deficiência e a forma como a sociedade se organiza para responder às demandas dessas pessoas é determinada por fatores histórico-contextuais, inclusive o próprio conceito de deficiência e sua relação com a sociedade no decorrer do tempo. Nesse sentido, as políticas de saúde para pessoas com deficiência no Brasil refletiram as diversas transformações sociais pelas quais passou a sociedade brasileira ao longo da sua história.

Em 2002 foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, tendo como propósito primeiro o de “reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano” (BRASIL, 2002). Tal fato já nos dá uma dimensão da lógica prevalente àquela época, a qual determinaria e orientaria os programas e ações no campo da saúde da pessoa com deficiência dali em diante.

Durante uma década, no bojo da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o Ministério da Saúde investiu na organização e implantação das Redes Estaduais de Reabilitação por modalidade de reabilitação: Redes Estaduais de Assistência à Pessoa com Deficiência Física – PRT. MS/GM nº 818/2001; Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva – PRT GM/MS Nº 2.073/2004 e PRT SAS/MS Nº 587/2004; Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual – PRT. GM/MS Nº 3.128/2008.

Segundo Campos, Souza e Mendes (2015), em que pese a denominação de Redes Estaduais, essa estrutura organizacional funcionou numa lógica de serviços de atenção à saúde fragmentados, organizada a partir de diversos pontos de atenção isolados que não se comunicam entre si, tendo, portanto, dificuldade de prestar uma atenção integral à população.

Mesmo com um financiamento específico, promovido por ressarcimento de procedimentos valorados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais Especiais – OPM do Sistema Único de Saúde – SUS, a famosa tabela SUS, a tal estrutura organizacional não logrou grandes avanços no que já havia sido identificado. Destaca-se como ponto crítico a ser enfrentado com o advento dessa política: uma brutal desigualdade na oferta de serviços e na destinação de recursos focados em algumas regiões e municípios mais desenvolvidos e com maior capacidade técnica e financeira.

Ou seja, a estruturação de redes estaduais não foi suficiente para superar os vazios assistenciais históricos. Ao contrário; a ausência de uma política indutora estruturada e estruturante acabou por agravar a condição de desigualdade regional, uma vez que os recursos existentes acabaram sendo canalizados para aquelas regiões que já contavam com serviços e melhores condições financeiras. Esse modelo teórico-organizacional instituído até então tampouco logrou grandes avanços no que concerne ao reconhecimento da pessoa com deficiência enquanto sujeito de direitos, enquanto cidadão.

Em 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279, estabeleceu diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Em seguida estabeleceu as conhecidas redes prioritárias: Rede Cegonha, por meio da Portaria nº 1.459/2011; Rede de Urgência e Emergência (RUE), pela Portaria GM/MS nº 1.600/2011; Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria GM/MS nº 3.088/2011, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências, estabelecida pela Portaria GM/MS nº 793/2012; e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, pela Portaria GM/MS nº 438/14.

O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA PERSPECTIVA DE REDE DE ATENÇÃO

As redes de atenção se configuram como a principal estratégia de organização dos serviços de saúde no Brasil. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de diferentes pontos de atenção à saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar um cuidado contínuo e integral a uma população específica, coordenada pela Atenção Básica à Saúde (AB), prestado no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2011).

Esta estratégia de organização do sistema de atenção à saúde tem na APS o seu pilar, como uma forma singular de apropriar, recombina e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, às demandas e às representações da população. Tal estratégia implica na articulação da AB como parte e como coordenadora de uma RAS e não só ofertando o cuidado “básico” em saúde, por meio da Estratégia Saúde da Família, mas cumprindo papel organizador e ascendente da atenção à saúde nas diversas redes e níveis de complexidade (VAN OOSTERBOS, 2007).

Da mesma forma, uma atenção especializada (ambulatorial e hospitalar) qualificada e acessível é fundamental para a garantia da efetividade e seguimento das ações da AB, provendo a retaguarda técnica especializada necessária e, conseqüentemente, a garantia do cuidado integral no SUS (TESSER; POLI NETO, 2017).

Assim, a organização do cuidado na lógica das RAS é pautada a partir das necessidades das pessoas, na direção de cuidados básicos à cuidados mais complexos, a serem identificados prioritariamente e coordenados pela AB. No caso da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD),

organiza-se em nível ascendente a partir da AB até os níveis hospitalar e de urgência, tendo no nível especializado ambulatorial os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Estabelecimentos Habilitados em apenas um serviço de reabilitação, as Oficinas Ortopédicas e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A RCPCD foi instituída com o propósito de criar, ampliar e articular os diferentes pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, configurando um importante avanço no processo de produção de saúde a essas pessoas, no sentido em que procura transcender o modelo biomédico e fragmentado de oferta de cuidado.

Nessa perspectiva, no Brasil, a atenção à saúde das pessoas com deficiência compreende diretrizes estabelecidas em duas das suas redes prioritárias, a RCPCD, prevendo atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, sendo auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências (BRASIL, 2012); e na Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011). Embora, em uma perspectiva legal, estas últimas possam ser consideradas pessoas com deficiência, nesse capítulo abordaremos exclusivamente aspectos relacionados às diretrizes e competências que se referem à Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência (BRASIL, 2015).

Nesse sentido, e considerando o atual cenário de aumento da demanda por serviços de reabilitação em decorrência do número crescente de pessoas vivendo com deficiência, bem como do aumento da incidência de doenças crônicas e do envelhecimento populacional, torna-se premente a estruturação e qualificação do SUS em uma perspectiva integrada e integrante da atenção à saúde no Brasil, no contexto das Redes de Atenção à Saúde para essa população.

Entretanto, para que a RCPCD cumpra seus objetivos, não seria suficiente apenas reproduzir o modelo vigente. Isso porque, no interior de um sistema de concepção biomédica e fragmentária, fazer mais do mesmo, ainda que melhor, implicaria, na melhor das hipóteses, em “incrementalismo”. Para transformar a realidade da atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil, faz-se necessário quebrar paradigmas, proporcionando mudanças profundas no modo de fazer a política de saúde das pessoas com deficiência, em um caráter inovador e transformador, o que implica necessariamente fazer diferente.

INDUÇÃO FINANCEIRA E NOVA PROPOSTA DE CUIDADO E GOVERNANÇA

Fala-se muito da indução financeira como estímulo para o crescimento de serviços e consolidação de políticas de saúde na prática. Entretanto, na lógica do cuidado à pessoa com deficiência, destinar mais recursos para fazer mais do que já era feito não seria suficiente. Era mandatória a mudança da lógica organizacional para a superação dos vazios assistenciais e conceituais historicamente constituídos. Vale recordar aqui que, à época da instituição da RCPCD, o modelo das RAS, enquanto orientador da organização do SUS, estava em efervescência entre os diversos atores do SUS. A RCPCD, conforme antecipado, se estrutura na lógica das RAS, tendo o Ministério da Saúde como indutor potente, não só sob o ponto de vista normativo, mas por sua indiscutível capacidade de indução financeira, articulação e movimentação de atores do SUS ao longo dos territórios, destacando-se nesta perspectiva a institucionalização da estratégia de apoio institucional, que naquela ocasião era coordenada pelo Departamento de Articulação de Rede de Atenção à Saúde da Secretaria de Atenção à Saúde.

Nesse aspecto, tal indução girou em torno de três necessidades prementes: (1) a superação de um modelo de financiamento que reproduzia

e até amplificava as iniquidades, não sendo atrativo para expansão da rede de serviços no país; (2) mudança na lógica de oferta de serviços de reabilitação, considerada como promotora de fragmentação do cuidado; (3) mudança na lógica de governança da rede, comprometendo gestores federais, estaduais e municipais.

No primeiro caso, cabe destacar que, anteriormente à RCPCD, havia pouca ou nenhuma estratégia destinada à estruturação de serviços de reabilitação, novos ou já existentes, estando os recursos federais quase que totalmente voltados ao custeio de serviços de reabilitação já existentes, não contribuindo para a redução dos vazios assistenciais, destinando recursos predominantemente àqueles locais onde já existiam serviços estruturados, agravando assim as iniquidades regionais.

A RCPCD buscou então mudar essa realidade, sobretudo através dos dispositivos de financiamento de custeio e estruturação previstos na Portaria 835/2012, atualmente republicada na Portaria de Consolidação nº 6/2017. Na primeira portaria estavam disponíveis, de maneira inédita, a previsão de recursos de custeio por incentivo “global” fixo definidos por parte dos serviços implantados, além de recursos para construção, reforma e aquisição de equipamentos de novas unidades e serviços de reabilitação, centros especializados em reabilitação e oficinas ortopédicas, com repasses de recursos fundo a fundo, gerando mais autonomia e capacidade operativa nos diversos fundos municipais e estaduais (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2017a).

Para Campos, Souza e Mendes (2015), não é possível uma transposição da intenção e do discurso às práticas concretas e estruturantes sem um financiamento adequado e contínuo. Nesse aspecto, a RCPCD, na condição de rede prioritária, proporcionou um volume de recursos orçamentários consistentes, ultrapassando a situação de aportes pontuais e/ou eventuais, que caracterizaram o financiamento federal de ações de saúde para pessoas com deficiência nos períodos anteriores.

Para o segundo caso, referente à lógica da oferta do cuidado integral, a RCPCD buscou qualificar o modelo de reabilitação em vigência no SUS e integrar a atenção básica a outros níveis da rede de atenção. Dessa forma, o Instrutivo de Reabilitação, as Diretrizes de Cuidados produzidas no âmbito da RCPCD, Cadernos de Atenção Básica e publicações técnico operacionais da Política Nacional de Saúde Bucal, buscaram produzir uma literatura técnica para incentivar nos territórios e equipes multiprofissionais o cuidado integral, que reconhecesse a deficiência como fenômeno além das capacidades físicas-cognitivas numa perspectiva de construção de autonomia de sujeitos e de que atenção em serviços especializados de reabilitação configuram uma etapa e não início, meio e fim do processo de cuidado de pessoas com deficiência ou que necessitam de reabilitação.

Ainda sobre o aspecto da mudança na lógica de cuidado, é de destaque a atuação da RCPCD na (re)configuração das oficinas ortopédicas, oferta de órtese e próteses e tecnologia assistiva no SUS. Além das oficinas ortopédicas passarem a integrar a rede e necessitarem estar ligadas a serviços de reabilitação, foi implementada a modalidade Oficina Ortopédica Itinerante. Com a implementação da RCPCD, novos procedimentos de tecnologia assistiva e de cuidado foram incorporados à Tabela de Procedimentos do SUS, que não passava por atualização desde meados dos anos 1990, quando o SUS passou a integrar as políticas nacionais para concessão de órteses e próteses no país. Essa decisão representou um importante avanço e atendimento a uma parte significativa das demandas apontadas pelo movimento das pessoas com deficiência há pelo menos três décadas.

Em relação ao terceiro e último ponto, a governança da rede, buscou-se estimular a negociação e o planejamento nos diversos territórios a partir de uma lógica regionalizada, com a participação e o poder de decisão de gestores municipais e estaduais, técnicos e instituições prestadoras de serviços através

dos Grupos Condutores da Rede, das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e da elaboração dos Planos de Ação. Além disso, a RCPCD estabelece as esferas de pactuação do SUS, em especial as Comissões Intergestoras Bipartites (CIB), como arena decisiva no nível local/regional para pactuação e mediação de recursos junto ao governo federal.

ATENÇÃO BÁSICA: ORDENADORA DO CUIDADO E CENTRO DE COMUNICAÇÃO DA REDE

O modelo assistencial estabelecido pelo SUS apresenta a Atenção Básica (AB) como coordenadora e articuladora das redes de cuidado, em consonância com os atributos estabelecidos, especialmente a territorialização e a longitudinalidade do cuidado propostas para este cenário. Por se tratar do lugar onde as pessoas vivem e estabelecem sua rede de apoio social, considerando família, vizinhança, equipamentos sociais e comerciais e inclusive as Unidades de Saúde da Família, é neste território que o cuidado deve prevalecer como articulador da rede de serviços e apoiador das pessoas com deficiência e seus familiares.

Cabe às equipes de saúde da AB, acolherem, estabelecerem vínculos e proporem estratégias de modo a facilitar que as pessoas e seus familiares encontrem possibilidades de cuidar da vida e viver com mais qualidade, considerando a inclusão destas pessoas na comunidade como o pleno exercício da cidadania.

O cuidado integral demanda a articulação de diferentes núcleos de conhecimentos, o que acontece por meio da prática colaborativa e do exercício da interprofissionalidade e seus pressupostos. No cuidado às pessoas com deficiência é imprescindível que as equipes multiprofissionais se articulem e apoiem a rede de educação e demais equipamentos sociais que permitam a inclusão e o desenvolvimento social e intelectual desta população, contribuindo para a efetivação da intersetorialidade.

Além disso, a Portaria 4.279/2010 discorre sobre a orientação comunitária, recomendando que a AB utilize habilidades clínicas, epidemiológicas, sociais e avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de saúde de uma população definida. Para tanto, faz-se necessário definir e caracterizar a comunidade, identificar seus problemas de saúde, modificar programas para abordar esses problemas, e monitorar a efetividade destas transformações (BRASIL, 2010; CASTRO *et al.*, 2012).

Considerando que a RCPCD é uma política recente, é compreensível que ainda não se vislumbre a integração efetiva entre as equipes que atuam nos diferentes pontos de atenção, configurando, portanto, um desafio para a efetiva implementação da rede, uma vez que demanda, além de recursos financeiros, recursos humanos qualificados para a oferta do cuidado integral às pessoas com deficiência (MACHADO *et al.*, 2018).

A realidade do cuidado integral às pessoas com deficiência carece de profissionais e equipes envolvidas, capazes de implementar instrumentos que possam assegurar acesso a cuidados e assistência integral, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, essenciais para o cuidado às pessoas com deficiência e para sua inclusão social (MACHADO *et al.*, 2018).

ATENÇÃO ESPECIALIZADA

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD) tem como um dos componentes a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências dispendo de três pontos de atenção, sendo eles: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), além das oficinas ortopédicas (BRASIL, 2017b). Até dezembro de 2021, o SUS contava com 505 estabelecimentos de saúde habilitados pelo Ministério da Saúde como

serviço de reabilitação, sendo 268 Centros Especializados de Reabilitação, que ofertam ao menos duas modalidades de reabilitação, e 237 Serviços Habilitados em uma modalidade de reabilitação e 47 Oficinas Ortopédicas.

A Portaria de Consolidação nº 3/2017 ressalta que os pontos de atenção mencionados anteriormente podem contar com serviços de Oficina Ortopédica fixo ou itinerante, implantado de acordo com o Plano de Ação Regional. A oficina ortopédica deve estar vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como serviço de reabilitação física ou ao CER com serviço para reabilitação física, pretendendo ampliar o acesso e a oferta de Tecnologia Assistiva (BRASIL, 2017b).

No que se refere aos serviços de saúde habilitados em uma modalidade de reabilitação, estes são considerados unidades ambulatoriais especializadas em apenas reabilitação auditiva, física ou intelectual. Na ocasião da instituição da RCPCD, tiveram as normativas que definem seus preceitos operacionais revogadas e desde então não há por parte do Ministério da Saúde uma nova publicação normativa que determine aspectos fundamentais ao seu funcionamento ou papel na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Contudo, novas habilitações destes serviços estão restritas a casos excepcionais, mediante justificativa e aprovação do Ministério da Saúde.

Entretanto, os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um serviço de reabilitação poderão requerer a qualificação para CER, desde que previsto no Plano de Ação Regional e contanto que sejam cumpridas as exigências estabelecidas nas normas do Ministério da Saúde.

Os pontos da Atenção Especializada trazem uma nova forma de organização do serviço e uma nova maneira de pensar a organização dos serviços de reabilitação, o CER, onde a atuação deve servir de referência para a rede de atenção no território, articulando-se com outros pontos da rede através do apoio matricial e Projeto Terapêutico Singular, cuja construção envolverá a equipe, o usuário e sua família.

O Centro Especializado em Reabilitação (CER), um ponto estratégico na reabilitação, é composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar, que varia conforme o tipo do CER e as modalidades atendidas. Esse tipo de centro é organizado para atender de duas a quatro modalidades de reabilitação (física, visual, auditiva e intelectual), e no capítulo 8 será abordado com maior profundidade.

É importante ressaltar, que além de ser estruturado como atenção ambulatorial especializada, ele foi pensado como polo de qualificação profissional no campo da reabilitação, por meio da educação permanente.

Um ponto relevante refere-se ao deslocamento das pessoas com deficiência para os serviços, e na portaria ministerial que institui a RCPCD consta que o CER contará com transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, que poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que apresentem grandes restrições ao acesso de equipamentos urbanos (BRASIL, 2012).

ATENÇÃO HOSPITALAR E DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Conforme dispõe a Portaria 793/2012, a atenção hospitalar e de urgência e emergência, como componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), deve ser responsável pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado; pela implantação de equipes de referência em reabilitação em serviços hospitalares, focados na realização de ações de prevenção às deficiências; além de ampliar o acesso e qualificar o cuidado ofertado às pessoas com deficiência no âmbito hospitalar (BRASIL, 2012).

Além disso, também compete à atenção de urgência e emergência, enquanto porta de entrada da Rede de Urgência e Emergência, a ordenação do acesso no âmbito da RAS e o acesso oportuno às demais ações e serviços da atenção especializada hospitalar e ambulatorial, configurando-o enquanto importante ponto de atenção para garantir o acesso oportuno a outros pontos de atenção.

Assim, esse nível de atenção assume importante papel articulador com os demais pontos de atenção da rede, especialmente no processo de contrarreferência, uma vez que possibilita o seguimento do fluxo assistencial com vistas à integralidade do cuidado.

A exemplo disso, verifica-se a importância e a necessidade do planejamento de alta hospitalar, o qual precisa ser elaborado adequadamente e coletivamente, respeitando as reais necessidades de saúde, a fim de que as pessoas com deficiência e seus familiares tenham suporte e orientação adequados para a continuidade do cuidado (MACHADO *et al.*, 2018).

Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) apontam que o número de leitos de reabilitação no SUS duplicou entre os anos 2013 e 2020, passando de 1.621 para 3.295. Embora se verifique a duplicação do número de leitos de reabilitação no Brasil ao longo dos oito anos após a instituição da RCPCD, é notório que esse crescimento aconteceu de maneira desigual entre as regiões e as unidades da federação.

Considerando os avanços e incentivos acerca do cuidado ofertado às pessoas com deficiência, é surpreendente observar que no país ainda existem estados em que a quantidade de leitos disponibilizados é irrisória. De acordo com os dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, a prevalência de pessoas de dois anos ou mais com deficiência no país é de 8,4%, o equivalente a 17,3 milhões de brasileiros, e ao se analisar o número de leitos de reabilitação existentes, torna-se clara a fragilidade desse nível de atenção para a efetivação da integralidade do cuidado a esta população (BRASIL, 2021).

Por outro lado, embora não conste explicitamente como ponto de atenção da RCPCD, é importante destacar, no componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Não obstante, esta modalidade de serviço complementar ou substitutiva à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial tem se mostrado um importante componente da RCPCD, desempenhando

relevante papel na garantia de uma maior resolutividade e integralidade da atenção à pessoa com deficiência (MACHADO *et al.*, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) está organizada nos três níveis de Atenção à Saúde, a partir da Atenção Básica; Atenção Especializada; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

O atual modelo proposto pela RCPCD além de buscar a organização de cuidados à pessoa com deficiência nos diferentes níveis de atenção pretende atuar sob um novo paradigma de deficiência e reabilitação. Nesse novo paradigma, que rompe com o modelo biomédico e fragmentado, a deficiência é analisada a partir de um modelo que reconhece as barreiras ambientais, fatores externos ao corpo, como determinantes, bem como uma reabilitação a serviço da inclusão social, pela atuação multiprofissional e cuidado integral.

A RCPCD busca superar a ideia da deficiência como doença, ou de um corpo defeituoso, que, para pessoas com deficiência, resultou em uma oferta em saúde historicamente negligenciada pelo Estado brasileiro, quase restrita às instituições beneficentes, estabelecida pelo paradigma do capacitismo. Na perspectiva capacitista, uma oferta da reabilitação pretende apenas habilitar/reabilitar um corpo “disforme” e “anormal” para o mais próximo possível de um corpo dito “normal”, reforçando padrões hegemônicos construídos.

A RCPCD busca contribuir para a superação do reconhecimento da pessoa exclusivamente pela condição biológica. Ela busca ainda uma produção de saúde na relação com as diferenças, trazendo as pessoas com deficiência para dentro do sistema de forma equânime e integral. De acordo com Campos, Souza e Mendes (2015), essa lógica tem sido bem recebida pelos movimentos sociais das pessoas com deficiência, bem como pelos estados e municípios brasileiros.

Importante salientar que a indução de recursos financeiros, garantida pela legislação para a implementação da rede, se mostrou atrativa para grande parte dos gestores de saúde no país. No entanto, os avanços na oferta parecem ainda não ter dado conta de um modelo de saúde que cuide da pessoa com deficiência na sua singularidade na Atenção Básica, Rede Hospitalar e de Urgência e Emergência. Para grande parte da população com deficiência, o cuidado é ofertado quase que exclusivamente na rede ambulatorial especializada, ainda marcada por tipos de deficiência e numa reabilitação fragmentada, muitas vezes não voltada às reais necessidades de inclusão das pessoas com deficiência.

Assim, para atingir os objetivos da RCPCD é fundamental que os diversos pontos de atenção rompam com o modelo biomédico e fragmentador hegemônico e trabalhem de forma colaborativa e integrada para a consecução da continuidade e integralidade da atenção à pessoa com deficiência, nos diversos componentes, visando à inclusão social e qualidade de vida das pessoas com deficiência a partir das suas necessidades.

Para que se possa alcançar a integralidade do cuidado ofertado às pessoas com deficiência é preciso que haja disponibilidade de recursos físicos e insumos suficientes para atender às demandas nos diferentes pontos de atenção, além de recursos humanos capacitados e qualificados a ofertar o cuidado respeitando as singularidades de cada pessoa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. 2002.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 88-88, 2010.

- BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, p. 230-232, 2011.
- BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2012a.
- BRASIL. **Portaria nº 835, de 25 de Abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, 2012b.
- BRASIL, Câmara dos Deputados. 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**, n. 127, 2015.
- BRASIL. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017a.
- BRASIL. **Portaria de Consolidação nº 3 de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017b.
- IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019 - ciclos de vida, Coordenação de Trabalho e Rendimento.** - Rio de Janeiro: IBGE, 2021.
- CAMPOS, M. E.; SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207-210, 2015.
- MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde:** Organização Pan--Americana da Saúde. Brasília. DF, 2011.
- TESSER, C. D.; POLI NETO, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 941-951, 2017.
- VAN OOSTERBOS, H. Book review: Primary care in the driver's seat? Organisational Reform in European Primary Care. 2007.

CAPÍTULO 3

A FORMAÇÃO DO TRABALHADOR PARA O CUIDADO INTEGRAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ângela Kemel Zanella
Ana Paula Medeiros Pereira
Ana Carolina Basso Schmitt
Adriane Pires Batiston

APRESENTAÇÃO

Para que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) seja implementada de maneira a garantir a oferta de cuidado integral no Sistema Único de Saúde (SUS) conforme abordado no Capítulo 2, faz-se necessário discutir a formação do trabalhador que cuida da saúde das pessoas com deficiência, visando à integralidade da assistência e considerando o modelo social da deficiência. Assim, neste capítulo buscaremos fomentar a discussão da atuação dos profissionais de maneira integrada e envolvendo ações intersetoriais para atenção às pessoas com deficiência e seus familiares, com foco na assistência e na inclusão social; e orientar a formação profissional para o trabalho colaborativo em equipe para atuação junto a pessoas com deficiência em tempo oportuno, visando à habilitação, reabilitação e inclusão social. Para tanto, serão abordados os seguintes temas: da hegemonia do modelo biomédico para a transição paradigmática da integralidade, desde a promoção à saúde ao cuidado paliativo em conectividade em rede assistencial e tanto no cuidado coletivo quanto individual; e do foco do cuidado centrado na pessoa com deficiência e suas famílias a partir do trabalho colaborativo em equipe para compreensão da diversidade da sociedade para o pleno desenvolvimento dos sujeitos.

DA HEGEMONIA DO MODELO BIOMÉDICO PARA A TRANSIÇÃO PARADIGMÁTICA DA INTEGRALIDADE

Como discutido no Capítulo 1, coexistem o modelo biomédico da deficiência e o modelo social, sendo que o primeiro, infelizmente, ainda é o predominante na organização do cuidado em saúde das pessoas com deficiência. Dessa forma, as práticas em saúde têm sido hegemonicamente construídas com enfoque na dimensão biológica e curativista, enxergando a deficiência com o olhar da reabilitação e da “normalidade”, conseqüentemente, a formação em saúde se concentra na formação técnica dos profissionais, em dar um arsenal para que consigam identificar o que foge do padrão da normalidade dos corpos e quais técnicas podem ser utilizadas para padronizar os corpos com deficiência.

Assim, há necessidade de fortalecer o modelo social da deficiência e os seus impactos na formação dos profissionais de saúde com vistas a um cuidado integral. Trazendo um pouco do sentido de integralidade, Mattos (2001) relaciona com as práticas da medicina integral, que faziam uma crítica às práticas médicas fragmentadas, especializadas, onde os sujeitos são vistos a partir de órgãos e sistemas aos quais o médico se especializa. Também, são práticas reducionistas, que se detêm às necessidades biológicas, em detrimento de uma visão ampliada de saúde que considera os aspectos psicossociais e culturais.

Ao pensar a formação em saúde em um contexto que contemple a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência partimos do entendimento de saúde enquanto um fenômeno complexo, não redutível à capacidade de compreensão de uma única disciplina ou campo disciplinar (atenção, gestão, formação e participação) com múltiplas determinações e configurações moveidças (caráter histórico, social e subjetivo). Portanto, faz-se necessário superar a concepção de saúde biologicista linear para uma

noção de “determinação”, que compreenda os “modos e estilos de vida” como parte de escolhas dos sujeitos, mas para além disso, influenciados por fatores culturais, práticas sociais e constituição do espaço (BATISTELA, 2017), na busca por um cuidado integral.

A integralidade é um dos princípios finalísticos/doutrinários do SUS, mas também pode ser entendida como uma “bandeira de luta” que se relaciona com um ideal mais igualitário e justo de sociedade (MATOS, 2001). Pressupõe considerar as várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e a prestação continuada do conjunto de ações e serviços para a promoção, proteção e cura e reabilitação (TEIXEIRA; SOUZA; PAIM, 2014).

A integralidade do cuidado em rede de atenção, em especial à RCPCD, necessita da interlocução entre ações de saúde e demais áreas de assistência ao usuário, entre elas: economia (emprego, renda), trabalho, previdência social, direito, transportes, urbanização, saneamento básico e demais carências que poderão emergir da vida cotidiana (SANTOS, 2017). Para que haja uma sintonia entre o trabalho colaborativo da equipe de saúde e a integralidade do cuidado é necessário o alinhamento de ideias e conceitos que tornem possível a compreensão do “problema” ou “doença” de forma mais empática, acolhedora e coletiva.

Essa visão ampliada do olhar da equipe sobre o usuário, pautada desde sua formação e inserção no serviço de saúde, tem o intuito de superar a perspectiva da deficiência pelo capacitismo como um fenômeno puramente biológico ou funcional (SANTOS, 2017). Urge a necessidade da compreensão da deficiência como um fenômeno complexo e multidimensional resultante não apenas de uma limitação, mas sim de um indivíduo que possui interlocução com o ambiente em que está inserido, sendo ele detentor pleno de seus direitos.

Nesse sentido, o trabalhador da saúde deve ser capaz de articular conhecimentos relacionados à RCPCD, aos direitos das pessoas com

deficiência, acesso a serviços de saúde, modelo social da deficiência, além de habilidades para articulação com outros setores e categorias profissionais para conseguir atender às reais demandas e necessidades de saúde das pessoas com deficiência.

Para que a integralidade do cuidado se efetive no cotidiano das pessoas com deficiência, a centralidade das ações deve estar no cuidado ao usuário e à sua família. Isso subentende que o enfrentamento das necessidades de saúde de uma determinada família em toda a sua complexidade requer a mobilização de múltiplos saberes e fazeres, tanto da equipe multiprofissional, como das pessoas com deficiência, suas famílias e comunidades na construção do plano de cuidados.

A formação dos profissionais que cuidam das pessoas com deficiência necessita, portanto, ter um olhar voltado para o cuidado dessas pessoas enquanto sujeitos de direito e autônomos, buscando ir além da visão de um sujeito que tem uma incapacidade, mas entendendo que cada pessoa com deficiência é um sujeito único, com suas demandas e necessidades, com uma história de vida, subjetividades, fragilidades, fortalezas, medos. Assim, faz-se necessária uma reflexão permanente sobre a formação em saúde, que atualmente vem resultando em processos de trabalho centralizados e focalizados, para uma formação que produza novas formas de cuidado, pensadas a partir das necessidades das pessoas com deficiência, suas famílias e territórios/comunidades, e que valorizem uma prática multiprofissional colaborativa. No entanto, é difícil mudar a formação sem, simultaneamente, transformar as práticas de saúde. Daí o constante desafio de pensar as práticas de formação na saúde na interface entre educação e trabalho, pensando no desenvolvimento de práticas colaborativas e de cuidado integral às pessoas com deficiência durante a formação para que esses sujeitos possam lançar mão dos conhecimentos e habilidades aprendidas durante a sua prática profissional.

Para contribuir concretamente com o trabalhador que proporciona cuidados, principalmente de saúde, o Projeto Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil – apresenta uma série de vídeos que buscam apoiar o processo de Educação Permanente dos profissionais que compõem a RCPCD sob o olhar da pessoa com deficiência, que protagoniza o ensino. É dessa maneira uma das formas reais para compreensão que o “tom” da necessidade de saúde da pessoa com deficiência só pode ser “dado” por ela mesma, e não é à toa que “nada sobre nós, sem nós” é seu lema! São pílulas de conhecimento e reflexões para repensar a prática de trabalho com a centralidade da pessoa com deficiência. Os seis episódios¹ são acessíveis com LIBRAS e legenda para surdos e ensurdecidos e audiodescrição² e falam sobre: a conexão entre usuários e os serviços da rede de cuidados à pessoa com deficiência; a notoriedade do trabalhador de saúde compreender as diretrizes da RCPCD; a diferença na vida que é fazer projetos terapêuticos singulares e institucionaliza-los; como o apoio matricial proporciona melhor cuidado integral e integrado; como é imprescindível focar na promoção da saúde e prevenção; e, por fim, movimentar-se para quebrar de fato paradigmas e fomentar uso de ferramentas de avaliação da funcionalidade.

CUIDADO CENTRADO NA PESSOA COM DEFICIÊNCIA A PARTIR DO TRABALHO COLABORATIVO

Segundo Merhy e Franco (2006), o trabalhador de saúde é coletivo, pois sozinho não há como um trabalhador de saúde ofertar cuidado que dê conta de todas as necessidades de saúde dos sujeitos.

1 Acesse Playlist os seis episódios com LIBRAS e legenda para surdos e ensurdecidos <https://youtube.com/playlist?list=PLUQQA6EqurK0rjNRVAunFNWZ6odMLEW5>

2 Acesse Playlist seis episódios com audiodescrição <https://youtube.com/playlist?list=PLUQQA6EqurK3DytTlaHWEaW8r9PkL-6Db>

Nessa perspectiva, destaca-se o trabalho em equipe interprofissional, na qual envolve diferentes profissionais, para além da saúde, que compartilham o pertencimento à equipe e trabalham juntos de maneira integrada e interdependente para atender às necessidades de saúde e a prática colaborativa é compreendida em duas modalidades: a busca de alternativas entre os próprios membros da equipe ou entre equipes para melhorar a qualidade da assistência à saúde e a busca de alternativas na equipe e também em outros serviços (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Quando se pensa em trabalho em equipe e prática colaborativa e em equipe, logo vislumbramos a atuação nos diversos serviços da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência (RCPCD), sendo eles a Atenção Básica (AB) Atenção Especializada (AE) e Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (AHUE), lócus onde os avanços podem ser vistos a partir de uma experiência baseada na prática colaborativa da equipe de saúde, visando atender essencialmente às demandas locais (PEDUZZI; AGRELI, 2018). Dessa forma, embora saibamos que a AB é reconhecida como ordenadora do cuidado do sistema de saúde, porta de entrada para a rede, bem como a forma mais eficiente no enfrentamento dos problemas de saúde da pessoa com deficiência e da fragmentação do cuidado imposto pelo modelo biomédico, os demais serviços que compõem a RCPCD devem priorizar o trabalho em equipe e a prática colaborativa, visando à superação dos nós críticos e preparados para promover o cuidado qualificado da pessoa com deficiência.

Para tanto, é fundamental a formação e educação interprofissional a partir da prática multiprofissional que visa melhorar a assistência e o cuidado à pessoa com deficiência no SUS e sua família numa perspectiva de integralidade (REEVES *et al.*, 2017). Entende-se como educação interprofissional quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si resultando em altos graus de colaboração e, conseqüentemente, alcançando os melhores resultados na saúde (OMS, 2010).

No entanto, salienta-se que o processo de formação do profissional voltado para trabalho em equipe e prática colaborativa é um desafio não apenas no sentido operacional da prática, mas sobretudo porque iniciativas do tipo ainda são incipientes e pautadas no desejo mútuo da equipe.

Além disso, os modelos de formação, em sua grande maioria, primam por profissionais formados na perspectiva do trabalho uniprofissional para atuarem com a equipe multiprofissional no futuro, reforçando o modelo biomédico frente a uma divisão do trabalho por profissões e uma centralização do cuidado. Esses desafios a serem superados na operacionalização da prática colaborativa acabam por dificultar avanços não apenas na formação, mas na forma do futuro profissional compreender as necessidades de cuidado e a diversidade das demandas que envolvem a pessoa com deficiência.

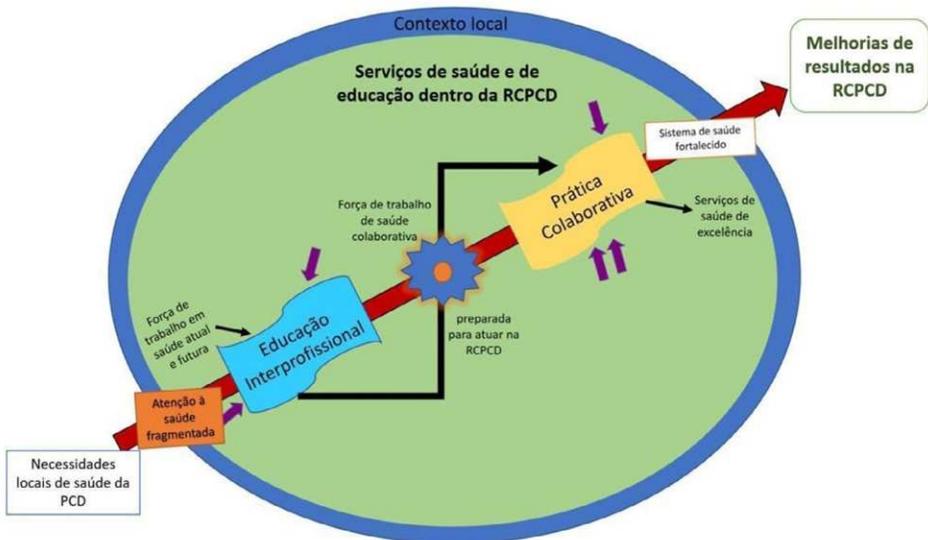
O trabalho em equipe e a prática colaborativa em saúde tem papel fundamental na problematização, no questionamento e na reflexão da atuação multiprofissional e em equipe, o que demanda de seus executores uma participação ativa, cooperativa, pautada na corresponsabilização e cogestão do trabalho. Por isso, torna-se tão importante a inserção da formação pautada na superação das dificuldades cotidianas, das práticas fragmentadas, das condutas limitadas e da gestão hierarquizada de forma vertical.

Quando os profissionais compartilham saberes e práticas entre si a partir da realidade com um disparador da problematização, dá-se uma expansão de seu repertório de competências, logo, também de sua capacidade de resposta aos problemas de saúde das pessoas com deficiência e suas famílias no âmbito do território, aumentando a segurança de suas práticas. Além disso, a incorporação de novos conhecimentos mobiliza nos atores envolvidos relações pessoais mais complexas com sentimentos contraditórios e conciliatórios, necessitando o desenvolvimento constante de competências colaborativas como as relacionadas à comunicação efetiva e resolução de conflitos (CECCIM, 2018; ELLERY, 2018).

E assim se constitui o trabalho em equipe e prática colaborativa que visa atender às necessidades da população com deficiência que em geral necessitam de um cuidado ampliado, com apoio e vínculo, escuta qualificada e, principalmente, visibilidade. Para tanto, a grande questão norteadora deste capítulo, no contexto da presente obra é: como o trabalho em equipe e a prática colaborativa podem auxiliar no cuidado integral às pessoas com deficiência?

A Figura 1 enfatiza como o trabalho em equipe e a prática colaborativa promovem melhorias na assistência oferecida pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir da educação interprofissional e da prática colaborativa em cada localidade ou região.

Figura 1. Trabalho em equipe e prática colaborativa promove melhorias na assistência à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD).



Fonte: Adaptado de OMS, 2010.

A perspectiva do cuidado à pessoa com deficiência no SUS permanece sendo um nó crítico não apenas na assistência em saúde, mas também na

formação. Esse fato parece ser maior e mais potente nos serviços de maior complexidade em saúde, diante do acompanhamento de profissionais com maior grau de especialização e de usuários que demandam tecnologias mais duras. No entanto, é fato que, assim como os demais usuários de saúde do SUS, as pessoas com deficiência necessitam de assistência e cuidado para ter acesso à rede de saúde na perspectiva do cuidado integral.

Como já explanado anteriormente, o cuidado integral às pessoas com deficiência está fortemente ligado ao compartilhamento de saberes e práticas entre profissionais que compõem as equipes de saúde, mas esse processo é completamente dependente do processo formativo ao qual esses profissionais foram expostos. A educação interprofissional tem sido apontada como uma potente estratégia para preparar a força de trabalho futura para a complexidade crescente que encontrarão na prática. Entende-se como educação interprofissional quando duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si resultando em altos graus de colaboração e conseqüentemente alcançando os melhores resultados na saúde (OMS, 2010).

Assim, o sistema educacional deve estar totalmente alinhado às necessidades do sistema de saúde do país, promovendo o fortalecimento do sistema e, sobretudo, a melhora dos resultados em saúde, nesse caso o cuidado às pessoas com deficiência. A prática colaborativa vem se demonstrando uma forma efetiva de alcançar maior resolutividade em saúde, e o caminho para a prática colaborativa inicia-se com o desafio de implementar e potencializar a educação interprofissional (FRENK *et al.*, 2010; OMS, 2010).

Exemplificando a importância da colaboração, as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) tornam-se espaços de trabalho em equipe de forma colaborativa que visam nas ações de interdisciplinaridade, atender às demandas espontâneas da

AB, como também daqueles que necessitam de acompanhamento clínico especializado, como é o caso das pessoas com deficiência (PFLUCK, 2017). Entre as ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais, constituídas por profissionais de múltiplas áreas, são reforçadas as de educação permanente em saúde que promovam a modificação do modelo instituído e reiterem junto aos serviços de saúde uma mudança para o modelo humanista do cuidado, auxiliando na inclusão social das pessoas com deficiência no território, bem como abrindo caminhos para que sua assistência seja centrada no usuário e suas necessidades (SOUZA; PIMENTEL, 2012).

Desta forma, o trabalho em equipe e a prática colaborativa, coletiva e multiprofissional, a partir do exemplo das equipes de NASF-AB, pode promover o processo de parceria ou coprodução entre profissionais e usuários do SUS no planejamento, desenvolvimento e avaliação do cuidado, favorecendo a diversidade com respeito às preferências, valores, aspectos familiares e sociais, bem como seu estilo de vida, melhorando o resultado da saúde (KITSON; MARSHALL; ZEITZ, 2012). Sendo assim, exemplos como este devem ser multiplicados nos demais serviços de saúde distribuídos na RCPCD para que seja possível qualificar o cuidado da pessoa com deficiência priorizando a integralidade e a individualidade.

Diante de tal realidade, urge a necessidade de uma gestão coordenada do cuidado que priorize a integralidade de seus usuários, a articulação das ações de promoção, educação e prevenção de saúde, e do tratamento e reabilitação das doenças e agravos da pessoa com deficiência (ALENCAR *et al.*, 2014). Tal gestão perpassa pela colaboração mútua entre usuários e profissionais de saúde por meio de interações sociais e práticas comunicativas pautadas no compartilhamento de saberes e nas assimetrias fomentadas pelas contradições sociais vivenciadas pela pessoa com deficiência. É neste contexto que a formação do profissional de saúde

deve estar inserida, constituindo-se como elemento e parte integrante da comunicação, da gestão e da colaboração coletiva, apoiada na integração ensino-serviço com o intuito de assegurar maior resolutividade aos serviços prestados, qualidade à atenção à saúde e inclusão social, com vistas ao paradigma da diversidade (MACHADO, 2018).

Outro nó crítico observado no contexto da diversidade para a assistência em saúde às pessoas com deficiência é a não delimitação das competências e habilidades dos profissionais para o trabalho multiprofissional, o qual implica na sua não realização. Por consequência, as pessoas com deficiência ficam desassistidas ou enfrentam dificuldades de agendamento nos processos de triagem e/ou nos programas de reabilitação, ou seja, a integralidade do cuidado e a assistência multiprofissional acabam limitadas a uma perspectiva idealista e dissociada da realidade (PEREIRA; MACHADO, 2016).

Para isso, esforços no sentido de promover transformações na formação dos profissionais e nas práticas dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção são fundamentais para potencializar a aproximação efetiva entre as instituições formadoras, os serviços de saúde e a comunidade, com vistas a superar o paradoxo de que os profissionais de saúde devem aprender a trabalhar juntos no mundo do trabalho em todo processo formativo (REEVES *et al.*, 2010; COSTA, 2017). Diante disso, destacamos os seis domínios de competências com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores essenciais à formação para a colaboração interprofissional e, assim, à prática interprofissional colaborativa: comunicação efetiva anticapacitista; o cuidado centrado na pessoa com deficiência, família e comunidade; clareza de papéis com compreensão da função de cada profissional de saúde, educação, cuidados e família e a função dos demais profissionais da equipe; funcionamento da equipe com identificação de elementos promotores da colaboração interprofissional efetiva; resolução de conflitos para as formas

das discordâncias que surgem no cotidiano; e liderança compartilhada a partir da demanda centrada na pessoa com deficiência (CIHC, 2010).

POR FIM

A formação em saúde compreende os sujeitos do quadrilátero da formação – ensino, serviço, gestão e controle social – que devem ser convocados para refletirem de modo permanente a realidade posta e a buscar soluções criativas para a superação dos problemas de saúde e, por conseguinte, qualificar as ações no intuito de aumentar a resolubilidade e eficiência do sistema de saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Dessa forma, o trabalhador de saúde deve estar apto a compreender os problemas de saúde e as necessidades das pessoas com deficiência, sendo necessária uma formação que contemple aspectos técnico-científicos, mas também abrangendo o campo das relações e práticas que contribuem para a melhoria da qualidade de saúde das pessoas com deficiência, desde o enfrentamento dos aspectos epidemiológicos do processo saúde-doença, passando pelos aspectos da organização setorial e estruturação do cuidado à saúde, sustentada nos princípios e diretrizes do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. de *et al.* Evaluation of the family focus and community orientation in the Family Health Strategy. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet], v. 19, n. 2, p. 353-64, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.08522012>. Acesso em: 01 out.2021
- BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (orgs) **O território e o processo saúde doença**. Rio de Janeiro. Escola Politécnica de Saúde João Venâncio. FIOCRUZ, 2007.
- CANADIAN INTERPROFESSIONAL HEALTH COLLABORATIVE. **A National Interprofessional Competency Framework**. Vancouver, BC, 2010. <https://phabc>.

org/wp-content/uploads/2015/07/CIHC-National-Interprofessional-Competency-Framework.pdf. Acesso em: 06 dez 2021

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739-1749, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. In: TOASSI, Ramona F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?** 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017. p. 49-67, 2017. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/vol-06-interprofissionalidade-e-formacao-na-saude-pdf>. Acesso em: 25 jan 2022

ELLERY, A. E. L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R. B. *et al.* (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde). ISBN: 978-85-66659-98-6 DOI: <https://doi.org/10.18310/9788566659986>.

FRENK, J. *et al.* “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world.” **Lancet (London, England)**, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

KITSON, A.; MARSHALL, A.; BASSET, K.; ZEITZ, K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. **J Adv Nurs.**, v. 69, n. 1, p. 4-15, 2012.

MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, n. 3, 2018.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro. UERJ/IMS, 2001.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde Rio de Janeiro**: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 427-432.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra; 2010. (WHO/HRH/HPN/10.3)
- PEDUZZI, M.; AGRELI, H. F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde* * A versão inicial deste artigo foi apresentada na mesa redonda “Atenção Primária à Saúde nos Grandes Centros”, em comemoração aos quarenta anos do Centro de Saúde Escola Prof. Samuel B. Pessoa, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paul, em 30 de agosto de 2017. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online], v. 22, n. Suppl. 2, p. 1525-1534, 2018. ISSN 1807-5762. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0827>. Acesso em: 06 dez. 2021
- PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis [online]**, v. 26, n.3 p.1033- 1051, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312016000301033&lng=p&nrm=iso. Acesso em: 08 fev. 2022
- PFLUCK, N. C. D. Núcleos de apoio à saúde da família e o cuidado da pessoa com deficiência: a educação permanente em saúde na gestão matricial. Dissertação de Mestrado, UFRGS: Porto Alegre, 2017.
- REEVES, S. *et al.* **Interprofessional teamwork for health and social care**. Oxford, UK: Wiley-Blackwell; 2010. ISBN: 978-1-405-18191-4.
- REEVES, S. *et al.* Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. **Cochrane Database Syst Rev.**, 6:CD000072, 2017.
- SANTOS, M. da C. dos. **Pessoa com deficiência física, necessidades de saúde e integralidade do cuidado: análise das práticas de reabilitação no SUS**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
- SOUZA, F. dos R.; PIMENTEL, A. M. Pessoas com deficiência: entre necessidades e atenção à saúde. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, v. 20, n. 2, p. 229–237, 2012. Disponível em: <http://doi.editoracubo.com.br/10.4322/cto.2012.024>. Acesso em: 08 fev 2022
- TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. *In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). Saúde Coletiva: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

CAPÍTULO 4

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE: A PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE PARA O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Arthur de Almeida Medeiros
Francisca Rêgo de Oliveira Araújo
Lais Alves de Souza Bonilha
Lizandra Nunes Coelho Conte

APRESENTAÇÃO

No cotidiano do controle social em saúde, a defesa do cuidado e dos direitos da pessoa com deficiência abrange desde a formulação de políticas que viabilizem o acesso a ações e serviços de saúde à luta em defesa da vida digna para todos. Para tanto, as entidades que compõem os segmentos dos usuários, dos profissionais de saúde, gestores e prestadores de serviços, têm importante protagonismo nos debates em geral, visando à participação plena das pessoas com deficiência na sociedade, em igualdade de condições, para além de uma agenda específica.

A mobilização de atores dos diferentes segmentos sociais fortalece o processo de inclusão para além do cuidado em saúde, mas em defesa da inclusão social com autonomia, independência, liberdade e qualidade de vida para as pessoas com deficiência. Este capítulo busca trazer reflexões acerca do papel do controle social em saúde para a efetivação do cuidado à saúde das pessoas com deficiência.

CONTROLE SOCIAL EM SAÚDE

No Brasil a discussão acerca do controle social teve importante avanço a partir do processo da redemocratização do país, após a publicação

da Constituição Federal de 1988. Neste cenário, o setor saúde foi pioneiro devido à atuação dos movimentos sociais em defesa de um sistema público de saúde desde a década de 1960, o que culminou no movimento da Reforma Sanitária e no reconhecimento da atuação dos movimentos sociais pelo Estado enquanto interlocutores coletivos (COSTA; VIEIRA, 2013).

O movimento da Reforma Sanitária acendeu o debate sobre a participação social e defendeu a concepção de participação comunitária vinculada à democratização, ou seja, o controle de setores organizados da sociedade civil sobre o Estado, na formulação, implementação e monitoramento de planos, programas e projetos e definição da alocação de recursos financeiros (CORREA, 2006).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, se consolidou como um marco da saúde no país, tanto pela defesa de um sistema nacional de saúde público e universal, quanto pelo fato de ter sido a primeira conferência a contar com a participação popular (COSTA; VIEIRA, 2013).

O processo de criação do SUS ocorreu a partir da publicação da Constituição Federal, também denominada Constituição Cidadã, em 1988, que se destacou por trazer em seu arcabouço a participação social na gestão das políticas públicas e reafirmou a importância do movimento sanitário para a reorganização do sistema de saúde no Brasil. Posteriormente, o SUS foi regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90.

A participação da comunidade é um dos princípios estabelecidos tanto na Constituição Federal quanto na Lei 8.080/90 e a Lei 8.142/90 regulamenta este princípio na saúde e afirma que o SUS contará, em cada esfera do governo, com duas instâncias de participação popular: os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, que se constituem como espaços legítimos de participação e controle social para o reconhecimento das reais necessidades de saúde das pessoas e, conseqüentemente, para a

formulação, decisão e implementação de políticas de saúde nas distintas esferas governamentais (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados compostos por usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e representantes do governo, se configuram como o espaço onde a população, de forma autônoma, pode contribuir para a criação, controle, fiscalização e deliberação acerca das políticas públicas de saúde, constituindo-se, por conseguinte, em um espaço de construção democrática. As Conferências de Saúde ocorrem a cada quatro anos, sendo garantidas as proporções das representações dos diversos segmentos sociais. As Conferências de Saúde, assim como os Conselhos de Saúde, devem ser organizados desde o nível local até o nível nacional, contemplando, efetivamente, a realidade e a diversidade de saúde das pessoas em todo o território (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Essa organização é tida como uma das mais avançadas formas de democracia, visto que as decisões são compartilhadas e negociadas entre a sociedade e o Estado, configurando em um arranjo organizativo mais plural, democrático e crítico.

A PESSOA COM DEFICIÊNCIA, A INTERSECCIONALIDADE E O COMPROMISSO SOCIAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O aumento do número de pessoas com deficiência no mundo, sua gradativa ocupação do espaço social e luta constante por seus direitos culminaram na divulgação da concepção social da deficiência, ainda incipiente no Brasil, substituindo aos poucos a concepção biomédica, reducionista, para justificar as impossibilidades de um corpo. A concepção social da deficiência é valiosa aos movimentos sociais, visto que concebe a deficiência como condição singular de vida e não como doença ou anormalidade, a ser retificada ou reduzida para a aproximação de um modelo culturalmente considerado ideal ou normal (VAZ; ANTUNES; FURTADO, 2019).

A concepção social da deficiência defende a mobilização coletiva para a redução dos obstáculos sociais e culturais impostos à pessoa com deficiência, facilitando o acesso ao meio social e ao trabalho digno e bem remunerado (DINIZ, 2003).

Os anseios das pessoas com deficiência correspondem às urgentes transformações sociais para sua real inclusão. No Brasil, entretanto, ainda é imprescindível a defesa ao acesso a serviços e ações em saúde, visto que há inúmeras barreiras para a conquista individual da maior funcionalidade possível, como o acesso à reabilitação e às tecnologias assistivas para que haja a possibilidade de participação da vida social.

A concepção biomédica, que compreende a deficiência como sinônimo de lesão, impedimento físico ou intelectual, que culmina na incapacidade funcional ou em desvantagem, é decorrente da construção social. Assim, injustamente, as limitações à participação social da pessoa com deficiência são atribuídas exclusivamente à sua condição individual, e não à ausência de adequação dos ambientes para a redução das suas limitações. A coletividade se exime da responsabilidade da inclusão de todos, e assim as necessidades de saúde e sociais das pessoas com deficiência permanecem no âmbito privado, aumentando a iniquidade por impossibilidade de acesso (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

O problema representado pelas barreiras socialmente impostas às pessoas com deficiência no que diz respeito a trabalho digno, participação em políticas públicas e produção cultural será mantido enquanto os profissionais de saúde tiverem como objetivo principal ações individualizadas de reabilitação ao invés de participarem ativamente de propostas e soluções coletivas para responder ao problema da exclusão social dessa população.

Em nosso país, para a defesa das melhores condições de vida das pessoas com deficiência são necessárias, além das intervenções individuais

que considerem os determinantes sociais de saúde, o desenvolvimento de ações coletivas para a transformação social.

Nesse sentido, a interseccionalidade é outro termo pouco contemplado pela formação dos profissionais de saúde e que não pode ser ignorado ao defendermos uma vida digna para as pessoas com deficiência. Segundo este conceito, as condições de vulnerabilidade combinam-se entre si, agravando ainda mais a dificuldade que determinada condição de exclusão impõe. Assim, uma mulher negra com deficiência terá maiores dificuldades de se inserir no mercado de trabalho e conquistar autonomia financeira do que um homem branco com deficiência. E caso ela seja idosa, pobre e moradora da periferia, será ainda mais difícil (DINIZ, 2003).

Embora ainda haja muito a ser investido no desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), há urgência, em paralelo, de envolvimento na defesa de políticas públicas específicas para essa população, visando acesso não apenas a ações e serviços de saúde, mas ao trabalho digno e bem remunerado, de acordo com a capacidade técnica, evitando-se a exclusão ou inserção marginal por preconceito. Os profissionais de saúde necessitam considerar seu envolvimento na participação e controle social como parte de seu compromisso com o cuidado voltado aos indivíduos e à coletividade de pessoas com deficiência, visto que a abordagem ampliada para a promoção da saúde envolve a inclusão e a participação social de todos os envolvidos: pessoa com deficiência, familiares, gestores das redes e profissionais de saúde.

O CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA 16ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

As Conferências de Saúde trazem aos gestores ferramentas potentes para implantação, implementação e estruturação das políticas públicas de larga abrangência, com destaque à política nacional de saúde da pessoa

com deficiência. Essa política é fruto da junção dos esforços de inúmeros atores da gestão, da comunidade e da sociedade, com o intuito da inclusão pela mudança ou eliminação das barreiras atitudinais e arquitetônicas para atender às necessidades de toda sociedade, indistintamente (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A mobilização de atores dos diferentes segmentos sociais nas conferências em defesa da democracia, do estado de bem-estar social, da saúde como direito humano e do SUS como política pública brasileira configura-se um potente evento de participação social no país. Para tanto, os produtos das conferências de saúde podem e devem auxiliar na efetiva potencialização da política nacional de saúde da pessoa com deficiência, em todas as regiões do país.

Aqui, dar-se-á destaque às propostas aprovadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília entre os dias 4 e 7 de agosto de 2019, e que teve como tema Democracia e Saúde: Saúde como Direito e Consolidação e Financiamento do SUS.

A 16ª Conferência Nacional de Saúde, a última conferência realizada até então, contou com quatro eixos estruturantes, sendo um eixo transversal, o Eixo I: saúde e democracia, saúde enquanto direito; o Eixo II: consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS); e o Eixo III: financiamento adequado e suficiente para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019).

O documento orientador e o relatório consolidado da 16ª Conferência Nacional de Saúde traduziram em seus escritos reflexões que soam até agora como energia e força para os enfrentamentos necessários, observando que o Estado Democrático diz respeito à soberania, à vontade popular e ao respeito às minorias, e que o Estado de Direito significa o acesso ao direito à cidadania através de políticas públicas. Assim, no tom, no verso, na prosa e nas lutas, deve-se cantar, recitar e se apropriar dessa oferta para satisfazer

às necessidades e o cuidado à saúde da pessoa com deficiência, pautados na atenção integral, em rede intersetorial, na perspectiva interdisciplinar e interprofissional e, com corresponsabilização assistencial.

No quadro a seguir é possível conhecer as propostas que tratam da saúde das pessoas com deficiência que foram referendadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde.

Quadro 1. Apresentação das propostas referendadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde que tratam sobre a saúde das pessoas com deficiência.

Do Eixo I - Saúde como direito
14) Reafirmar, implantar e garantir o cumprimento das Políticas Públicas de Saúde direcionados à população do Campo Floresta e Água, LGBTI+, Indígenas, Quilombolas, Portadores de Doenças Raras e Coagulopatias Hereditárias, Homens e Mulheres, Povos Tradicionais de Matriz Africanas, Assentados, Extrativistas e Ribeirinhos, pessoas com deficiências.
16) Garantir a obrigatoriedade da estruturação de equipes de políticas de equidade (saúde da população negra, em situação de rua, povos indígenas, imigrantes, pessoas com doenças raras, idosos, comunidades tradicionais, comunidades de surdos, pessoas vivendo com HIV/aids/IST/hepatites/sífilis e tuberculose, LGBTI+ e pessoas com deficiência) no âmbito de todas as esferas do governo, com enfoque na formação dos profissionais de saúde e em ações de prevenção específicas destes grupos, em consonância com a diretriz de equidade do Sistema Único de Saúde (SUS).
18) Implementar e garantir a saúde integral para as populações vulneráveis, definidas como população em situação de rua, população privada de liberdade, população indígena, população de imigrantes, refugiados e apatriados, população negra, população cigana, população LGBTI+, população ribeirinha, pessoas com transtornos mentais, ambulantes, mulheres, pessoas em situação de prostituição, pessoas idosas, pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva e visual, pessoas com doenças raras e crônicas, pessoas com HIV e outras vulnerabilidades sociais, através da implantação de estrutura física, de RH, insumos, pesquisa e gestão, com ações intersetoriais.
19) Inserir na rede pública de saúde, de forma intersetorial, multiprofissional e integral, a atenção às pessoas em situações de violências, estupro, racismo, opressões, fobias, pedofilia, bullying, violências, LGBTfobia, capacitismo (discriminação destinada a pessoas com deficiência), abandono e outras situações de vulnerabilidade social, que representem impactos nas condições de vida e saúde da população, bem como a criação de abrigos de forma adequada para os diversos públicos vítimas desses agravos, com garantia de fluxo.
20) Ampliar o acesso das pessoas com deficiência ao serviço de órtese e prótese de forma satisfatória.
23) Garantir o acesso em todos os serviços de saúde e políticas públicas, em todos os âmbitos e abrangências para as pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e pessoas com deficiência, garantindo oferta de recursos humanos especializados e multidisciplinares no Programa Saúde na Escola (PSE) para efetiva promoção de saúde, visando à aplicabilidade da universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

<p>24) Implantar o Disque Saúde com informações sobre os serviços disponíveis em nível estadual e/ou macrorregiões. Serviços que promovam a acessibilidade da pessoa com deficiência agregando a central de libras em regime integral, utilizando vídeo chamadas e, em casos mais graves, o deslocamento do profissional tradutor e intérprete de libras. Garantir a aplicação da Lei nº 13.146/2015, que dispõe sobre a Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento às pessoas com deficiência, respeitando o Decreto Federal nº 5.626/2005.</p>
<p>26) Garantir a equidade no atendimento do usuário Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial às populações vulneráveis (pessoas com doenças raras e negligenciadas, pessoas com deficiência, população carcerária, indígenas, negras, cigana em situação de rua, idosos, pessoas vivendo com HIV/Aids [PVHA], profissionais do sexo e população LGBTI+) e outras que sofrem em decorrência de violências sociais e institucionais, ampliando a acessibilidade com adequação dos serviços às pessoas com deficiência e/ou mobilidade reduzida, adequação de recursos humanos (intérprete de libras, sinalizações táteis para braille), bem como a inserção dentro do sistema e-SUS em todas as esferas do governo, abrangendo tipificações/especificações de cada deficiência; efetivar e ampliar programas de suporte à saúde para a pessoa idosa incluindo práticas integrativas para a garantia de envelhecimento saudável, de acordo com o artigo 196 da Constituição Federal que diz que saúde é direito de todos e dever do Estado.</p>
<p>27) Implementar a formação dos gestores e trabalhadores para garantir a acessibilidade linguística, libras, libras tátil, Tadoma e outros nos serviços de saúde, bem como ampliar o acesso aos Centros de Reabilitação para todas as pessoas com deficiências e doenças raras, conforme a lei brasileira de inclusão (LBI nº 13146/15)</p>
<p>81) Promover a inclusão nos espaços dos conselhos de saúde e comissões de representações que buscam o enfrentamento das iniquidades em saúde, tais como mulheres, idosos, população do campo e da floresta, juventude, população negra, indígena, quilombola, LGBTI+, população em situação de rua, pessoas com deficiência e necessidades especiais.</p>
<p>Eixo 2 - Consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)</p>
<p>32) Garantir à totalidade das cidadãs e dos cidadãos, usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os ciclos vitais, através de equipes multiprofissionais, agilidade dos serviços, a continuidade do atendimento, assegurando à população consultas de especialistas, medicamentos, garantindo seus direitos de acesso à rede de saúde de forma integral. Buscar a melhoria da acessibilidade para as pessoas com deficiência (como rampas, intérprete de libras, recursos em braille, calçadas com vias rebaixadas, entre outros) promovendo respeito, sem qualquer preconceito e discriminação, conforme regem os princípios do SUS.</p>
<p>40) Reestruturar, fortalecer, implementar e expandir as Redes de Atenção à Saúde, integrando-as para potencializar o cuidado multidisciplinar e intersetorial, de forma a garantir a implementação de linhas de cuidado, promovendo o cuidado integral nos vários ciclos de vida, considerando as questões de gênero e das populações em situação de vulnerabilidade social, desde a atenção básica e nas regiões de saúde, inclusive: a) garantir o acesso da população LGBTI+, negra, quilombolas, população ribeirinha, indígenas, ciganos, pessoas idosas e seus cuidadores, pessoas com deficiência, usuários de substâncias psicoativas, pessoas em situação de rua, pessoas em situação de privação de liberdade, pessoas vivendo com HIV/aids;</p>
<p>54) Fortalecer a Rede de Atenção Integral às Pessoas com Deficiência, assegurando a disponibilização de equipamentos (órgãos, próteses e meios auxiliares) necessários para garantir acessibilidade aos espaços sociais a usuárias e usuários.</p>

<p>77) Garantir, investir e monitorar a execução da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) para profissionais do SUS e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (PNECS), para conselheiras(os) de saúde e comunidade local, com disponibilidade de recursos materiais e humanos e a ampla divulgação das atividades, incluindo um Programa Nacional de Capacitação de profissionais de saúde no SUS para: a) desenvolver capacidade de comunicação adequada com pessoas com deficiência (libras, braille etc.) e materiais informativos em braille; f) respeitar e garantir a Lei Brasileira de Inclusão (LBI) e os intérpretes de língua nativa na rede de saúde.</p>
<p>88) Fomentar o investimento, as condições de acessibilidade, e o atendimento humanizado às pessoas idosas e pessoas com deficiência, garantindo a construção de uma política mais eficaz voltada para este público, incluindo a segurança alimentar e nutricional.</p>
<p>106) Efetivar as Redes de Atenção à Saúde (RAS): Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede Cegonha (RC), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede de Saúde Bucal (RSB) e Rede da Pessoa com Deficiência (RPD); no processo de regionalização, efetivando e fortalecendo a Atenção Primária em Saúde – APS, como ordenadora das RAS e coordenadora do cuidado integral contínuo e longitudinal, instituindo sistema de regulação integrado com adequada referência e contra referência, garantindo a formação, provimento e fixação dos profissionais nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), incluindo na educação permanente as temáticas e os saberes de saúde dos Povos e Comunidades Tradicionais.</p>
<p style="text-align: center;">Eixo 3 - Financiamento adequado e suficiente para o SUS</p>
<p>48) Fortalecer e garantir recursos para a regularização das redes de atenção à saúde (RAS), Rede de Atenção psicossocial; rede de urgência e emergência; rede cegonha e rede de pessoas com deficiência.</p>

Fonte: BRASIL, 2019.

As Conferências de Saúde são espaços imprescindíveis para a avaliação compartilhada da situação de saúde em cada esfera de governo, que permite a proposição de metas e estratégias para responder às necessidades de saúde, além do fortalecimento do SUS e a reafirmação de sua importância para a população. Neste sentido, as propostas referendadas em cada conferência representam eixos norteadores para a elaboração de novas políticas de saúde e a efetivação das já existentes (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A garantia da representação de distintos grupos da sociedade nos conselhos e conferências de saúde associada à crescente participação da sociedade nestes espaços, tem possibilitado, cada vez mais, a definição de políticas que realmente atendam às necessidades de saúde das pessoas.

A participação de organizações civis que representam as pessoas com deficiência no controle social tem contribuído significativamente para que as pautas dessa população sejam inseridas nas agendas prioritárias dos governos federal, estadual e municipal, embora seja importante considerar que a defesa dessa pauta é de responsabilidade de todos, em uma sociedade que luta por equidade, justiça, inserção e bem estar social. Para que essa consciência seja desenvolvida, são necessárias ações de educação para a cidadania, na escola, nas universidades, na formação dos profissionais de saúde.

Nesse sentido, embora haja um longo caminho a ser trilhado para que as necessidades individuais e sociais das pessoas com deficiência sejam contempladas em sua totalidade, é preciso começar e investir esforços para a promoção da transformação social. No que diz respeito às políticas públicas em saúde para as pessoas com deficiência, é possível observar, pelas propostas referendadas na 16ª Conferência Nacional de Saúde, o quanto se tem avançado, considerando a presença dos temas: garantia do acesso às ações e serviços de saúde; efetivação dos princípios do SUS; formação e qualificação dos profissionais de saúde, e o fortalecimento das políticas públicas de maneira geral, para a efetiva inserção social (BRASIL, 2019).

A COMISSÃO INTERSETORIAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA DO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 prevê a criação de comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde (CNS), as quais terão como finalidade contribuir para a articulação de políticas e programas de interesse para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1990a).

Com o propósito de capilarizar e ampliar a participação popular, o CNS conta, atualmente, com dezoito comissões intersetoriais nas diversas áreas,

que acompanham, monitoram, fiscalizam as ações e serviços desenvolvidos no SUS, reiterando os princípios doutrinários e o controle social.

Nessa perspectiva se constituiu a Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência – CIASPD, imbuída de subsidiar discussões e assessorar o Plenário do CNS para deliberações sobre a articulação e formulação de estratégias e políticas voltadas à ampliação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde destinados às pessoas com deficiência, impulsionando o controle social do SUS a um patamar de excelência na desafiadora arte de cuidar e lutar pela garantia de direitos conquistados. Ademais, contribui para o controle da execução da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, objetivando acompanhar as ações de promoção, prevenção, reeducação e reabilitação, nas esferas de governo.

O papel e as ações da CIASPD, somados a Carta de Direitos e Deveres da Pessoa Usuária da Saúde e a outros dispositivos legais e protocolares impulsionam as pessoas com deficiência à valorização e reconhecimento de suas potencialidades. Os ambientes, os territórios e suas comunidades são corresponsáveis pela inclusão social e por boas e inovadoras ações de cuidado, reduzindo danos e melhorando a qualidade de vida geral dessas pessoas.

A CIASPD busca ainda fortalecer a incorporação de insumos, tecnologias e práticas de cuidado integral às pessoas com deficiência, além de exercer importante papel na produção e difusão de conhecimentos a partir de ações de comunicação e mobilização social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O controle social em saúde, enquanto princípio organizativo do SUS, garante a participação da sociedade no processo de construção e fortalecimento das políticas de saúde no país, contudo somente com

participação ativa e efetiva será possível lutar pela defesa da saúde pública, universal e suficientemente financiada. Nesse aspecto, considerando que essa garantia constitucional ainda é desconhecida pela maior parte das pessoas, é preciso investir esforços para fazê-la conhecida e reconhecida em sua importância, e envolver o maior número de pessoas para a defesa do SUS.

Para que se possa, em coletividade, pensar, formular, fortalecer e disseminar políticas públicas de saúde que atendam às necessidades das pessoas com deficiência, é imperativo que as organizações civis de modo geral, além das específicas que representam as pessoas com deficiência, ocupem seus espaços de direito nos conselhos e conferências de saúde. Não é aceitável que se discuta e delibere sobre a saúde das pessoas com deficiência sem que estas estejam presentes.

O exercício do controle social é um desafio constante por motivos diversos e, em especial para as pessoas com deficiência, considerando os vários obstáculos sociais que enfrentam no cotidiano da vida. Portanto, promover o fortalecimento do controle social implica no compromisso de identificar e fortalecer os dispositivos de participação da sociedade (BISPO JUNIOR; MORAIS, 2020).

REFERÊNCIAS

- BISPO JÚNIOR, J. P.; MORAIS, M. B. Democracia e saúde: reflexões e desafios frente à 16ª Conferência Nacional de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, 2020.
- 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**, 1990a.
- BRASIL. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **16ª Conferência Nacional de Saúde: democracia**

e saúde [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2019. 87 p. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/16cns/assets/files/relatorios/Relatorio_Nacional_Consolidado.pdf

CORREIA, M. V. C. Controle social na saúde. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, v. 1, p. 111-135, 2006.

COSTA, A. M.; VIEIRA, N. A.; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Participação e controle social em saúde. **Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em**, v. 2030, p. 237-271, 2013.

DINIZ, D. **Modelo social da deficiência: a crítica feminista**. 2003.

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos**, v. 6, p. 64-77, 2009.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. de S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. de J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em debate**, v. 37, p. 139-147, 2013.

VAZ, D. V.; ANTUNES, A. A. M.; FURTADO, S. R. C. Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 27, p. 917-928, 2019.

SEÇÃO II

A PESQUISA REDECIN BRASIL

CAPÍTULO 5

REDECIN BRASIL: UMA CONSTRUÇÃO METODOLÓGICA DIALOGADA

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Ana Carolina Basso Schmitt
Diogo do Vale Aguiar

APRESENTAÇÃO

Após seis anos de publicação da Portaria 793/2012 que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS (RCPCD), o Ministério da Saúde lança, em parceria com o CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), uma chamada pública para financiar projetos de pesquisa voltados à avaliação da implantação dessa rede. Um dos aprovados nesta Chamada foi o projeto Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil.

Abordaremos, neste capítulo, o processo de construção da chamada pública e de aprovação dos projetos, bem como a elaboração do Projeto Redecin Brasil e sua trajetória metodológica, procurando evidenciar os caminhos e reorientações a partir do diálogo com diversos atores da RCPCD.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Os Sistemas de Saúde caracterizam-se a partir de um conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais, configurando-se enquanto resposta social organizada às condições sanitárias de uma dada população,

consonante com a concepção de saúde prevalente naquela sociedade (LOBATO *et al.*, 2014; DUARTE *et al.*, 2015).

O Sistema de Saúde brasileiro foi resultado de um longo processo de pactuação social. Instituído pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o Sistema Único de Saúde (SUS) busca garantir acesso universal, integral e gratuito para toda a população brasileira, compreendendo desde ações mais cotidianas, como o acompanhamento da pressão arterial, àquelas altamente complexas como transplante de órgãos.

O SUS é um dos maiores e mais complexos sistemas públicos de saúde do mundo. Com mais de 200 milhões de habitantes, o Brasil é hoje o país mais populoso do mundo a dispor de um sistema de saúde universal. A título de comparação, o Reino Unido, que ocupa o segundo lugar neste ranking de países com sistemas universais, conta com uma população de 67 milhões de habitantes.

O arcabouço legal do SUS está explicitado no texto Constitucional, bem como outros dispositivos legais, como as Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que detalham as bases da organização e o funcionamento do sistema; e infra legais, como o Decreto nº 7.508/2011, que dispõe sobre a sua organização, o planejamento e a assistência à saúde, a articulação interfederativa, entre outros aspectos.

Contudo, as estruturas organizacionais e os serviços de saúde no Brasil não foram inaugurados com o advento do SUS. O país contava com um amplo conjunto de serviços já existentes e de múltiplas origens e matrizes assistenciais: universidades, serviços públicos de municípios, estados e da União, entidades de cunho religioso, sindicatos, organizações de pais, amigos e pacientes de grupos específicos, serviços comunitários e ainda os serviços privados contratados pelo então Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Uma verdadeira miríade de serviços, cuja concepção e expansão não obedeceram a qualquer lógica ou sistema de

planejamento e organização e, conseqüentemente, não configuraram uma rede articulada e integrada de atenção (MAGALHÃES JR., 2014).

No caso das pessoas com deficiência, programas e serviços de saúde foram, por muito tempo, preteridos pelo Estado e negados a essa população. Quando existentes, tais ações foram assumidas em grande parte por iniciativas da sociedade civil, por intermédio de movimentos sociais de pessoas com deficiência; associações de amigos e familiares, ou entidades filantrópicas ou religiosas. Tal aspecto acabou por reafirmar uma cultura assistencialista e institucionalizante, aprofundando a lógica fragmentada e parcial no tocante ao cuidado à saúde desta parcela da população.

Lobato e Giovanella (2012) afirmam que as características dos sistemas de saúde são determinadas pelas relações sociais estabelecidas no interior das sociedades, sendo seu funcionamento e componentes influenciados por características históricas, econômicas, políticas e sociais, ao passo que também podem influenciar a sua dinâmica social.

Por sua vez, Carvalho e Cunha (2006) assinalam que as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde são mediadas pelos modelos de atenção à saúde que se apresentam de um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais e, por outro lado, como decorrente da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde.

O conceito de “modelo de atenção” pode se conceber nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial e para transformá-lo são necessárias políticas que criem condições para as mudanças a nível “micro”, desencadeando processos político-gerenciais que favoreçam as inovações nas três dimensões. Estas mudanças podem incidir tanto sobre o conteúdo das práticas quanto na forma de organização do processo de trabalho dos serviços nos diversos níveis de complexidade e na forma de organização das unidades

em redes de serviços, buscando o ajuste possível entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2013).

Nessa perspectiva, surge a RCPCD, enquanto modelo organizativo proposto para promover a integralidade e resolutividade do cuidado à pessoa com deficiência nos diferentes níveis do sistema de saúde por meio da superação do ainda hegemônico paradigma biomédico da deficiência, no sentido do reconhecimento do caráter biopsicossocial da deficiência estabelecido na Classificação Internacional de Funcionalidade e Saúde (CIF) e ratificado na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU.

O atual modelo proposto pela RCPCD, além de buscar a organização de cuidados à pessoa com deficiência nos diferentes níveis, pretende atuar sob um novo paradigma de deficiência e reabilitação. Nesse novo paradigma, a deficiência é analisada a partir de um modelo que reconhece as barreiras ambientais e fatores externos ao corpo como determinantes, bem como uma reabilitação a serviço da inclusão social pela atuação multiprofissional e pelo cuidado integral.

Como argumenta Paim (2012), a identificação dos traços fundamentais, lógicas, razão de ser ou racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como possíveis propostas alternativas, são fundamentais para a compreender e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas.

A CONCEPÇÃO DA CHAMADA Nº 35/2018 - AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Apesar dos avanços já conquistados no cuidado à pessoa com deficiência, alguns já descritos aqui em capítulos anteriores, muitos aspectos ainda carecem de melhor análise e entendimento devido à sua

complexidade ou mesmo ao distanciamento do cotidiano da gestão no Ministério da Saúde desta Rede. Entretanto, tal tarefa não deveria ser executada a partir das mesas e computadores dos técnicos e gestores do Ministério da Saúde. Não que não pudesse ser feito a partir daquele lugar, mas tal análise, por seu caráter absolutamente estratégico para a política, merecia em seu favor métodos, técnicas, tempo e coordenação qualificados. Uma combinação desta magnitude é quase impossível de se conseguir ante o cotidiano da equipe da gestão federal.

É sob estas condições que, em 2018, a Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD), em uma ação inédita e inovadora, lança a Chamada 35/2018 em parceria com a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), para a qual destinou R\$ 5.000.000,00 para o desenvolvimento de projetos de pesquisa.

A Chamada 35/2018 teve como intuito a análise dos diversos aspectos relacionados ao grau de implantação da RCPCD em todos os seus componentes, bem como ao funcionamento dos Centros Especializados de Reabilitação (CER), de acordo com os princípios e diretrizes da rede, inclusive seus fatores determinantes, principais avanços, desafios e pontos críticos. A expectativa era de que tais informações pudessem fornecer subsídios aos gestores do SUS nas esferas federal, estadual e municipal, de modo a possibilitar a tomada de decisão fundamentada e a reflexão acerca de eventuais correções necessárias nos rumos da política, que possibilitem o alcance dos objetivos propostos pela RCPCD.

Contudo, um grande desafio se impunha: como viabilizar que os anseios, preocupações e expectativas do Ministério da Saúde (que, diga-se de passagem, justificaram o investimento de recursos na ordem de R\$ 5 milhões para viabilizar a realização das pesquisas) pudessem ser considerados, sem tais questões incorrerem em vieses que pudessem

comprometer a autonomia e isenção dos pesquisadores e a qualidade da pesquisa, da qual o próprio Ministério seria objeto de análise? Por outro lado, como seria possível aos pesquisadores apreenderem todas as nuances e aspectos importantes para a política de saúde das pessoas com deficiência, os quais não caberiam nas linhas do edital de chamamento?

Tal descompasso não é raro nos chamamentos públicos de pesquisas destinadas a investigar objetos específicos. Pode-se considerar que a regra é um certo distanciamento entre a expectativa inicial do demandante e o resultado apresentado pelos pesquisadores.

Nesse aspecto, o Ministério da Saúde foi bastante cuidadoso ao estabelecer estratégias que buscassem garantir o maior alinhamento possível das estratégias metodológicas propostas e resultados alcançados às necessidades da política e expectativas da coordenação, a partir de uma postura dialógica e participativa.

A primeira delas foi a instituição de uma etapa adicional de avaliação dos projetos apresentados. Ou seja, além das usuais instâncias de análise de mérito técnico-científico, realizada por consultores Ad Hoc e pelo Comitê Julgador, com a finalidade de verificar a adesão e adequação de questões formais e metodológicas dos projetos, foi instituída uma terceira instância avaliativa. Formado por técnicos do Ministério da Saúde com amplo conhecimento do objeto da chamada, o Comitê de Relevância Social, teve como objetivo a análise dos aspectos relacionados à aplicabilidade das pesquisas para o SUS, sua relevância para as políticas nacionais de saúde da pessoa com deficiência e potenciais impactos positivos nas condições de saúde da população.

Esta primeira estratégia possibilitou que a CGSPD, segunda área técnica do Ministério da Saúde a empregá-la, pudesse sopesar a avaliação a partir da agregação de aspectos próprios e fundamentais da política, os quais poderiam não ser captados nas etapas de análise de mérito técnico-científico.

A segunda estratégia, após seleção e aprovação de cinco projetos, foi o Seminário “Marco Zero”, primeiro Seminário de Acompanhamento e Avaliação, no qual foram discutidas e negociadas possibilidades de ajustes metodológicos observados durante o julgamento das propostas, a incorporação de aspectos importantes relativos à política de saúde além de outras questões relacionadas à execução dos projetos, que poderiam agregar valor à pesquisa.

Nesse momento, também foi possível identificar aspectos convergentes e abordagens complementares entre os projetos financiados no âmbito da Chamada 35/2018, possibilitando o estabelecimento de um diálogo e relação profícua entre a equipe do Ministério da Saúde e os pesquisadores, o qual possibilitou a criação de parcerias e agendas pessoais e institucionais que extrapolam aquelas relacionadas às pesquisas desta chamada.

Cabe salientar que, durante todo esse processo, tanto a equipe do Ministério da Saúde como as equipes de pesquisadores se prontificaram a estabelecer uma relação dialógica, de cooperação e apoio mútuo. A combinação de tal postura com as estratégias supracitadas viabilizou a incorporação nas pesquisas de aspectos relacionados às necessidades da política, bem como das expectativas da Área Técnica, sem o comprometimento da sua qualidade.

A CONSTRUÇÃO DA PROPOSTA REDECIN BRASIL

A publicação da Chamada 35/2018 despertou em docentes de diversos estados do país que participavam de espaços de discussão sobre a Fisioterapia na Saúde Coletiva o desejo de construir juntos uma proposta para concorrer à chamada. A exigência de representatividade das cinco regiões geográficas do Brasil impulsionou a constituição de um grupo que incluiu pesquisadores dessas regiões que estavam dispostos à construção da proposta de pesquisa multicêntrica, tendo sido incluídos os seguintes

estados: Amazonas, região Norte; Paraíba e Bahia, região Nordeste; Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo, região Sudeste; Mato Grosso do Sul, região Centro - Oeste, e Rio Grande do Sul, região Sul, ficando a Universidade Federal da Paraíba (UFPB) como instituição proponente. Assim, iniciou-se a elaboração do projeto contando com a participação não apenas de docentes, mas também de profissionais envolvidos com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) e discentes de pós-graduação.

Inicialmente, essa construção ocorreu virtualmente. No mês de setembro de 2018, grande parte desse grupo se reuniu na cidade de Vitória-ES, durante o V Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia e VI Congresso Nacional da Fisioterapia na Saúde Coletiva, promovidos pela Associação Brasileira de Ensino em Fisioterapia (ABENFISIO), da qual esse grupo de pesquisadores faz parte e o encontro presencial possibilitou avançar na construção da proposta. Esse percurso de elaboração da pesquisa que depois passou a ser denominada Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS - Redecin Brasil conferiu à pesquisa um perfil de construção coletiva, característica essa que permeou toda a trajetória da investigação.

O projeto aprovado teve vigência iniciada no mês de março de 2019. O grupo de pesquisadores organizou suas agendas de reuniões virtuais quinzenais, intercaladas com reuniões presenciais dos grupos de cada estado participante do estudo, além da previsão de três reuniões presenciais com todos os coordenadores estaduais. No mês de maio deste mesmo ano, a coordenadora do projeto participou do Seminário Marco Zero, ocasião em que os técnicos da CGSPD fizeram questionamentos acerca da metodologia do projeto e deram sugestões em relação à realização da pesquisa. A proposta inicial do projeto Redecin Brasil era incluir como participantes da pesquisa municípios que contavam com Centros Especializados em Reabilitação (CER) em seu território, portanto, municípios maiores e com

mais estrutura na Rede. Não havia previsão de investigação em outros componentes da Rede, como os serviços de atenção básica, da atenção odontológica, da atenção hospitalar e de urgência e emergência, e um dos questionamentos da CGSPD foi sobre a possibilidade de avaliação do cuidado ofertado às pessoas com deficiência nos municípios de pequeno porte, que dispõem de poucos serviços em relação à RCPCD.

Na primeira reunião presencial do grupo de pesquisa, realizada no mês de junho deste mesmo ano em São Paulo, discutiu-se a proposta metodológica a partir das sugestões oriundas do Seminário Marco Zero. Decidiu-se, então, por uma ampliação da pesquisa no sentido de possibilitar não só a avaliação do grau de implantação da RCPCD, mas também a análise do cuidado à saúde da pessoa com deficiência, envolvendo todos os seus componentes, em regiões de saúde e municípios com diferentes contextos de estruturação da rede nos estados participantes.

O detalhamento do desenho e do percurso metodológico da pesquisa está disponível no volume 25 da Revista Interface sob o título Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência (RIBEIRO *et al.*, 2021)

Das repactuações dialogadas entre o grupo de pesquisa Redecin Brasil e a CGSPD, o envolvimento imprescindível para edificação relevante foi a participação constante do Tuca Munhoz em reuniões de planejamento da pesquisa, considerando o lema dos movimentos de pessoa com deficiência: “Nada sobre nós, sem nós”. Tuca, um ativista pelos direitos humanos das pessoas com deficiência, fala e propõe produção expressiva em prol da pesquisa translacional, e o Redecin Brasil com maior utilidade direta para as pessoas com deficiência. É curador da produção de uma série de vídeos sobre o processo de trabalho acerca do cuidado integral da pessoa com deficiência para os profissionais do CER, uma produção em resposta aos achados do Redecin Brasil.

Outro diálogo da pesquisa que merece destaque é a aproximação com os gestores estaduais e municipais das áreas técnicas de cuidado à saúde da pessoa com deficiência, profissionais de saúde e representantes dos movimentos dos direitos das pessoas com deficiência, realizado ao longo de todo o processo. Ressalta-se o seminário online realizado em novembro de 2020 com apresentação e expectativas do projeto e roda de conversa com gestores, representantes dos movimentos das pessoas com deficiência e pesquisadores de cada estado participante para “construir perspectivas de produtos” na busca de dar respostas à sociedade acerca da pesquisa desenvolvida.

Destaca-se aqui a importância do diálogo entre pesquisadores e os atores que são implementadores da rede, os quais passam a ser não apenas participantes do estudo, mas também pesquisadores. Como afirmam Abrahão *et al.* (2016), em uma pesquisa em que todos perguntam e produzem respostas, faz parte da estratégia metodológica esse deslocamento, essa passagem de participantes da pesquisa, para pesquisador, na condução de sujeitos epistêmicos.

No caso das pesquisas de avaliação de políticas, essa construção dialogada com os formuladores e implementadores permite um direcionamento mais efetivo da articulação da pesquisa, orientando mudanças metodológicas em decorrência desse diálogo, sendo o método do estudo forjado em ato e nos acontecimentos decorrentes dos encontros (ABRAHÃO *et al.*, 2016).

A perspectiva dialógica marcou todo o percurso da pesquisa Redecin Brasil desde sua concepção, execução, análise, construção e discussão dos resultados. Esse diálogo tem uma implicação política muito clara, que é o nosso compromisso enquanto pesquisadores, trabalhadores, gestores e movimento social com a garantia dos direitos das pessoas com deficiência, tanto no que diz respeito à saúde, quanto, de forma mais ampla, o direito à inclusão social.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO *et al.* Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. *In:* FEURWERKER, L. M.; BERTUSSI, D. C.; MERHY, E. E. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. 1. ed. - Rio de Janeiro: Hexis, 2016.
- BOCCOLINI, P. de M. M. *et al.* Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3537-3546, 2017.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Diário Oficial da União, 1988 outubro 5.
- BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário oficial da união**, 1990a.
- 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**, 1990b.
- BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário oficial da união**, 2011.
- DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 472-485, 2015.
- LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde origens, componentes e dinâmica**. *In:* GIOVANELLA, L. *et al.* (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2. ed., re. Rio de Janeiro, 2014. p. 89-120.
- MAGALHÃES, J. R. Redes de Atenção à Saúde: rumo à Integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**. v. 52, p.15-37, 2014.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo

multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200767, 2021.

VASCONCELOS, C. M. de; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. *In*: CAMPOS, G. W. de S. *et al.* (orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 531-562.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rehabilitation 2030: A Call for Action. Meeting Report**. Genebra, 2017. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport_plain_text_version.pdf. Acesso em: 20 fev. 2018.

CAPÍTULO 6

O PAPEL DOS GRUPOS CONDUTORES NA IMPLANTAÇÃO E NO MONITORAMENTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ângela Kemel Zanella
Grace Kelly Filgueiras Freitas

INTRODUÇÃO

O avanço dos movimentos sociais nacionais e internacionais e o fomento das discussões acerca dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil e no mundo contribuíram para a formulação e instituição da Política Nacional da Pessoa com Deficiência em 2002. Essa política foi posteriormente assumida como prioridade pelo Ministério da Saúde em 2011, ao lançar o Plano Viver sem Limite, organizado em quatro eixos, dentre os quais se encontra a Atenção à Saúde (BRASIL, 2002). Dentro das ações deste eixo, destaca-se a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, com o objetivo de ampliar o acesso, qualificar o atendimento em saúde, promover a vinculação da pessoa com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção à saúde e garantir a articulação e a integração desses pontos nos territórios, qualificando o cuidado (BRASIL, 2012).

A portaria aponta quatro passos para o desenvolvimento, implantação, avaliação e acompanhamento das ações à pessoa com deficiência no âmbito do SUS: (1) diagnóstico e desenho regional da rede; (2) adesão à RCPCD; (3) contratualização dos Pontos de Atenção e implantação e (4) acompanhamento pelo Grupo Conductor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A fase de adesão à RCPCD

prevê a constituição deste Grupo Condutor que deverá ser coordenado pela Secretaria de Saúde estadual ou distrital, Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), contando com apoio institucional do Ministério da Saúde. Não há definição na portaria sobre a organização do Grupo Condutor e como este deverá fazer o acompanhamento e monitoramento da rede, ficando a cargo de cada Unidade da Federação definir sua composição, organizar e planejar sua execução, de acordo com os contextos locais.

COMPOSIÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS GRUPOS CONDUTORES ESTADUAIS

Os Grupos Condutores são representantes do sistema de governança, um dos componentes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), parte da estrutura operacional dessas. Além do sistema de governança, a estrutura operacional das RAS compõe-se do centro de comunicação (Atenção Básica), dos pontos de atenção secundários e terciários e dos sistemas logísticos. A governança é o arranjo organizativo que permite a gestão dos demais componentes das RAS, gerando a cooperação entre os atores sociais envolvidos na rede temática da atenção à saúde, no sentido de obter resultados sanitários e econômicos para a população em questão (MENDES, 2010). Nos estados, o sistema de governança institucional se materializa nas Comissões Intergestores Bipartite (CIB), mas a governança gerencial efetiva-se através dos Grupos Condutores (GC) das redes temáticas e dos comitês gestores, grupos executivos, grupos transversais e os comitês de mobilização social de especialistas dos compromissos das redes temáticas. Os GC são responsáveis pelo acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores envolvidos nesta, sejam públicos ou privados, através da construção de diagnósticos, elaboração do desenho das redes e estabelecimento de prioridades (BRASIL, 2014).

O percurso metodológico que norteou a pesquisa RECEDIN Brasil foi descrito por Ribeiro *et al.* (2021), sendo o recorte trazido neste capítulo baseado na análise de documentos relacionados à RCPCD como Atas, Resoluções, Planos de Ação Regional e/ou Estadual e nas entrevistas de diversos atores integrantes dos Grupos Condutores Estaduais e Municipais.

Na perspectiva da instituição dos grupos condutores nos oito estados participantes, seis (75%) destes Grupos são destinados exclusivamente ao acompanhamento da RCPCD, possuindo documentos que garantem sua instituição, e dois (25%), nos estados da Bahia (BA) e do Mato Grosso do Sul (MS), possuem Grupos Condutores Estaduais das Redes de Atenção à Saúde (GCRAS), contando com um grupo de trabalho que funciona regularmente e realiza o acompanhamento das ações da RCPCD. Salienta-se que no estado do MS existiu o GCPCD entre 2012 e 2017, porém, através da Resolução/CIB nº020 (Mato Grosso do Sul, 2017), este grupo passou a integrar o GCRAS. Sob o ponto de vista de coordenação dos Grupos Condutores pelas SES e COSEMS (BRASIL, 2012), os oito estados atendem à Portaria 793/2012.

Nos estados Amazonas (AM), Rio Grande do Sul (RS) e Paraíba (PB), existiam, até a finalização da coleta dos dados desta pesquisa, os Grupos Condutores Regionais da Pessoa com Deficiência (GCRPCD). Nos estados de São Paulo (SP) e Mato Grosso do Sul (MS), consta a criação de grupos regionais em 2012 e 2017, respectivamente, porém nenhum documento de homologação destes grupos foi encontrado. Cabe destacar que a Portaria 793/2012 prevê a instituição de Grupos Condutores Municipais da pessoa com deficiência, no entanto, esse grupo foi identificado apenas na cidade de Porto Alegre/RS.

Em relação à composição dos Grupos Condutores, é possível observar que há uma diversidade de atores conforme a organização de cada estado. Pode-se ressaltar a representatividade da Secretaria Estadual de Saúde, em seus diferentes segmentos, assim como do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) em todos os grupos.

Dentre as composições diversificadas em cada estado, destacamos a presença da representação da Secretaria Estadual de Educação no estado do AM; do Ministério Público no RS; da Comissão Intergestora Bipartite (CIB) no ES; da Área de Atenção Hospitalar/Urgência e Emergência e Vigilância na BA e PB; da Regulação na BA, PB e MS; Recursos Humanos da área da Saúde na BA, ES e PB; bem como a presença de outras instituições ligadas à pessoa com deficiência no RS e ES (Quadro 1).

Quadro 1. Composição dos Grupos Condutores Estaduais da Pessoa com Deficiência de acordo com suas portarias/resoluções de instituição.

COMPOSIÇÃO GRUPO CONDUTOR	ESTADOS							
	AM	BA*	ES	MG	MS	PB	RS	SP
SES	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
ÁREA TÉCNICA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	-	-	✓	✓	✓	✓	✓	✓
COSEMS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SEDUC	✓	✓	-	-	-	-	-	-
RRS	-	✓	✓	-	-	✓	✓	✓
CEPCD	✓	-	✓	-	-	✓	✓	-
SMS - MUNICÍPIO SEDE	✓	✓	-	-	✓	-	✓	✓
MS E MP	-	✓	-	-	-	-	✓	-
AE	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	-
CIB	-	✓	✓	-	-	-	-	-
PLANEJAMENTO	✓	✓	✓	-	✓	✓	-	-
AB	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
AHUE	-	✓	-	-	✓	✓	-	-
VIGILÂNCIA	-	✓	-	-	✓	✓	-	-
RA	-	✓	✓	✓	✓	-	-	✓
REGULAÇÃO	-	✓	-	-	✓	✓	-	-
RH	-	✓	✓	-	-	✓	-	-
OUTRAS INST. PESSOA COM DEFICIÊNCIA	✓	-	✓	✓	-	-	✓	-
TOTAL	9	15	12	6	11	12	10	7

Legenda: *Informações referentes ao Grupos Condutores Estaduais das Redes de Atenção à Saúde (GCRAS), UF: Unidade Federativa, SES: Secretaria Estadual de Saúde, COSEMS: Conselho das Secretarias Municipais de Saúde, SEDUC: Secretaria Estadual de Educação ou outras representações na área da educação, RRS: Representação regionais de saúde, CEPCD: Conselho/Fundação da Pessoa com Deficiência, SMS: Secretaria Municipal de Saúde dos municípios sede, MS: Ministério da Saúde, MP: Ministério Público, AE: Atenção Especializada, CIB: Comissão Intergestora Bipartite, AB: Atenção Básica, Planejamento: Comissões de Planejamento das SES, AHUE: Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, RA: Redes de Atenção à Saúde, RH: Recursos Humanos.

Fonte: Autores, 2021

Na composição dos GCRAS observa-se uma menor participação de atores do controle social das pessoas com deficiência e de representação intersetorial. A ausência desta participação denuncia uma lacuna na perspectiva da Rede, considerando-se o potencial desta representatividade, tanto ampliando a eficiência da ação das políticas públicas, quanto na promoção do caráter democrático da gestão do Estado (FLEURY; OUVÉNEY, 2007).

As entrevistas realizadas com membros dos Grupos Condutores e de Áreas Técnicas de Saúde da Pessoa com Deficiência auxiliaram na compreensão do processo de operacionalização da implantação da RCPCD nos estados participantes. Foram realizadas 21 entrevistas e o perfil dos entrevistados está apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Membros dos Grupos Condutores e Áreas Técnicas.

ESTADO	ATOR	FORMAÇÃO	TEMPO NO CARGO (anos)
AM	AT e GC	Fonoaudióloga	0 - 3
	Membro GC	Assistente Social	0 - 3
	Membro GC	Assistente Social	0 - 3
PB	AT e GC	Enfermeiro	7+
	Membro GC	Fisioterapeuta	7+
BA	Membro GC	Odontólogo	4 - 6
	AT	Enfermeiro	7+
	Membro GC	Outros	7+
	Membro GC	Assistente Social	7+
MG	Membro GC	Enfermeiro	0 - 3
	Membro GC	Fonoaudióloga	7+
ES	Membro GC	Terapeuta Ocupacional	0 - 3
	Membro GC	Assistente Social	7+
	Membro GC	Fisioterapeuta	0 - 3
SP	AT e GC	Enfermeiro	7+
	Membro GC	Fonoaudiólogo	0 - 3
MS	Membro GC	Enfermeiro	7+
	AT e GC	Assistente Social	7+
RS	Membro GC	Fisioterapeuta	7+
	AT	Psicólogo	7+
	AT	Fisioterapeuta	7+

Legenda: AT: Área Técnica; GC: Grupo Condutor; 0-3: entre zero e três anos; 4-6: entre quatro e seis anos; 7+: sete anos ou mais

Fonte: Autores, 2021

Além da diversidade na representatividade nos Grupos Condutores dos estados participantes, o perfil dos atores entrevistados revela uma rotatividade de seus membros, observada pelo tempo de atuação destes. No estado do Amazonas, todos os integrantes entrevistados possuem até três anos de atuação no cargo; nos estados de Minas Gerais, Espírito Santo e São Paulo, de um a dois dos membros também possuem até três anos à frente do Grupo Condutor; enquanto os atores dos demais estados atuam nos GC no mínimo, há sete anos. Essa é uma dimensão importante, pois garante um amadurecimento do grupo, resultando no conhecimento mais aprofundado da potência e das fragilidades da RCPCD de sua região, bem como potencializa o desenvolvimento e acompanhamento das ações do Grupo.

AÇÕES E ACOMPANHAMENTO DA RCPCD DOS GRUPOS CONDUTORES

A portaria 793/2012 (BRASIL, 2012) atribui aos Grupos Condutores a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência, e o acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RPCD). Os principais resultados encontrados relacionados às ações descritas pelos GCPCD, foram através de descrições nos planos de ação estadual e regionais, nas atas do GCPCD, atas da Comissão Intergestora Regional (CIR) e resoluções da CIB. Neste espaço também utilizamos a análise de conteúdo relacionada aos “corpus” resultantes das entrevistas com os gestores dos GCPCD e Área Técnica da Pessoa com Deficiência dos estados e cidades envolvidas nesta pesquisa.

Pode-se observar que em atenção à portaria, quatro estados participantes da pesquisa realizaram a implantação de diretrizes e protocolos clínicos, são eles: Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais e Rio Grande do Sul. Vale salientar que, nos demais estados, não foram encontradas evidências

documentais de sua utilização regular, porém podem estar em processo de implantação ou diretamente organizadas no fluxo dos serviços.

Outra função realizada pelos GCPCD, não descrita na portaria, é a atuação de capacitação, formação e apoio técnico à RCPCD. Para tal, as ações de organização de eventos e capacitação dos serviços e profissionais da rede foram realizadas nos estados de Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraíba e Rio Grande do Sul, como por exemplo: Seminários Estaduais da Pessoa com Deficiência (RS), Encontro Estadual de Apoio à Atenção Básica (BA), capacitações aos integrantes dos GCPCD e aos serviços da rede, e Curso de capacitação da Reabilitação em regionais de saúde (RS). Já ações de elaboração de materiais de apoio técnico à rede foram descritas pelos GCPCD nos estados Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo. Entre os materiais produzidos estão Guia de Boas Práticas de Triagem Auditiva Neonatal (RS), Termo de Referência para Elaboração do Diagnóstico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS (SP), Manual de orientação aos serviços de atenção às pessoas ostomizadas (ES), Elaboração do questionário para a visita técnica aos serviços (PB).

Entre os achados, encontramos também dados de ações que estimulam a articulação dos serviços da RCPCD, divulgação e mobilização de representantes sociais na Bahia, Espírito Santo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul e São Paulo. Salienta-se que as ações de articulação dos serviços da RCPCD junto aos três níveis de complexidade de saúde são ações preconizadas por todos os GC estudados, com exceção dos estados de Amazonas e Mato Grosso do Sul.

Os GCPCD possuem papel fundamental no processo de desenho e diagnóstico da rede, auxiliando na organização dos fluxos, no levantamento de demandas locais e regionais, bem como do acompanhamento e monitoramento das ações desenvolvidas na RCPCD, tornando-se assim um dispositivo de

governança da rede. A governança pode ser compreendida como um arranjo organizativo que promove a gestão dos componentes da rede (serviços de atenção, de apoio diagnóstico e ou logístico) com foco na articulação, cooperação e fortalecimento de relações entre seus distintos gestores, visando melhorias na assistência dentro da rede (MENDES, 2010; BRASIL, 2010).

Apesar de espaços importantes de governança, nas falas dos gestores é possível observar algumas dificuldades ou barreiras na relação entre as decisões do Grupo Condutor Estadual e os municípios, em grande parte pelo fato de ser municipal a gestão da maioria dos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

porque há uma preocupação do grupo condutor não ter ingerência ou não cometer ingerência sobre os municípios, isso sempre foi uma preocupação muito grande nossa, como dos quarenta e quatro [CER], três apenas são de gestão estadual, é muito difícil ou foi muito difícil ou está sendo muito difícil para o grupo condutor ir até esses os locais e dizer assim “olha o que vocês estão fazendo vocês estão atuando [...] (Gestora 15, Grupo Condutor e Área Técnica)

Compreende-se pela fala do gestor que para um melhor controle e acesso aos serviços ofertados, bem como da própria aplicação de seus recursos de forma eficiente, os GCPCD precisam se aproximar da gestão dos serviços da rede, neste caso os CER, uma vez que essa aproximação pode qualificar a assistência de acordo com as demandas levantadas e dimensão do alcance do serviço, na busca por atender aos objetivos propostos e definidos pelo coletivo efetivamente (BARBOSA *et al.*, 2016).

Os apontamentos pelos gestores estão mais relacionados às dificuldades de manter e articular esses espaços de governança com reuniões periódicas, e os espaços de governança das Comissões Intergestores Bipartite ou Regional foram acessados mais como uma forma de canalizar as dificuldades apontadas pelos municípios com relação aos serviços sob sua gestão.

...a gente tem tido dificuldade para manter as reuniões, a proposta seria que houvesse reuniões mensais, porém a gente não está conseguindo fazer as reuniões com tanta frequência, mas no início da rede isso acontecia (Gestor 10, Grupo Condutor).

...o que as dificuldades então aí acaba esvaziando o próprio grupo condutor que as pautas não chegam, quem acaba sempre conduzindo e levando são as áreas técnicas (Gestor 17, Grupo Condutor).

...então tem essa reunião sendo planejada, inclusive a integração tem o papel tanto de fiscalizar quanto de discutir a melhor forma de execução da política em todas as vertentes, todas as áreas, como também no grupo condutor e na comissão intergestores bipartite, onde os secretários [municipais] colocam suas dificuldades (Gestor 2, Grupo Condutor).

As falas apontam para um acontecimento muito relevante e que vem tomando força nos últimos anos, que é o desmonte do SUS, em especial do controle social, abordado em maiores detalhes nos capítulos 4 e 19 desta obra. Os desafios/dificuldades apontados revelam que a regionalização e a governança são processos que precisam ser amadurecidos. Casanova *et al.* (2017) propõem que a prioridade conferida aos aspectos políticos, eleitorais, municipais e estaduais, em detrimento das necessidades técnicas tendem a culminar em problemas como a definição de responsabilidades entre os gestores, diversidade de interesse entre os mesmos e distintas capacidades institucionais que ferem a transparência nos processos decisórios e limitam os avanços e a consolidação da rede.

Observou-se em todo o processo de execução da pesquisa Redecin Brasil que há um esforço empreendido muito grande por parte dos GC para atender às necessidades e realidades regionais da pessoa com deficiência, mas a falta de recursos que garantam os encontros desses grupos, bem como a falta de comunicação entre eles em rede nacional, afeta intimamente as ações de acompanhamento e monitoramento da RCPCD.

Embora tenhamos observado essa realidade, este esforço deve ser potencializado com vistas a ampliar a capacidade de governança dos GCPCD, de modo a superar os desafios apontados pelos gestores (CASANOVA *et al.*, 2017), buscando desenvolver processos que fortaleçam a articulação entre os atores envolvidos com a formulação, formalização de acordos e planejamento regional baseado nos Planos de Ação Estaduais/Regionais onde estão definidas suas metas e prioridades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados durante a análise dos documentos disponibilizados e dos “corpus” das entrevistas com os gestores dos GCPCD e Área Técnica da pessoa com deficiência demonstraram que, em todos os estados, a instituição de um Grupo Condutor foi uma das primeiras ações realizadas no que se refere ao processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), antecipando-se ao previsto na Portaria nº 793/2012 que só prevê esta implantação na segunda fase deste processo. Essa instituição dos GC no início da implantação revelou-se relevante para impulsionar esse processo, sobretudo no que tange à elaboração dos Planos de Ação, indicando a necessidade que os implementadores da política identificaram de adequação do processo às suas realidades locais.

Há de se destacar a baixa participação social nos GC, observada em apenas metade dos estados estudados, reportando um retrocesso nos avanços democráticos conquistados, onde tal participação deve ser estimulada devido à fundamental importância da sociedade civil no acompanhamento, planejamento e avaliação da execução das políticas públicas e programas voltados à pessoa com deficiência. Importante reconhecer que essa ausência é observada desde a política formulada, uma vez que não há previsão de representação social na Portaria que institui a RCPCD.

Com base nos principais achados da análise das entrevistas com os gestores da RCPCD e área técnica da pessoa com deficiência nos estados participantes e na identificação das principais barreiras para a implantação e consolidação da rede, apontamos algumas recomendações que podem contribuir para o fortalecimento desta e garantir a oferta de cuidado integral à saúde das pessoas com deficiência no SUS:

1. Fomentar a diversidade na composição do Grupo Condutor envolvendo, minimamente, COSEMS, SES e controle social, de modo a fortalecer as decisões desse espaço de governança;
2. Incentivo a implantação de GC Estaduais específicos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, conforme previsto pela Portaria nº 793/2012;
3. Reforçar a importância da manutenção e periodicidade das reuniões e trabalhos dos GC Estaduais da RCPCD de forma a subsidiar a implantação, acompanhamento e monitoramento desta rede;
4. Desenvolver orientações para o estabelecimento de fluxos de atenção à saúde das pessoas com deficiência dentro da Rede, garantindo mecanismos e instrumentos de regulação e funcionamento dos serviços especializados como referência da Rede;
5. Fomentar e instrumentalizar gestores e profissionais da RCPCD para realização de diagnóstico da situação da pessoa com deficiência a fim de subsidiar o planejamento com parâmetros e indicadores para habilitação e distribuição dos serviços com vistas a eliminar os vazios assistenciais identificados na rede;
6. Tendo em vista a inviabilidade de implementação de GC municipais, em especial nos pequenos municípios, estimular a organização de GC regionais, que sejam responsáveis pela organização das RCPCD em cada uma das regiões/macrorregiões

de saúde, atendendo às necessidades dos municípios que compõem aquela região/macrorregião;

7. Institucionalizar parâmetros e indicadores gerais para o funcionamento da rede, com incorporação nos sistemas existentes com informações que contribuam com a construção de indicadores para o monitoramento da rede.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 24, p. 49-54, 2016.
- BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Diário Oficial da União. 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Diário Oficial da União, 30 dez. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília. 2014.
- BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal, Diário Oficial da União. 2019.

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

FLEURY, S. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. *In*: Fleury, S. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde**. Editora FGV. Rio de Janeiro – RJ, v.1, n.1, 2007, p. 204-204.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200767, 2021.

CAPÍTULO 7

A ATENÇÃO BÁSICA NO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Milena Maria Cordeiro de Almeida
Larissa Riani Costa Tavares
Vladimir Andrei Rodrigues Arce
Mariana Silva Macedo
Inayê Caroline Sitolin Pereira
Tiótrefis Gomes Fernandes

A Atenção Básica (AB) é um dos componentes que integram a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), que é composta também pela Atenção Especializada e pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. A AB assume papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, devendo funcionar de modo articulado aos demais componentes para que haja garantia de acesso, acessibilidade, atenção à saúde integral e comunicação dos pontos de atenção às pessoas com deficiência (BRASIL, 2012), grupo populacional historicamente invisibilizado e desassistido (OTHERO; DALMASO, 2009).

O presente capítulo pretende caracterizar a operacionalização das ações da Atenção Básica (AB) enquanto componente da RCPCD a partir da análise dos dados primários da coleta com profissionais e gestores de estabelecimentos deste nível de atenção na pesquisa Redecin Brasil, especificamente no que se refere ao perfil sócio-ocupacional e ao conhecimento dos profissionais AB em relação à RCPCD. Para os trabalhadores ainda serão apresentadas as ações realizadas, tendo como referência o que está preconizado na Portaria de Consolidação nº 3/GM/

MS de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017a) e, ainda, para os gestores, as ações realizadas sob a perspectiva da integralidade do cuidado e da articulação com os demais pontos de atenção da rede. Os resultados serão discutidos à luz do previsto nas políticas de AB e da Rede de Cuidado e das discussões teóricas acerca dessas temáticas. Também pretende-se discutir as perspectivas e desafios das práticas e coordenação do cuidado às pessoas com deficiência neste componente da rede.

O Projeto Redecin Brasil realizou coleta de dados em oito estados brasileiros, representantes das cinco regiões geográficas do país (Amazonas-AM, Bahia-BA, Espírito Santo-ES, Mato Grosso do Sul-MS, Minas Gerais-MG, Paraíba- PB, Rio Grande do Sul-RS e São Paulo-SP), conforme descrito no capítulo 5. A pesquisa na Atenção Básica envolveu: (1) uma amostra aleatória de trabalhadores, estratificada por estado e município com partilha proporcional de número de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e outras formas de equipes ampliadas, considerando os tipos de modelos organizativos da AB; e (2) gestores de unidades de saúde da AB sorteadas como campos de coleta, a partir da amostragem de trabalhadores. O número de participantes totalizou uma amostra de 1.809 pessoas, sendo 1.555 trabalhadores e 254 gestores de unidades. Foram aplicados presencialmente e remotamente, com início em fevereiro de 2020, um questionário voltado aos trabalhadores de nível superior da AB e outro aos gestores de unidades da AB. A formulação dos questionários considerou as determinações da Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 2017 (RIBEIRO *et al.*, 2021; BRASIL, 2017a). Os dados referem-se a 90,9% da amostra inicialmente projetada pela pesquisa para trabalhadores da AB. A amostra de gestores representa o número de Unidades Básicas de Saúde visitadas para composição da amostra de trabalhadores.

Na Tabela 1 são apresentados os números absolutos e relativos de respondentes por estado, sendo possível observar que a maioria dos trabalhadores e gestores atua no estado da BA (19,4% e 25,6%, respectivamente), seguido de SP (19,0% e 16,9%), que estão entre os três estados mais populosos e com maior número de profissionais do país, além de MG, segundo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (DATASUS, 2021).

Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa, trabalhadores e gestores AB, por estado, Redecin Brasil, 2020-2021.

Categoria	AM	BA	ES	MG	MS	PB	RS	SP	Total
Trabalhador	210 (13,5%)	301 (19,4%)	71 (4,6%)	222 (14,3%)	175 (11,3%)	137 (8,8%)	144 (9,3%)	295 (19,0%)	1.555 (100%)
Gestor	23 (9,1%)	65 (25,6%)	19 (7,5%)	35 (13,8%)	33 (13,0%)	16 (6,3%)	20 (7,9%)	43 (16,9%)	254 (100%)

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Em relação ao perfil sócio-ocupacional dos profissionais e gestores participantes da pesquisa Redecin Brasil, enfermeiros (31,3%) e médicos (32,5%) representaram a maioria dos trabalhadores respondentes, seguidos por cirurgiões dentistas (16,4%). Outras categorias profissionais que participaram foram: assistente social (4,4%), fisioterapeuta (3,4%), nutricionista (2,8%), farmacêutico (2,6%), psicólogo (2,5%), fonoaudiólogo (1,4%), profissional de educação física (1%), terapeuta ocupacional (0,7%) e outras (0,4%). Observa-se na Tabela 2 que a maioria dos trabalhadores eram mulheres (74,9%), com idade média de 39,9 anos (Desvio Padrão, DP=11,1), integrantes de Equipes da Saúde da Família (eSF) (62,4%), com tempo médio de experiência na equipe de 5,1 anos (DP=6,2) e de tempo de experiência na AB de 8,7 anos (DP=8,2). Entre os gestores de unidades, a maioria também era do sexo feminino (83,1%), idade média de 41,4 anos (DP=9,5), média de tempo de atuação na gestão da unidade de 4,3 anos (DP=5,8), e os tipos de equipe mais frequentemente presentes nas

Unidades em que atuam foram: eSF (79,1%) e Equipes de Saúde Bucal, eSB (presente em 59,4%) (Tabela 2).

Tabela 2. Perfil sócio-ocupacional dos trabalhadores e gestores dos estabelecimentos da Atenção Básica (AB) participantes da pesquisa Redecin Brasil, 2020-2021.

Variáveis	Trabalhadores n = 1.555	Gestores n = 254
Sexo		
Feminino	1163 (74,9%)	211 (83,1%)
Masculino	391 (25,1%)	43 (16,9%)
Idade - Média e DP*	39,9 ± 11,1	41,4 ± 9,5
Tipos de equipe - (múltiplas alternativas)		
eAB (Equipe da AB Modelo Tradicional)	383 (24,6%)	109 (42,9%)
eSF (Equipe de Saúde da Família)	970 (62,4%)	201 (79,1%)
eSB (Equipe de Saúde Bucal)	167 (10,7%)	151 (59,4%)
Equipe ampliada (NASF-AB ou outras composições)**	198 (12,7%)	99 (38,9%)
Demais tipos***	23 (1,5%)	101 (39,7%)
Tempo de atuação - Média ± DP		
Tempo de experiência na equipe (anos)****	5,1 ± 6,2	---
Tempo de experiência na AB (anos)****	8,7 ± 8,2	---
Tempo que atua na gestão da unidade (anos)	---	4,3 ± 5,8

*68 missings para idade de trabalhadores.

**NASF-AB: Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica - Trabalhadores 188; Gestores 90. Outras formas de equipe ampliada, não formalizada como NASF-AB - Trabalhadores 9; Gestores 9.

***Demais tipos citados - Trabalhadores: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) 12; Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) 4; Equipe de Saúde da Família Fluviais (eSFF) 3; Equipe de Consultório na Rua (eCR) 1; Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP) 5, Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI) 3; Outros 30. Gestores: EACS 81, eSFR 1, eCR 5, eABP 5, EMSI 4.

****1 missing para tempo de experiência AB e experiência na equipe.

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Em relação ao formato das equipes, observou-se que mais da metade dos gestores informaram a existência de eSF, eSB e NASF-AB vinculados à unidade que gerenciam. Também foi elevado o percentual de trabalhadores que atuam em eSF. Destaca-se a importância de políticas

federais de fomento, uma vez que para essas três modalidades de equipe houve períodos de incentivo financeiro à sua implantação, resultando numa expansão do número destas equipes nas diversas regiões do país.

Destaca-se, também, que até o ano de 2017, equipes NASF-AB atuavam exclusivamente de forma vinculada à Estratégia de Saúde da Família, tendo como diretriz o trabalho em equipe, em detrimento da inserção de profissionais isoladamente, representando o arranjo organizacional das equipes de referência e apoio matricial, além de uma metodologia de gestão do trabalho interdisciplinar em saúde que visa ampliar o potencial de resolutividade da AB, diminuindo a fragmentação relacionada ao excesso de especialização das ocupações em saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Esse formato de gestão do trabalho na AB favorecia a construção de novas ações com vistas à ampliação do acesso ao cuidado em saúde no território, incluindo as de reabilitação, proporcionando maior adesão da população às unidades de saúde, qualificando, ou mesmo diminuindo, assim, a demanda por serviços especializados da rede (BRASIL, 2017b). A partir de 2017, as modificações instituídas pela reformulação da Política Nacional da Atenção Básica (BRASIL, 2017c) determinaram a vinculação de eSB e NASF-AB também a outras Unidades de Atenção Básica de diferentes modalidades (BRASIL, 2019), fragilizando a lógica de fomento ao trabalho em equipe. Houve também a interrupção de credenciamento de novas equipes e do incentivo financeiro ao NASF-AB (BRASIL, 2020), abrindo espaço para uma possível redução significativa da presença de equipes de apoio matricial ao longo dos próximos anos.

São apresentadas na Tabela 3 as informações sobre o conhecimento que os trabalhadores e gestores de unidades possuem sobre a RCPCD, além do conhecimento das equipes AB a partir da perspectiva dos gestores. Entre os trabalhadores, a maioria indicou conhecimento parcial (38,3%) ou conhecimento superficial (30,9%) da Rede no município. Entre

gestores, embora a maioria refira conhecer razoavelmente a Rede (39,9%), são elevadas as proporções dos que não conhecem (17,7%) e conhecem superficialmente (29,5%); e, sob a perspectiva destes gestores, 14,4% acreditam que as equipes não conhecem e 25,5% conhecem superficialmente os serviços de saúde desta rede presentes no município.

Os gestores ainda referiram que, em relação ao conhecimento sobre os demais serviços de saúde direcionados à RCPCD presentes em outros municípios da Região de Saúde, as equipes sob sua gestão não conhecem (42,9%) ou conhecem superficialmente (24,4%). Em relação ao conhecimento sobre a Portaria 793/2012, que trata da implementação da RCPCD, a maioria dos gestores refere conhecer superficialmente (40,6%) ou não conhecer (20,1%).

Tabela 3. Conhecimento da RCPCD entre trabalhadores, gestores de unidades e equipes AB (sob a perspectiva dos gestores) nos oito estados do Brasil, Redecin Brasil, 2020-2021.

Questão	Não conhece	Conhece superficialmente	Conhece parcialmente	Conhece totalmente
Trabalhadores: conhece a RCPCD do seu município?	383 (24,6%)	480 (30,9%)	596 (38,3%)	96 (6,2%)
Gestores: conhece a RCPCD do seu município?	42 (16,5%)	78 (30,7%)	102 (40,2%)	32 (12,6%)
Equipe: conhece os equipamentos de saúde da RCPCD do município? **	36 (14,2%)	66 (26,0%)	112 (44,1%)	40 (15,7%)
Equipe: conhece os equipamentos de saúde da RCPCD dos outros municípios da Região de Saúde? **	109 (42,9%)	62 (24,4%)	80 (31,5%)	3 (1,2%)
Gestores: conhece a Portaria 793/2012, que trata da implementação da RCPCD?	51 (20,1%)	103 (40,6%)	85 (33,5%)	15 (5,9%)

** Para as questões referentes ao conhecimento das equipes, sob a perspectivas dos gestores, as categorias de respostas foram: não conhece; conhece pouco (no lugar de conhece superficialmente); conhece alguns (no lugar de conhecer superficialmente); e conhece todos (no lugar de conhece totalmente).

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Podemos considerar que cabe à AB, sob uma perspectiva abrangente, ou seja, não na perspectiva seletiva ou meramente programática, a coordenação do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde, sendo

este um atributo essencial que visa fortalecer a perspectiva de reorientação do modelo de atenção à saúde no SUS (LIMA, *et al.*, 2012). E, neste sentido, o alto percentual de desconhecimento ou conhecimento superficial de profissionais da AB sobre a RCPCD revela uma provável fragilidade na organização da prestação de cuidado integral a essa população, especialmente por esse desconhecimento limitar, em alguma medida, a condução dos casos na Rede.

Essa realidade coloca em risco a efetivação do cuidado em redes, tendo em vista que os diferentes pontos de atenção devem compartilhar objetivos em comum, por meio de uma ação cooperativa e interdependente, permitindo a oferta de uma atenção contínua e integral aos usuários (MENDES, 2011), o que é menos viável à medida que a AB não esteja inserida de maneira orgânica neste contexto. Essa questão acaba sendo reforçada também em relação aos gestores, embora apresentem percentuais um pouco melhores de conhecimento da rede em comparação aos trabalhadores.

Vale ressaltar o fato de haver uma diferença importante em relação à proporção de conhecimento da RCPCD pela equipe de trabalhadores na visão dos gestores se comparado à resposta dos próprios trabalhadores, e o menor tempo de atuação na gestão, se comparado ao tempo de trabalho nas equipes, pode estar relacionado a esta questão. Todavia, tal fato evidencia que um importante desafio a ser enfrentado no processo de implantação da rede, pode estar vinculado ao próprio processo de gestão do trabalho, comunicação e informação dentro das Unidades de Saúde da Família, pois estas muitas vezes são marcadas por alta rotatividade do cargo de gestão e por uma perspectiva burocrática e pouco participativa que dificulta que gestores conheçam suas equipes de maneira satisfatória, sendo fundamental que estejam cientes e atentos às diversas necessidades de qualificação dos trabalhadores.

Embora seja importante salientar que o protagonismo das equipes na AB tem se mostrado fundamental e que a gestão do cuidado não é

sinônimo de gestão dos serviços, de modo geral se observa uma tendência à reprodução de modelos de gerência de serviços AB desenvolvidos originalmente para a administração de empresas, sob influência do ideário gerencialista, e um dos pontos críticos desse modelo é o não reconhecimento da autonomia das equipes na gestão do cuidado (MELO; MATTOS, 2018).

Tendo em vista que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) devem ser organizadas em regiões de saúde que articulam diferentes municípios (LIMA *et al.*, 2012), a alta frequência de desconhecimento da equipe sobre os equipamentos de saúde fora de seu município pode evidenciar um possível isolamento da AB no que diz respeito à organização da RCPCD em sua amplitude. Isso se torna mais crítico sobretudo ao se considerar a realidade de municípios de pequeno e médio porte que contam majoritariamente com unidades de AB e que carecem de uma pactuação integrada de serviços para que a população possa efetivamente acessar os cuidados em outros níveis de atenção de forma organizada. Essa questão está relacionada ao fato de que a integração das redes regionalizadas ainda prevê poucos mecanismos que legitimem a AB como coordenadora de cuidados na rede intermunicipal, deixando o profissional como coordenador restrito, quando muito, ao espaço intramunicipal (SANTOS, 2018).

Na Tabela 4 são dispostas as respostas dos trabalhadores em relação à realização de ações preconizadas pela Portaria RCPCD para o componente da AB (BRASIL, 2012). Nota-se que as ações mais realizadas, segundo os trabalhadores são: apoio e orientação às famílias e acompanhantes das pessoas com deficiência (47,5% sempre e 36,8% na maioria das vezes); implementação na rotina de trabalho de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência (36,4% na maioria das vezes e 27,7% sempre); o acompanhamento e cuidado dessas pessoas no domicílio (31,2% sempre e 33,0% na maioria das vezes); e a identificação precoce das deficiências, por

meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância (41,8% na maioria das vezes e 21,7% sempre). Cerca de metade dos trabalhadores também refere ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas (30,7% na maioria das vezes e 21,5% sempre) e o acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme necessidades (28,6% na maioria das vezes e 20,4% sempre).

Destaca-se que as seis ações listadas acima como as mais realizadas estão relacionadas a processos de trabalho tipicamente observados nas equipes da AB, que envolvem orientação aos usuários e famílias; acolhimento e classificação de risco; acompanhamento na atenção domiciliar; atenção no pré-natal e primeira infância; educação em saúde visando prevenção, e acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros dois anos de vida. Dessa forma, ações preconizadas na portaria da RCPCD que estejam de alguma forma relacionadas ao rol de ações que as equipes da atenção básica executam em seus processos de trabalho tradicionalmente, tiveram maior percentual de cumprimento/realização.

Por outro lado, conforme dados da Tabela 4, a maioria dos trabalhadores refere quase não ter participado (nunca ou raramente) de três das ações preconizadas da Portaria 793/2012, quais sejam: criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientem a atenção à saúde das pessoas com deficiência; incentivo e desenvolvimento de ações articuladas com recursos da própria comunidade que promovam inclusão e a qualidade de vida das pessoas com deficiência; apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, de educadores, famílias e a comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência. Mesmo assim, a maioria (70,7%) dos trabalhadores considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza às pessoas com deficiência atende às necessidades e demandas deste público, evidenciando

que é preciso ampliar o olhar dos trabalhadores para a complexidade que deve envolver o cuidado às pessoas com deficiência na AB.

Tabela 4. Realização de ações preconizadas na Portaria 793/2012 entre trabalhadores da Atenção Básica nos oito estados do Brasil, Redecin Brasil, 2020-2021.

Questão	Nunca	Raramente	Na maioria das vezes	Sempre	Não se aplica
Identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância?	54 (3,5%)	197 (12,7%)	650 (41,8%)	338 (22,7%)	315 (20,3%)
Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida. tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme necessidades?	112 (7,2%)	308 (19,8%)	445 (28,6%)	317 (20,4%)	373 (24,0%)
Ações de educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas?	243 (15,6%)	498 (32,0%)	478 (30,7%)	335 (21,5%)	-
Participa da criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientem a atenção à saúde das PcD?	693 (44,6%)	543 (34,9%)	240 (15,4%)	78 (5,0%)	-
Incentiva e desenvolve ações articuladas com recursos da própria comunidade, que promovam inclusão e a qualidade de vida das PcD?	431 (27,7%)	544 (35,0%)	416 (26,8%)	162 (10,4%)	-
Implementa, em sua rotina de trabalho, estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para PcD?	164 (10,5%)	393 (25,3%)	566 (36,4%)	431 (27,7%)	-
Acompanhamento e cuidado à saúde das PcD na atenção domiciliar?	270 (17,4%)	287 (18,5%)	513 (33,0%)	485 (31,2%)	-
Apoia e orienta as famílias e acompanhantes das PcD?	47 (3,0%)	197 (12,7%)	572 (36,8%)	739 (47,5%)	-
Apoia e orienta, por meio do Programa Saúde na Escola, os educadores, as famílias e a comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das PcD?	540 (34,7%)	461 (29,6%)	367 (23,6%)	187 (12,0%)	-
Considera que a atenção à saúde que sua equipe viabiliza à PcD atende às necessidades e demandas deste público?	27 (1,7%)	428 (27,5%)	947 (60,9%)	152 (9,8%)	-

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Nota-se que a alta referência à realização de ações de acolhimento de pessoas com deficiência evidencia e reforça a potencialidade da AB em romper com a segregação bem como com a lógica especializada que historicamente orienta o cuidado à saúde destes sujeitos no SUS. O

acolhimento tem sido entendido como estratégia de vigilância em saúde para a produção do cuidado integral na AB (SILVA *et al.*, 2018), de modo a garantir a universalidade no acesso, produzindo escuta qualificada, responsabilização, vínculo e resolubilidade (MARTINS *et al.*, 2019). É, portanto, uma ação necessária no processo de reconhecimento das reais necessidades e demandas dessa população, desempenhando importante papel na organização do processo de trabalho das equipes de AB, as quais passam a ter que produzir novas formas de cuidado frente ao descortinamento de problemas de saúde até então invisibilizados nos territórios. Isso já pode ser percebido na alta referência dos gestores a ações de qualificação do pré-natal com vistas à identificação precoce de deficiências e atenção na primeira infância, atenção domiciliar e ao acompanhamento e suporte às famílias de recém-nascidos de alto risco. Além disso, essa ação pode ser compreendida como estratégica para a implantação de novas ações, sobretudo aquelas identificadas como frágeis na realidade estudada, como a criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientem a atenção à saúde das pessoas com deficiência.

Ainda assim, evidencia-se uma importante ampliação da oferta de serviços da AB para pessoas com deficiência, ponto fundamental para a afirmação do atributo da longitudinalidade do cuidado, ou vínculo longitudinal, que diz respeito à relação terapêutica estabelecida entre paciente e profissionais da equipe de AB, elemento que se configura como uma necessidade observada na realidade estudada, e que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo (CUNHA; GIOVANELLA, 2011), e que é fortalecido na medida em que o cardápio de ações se amplia.

No entanto, a baixa referência à realização de ações articuladas com recursos da própria comunidade que promovam inclusão e qualidade de vida de pessoas com deficiência, evidencia que ainda é preciso ampliar

a lógica do cuidado às pessoas com deficiência no território, pois esta lógica se mostra majoritariamente centrada nos espaços institucionais dos serviços de saúde, sendo preciso extrapolar tais limites e compreender esses espaços como estratégicos para pensar um cuidado que dialogue de forma coerente com as necessidades de saúde do território. O processo de cuidado, a exemplo da reabilitação, deve ocorrer através da ampliação de trocas e redes sociais, pois é a interação real do sujeito em seu contexto que dá sentido ao processo (OLIVER; ALMEIDA, 2001).

Essa articulação é premissa fundamental para a superação do modelo biomédico hegemônico, em que os esforços se concentram na cura ou correção de desvios do corpo, em direção ao modelo social¹, o qual tem seus esforços concentrados na modificação de estruturas sociais que provocam ou reforçam a deficiência (VAZ *et al.*, 2019). Para tanto, a participação comunitária e a intersetorialidade representam importantes eixos para o fortalecimento do cuidado integral à saúde que devem ser fomentados. Essa fragilidade também pode ser observada na incipiente relação da AB com a Rede Educacional, que igualmente apareceu nos resultados do questionário aplicado aos Centros Especializados em Reabilitação, CER conforme pode ser verificado no Capítulo 8 do presente livro, demonstrando que ainda é pouco frequente essa ação intersetorial no cuidado às pessoas com deficiência nos diversos componentes da rede.

A operacionalização das ações previstas na interface entre a AB e a RCPCD representa um desafio, já que requerem um modelo de atenção abrangente, orientado pela perspectiva do acesso universal, integralidade, interdisciplinaridade, longitudinalidade e coordenação da atenção. Essa perspectiva deveria ainda levar à construção de um cuidado ampliado, embasado em análises da situação de saúde que considerem os determinantes sociais, superando o modelo biomédico e assistencialista,

¹ Para uma discussão mais aprofundada e maior conhecimento sobre o Modelo Social da Deficiência, indicamos a leitura do Capítulo 1 deste livro.

ainda hegemônico (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2009). Além disso, é preciso reconhecer que as ações da RCPCD se somam às demais atribuições dos profissionais e trabalhadores de saúde da AB, relacionadas a outras ações programáticas e às necessidades e problemas dos territórios cobertos por essas equipes.

Na Tabela 5 é possível observar a informação por parte dos gestores de que a articulação do cuidado às pessoas com deficiência com outros pontos da rede não é realizada de forma sistemática, sendo a resposta “às vezes” a mais frequente para a maioria dos aspectos investigados (acesso aos serviços, manejo clínico adequado, medida preventivas para limitação da incapacidade e manutenção da função atual e apoio matricial). Destaca-se, porém, que embora a maioria dos gestores tenha referido receber o apoio matricial, ainda é elevado o percentual dos que informam que nunca (19,3%) ou raramente receberam este apoio (18,5%), conforme Tabela 5.

Tabela 5. Articulação com os demais pontos de rede e a garantia do cuidado às pessoas com deficiência, segundo gestores de unidades da AB em oito estados do Redecin Brasil, 2020-2021.

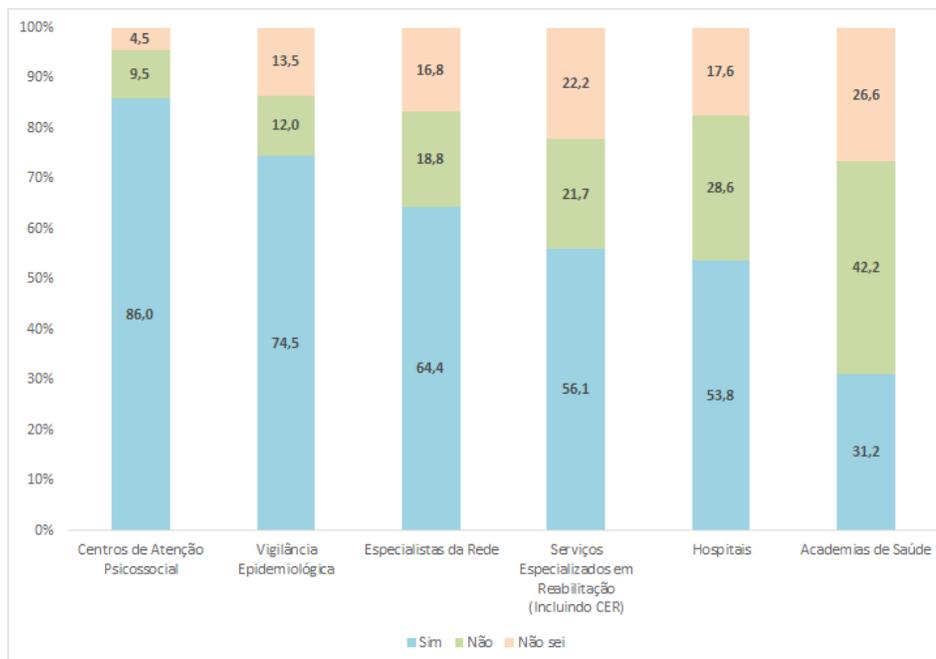
Pergunta	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre
Articula com demais pontos da Rede de modo a garantir à Pessoa com Deficiência:				
- Acesso aos serviços da Rede	15 (5,9%)	31 (12,2%)	111 (43,7%)	97 (38,2%)
- Comunicação entre os níveis de atenção	15 (5,9%)	31 (12,2%)	101 (49,8%)	107 (42,1%)
- Manejo clínico adequado para sua condição	11 (4,3%)	27 (10,6%)	125 (49,2%)	91 (35,8%)
- Medidas preventivas para a limitação da incapacidade, diante de uma deficiência já instalada	24 (9,4%)	34 (13,4%)	137 (53,9%)	59 (23,2%)
- Compreensão de sua perda funcional e manutenção de sua função atual	19 (7,5%)	31 (12,2%)	127 (50,0%)	77 (30,3%)
Equipe recebe apoio matricial de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos voltados à PcD	49 (19,3%)	47 (18,5%)	91 (35,8%)	67 (26,4%)

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Na Figura 1 são apresentados os pontos da rede relatados pelos gestores como apoiadores no cuidado, por meio do apoio matricial, sendo

os principais: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (67,7%); Vigilância Epidemiológica (58,7%); Especialistas da Rede (51,2%), e Serviços Especializados em Reabilitação, incluindo CER (43,7%).

Figura 1. Pontos da Rede que ofertam apoio matricial às Unidades de Saúde Atenção Básica no cuidado à pessoa com deficiência, segundo informações dos gestores.



Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

Assim, apesar da fragilização do processo de articulação entre os níveis de atenção, a RCPCD cumpre, ainda que de forma assistemática, um papel fundamental como dispositivo promotor e facilitador dessa comunicação entre diferentes profissionais e pontos de atenção. Destaca-se, no entanto, que os dois locais citados com maior percentual (CAPS e Vigilância Epidemiológica) desenvolvem apoio matricial e ações de educação permanente para profissionais da atenção básica para diversos temas relacionados à saúde como prática frequente em seus processos de

trabalho. Assim, embora ambos os serviços não sejam citados na portaria como componentes da RCPCD, e provavelmente parte das ações de apoio matricial seja referente a temas gerais, o hábito de diálogo entre atenção básica e estes serviços favorece que atuem inclusive no apoio voltado a demandas de pessoas com deficiência com maior percentual de respostas do que os próprios pontos específicos da RCPCD, como CER e Hospitais. Nesse sentido, o estabelecimento de ferramentas, a exemplo do apoio matricial no processo de trabalho das equipes dos diversos serviços da rede, possui o potencial de tornar a construção do cuidado mais dialogada, eficiente e horizontalizada (CAMPOS; DOMITTI, 2007), buscando superar a fragmentação do cuidado dentro da rede, sendo importante a ampliação de seu uso nos diversos pontos da rede.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: PERSPECTIVAS E DESAFIOS DAS PRÁTICAS E COORDENAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA AB

Os dados demonstram percentual importante de gestores e profissionais dos serviços que referem desconhecimento dos estabelecimentos que compõem a RCPCD, demandando ações que incentivem a publicização e articulação dos estabelecimentos que compõem a rede nas diferentes regiões de saúde, favorecendo a integração com demais pontos, como: produção de materiais de divulgação dos pontos da rede; fomento à apropriação, por gestores e profissionais, dos planos de ação de suas regiões; criação de espaços de articulação e pactuação entre os pontos de atenção, como fóruns, comissões; fortalecimento/implantação de grupos condutores regionais/municipais da RCPCD.

Embora a RCPCD ainda seja pouco conhecida por parte de trabalhadores e gestores, a maioria dos trabalhadores refere realizar as ações previstas pela portaria desta na AB, existindo maior frequência das ações

que estão relacionadas ao rol de atividades que já são tradicionalmente realizadas neste nível de atenção. Consideram que suas equipes, na maioria das vezes, viabilizam atenção à saúde que atende às necessidades e demandas das pessoas com deficiência. Essa questão carece de maior investigação, tendo em vista que a criação de linhas de cuidado e implementação de protocolos clínicos que orientem a atenção à saúde dessa população esteve entre as ações menos realizadas pelos trabalhadores, o que pode expressar um limite na construção do cuidado longitudinal à essas pessoas na rede. Também foi observada uma limitação na realização de ações intersetoriais, especialmente as relacionadas às escolas e outros recursos da própria comunidade, o que representa uma oportunidade perdida, uma vez que a AB tem grande potencial de promover a inclusão e qualidade de vida das pessoas com deficiência por sua atuação no território e mais próximo da realidade dessa população.

Trabalhadores da AB tendem, portanto, a desenvolver com maior frequência, dentre as ações preconizadas na portaria, aquelas já vinculadas ao seu cotidiano, e ações mais específicas voltadas às pessoas com deficiência, que dependem muitas vezes de ações intersetoriais, são desenvolvidas de forma insuficiente. O incentivo a práticas que favorecem a intersetorialidade, em especial na articulação das equipes da Atenção Básica com escola e comunidade são fundamentais, a exemplo do Programa Saúde na Escola e o NASF-AB.

Ressalta-se que, em relação ao apoio matricial, embora a maioria dos gestores tenha referido receber, ainda é elevado o percentual dos que nunca ou raramente recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos voltados às pessoas com deficiência.

Outro desafio importante, relacionado ao processo de trabalho das equipes da AB, de modo geral, mas que também se refere às ações voltadas às pessoas com deficiência e as de reabilitação, é a avaliação e o

monitoramento das ações desenvolvidas, proporcionando a reflexão sobre os resultados alcançados, os facilitadores e dificuldades do processo e a valorização do trabalho das equipes. Dentro da perspectiva da avaliação, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (BRASIL, 2011) inclui em seu segundo e terceiro ciclos perguntas sobre o cuidado às pessoas com deficiência na AB, especialmente no que se refere ao trabalho das equipes NASF-AB (BRASIL, 2013, 2017d). Porém, não foram encontrados estudos que analisem os dados PMAQ-AB relacionados à atenção a essa população específica na AB, além de serem poucos os estudos publicados na interface AB e RCPCD, ou esse nível de atenção às pessoas com deficiência.

Considera-se que o papel da coordenação do cuidado pela Atenção Básica dentro da RCPCD é estratégico e fundamental para efetivação da integração da rede, portanto, iniciativas que relativizam a estratégia e diminuem o investimento sobre ela vão de encontro ao princípio da integralidade (ALMEIDA *et al.*, 2018). A desestruturação dos serviços SUS, incluindo a AB, vem acontecendo através do processo de desfinanciamento estrutural do SUS que se deu a partir da aprovação da Emenda Constitucional 95 (NORONHA *et al.*, 2018), aliado às mudanças recentes na política de financiamento da AB, que relativizam a lógica do acesso universal (BRASIL, 2019). Estes retrocessos também atingem a integração da AB e a RCPCD, na medida em que se desconfiguram equipes e processos de trabalho, incluindo a extinção dos NASF-AB (BRASIL, 2020), enfraquecendo um modelo de atenção ampliado e transformador.

Assim, a pesquisa Redecin Brasil, a partir da sua delimitação metodológica, como um estudo com dados primários coletados com profissionais e gestores da AB nos oito estados participantes da pesquisa, avança na construção de informações sobre as práticas e articulação do cuidado às pessoas com deficiência na AB, a partir das ações previstas na Política da RCPCD.

Por fim, para a ampliação e qualificação das atribuições da Atenção Básica na RCPCD, destaca-se a importância de ações transversais aos diferentes níveis de atenção como: presença da gestão AB nos espaços de governança, a exemplo dos Grupos Condutores; ampliação e capilarização dos equipamentos da rede a fim de garantir acesso e acessibilidade equânime e integral às pessoas com deficiência; capacitação de gestores e trabalhadores dos serviços, fomentando o cuidado compartilhado das pessoas com deficiência pela AB e serviços especializados; instrumentalização e sensibilização de gestores e trabalhadores AB na institucionalização do apoio matricial, criação de linhas de cuidado e criação e implantação de protocolos clínicos no âmbito nacional e local, e implementação do Projeto Terapêutico Singular, bem como garantia de equipes NASF-AB ou outros formatos de equipes ampliadas; além da vinculação das equipes, das pessoas com deficiência e suas famílias aos diferentes pontos de atenção, de modo integrado e orientado pela lógica do território, acolhimento e classificação de risco.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, P. F. *et al.* Coordenação do cuidado e Atenção Primária à saúde no Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, p. 244-260, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654 de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011
- BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrumento de Avaliação Externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da

Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 2º Ciclo. Brasília, 2013.

BRASIL. Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas em reabilitação na AB: o olhar para a funcionalidade na interação com o território**. Brasília, 2017b.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2017c.

BRASIL. **Instrumento de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica, Saúde Bucal e NASF (Saúde da Família ou Parametrizada)**. Instrumento de avaliação externa do Saúde mais perto de você – acesso e qualidade. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), 3º Ciclo. – Brasília, 2017d. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/Instrumento_Avaliacao_Externa_AB_SB.pdf. Acesso em: 25 jan 2022

BRASIL. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. In: **Diário Oficial da União**. Brasília, 2019.

BRASIL. **Nota técnica nº 3/2020** - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. **Diário Oficial da União**, 2020.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1029-1042, 2011.

DATASUS. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/menu_tabnet_php.html. Acesso em: 19 out. 2021.

- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 575-625
- LIMA, L. D. *et al.* Regionalização da Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 823-852.
- MARTINS, A. C. T. *et al.* O Projeto AcolheSUS na Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 6, p. 2095-2103, 2019.
- MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M *et al.* (Org.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil. Conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 95-116.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 54 9p.
- NORONHA, J. C. *et al.* Notas sobre o futuro do SUS: breve exame de caminhos e descaminhos trilhados em um horizonte de incertezas e desalentos. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 23, n. 6, p. 2051-2059, 2018.
- OLIVER, F. C.; ALMEIDA, M. C. Abordagens comunitárias e territoriais em reabilitação de pessoas com deficiências. In: DE CARLO, M. M. R. P., BARTALOTTI, C. **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001. p. 81-98.
- OTHERO, M. B., DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.
- RIBEIRO, K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 25, p. 1-16, 2021.
- SANTOS, A. M. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios à integração assistencial e à coordenação do cuidado**. Salvador: EDUFBA, 2018. 311p.
- SILVA, T. F. *et al.* O acolhimento como estratégia de vigilância em saúde para produção do cuidado: uma reflexão epistemológica. **Saúde em Debate**. v. 42, n. spel, p. 249-260, 2018.
- VAZ, D. V. *et al.* Tensões e possibilidades no campo da reabilitação sob a ótica dos estudos da deficiência. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 27, n. 4, p. 917-928, 2019.

CAPÍTULO 8

CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO: O CORAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Silvia LANZIOTTI Azevedo da Silva
Kátia SUELY Queiroz Silva Ribeiro
Neidimila Aparecida Silveira
Natasha Seleidy Ramos de Medeiros
Rafaela Raulino Nogueira
Jorge Henrique Santos Saldanha

APRESENTAÇÃO

O cuidado à saúde das pessoas com deficiência historicamente ficou a cargo dos serviços de reabilitação, os quais buscaram atender às diversas necessidades desse público, sem conseguir, evidentemente, assegurar o cuidado de forma integral. Mesmo com a lógica do cuidado em Rede e tendo a Atenção Básica (AB) como centro de comunicação, os Centros Especializados em Reabilitação (CER) continuam a ocupar papel central no cuidado à saúde das pessoas com deficiência.

O presente capítulo discute a centralidade do CER enquanto componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), sua expansão a partir da publicação da Portaria 793/2012 e as características e o processo de trabalho dos profissionais destes centros. Foi construído com base nos resultados de uma análise espacial, na qual foram produzidos mapas temáticos, a partir da coleta dos dados secundários na plataforma do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); de análise de documentos referentes à RCPCD; e dos questionários que foram aplicados com profissionais dos CER nos estados participantes do projeto Redecin Brasil.

ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizadas por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde na função de prestar assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011). O conceito de redes engloba ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que se integram por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão na busca de garantir a integralidade e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2012).

A reestruturação do SUS no modelo das redes de atenção configura-se em estratégia fundamental para que se possa superar o modelo biomédico, em uma perspectiva de avanço e de mudança do paradigma fragmentado e desarticulado para um cuidado centrado na pessoa com deficiência. Historicamente, as instituições de reabilitação funcionaram como instituições segregadoras, nos modelos de asilos para moradia e trabalho de “pessoas deficientes”. Essas instituições deveriam resolver os problemas das “pessoas deficientes” e respondiam aos sentimentos de pena e rejeição que eram direcionados socialmente a esse grupo (ROCHA, 2019).

A Atenção Especializada (AE) estabelece-se como lugar de referência de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação. O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. Pode ser organizado em três diferentes modalidades, a depender do tipo e da quantidade de serviços especializados de reabilitação: CER II - composto por dois serviços

de reabilitação habilitados; CER III - composto por três serviços de reabilitação habilitados; CER IV - composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados (BRASIL, 2012). As normativas responsáveis pelo estabelecimento dos requisitos mínimos necessários para os componentes da AE da RCPCD estão previstas na Portaria 1.303/2013, constando das informações necessárias para que os municípios ou instituições possam dar início aos trabalhos para a habilitação de um CER (BRASIL, 2013).

TIPOS DE CER E SUA DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL PELO TERRITÓRIO NACIONAL

A Pesquisa Nacional de Saúde (2019), estima que no Brasil existem 17,3 milhões de pessoas com deficiência (pessoas com 02 anos ou mais de idade), relacionada à perda parcial grave ou total de uma ou mais de suas funções corporais, equivalente a 8,4% da população brasileira. Com relação ao tipo de deficiência, daqueles que declararam ter muita dificuldade ou não conseguir realizar a função de modo algum, 13,3 milhões (6,5%) da população brasileira declararam ter deficiência física, sete milhões (3,4%) deficiência visual, 2,5 milhões (1,2%) deficiência intelectual e 2,3 milhões de pessoas (1,1%) têm deficiência auditiva (IBGE, 2019).

Nas diferentes regiões brasileiras, podemos observar na Tabela 1 que o maior quantitativo de serviços assistenciais em todas as regiões é do CER tipo II (65,3%) e que o menor quantitativo de oferta é referente ao CER IV (11,2%). Ainda na Tabela 1, é possível perceber que a modalidade que se destaca em quantidade é a de reabilitação física e a de menor quantidade a de reabilitação visual.

Tabela 1. Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação (CER), segundo o tipo e modalidade nas regiões brasileiras no ano de 2020.

Tipo de CER	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-oeste	Total
CER II	15 (9,15%)	57 (34,8%)	54 (33,0%)	17 (10,3%)	21 (12,8%)	164 (65,3%)
CER III	6 (10,2%)	19 (32,2%)	27 (45,8%)	4 (6,8%)	3 (5,0%)	59 (23,5%)
CER IV	3 (10,7%)	9 (32,2%)	13 (46,4%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)	28 (11,2%)
Total	24 (9,5%)	85 (33,9%)	94 (37,5%)	22 (8,7%)	26 (10,4%)	251 (100%)
Modalidade de Reabilitação*						
CER/Física	22	78	83	17	26	226
CER/Intelectual	17	77	82	13	25	214
CER/Auditiva	14	30	43	10	8	105
CER/Visual	5	19	30	6	2	62
Total	58	204	238	46	61	607

*O quantitativo total se mostra superior devido um mesmo CER apresentar dois ou mais tipos de reabilitação.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2021.

A Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2019), estimou que em relação a população total da região, o Nordeste e o Sudeste possuem o maior percentual de pessoas com deficiência, 9,9% e 8,1%, respectivamente. No entanto, embora se tenha essa concentração dos serviços nessas regiões, o percentual de pessoas com deficiência nas demais regiões é equivalente: região Sul com 8%, região Norte com 7,7% e o Centro-Oeste 7,1%.

De acordo com os percentuais apresentados acima e utilizando a estimativa populacional por região brasileira, disponibilizada pelo IBGE (2019), o quantitativo aproximado de pessoas com deficiência na região Sudeste é de 7,1 milhões, na região Nordeste é de 5,7 milhões, na região Sul é de 2,4 milhões, na região Norte é de 1,4 milhões e na região Centro-Oeste é de 1,1 milhões de pessoas com deficiência.

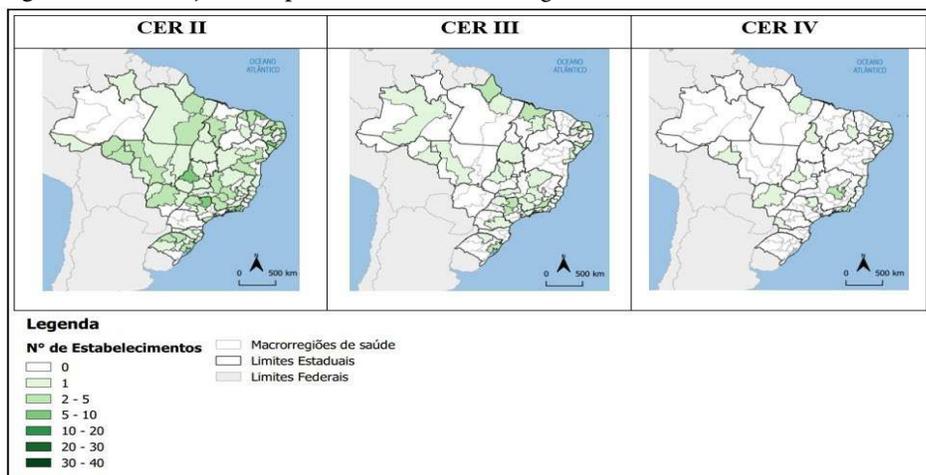
Embora a região Sul alcance o terceiro lugar no *ranking* de regiões brasileiras com maior quantitativo de pessoas com deficiência, é possível destacar que ela apresenta aproximadamente 8,7% da concentração de todos os CER. Quando calculada a razão entre o número de pessoas com deficiência e o quantitativo geral

de CER por região, a região Sul assume o primeiro lugar com aproximadamente 109 mil habitantes por serviço, seguido da região Sudeste (75,5 mil habitantes por serviço), região Nordeste (67 mil habitantes por serviço), região Norte (58,3 mil habitantes) e, por fim, a região Centro-Oeste (42,3 mil habitantes). Diante disso, sugere-se que seja repensada a distribuição desses serviços entre as regiões e dentro do próprio estado de forma a melhorar a distribuição desses serviços e disponibilizá-los nas diversas macrorregiões de saúde.

As regiões Nordeste e Sudeste concentram os maiores quantitativos de ofertas de todos os tipos de CER, com concentração de cerca de 67,8% dos CER II, 78% dos CER III e 78,6% dos CER IV do país. Destacamos que na região Nordeste ocorreu um aumento significativo de número de CER após o ano de 2015, quando foi lançado o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, onde foi previsto no Eixo II a ampliação do atendimento desse público prevista no Plano Viver sem Limite, com a implantação de novos centros de reabilitação.

As figuras 1 e 2, apresentam a distribuição espacial dos tipos de CER por macrorregiões de saúde, permitindo visualizar os vazios assistenciais dentro do país.

Figura 1. Distribuição dos tipos de CER nas macrorregiões de saúde do Brasil no ano de 2020.

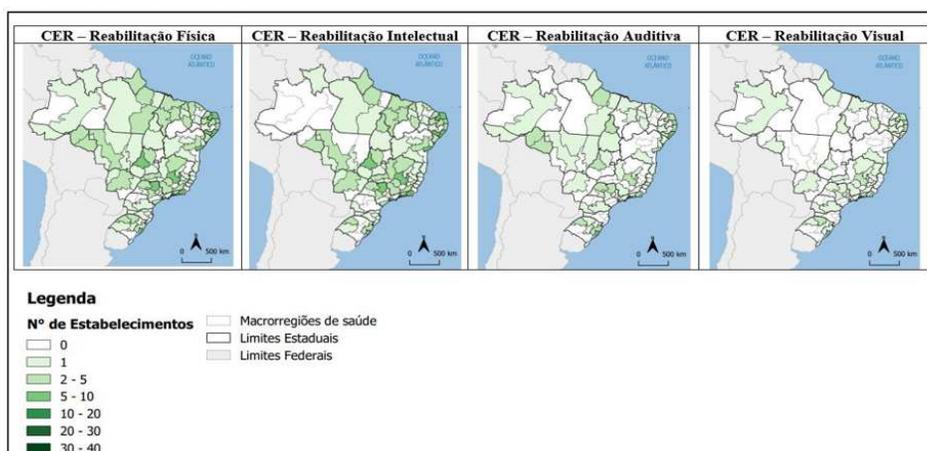


Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2020.

Na região Norte o CER II está presente em todos os estados, exceto no Amazonas; o CER III está presente no Amazonas, em Rondônia, no Pará e no Amapá; já o CER IV encontra-se apenas no Pará e em Rondônia. A região Nordeste apresentou em todos os seus estados CER II, em relação ao CER III, os estados nordestinos que não possuem esse tipo de serviço são Pernambuco e Ceará. Já o CER IV está presente nos estados da Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Bahia e Piauí.

Na região Sudeste, apenas o estado do Espírito Santo não possui serviço assistencial do tipo CER IV. Na região Sul, é possível destacar que apenas o Paraná não possui CER II, em contrapartida, também é o único estado que possui CER IV. Em relação ao CER III, o estado que não contempla esse serviço é Santa Catarina. Por fim, a região Centro-Oeste mostra que todos os estados possuem CER tipo II, contudo, Mato Grosso do Sul é o único a não possuir CER tipo III e Mato Grosso CER IV. Cabe ressaltar a presença de serviços de reabilitação de modalidade única, que também fazem parte da RCPCD e contribuem para ampliar o acesso à reabilitação, em todos os estados.

Figura 2. Distribuição das modalidades assistenciais de CER nas macrorregiões de saúde do Brasil no ano de 2020.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2020.

Verifica-se o predomínio de serviços com modalidade de reabilitação física, o que se mostra coerente com a maior quantidade de pessoas com esse tipo de deficiência. Percebe-se que a indução de investimento financeiro federal com custeios para habilitação de CER proporcionou uma expansão destes centros, contudo, ainda se registram vazios assistenciais em algumas macrorregiões de saúde, dificultando o acesso aos serviços e a garantia de cuidado integral à pessoa com deficiência. Isso reforça a importância do planejamento dos gestores regionais, com vistas a descentralização, para diminuição de vazios assistenciais através de implantação de serviços de diferentes modalidades nas macrorregiões de saúde.

OS TRABALHADORES DOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO NO BRASIL

Os Centros Especializados em Reabilitação (CER), conforme já mencionado neste capítulo, constituem a referência secundária da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Os atendimentos dos profissionais dos CER, segundo os Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual, incluem uma abordagem centrada na promoção da autonomia e participação dos usuários e sua família na construção de seus projetos de vida pessoal. O trabalho sempre deve ocorrer de forma multiprofissional e interdisciplinar, e em conjunto com outros pontos da RCPCD, como Atenção Básica (AB), Oficinas Ortopédicas integradas, Centros de Especialidades Odontológicas e Redes Hospitalar e de Urgência e Emergência.

Com o objetivo de conhecer o trabalho dos profissionais que atuam nos CER dos oito estados brasileiros participantes da pesquisa (Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Paraíba, Bahia), o Projeto Redecin Brasil avaliou, por envio de links e presencialmente, um total de 1.835 profissionais inseridos nestes serviços. O questionário estruturado pelos pesquisadores continha questões

divididas em quatro blocos, sendo (1) Perfil Profissional; (2) Conhecimento sobre o Processo de Implantação da RCPCD; (3) Formação Permanente; e (4) Processo de Trabalho e Integração com a Rede. Os itens avaliados foram selecionados com base nas regras de funcionamento dos CER trazidas pela Portaria 793/2012, e deveriam ser observadas pelos profissionais na realização de seu trabalho junto ao usuário com deficiência (RIBEIRO, 2021).

Entre os profissionais de CER avaliados na pesquisa, 24,9% trabalham em CER no estado de São Paulo, sendo o segundo maior percentual o da Bahia, representando 22,0% dos profissionais. O estado com menor percentual de profissionais é o Amazonas, representado por 2,2% dos profissionais que responderam ao questionário. Esse resultado é esperado, pois o maior número de serviços implementados está em São Paulo, e o menor, no Amazonas.

Em relação ao perfil dos profissionais, a maioria é do sexo feminino (84,5%), e a média etária 37,5 ($\pm 9,6$) anos. Em relação à formação acadêmica, os profissionais mais encontrados foram fisioterapeutas (27,6%), fonoaudiólogos (18,9%), psicólogos (14,8%) e terapeutas ocupacionais (12,9%). Esses percentuais indicam que os CER estão implementados seguindo as conformações das Equipes Mínimas preconizadas. Segundo o Instrutivo de Reabilitação (2014), essas quatro categorias profissionais são as que devem somar maior quantidade de Carga Horária (CH) semanal por categoria em todos os tipos de CER e modalidades de reabilitação. Nos CER II, que representam a maioria dos serviços implementados no Brasil, a CH dos fisioterapeutas do serviço deve somar 120 horas quando a modalidade física está presente, e a CH dos fonoaudiólogos deve somar até 240 horas, em serviços com modalidade auditiva implementada. Em CER IV, cargas horárias de fisioterapeutas devem somar 180, fonoaudiólogos 240 e psicólogos 160 horas. Alcançar as cargas horárias totais estabelecidas pela legislação envolve a contratação de mais de um profissional.

Outro ponto importante é a carga horária mínima individual de cada profissional do CER. Segundo este documento, os profissionais podem ser contratados por 20, 30 ou 40 horas semanais, ficando esta determinação a cargo do gestor municipal de saúde. A carga horária média no CER dos profissionais que participaram da pesquisa Redecin Brasil foi de 29,1 ($\pm 7,7$) horas semanais, dentro do preconizado. Esses dados mostram que, de modo geral, os CER avaliados estão preparados, considerando-se a disponibilidade de carga horária, para garantir acesso aos serviços oferecidos para pessoas com deficiência. Entretanto, é importante destacar que os serviços têm dificuldades em contratar algumas categorias profissionais com carga horária suficiente, a exemplo de algumas especialidades médicas.

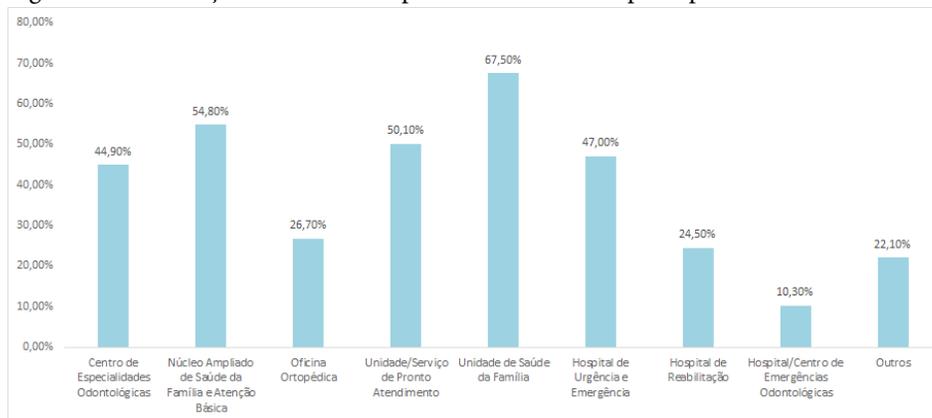
A forma de contratação e exigência de especialização não estão presentes em qualquer legislação direcionada a recursos humanos na RCPCD, ficando sua organização a cargo dos gestores municipais. Entre os profissionais participantes, 61,0% possuíam pós-graduação na modalidade de especialização concluída, indicando qualificação desses profissionais. Já em relação ao regime de trabalho, 57,3% eram contratados pelo regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e 17,5% eram prestadores de serviços. Somente 24,2% eram funcionários públicos estatutários. Essa característica pode levar à rotatividade dos profissionais e prejudicar o estabelecimento de vínculos com usuários e famílias.

Em relação à participação dos profissionais no planejamento da RCPCD, 80,1% deles não participaram desse processo. Entretanto, mesmo não participando, é importante que o profissional atuante no CER conheça a rede e seus componentes em outros níveis de atenção, pois o diálogo com estes níveis é fundamental para garantia do atendimento integral preconizado pela legislação. As portarias específicas organizam o serviço em níveis de atenção, e colocam o CER como serviço regulado, sendo,

portanto, importante que o profissional conheça o fluxo percorrido pelo usuário até o acesso ao seu atendimento.

Como mostra a Figura 3, mais da metade dos profissionais reconhecem as Unidades Básicas de Saúde e o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) como componentes da RCPCD. Isto é muito positivo, uma vez que estes serviços deverão identificar pessoas com deficiência, desde a infância, e encaminhar esses usuários para o CER, o qual, por sua vez, deverá prestar apoio matricial à AB.

Figura 3. Identificação de outros componentes da RCPCD pelos profissionais dos CER.



Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

O gráfico também mostra que 50,1% dos profissionais reconhecem os serviços de Pronto Atendimento e 47,0% os serviços de Urgência e Emergência como pontos da RCPCD. Estes pontos de atenção são inseridos na rede pela portaria 793/2012, em seu Artigo 22. Embora a inserção dos serviços direcionados a este público na atenção terciária ainda não seja bem estabelecida, é importante o reconhecimento deles pelos profissionais do CER, como caminho para o atendimento integral. Destaca-se o baixo reconhecimento dos Hospitais de Reabilitação (24,5%) como parte da rede. Embora os leitos de reabilitação sejam previstos na Portaria 793/2012, na

realidade são pouco encontrados e concentrados em grandes cidades e capitais. As oficinas ortopédicas são também pouco reconhecidas (26,7%), em parte provavelmente por serem ligadas diretamente aos CER, e não serem reconhecidas como outro ponto da RCPCD e sim como parte do componente especializado. Outra possibilidade é que a expansão dessas oficinas não tenha sido suficiente para ter capilaridade no sistema, estando bastante concentradas em grandes centros urbanos, o que dificulta seu conhecimento pelos profissionais de municípios de menor porte e, conseqüentemente, o acesso dos usuários aos dispositivos de auxílio.

A RCPCD parte da proposta de um atendimento integral, e, como ferramenta para seu alcance, preconiza atendimento em equipes multiprofissionais, de forma interdisciplinar, capacitada para o cuidado da pessoa com deficiência. Os CER tem regras de funcionamento, a seguir: fornecer atenção especializada em modalidades de deficiência sendo serviço regulado e de base territorial; ser serviço de referência considerando oferta de atendimento de qualidade para usuários e famílias; produzir, como ferramenta de cuidado, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), com participação do usuário e família; garantir acesso a dispositivos auxiliares adequados e capacitação para uso seguro e eficiente; melhorar a funcionalidade; garantir a inclusão social; estabelecer fluxos entre os serviços utilizados dentro da região onde está localizado e sua base territorial; realizar apoio matricial, compartilhando responsabilidades com outros níveis da RCPCD, especialmente a AB; realizar ações intersetoriais com a Rede de Assistência Social e também com a Rede de Ensino do território (BRASIL, 2012).

Para alcance deste funcionamento ideal, o processo de trabalho dos profissionais deve incluir ações direcionadas ao preconizado na legislação, e os profissionais devem estar preparados para sua execução. A Tabela 2 traz a frequência de realização de cada ação, de acordo com os profissionais participantes da pesquisa Redecin Brasil.

Tabela 2. Frequência de relato de ações pertencentes ao processo de trabalho de profissionais inseridos nos Centros Especializados em Reabilitação em oito estados do Brasil.

Pergunta	Nunca	Raramente	Às vezes	Sempre	Não tenho conhecimento
Realiza atividades visando à construção de vínculos	4,0%	7,5%	22,0%	66,5%	-
Disponibiliza informações e faz orientações	0,7%	1,1%	8,0%	90,2%	-
Realiza ações que estimulam a inclusão social	3,7%	7,7%	28,2%	60,4%	-
Desenvolve ações intersetoriais	22,9%	24,6%	34,6%	17,9%	-
Realiza ações visando à prevenção de deficiência	14,1%	18,0%	30,1%	37,7%	-
Participa de reuniões no CER	6,0%	7,1%	17,9%	68,9%	-
Realiza consultas compartilhadas	5,7%	6,6%	38,0%	48,9%	-
Constrói Projeto Terapêuticos Singular (PTS)	14,0%	7,1%	22,8%	46,4%	9,6%
A produção do PTS conta com participação do indivíduo com deficiência?	6,7%	9,1%	29,7%	54,5%	-
Na produção do PTS, há participação de diferentes profissionais na equipe?	1,8%	3,8%	25,2%	69,2%	-
Desenvolve atividades com grupos de indivíduos com deficiência?	16,3%	11,5%	30,0%	42,3%	-
Estabelece fluxos?	19,7%	17,6%	37,3%	25,4%	-
Realiza ações de apoio matricial compartilhando responsabilidade com outros pontos da Rede?	23,3%	16,1%	26,6%	16,6%	17,4%
Realiza interlocução com setores da Assistência Social?	20,2%	17,2%	32,0%	30,6%	-
Faz prescrição de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?	3,7%	2,3%	12,5%	72,6%	8,8%
Faz adaptação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção e a indicação de dispositivos e tecnologias assistivas?	8,5%	4,4%	16,5%	58,9%	11,8%
Realiza ações com Rede de Ensino?	41,6%	15,8%	19,9%	22,7%	-
Utiliza ferramentas para avaliação de funcionalidade?	11,8%	15,1%	15,2%	33,6%	24,3%
São construídos indicadores com base nos dados coletados nos atendimentos?	17,4%	13,6%	26,0%	43,0%	-
Conta com transporte para garantir acesso de pessoas com deficiência?	17,9%	6,4%	21,4%	54,4%	-

Fonte: Projeto Redecin Brasil, 2021.

As frequências apresentadas na tabela demonstram que, para quase todas as ações referentes ao processo de trabalho dos profissionais do CER, a maioria as realiza “às vezes” ou “sempre”, indicando a organização dos serviços em ajuste com as ações preconizadas nas portarias. Dentre as atividades inerentes ao processo de trabalho observados, a disponibilização de informações e fornecimento de orientações foi a que apresentou maior adesão dos profissionais, sendo realizada “sempre” por 90,2% deles. Esse é um ponto importante, uma vez que é previsto que os profissionais do CER devem trabalhar com orientações aos usuários e famílias, buscando a autonomia destes na gestão de seu cuidado. As medidas de reabilitação constam de várias ações que incluem orientações aos usuários como aquelas direcionadas ao uso efetivo de tecnologias assistivas, estimulação precoce, orientações para

cuidado e higienização de estomas, programas de orientação de mobilidade, especialmente para pessoas com deficiência física e visual. Dessa forma, a absorção desta ferramenta no processo de trabalho dos profissionais do CER é fundamental para oferta de cuidado qualificado.

Por outro lado, algumas ações previstas na Portaria são realizadas de forma frequente por uma quantidade menor de profissionais. As ações intersetoriais são realizadas “sempre” por apenas 17,9% dos trabalhadores, enquanto as ações com interface com a assistência social, “nunca” são realizadas por 20,2% dos trabalhadores. Outra ação intersetorial observada é a interface com a Rede Educacional, que “nunca” é realizada por 41,6% dos profissionais do CER. A Portaria 793/2012 prevê ações intersetoriais como diretriz da RCPCD, considerando essas ações como ferramenta de garantia do cuidado integral. Esses resultados podem refletir a atuação ainda muito intramuros dos serviços e a dificuldade de ações interprofissionais, especialmente com outros setores além do setor de saúde, o que pode comprometer a inclusão social dessas pessoas.

Referente ao processo de cuidado, a indicação e adaptação para o uso de próteses, órteses, meios auxiliares de locomoção e tecnologia assistiva é reconhecida e realizada pela maioria dos profissionais, sendo realizada a indicação “sempre” por 72,6% e a adaptação por 58,9% dos profissionais. As oficinas ortopédicas são estruturas instaladas juntamente aos CER, sendo responsáveis pela confecção, adaptação e manutenção dos dispositivos auxiliares. Dessa forma, esses pontos da rede trabalham em conjunto, daí o grande relato dos profissionais do uso desses serviços no seu processo de cuidado.

A avaliação da funcionalidade como inerente ao processo de reabilitação é amplamente reconhecida na atualidade como de grande importância para o cuidado, o ganho e a manutenção da independência e autonomia. Nessa perspectiva, destaca-se a Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), considerada marco conceitual para estudo da deficiência, considerando o nível de funcionalidade dos indivíduos decorrente da interação entre estrutura e função do corpo, atividades e participação, considerando fatores contextuais ambientais e pessoais (OMS, 2003).

No quesito avaliação da funcionalidade, observou-se que apenas 33,6% dos profissionais usam ferramentas para avaliação da funcionalidade, 24,3% deles não conhecem essas ferramentas, enquanto 11,8% nunca avaliam a funcionalidade. Quando perguntados sobre temas para capacitação, 44,6% dos profissionais do CER apontaram a “Avaliação Funcional” e 41,6% a “CIF” como temas importantes para sua prática e carentes de capacitação por parte dos profissionais.

A Portaria 793/2012 propõe que o cuidado na RCPCD deve ter como eixo central a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), devendo ser construído pela equipe interprofissional, e em conjunto com o usuário e sua família, quando presente. Todos os itens do processo de trabalho devem ser incluídos na construção do PTS, sendo ele a grande ferramenta para o cuidado à pessoa com deficiência no CER. Entretanto, menos da metade (46,4%) dos profissionais relatam “sempre” realizar PTS, sendo que 9,6% relataram não conhecer o PTS. Entre os que realizam, a maioria relata participação do indivíduo e sua família (54,5%) e trabalho em equipe interprofissional (69,2%), o que indica que o processo, quando realizado, está dentro do preconizado na maioria das vezes. A troca entre profissionais e compartilhamento do PTS é de fundamental importância na qualificação do cuidado, e deve ser sempre estimulada pelos gestores e responsáveis técnicos dos CER.

Em relação ao apoio matricial, dispositivo relevante para integrar o cuidado, sua realização não acontece conforme o esperado: 23,3% dos profissionais “nunca” o realizam e 16,1% realizam “raramente”, sendo que 17,4% relataram não saber o que é apoio matricial. O apoio matricial

está entre as regras de funcionamento do CER da Portaria 793/2012, especialmente referente à AB da Região de Saúde onde o CER é localizado. O apoio matricial é ferramenta para construção do PTS, pois sua construção integrada com outros pontos da RCPCD reforça seu caráter interdisciplinar e comprometido com a integralidade. Seu desconhecimento e pouco uso podem prejudicar a construção do PTS e o cuidado integral, objetivo principal das ações da RCPCD.

As ações em rede também incluem o estabelecimento de fluxos, que é realizado “sempre” por somente 25,4% dos profissionais. O CER precisa ser um serviço regulado e referenciado, com mecanismos eficientes de referência e contrarreferência. O CER deve ser integrado e se comunicar com os demais pontos da RCPCD, e seus trabalhadores devem ser capazes de encaminhar os usuários para outros pontos, quando necessário. Em relação às demandas de capacitação, 31,4% dos trabalhadores relataram demanda por capacitação em “Redes de Atenção”, indicando que, mesmo já sendo um tema muito trabalhado no conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), algum grau de desconhecimento ainda existe, e pode ser responsável por prejuízos no cuidado integral proposto em rede, como na RCPCD.

Outro ponto importante é o estabelecimento de fluxos internos dentro do CER através de gestão da clínica compartilhada, criação de indicadores, registro em prontuários, reuniões da equipe e alimentação de sistemas de informação em tempo oportuno (BRASIL, 2020). Estas ações são realizadas pela maioria dos profissionais onde 68,9% relataram “sempre” participarem de reuniões de equipe, 48,9% “sempre” fazem parte de consultas compartilhadas e 43,0% “sempre” constroem indicadores com base em dados coletados nos atendimentos.

O acesso de usuários com limitações graves de mobilidade ao CER deve ser garantido por transportes adaptados. O carro para transporte está entre os equipamentos recomendados comuns a todos os serviços de

reabilitação e o estacionamento para ele também faz parte da estrutura física obrigatória aos serviços. A maioria dos profissionais relataram que os serviços onde trabalham contam com esta possibilidade de transporte, estando “sempre” disponível para 54,4% e “às vezes” disponível para 21,4% dos profissionais entrevistados pela Redecin Brasil. Esse dado reflete importante conquista do Plano Viver sem Limite e enfatiza a necessidade de ampliação do transporte sanitário de modo a que sempre esteja disponível.

De forma geral, 59,9% dos trabalhadores do CER estão “satisfeitos” e 28,7% estão “muito satisfeitos” com o trabalho que realizam no CER, o que reflete na boa qualidade do seu processo de trabalho. Muitos itens preconizados fazem parte do processo de trabalho dos profissionais do CER, o que mostra que eles estão, em grande parte, preparados para oferecer atendimento qualificado aos usuários com deficiência. Mas alguns pontos ainda precisam ser melhorados para o avanço da consolidação da RCPCD direcionada ao cuidado integral. O CER é o ponto central da rede, seu “coração”, e deve partir de seus profissionais esta organização do cuidado, sempre em conjunto com toda a rede e tendo a AB como centro de comunicação, através do diálogo, da gestão e do planejamento ordenado das ações. Para tanto, o uso de forma mais sistemática de dispositivos que favorecem a integração entre os pontos da Rede, a exemplo do PTS e do apoio matricial, deve ser estimulado e discutido nas ações de educação permanente.

Deve-se ressaltar que os dados aqui apresentados refletem uma realidade geral dos estados participantes do estudo. Entretanto, existem diferenças entre eles, dada a grande heterogeneidade do Brasil.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.303, de 28 de junho de 2013**. Estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Âmbito do SUS - **Instrutivo de Reabilitação**. Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação Nº 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual** (Centro Especializado em Reabilitação – CER e Oficinas Ortopédicas) - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. 2020.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.139p.
- MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009. 848 p.
- RIBEIRO K. S. Q. S. *et al.* Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface** (Botucatu). 2021; 25: e200767
- ROCHA, E. F. **Corpo com Deficiência: Em busca da Reabilitação? A ótica das pessoas com deficiência física**. Belo Horizonte: Hucitec, São Paulo, 2019. 227 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Como usar a CIF: Um manual prático para o uso da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. CIF. Out. 2013.

CAPÍTULO 9

CARACTERIZAÇÃO E MAPEAMENTO DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS DO SUS NO CONTEXTO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD)

Maria Letícia de Melo Lima
Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Luciana Castaneda Ribeiro
Jozemar Pereira dos Santos

APRESENTAÇÃO

Um dos elementos do cuidado à saúde das pessoas com deficiência é a disponibilização de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM). No que diz respeito a tal esfera, o Estado brasileiro prevê desde o ano de 1993, mediante Portaria nº 116/1993, a garantia da dispensação dos equipamentos necessários para o estímulo da independência, autonomia, melhoria das atividades laborais e qualidade de vida das pessoas com deficiência. Por meio dessa portaria foi instituída a concessão de órteses e próteses ambulatoriais além dos meios auxiliares de locomoção, assim como a adaptação e treinamento do usuário, permitindo à gestão o estabelecimento do fluxo para tais serviços. Soma-se a essa portaria a publicação do decreto nº 6.949/2009 que prioriza o acesso e uso da Tecnologia Assistiva (TA) para pessoas com deficiência, a fim de lhes garantir apoio governamental para tal aquisição (BRASIL, 1993; BRASIL, 2009).

O uso de Tecnologia Assistiva – como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção – é apontado como imprescindível para a funcionalidade das pessoas que vivem com deficiência, visto que objetivam ampliar o desempenho das atividades, repercutindo na ampliação da participação e inclusão social. São considerados dispositivos que auxiliam no desempenho de cada indivíduo,

onde a concessão e distribuição devem ser realizadas de forma individualizada e por uma equipe multiprofissional, a fim de suprir as especificidades de cada um de modo singular (BRASIL, 2012).

De acordo com o Ministério da Saúde (2019), o acesso qualificado à OPM, tem refletido de maneira positiva a resolutividade e qualidade das ações de reabilitação. Esse trabalho é realizado pelas Oficinas Ortopédicas, que são parte dos serviços de média complexidade. Neste capítulo serão apresentados o mapeamento e a caracterização das Oficinas Ortopédicas que prestam serviços de concessão, adaptação, manutenção e dispensação de OPM no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2019 e que foram habilitadas pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD).

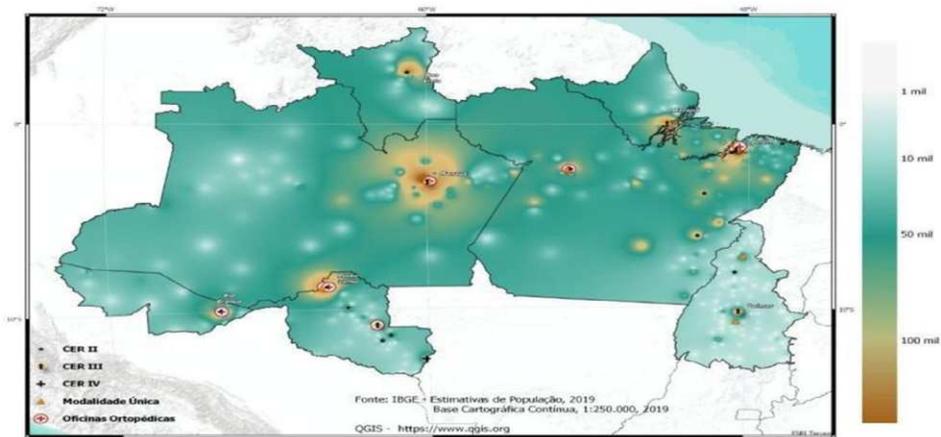
Os dados aqui apresentados fazem parte de projeto nacional fomentado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e parceiro do Projeto Redecin, o Projeto CER+Brasil: Desenvolvimento dos parâmetros de cobertura para os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas orientados ao modelo biopsicossocial. Sobre o recorte de dados secundários que visam caracterizar a dispensação de OPM e de procedimentos na Oficina Ortopédica, foram consideradas trinta e duas (32) Oficinas. As quatro excluídas eram serviços que, embora habilitados pelo SUS na ocasião da coleta de dados, não apresentavam produção para o SUS até a data de coleta. Os dados correspondentes ao ano de 2019 foram acessados no período de março a junho de 2020.

MAPEAMENTO DAS OFICINAS ORTOPÉDICAS E CARACTERIZAÇÃO DOS PRODUTOS E SERVIÇOS OFERTADOS

Na região Norte do país, podemos identificar um total de sete (07) Oficinas, sendo elas: Associação Pais Amigos Excepcionais (APAE) em Santarém/PA; Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR) em

Belém/PA; FUNDHACRE em Rio Branco/AC; Hospital Santa Marcelina em Porto Velho/RO; Policlínica Antônio Aleixo, em Manaus/AM; Oficina Ortopédica, em Ji-Paraná/RO e CER – Unidade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (UEAFTO), em Belém/PA. Na Figura 1 abaixo é possível uma visualização das mesmas.

Figura 1. Mapeamento das Oficinas Ortopédicas no Norte do país.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

A Oficina Ortopédica que se destaca na dispensação de OPM, na região Norte, é o Hospital Santa Marcelina de Rondônia – Porto Velho/RO, com 15.713 produtos dispensados. Por fim, no ano de 2019, as Oficinas dessa região obtiveram uma dispensação de 18.383 OPMs. Destas, evidencia-se Meio Auxiliar de Locomoção e Outras Órteses (que abrange “outros meios auxiliares”, “cadeira de rodas” e “outros calçados e palmilhas”), com a maior quantidade e maiores percentuais de dispensação com relação às demais categorias em todas as oficinas, como podemos visualizar na Tabela 1. No que diz respeito ao nível de gestão, temos uma maioria gerida pela esfera estadual, sendo apenas uma oficina gerida pela esfera municipal, a saber: APAE/PA.

Tabela 1. Porcentagem referente à dispensação por categoria de OPM na região Norte.

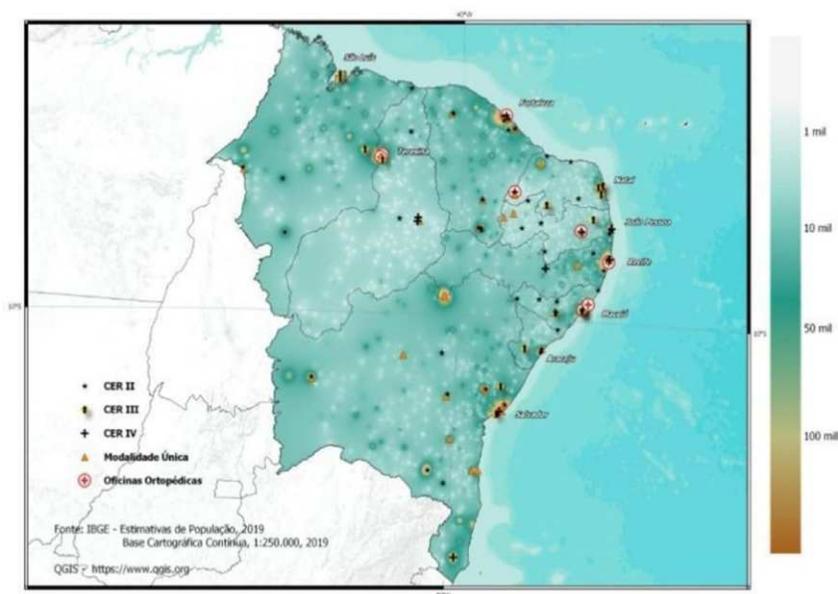
	OMI	MAL	RAp	Outros
Associação Pais Amigos Excepcionais (APAE)	30,10%	42,39%	2,27%	25,25%
Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação (CIIR)	23,27%	64,04%	10,38%	2,31%
FUNDHACRE	9,72%	46,72%	33,76%	9,80%
Hospital Santa Marcelina de Rondônia	4,47%	88,74%	2,82%	3,98%
Policlínica Antônio Aleixo	43,00%	46,69%	2,92%	7,93%

OMI – Órtese de Membro Inferior; MAL – Meio Auxiliar de Locomoção e Outros Órtese;
RAp – Reparo e Adaptação de OPM.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Com relação ao Nordeste, temos um total de oito Oficinas Ortopédicas. A região fica em segundo lugar no total da maior quantidade de oficinas por região no país. São elas: Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais (AAPPE) em Maceió/AL; Associação Beneficente Nossa Senhora da Conceição (ABNSC) em Pau dos Ferros/RN; Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL) em Maceió/AL; Associação Pestalozzi de Maceió/AL; Associação Reabilitar em Teresina/PI; Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) em Campina Grande/PB; Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD) em Recife/PE e Núcleo de Tratamento e Reabilitação Precoce (NUTEP), em Fortaleza/CE. O mapeamento dessas oficinas é demonstrado na Figura 2.

Figura 2. Mapeamento das Oficinas Ortopédicas no Nordeste do país.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

No Nordeste, o destaque está na AACD de Recife/PE, com 17.515 produtos. No que diz respeito ao nível de gestão, evidencia-se a gestão municipal, em seis dessas oficinas, onde apenas uma é gerida pela esfera estadual, neste caso a AACD/PE. Ainda se tratando das Oficinas Ortopédicas da região Nordeste, é possível perceber que sua maioria tem um perfil de maior dispensação de Meios Auxiliares de Locomoção e Outras Órteses, seguido de Reparo e Adaptação de OPM e Órtese de Membro Inferior; como é possível observar na Tabela 2.

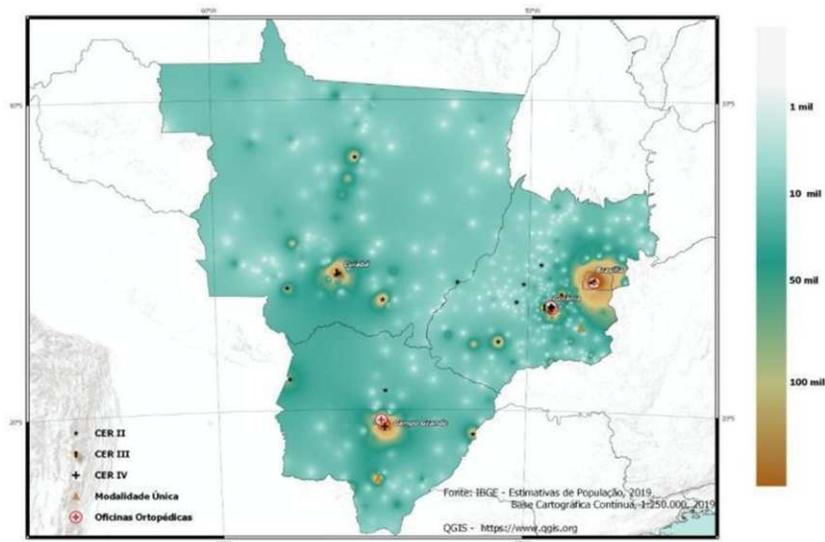
Tabela 2. Porcentagem referente à dispensação por categoria de OPM na região Nordeste.

	OMI	MAL	RAp	Outros
Associação dos Amigos e Pais de Pessoas Especiais (AAPPE)	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%
Associação Beneficente Nossa Senhora da Conceição (ABNSC)	43,33%	23,33%	0,67%	32,66%
Associação dos Deficientes Físicos de Alagoas (ADEFAL)	13,12%	71,56%	0,95%	14,37%
Associação Pestalozzi de Maceió	7,61%	29,33%	56,00%	7,05%
Associação Reabilitar	18,94%	74,19%	2,23%	4,64%
Centro Especializado em Reabilitação de Campina Grande (CER IV)	0,00%	87,50%	0,00%	12,50%
Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD)	39,01%	31,22%	18,29%	11,49%

OMI – Órtese de Membro Inferior; MAL – Meio Auxiliar de Locomoção e Outros Órtese;
RAp – Reparo e Adaptação de OPM.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

No que diz respeito à região Centro-Oeste, temos um total de três (03) Oficinas Ortopédicas, a saber: CER/APAE em Campo Grande/MS; Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação (CRER) Dr. Henrique Santillo em Goiânia/GO e Oficina Ortopédica do Distrito Federal em Brasília. As Oficinas são demonstradas na Figura 3 a seguir.

Figura 3. Mapeamento das Oficinas Ortopédicas no Centro-Oeste do país.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

No Centro-Oeste, observa-se que o Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação (CRER) Dr. Henrique Santillo evidencia-se como a principal Oficina na dispensação de OPM, com um total de 7.631 produtos. Com relação ao nível de gestão, observa-se que duas das Oficinas apresentam gestão municipal e uma gestão da esfera estadual, a Oficina Ortopédica do Distrito Federal. Com relação ao perfil das Oficinas do Centro-Oeste, constata-se que as três se destacam na dispensação dos Meios Auxiliares de Locomoção e Outros Órtese, como demonstrado na **Tabela 3**.

Tabela 3. Porcentagem referente à dispensação por categoria de OPM na região Centro-Oeste.

	OMI	MAL	RAp	Outros
CER/APAE de Campo Grande	30,10%	42,39%	2,27%	25,25%
Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação (CRER) Dr. Henrique Santillo	29,96%	44,83%	18,69%	6,54%
Oficina Ortopédica do Distrito Federal	0,13%	83,12%	0,00%	16,75%

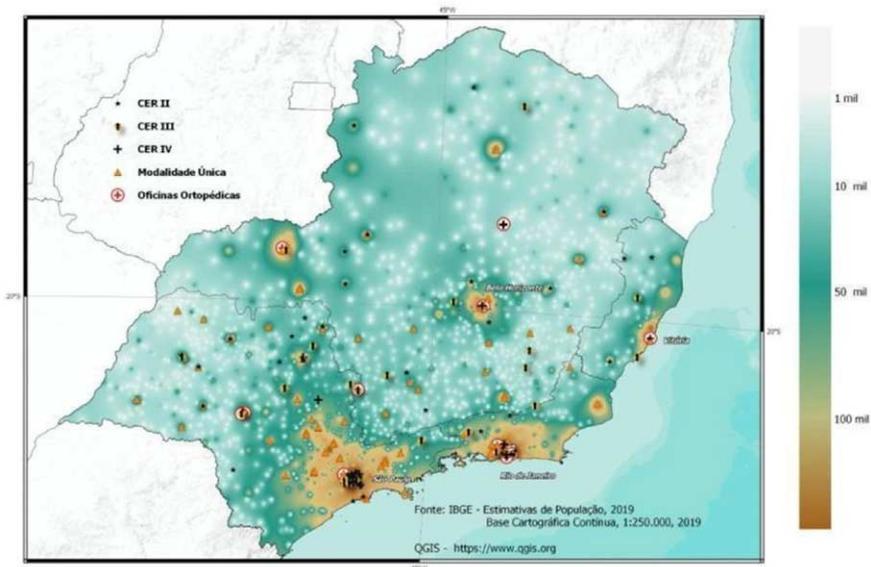
OMI – Órtese de Membro Inferior; MAL – Meio Auxiliar de Locomoção e Outros Órtese; RAp – Reparo e Adaptação de OPM.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

A região Sudeste é a que possui o maior número de Oficinas Ortopédicas do país, correspondendo ao total de quatorze (14) Oficinas Ortopédicas, sendo elas: Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR) no Rio de Janeiro/RJ; APAE de Bauru/SP; AACD Clementino/SP; Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) em Niterói/RJ; Associação Mineira de Reabilitação (AMR) em Belo Horizonte/MG; Associação Pestalozzi de Niterói/RJ; Centro de Atenção em Saúde Funcional (CASF) Ramon Pereira de Freitas em Nova Iguaçu/RJ; Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES) em Vila Velha/ES; CER Diamantina/MG; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em São Paulo/SP; Centro Especializado em Reabilitação SORRI-BAURU, em Bauru/SP; Fundação de Atendimento Especializado de Nova

Lima/MG (FAENOL); AACD Uberlândia/MG e a AACD Osasco/SP. Estas estão em pauta na Figura 4.

Figura 4. Mapeamento das Oficinas Ortopédicas no Sudeste do país.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

No que concerne à região Sudeste, região esta que possui o maior número de Oficinas do país (13 Oficinas que apresentaram produção ao SUS), temos um total de 74.553 OPM's dispensadas. Em número, destaca-se a AACD Clementino com 20.686 produtos dispensados. Sua maioria é gerida pela esfera municipal, 11 delas, sendo apenas duas de responsabilidade da gestão estadual, a saber: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e CREFES/ES. Com relação à quantidade e percentual de dispensação, é possível evidenciar a categoria Meios Auxiliares de Locomoção e Outros Órtese como sendo majoritária nas Oficinas, assim como exposto na Tabela 4.

Tabela 4. Porcentagem referente à dispensação por categoria de OPM na região Sudeste.

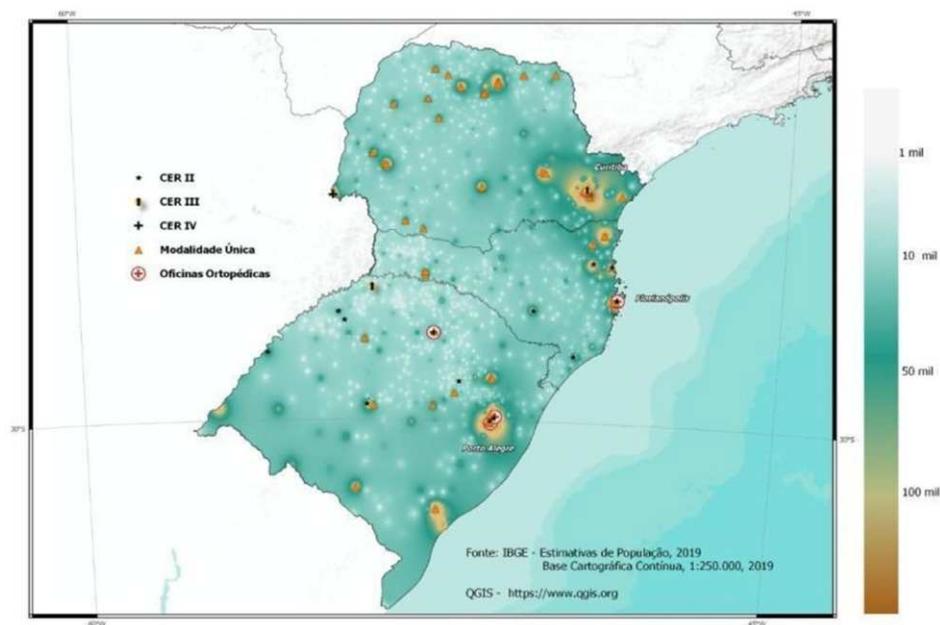
	OMI	MAL	RAp	Outros
Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR)	24,87%	50,21%	2,94%	21,98%
APAE de Bauru	24,10%	48,30%	23,36%	4,24%
AACD Clementino	17,52%	19,82%	57,48%	5,17%
Associação Fluminense de Reabilitação (AFR)	14,58%	52,49%	29,37%	3,55%
Associação Mineira de Reabilitação (AMR)	11,22%	59,75%	16,73%	12,30%
Associação Pestalozzi de Niterói	16,27%	64,10%	14,50%	5,13%
CASF Ramon Pereira de Freitas	18,34%	1,38%	74,74%	5,54%
Centro de Reabilitação Física do Espírito Santo (CREFES)	9,56%	70,31%	6,83%	13,30%
CER Diamantina	23,00%	39,95%	28,55%	8,50%
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	19,66%	33,32%	16,63%	30,39%
Centro Especializado em Reabilitação – SORRI-BAURU	25,27%	63,93%	3,49%	7,30%
AACD Uberlândia	23,20%	54,72%	17,67%	4,41%
AACD Osasco	36,65%	47,38%	3,44%	12,53%

OMI – Órtese de Membro Inferior; MAL – Meio Auxiliar de Locomoção e Outros Órtese;
RAp – Reparo e Adaptação de OPM.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Por fim, na região Sul do país, observamos um total de quatro Oficinas Ortopédicas: Associação Canoense de Deficientes Físicos (ACADEF), em Canoas/RS; Associação Cristã de Deficientes Físicos (ACD) de Passo Fundo/RS; Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) em Florianópolis/SC e AACD de Porto Alegre/RS. Tais estabelecimentos são expostos na **Figura 5** a seguir.

Figura 5. Mapeamento das Oficinas Ortopédicas no Sul do país.



Fonte: Elaboração própria, 2021.

Por fim, no que diz respeito à região Sul do país, com quatro oficinas, temos um total de dispensação de 14.975 OPMs. O destaque vai para a AACD de Porto Alegre, com 5.236 produtos dispensados. Ainda se tratando das Oficinas da região Sul, verifica-se que 50% delas estão sob gestão municipal e 50% gestão estadual. Destacam-se nesta região como mais dispensadas, as categorias Meios Auxiliares de Locomoção e Outras Órteses; apenas no CCR o reparo e adaptação de OPM foi a categoria mais presente, como se pode observar na **Tabela 5** a seguir.

Tabela 5. Porcentagem referente à dispensação por categoria de OPM na região Sul.

	OMI	MAL	RAp	Outros
Associação Canoense de Deficientes Físicos (ACADEF)	24,29%	39,49%	6,95%	29,27%
Associação Cristã de Deficientes Físicos (ACD)	17,04%	57,39%	10,75%	14,82%
Centro Catarinense de Reabilitação (CCR)	3,93%	32,40%	37,91%	25,75%
AACD de Porto Alegre	22,63%	53,50%	11,75%	12,13%

OMI – Órtese de Membro Inferior; MAL – Meio Auxiliar de Locomoção e Outras Órteses;
RAp – Reparo e Adaptação de OPM.

Fonte: Elaboração própria, 2021.

CUIDADO NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA REFERENTE ÀS OPM

O mapeamento e os percentuais apresentados indicam uma distribuição desigual das oficinas ortopédicas entre as regiões do país, o que não difere da situação dos demais serviços de saúde. Levando em consideração os estabelecimentos de saúde e sua localização geográfica, Stopa *et al.* (2017) destacam vários índices de desigualdades geográficas e sociais no que concerne ao acesso e uso dos serviços de saúde no Brasil, de acordo com sua pesquisa, que foi realizada a partir dos dados obtidos da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada pelo IBGE em 2013.

Na pesquisa de Stopa *et al.* (2017) ainda é possível observar que as maiores proporções, quer seja de atendimento, consultas, menor número de internações e melhor avaliação do serviço de saúde são destaques nas regiões Sudeste e Sul, que apresentam melhores condições de vida e maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH). Nesse contexto, as menores proporções foram observadas na região Norte do país, e na região Nordeste observa-se uma ascendência com relação a cobertura e participação do SUS na assistência à população.

Nesse contexto, a implantação do SUS é tida como um divisor de águas no que diz respeito aos serviços de saúde. Entre os anos de 1981 e 2017 obteve-se um grande avanço no número de estabelecimentos,

do público ao privado, da UBS ao pronto socorro, houve um aumento de 21.532 para 129.544 estabelecimentos, com destaque para as UBS, principalmente a partir da década de 1990. Além disso, a mudança nos recursos humanos também está relacionada ao avanço do SUS nos últimos anos, a disponibilidade dos profissionais da área da saúde, sobretudo na Atenção Básica proporciona a avaliação da expansão da oferta desse recurso e, além disso, a implicação das políticas públicas de saúde na APS (VIACAVA *et al.*, 2018).

Tais números expressivos refletem na atenção à população e na abrangência dos serviços a partir do SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta alta cobertura no Nordeste (76%), e na região Sudeste essa cobertura foi de 49,2% no ano de 2015. Tal expansão possibilitou o acesso da população, especialmente os mais pobres, diminuindo as desigualdades nos seus mais diversos aspectos. O SUS apresenta-se como um sistema que impôs mudanças essenciais na atenção à saúde da população, entretanto é importante destacar também os desafios históricos, as marcantes desigualdades regionais e os problemas de subfinanciamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi visto que, no ano de 2019, o Brasil contava com um total de 36 Oficinas Ortopédicas fixas habilitadas pela Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência, sendo que trinta e duas delas apresentaram produção para o SUS no período da coleta de dados.

Das trinta e duas oficinas, observou-se que sua maioria se encontra na região Sudeste, com um total de treze oficinas. O Nordeste segue em segundo lugar, com sete oficinas e, de acordo com as evidências, está em processo de ascensão dos serviços de saúde. O Norte segue em terceiro lugar, com um total de cinco oficinas, o Sul com quatro oficinas e, por fim, o Centro-Oeste com três Oficinas Ortopédicas.

No que diz respeito ao nível de gestão, a maioria das oficinas está sob gestão municipal, 22 ao todo, sendo apenas 10 em nível de gestão estadual. Com relação aos produtos e serviços ofertados pelas oficinas, observamos que, dentre as categorias ortopédicas trabalhadas no estudo, os Meios Auxiliares de Locomoção e Órteses se destacam com a maior dispensação, tendo sido ofertado no ano de 2019 no Brasil um total de 75.817 produtos. Em seguida, como destaque entre as categorias temos: Reparo e Adaptação de OPM, que compôs um total de 32.726 serviços e em terceiro lugar a dispensação de Órtese de Membro Inferior, com um total de 20.228 produtos.

Como já exposto anteriormente, as Oficinas Ortopédicas são denominadas como serviços ou estabelecimentos de saúde designados a promover a oferta e o acesso às OPM por meio dos processos de dispensação, confecção, adaptação e manutenção (BRASIL, 2019). Entretanto, é preciso destacar a diminuição das desigualdades mediante a criação de novas Oficinas e expansão da RCPCD como um todo, bem como a criação e efetivação de todas as políticas voltadas à pessoa com deficiência e suas lutas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Portaria MS/SAS nº 116, de 9 de setembro de 1993.** Diário oficial da União, 15 set. 1993.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 24 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. **Guia para Prescrição, Concessão, Adaptação e Manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção.** Brasília, 2019.

STOPA, S. R. *et al.* Acesso e uso de serviços de saúde pela população brasileira, Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1751-1762, 2018.

CAPÍTULO 10

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA SOB A PERSPECTIVA DA ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Ângela Kemel Zanella
Luciele dos Santos Soares
Grace Kelly Filgueiras Freitas

As diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, publicadas na Portaria nº 4.279/2010, propõem-se a estruturar as RAS ao buscar romper com a fragmentação da atenção e da gestão em saúde, visando oferecer ao usuário o cuidado integral, com ações efetivas e eficientes.

Conceitualmente, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010), e seu objetivo central é integrar, de forma sistêmica, os pontos de atenção da rede de todos os níveis de atenção à saúde e de diferentes densidades tecnológicas.

A Rede de Urgência e Emergência, instituída em 2011 pela Portaria nº 1600/2011, tem como uma de suas diretrizes a regionalização do atendimento às urgências com articulação das diversas redes de atenção e acesso regulado aos serviços de saúde, sendo assim um importante componente de atenção à saúde para outras RAS, como a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD).

De acordo com o artigo 11º da Portaria 793 de 2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, esta deve ser organizada por meio da plena articulação de três componentes: Atenção Básica,

Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (AHUE). Todos, de maneira geral, devem garantir a integralidade do cuidado e o acesso a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio por meio da regulação, sendo observadas as especificidades inerentes e indispensáveis ao atendimento igualitário a todos os seus usuários.

Essa organização favorece uma maior interlocução entre os pontos de atenção, visando aproximação dos serviços especializados em reabilitação, setores como a atenção primária e o componente hospitalar, ou seja, dos três níveis de complexidade da atenção à saúde. Espera-se, neste contexto, que as ações de assistência à saúde sejam planejadas de forma integral e intersetorial, garantindo ações de promoção à saúde e prevenção de deficiências ou intervenção precoce, minimizando suas consequências.

De acordo com a Portaria 793/20212, os pontos de assistência hospitalar, urgência e emergência – Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospitais de Emergência – possuem função de acolhimento, classificação de risco e cuidado, bem como devem instituir equipes de referência em reabilitação para serviços hospitalares, vinculadas às ações de prevenção da perda e declínio funcional e medidas clínicas de compensação da função perdida ou manutenção da função atual (MACHADO *et al.*, 2018).

No entanto, esse cenário não é essencialmente uma realidade nos estados participantes da pesquisa Redecin Brasil. Os recortes mencionados neste capítulo são representativos de quatro estados, sendo eles Rio Grande do Sul, Espírito Santo, Paraíba e Minas Gerais, decorrentes dos planos de ação encontrados, atas e outros materiais digitais referentes às secretarias estaduais de saúde, bem como as transcrições das entrevistas realizadas com os gestores da RHUE dos municípios estudados em cada um desses estados.

ALGUNS RESULTADOS ENCONTRADOS

No Rio Grande do Sul, a participação da coordenação estadual da AHUE foi mencionada apenas em uma ata do Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência no ano de 2014, onde sua atuação foi no intuito da apresentação das pactuações regionais e macrorregionais, visando atender às linhas de cuidado, em especial à pessoa com deficiência buscando melhorar a assistência e reduzir o tempo de atendimento por meio de um sistema de regulação (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

Já em Minas Gerais, a existência das pactuações entre a RCPCD e a AHUE está presente no plano de ação (Deliberação CIB/SUS 1545/2013), como item 12, que traz os objetivos principais deste componente da rede; responsabilidades dos profissionais inseridos neste nível de atenção; e remete a portaria de incentivo financeiro para realização de procedimentos odontológicos que necessitam de anestesia geral e incentivo financeiro para serviço de implante coclear.

Na Paraíba, observou-se que as pactuações referente aos pontos da RCPCD pertencentes à AHUE estão dispostas no plano de ação regional da 14ª Regional de Saúde, pertencente à 1ª Macrorregião, pela Comissão Intergestores Regional Vale do Mamanguape proposto em 2016. Nesse documento estão dispostos tanto a estrutura física dos serviços relacionados à rede, como também a definição das metas a curto e médio prazo para os anos de 2016 e 2017.

A descrição dos serviços da AHUE está presente nos planos de ação regionais ou estaduais da pessoa com deficiência dos quatro estados deste recorte, porém não foram encontradas evidências sobre que tipo de ações são desenvolvidas nestes espaços, sejam nas atas das CIR e do Grupo Condutor Estadual da Pessoa com deficiência ou demais documentos. Ou seja, a menção desses serviços nos planos de ação não torna a RCPCD mais articulada e eficaz na assistência às Pessoas com Deficiência. Pereira (2016)

reporta que em uma visita aos pontos de atenção da rede disponíveis é possível perceber que as equipes atuam de forma desarticulada, e parece não haver conhecimento da existência da rede ou de outros pontos de atenção. De fato, essa realidade pôde ser observada pelos pesquisadores quando realizaram as entrevistas e visitas in loco dos municípios estudados, os próprios gestores mencionaram durante conversas informais que a AHUE atende as pessoas com deficiência da mesma forma que os demais e que não há um plano de atenção específico para essa população.

A relevância da inserção da AHUE dentro da RCPCD perpassa pela ampliação da cobertura assistencial dessa população, a partir do estabelecimento de fluxos regulatórios que devem priorizar populações negligenciadas por meio de processos de aperfeiçoamento da gestão participativa das comissões intergestoras regionais, através da contratualização e ação reguladora estadual (CARVALHO *et al.*, 2012). Salienta-se que a regulação tem papel fundamental também no estabelecimento dos fluxos de acesso aos serviços que compõem a rede e cria uma forma de articulação da pessoa com deficiência entre os diferentes níveis da RCPCD. Sendo assim, Minas Gerais propõe em seu plano de ação (MINAS GERAIS, 2013):

[...] Estabelecimentos de Saúde: unidades executoras de serviços de assistência à saúde da população e responsáveis pela alimentação do Sistema com informações sobre atendimentos realizados, tanto em nível ambulatorial quanto hospitalar. Em caso de internações de urgência, os hospitais deverão utilizar o Sistema para troca de informações em tempo real com as Centrais de Regulação (módulo urgência emergência) para transferir ou receber pacientes de referência (Deliberação 1545/2013, p. 56).

Urge então a necessidade da implantação do acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência

das pessoas com deficiência preconizados pela Portaria 793/2012, uma vez que os resultados mencionados anteriormente ainda são incipientes ou ainda não implantados nos serviços que compõem a Rede. Salienta-se que a pessoa com deficiência é incluída na classificação de risco adotada no serviço de urgência e emergência para todos os usuários, enquanto o Inciso I do art. 22 da Portaria 793/2012 aponta que “a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deverá responsabilizar-se pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência”. No plano de ação do município de Porto Alegre/RS do ano de 2016, está disposto que no componente de Assistência Hospitalar e de Urgências os protocolos de risco não há a previsão de equidade e acessibilidade para a Pessoa com Deficiência, bem como não havia a existência de leitos de longa permanência e/ou de reabilitação destinados a estes usuários (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

O discurso de alguns gestores municipais da Rede de Urgência e Emergência revela uma concepção sobre a deficiência na perspectiva do modelo biomédico, sobressaindo os aspectos da incapacidade, limitação e dependência, sobretudo relacionados à deficiência física. Ao falar sobre o acolhimento da pessoa com deficiência na urgência e emergência, eles destacam que a prioridade no atendimento é garantida, assim como para os idosos e crianças, mas destacam que a acessibilidade nos serviços, como rampas e algumas adaptações no ambiente, é uma dimensão positiva ao atendimento à pessoa com deficiência.

[...] de acordo com sinais e sintomas da gravidade do paciente naquele momento, então prioridade na questão da deficiência ela é mesma, o idoso, o deficiente, é, ali na classificação de risco, os sinais e os sintomas evidentes para urgência. Porque ele pode ser um deficiente porém, ele ter algum sinal e sintoma que precise necessariamente de um atendimento mais prioritário, mas pode existir uma outra pessoa

que está numa situação de um agravo maior, então acredito que nessa classificação de risco da urgência e emergência, ela é baseada nessas evidências assim, de acordo com a sintomatologia que o usuário apresenta naquele momento (Gest1, ES).

Este é um fator relevante a ser observado, em situações em que o risco de vida é maior, a deficiência não define a prioridade e sim a condição de saúde e quadro clínico do usuário. Dessa forma, embora as condições clínicas sejam essenciais para a classificação de risco, faz-se necessária a identificação da deficiência do usuário, suas particularidades, tais como comunicação, acessibilidade física, pré-deteção de comorbidades, entre outros, informações necessárias que favorecem a assistência nos serviços de referência, bem como previnem possíveis agravos relacionados a individualidade da pessoa com deficiência.

Tem [prioridade], até porque se chegar algum deficiente físico lá ele vai ser atendido normalmente como outro, até porque tem a estrutura pra isso, então se você for lá tem a rampa, as salas são amplas que dê para entrar com a cadeira de roda para fazer uma triagem, entendeu? O atendimento é todo direcionado pra eles (Gest2, ES).

[...] Há discussão, há dúvidas, às vezes a gente trabalha com protocolo de classificação de risco, a gente sempre tenta priorizar as pessoas com deficiência, crianças com autismo, pacientes com problema físico, cadeirantes com limitações, a gente sempre prioriza, conforme a classificação do risco, a gente sempre dá prioridade. Surgem as dificuldades, a gente recebe muitas vezes pacientes cadeirantes e que não têm família, não têm ninguém que acompanhe o paciente, a gente não tem assistente social aqui na unidade, com o Serviço Social a gente sempre faz contato com o CRAS, se é idoso, no Centro do Idoso, mas nós temos discussões sim (Gest1, RS).

As falas destes gestores demonstram uma abordagem da “narrativa da dificuldade” proposta por Mendes (2014), onde os profissionais de saúde

demonstram claramente o imaginário de que as pessoas com deficiência introduzem complexidades adicionais ao cuidado à saúde. O desafio proposto é justamente entrar em contato com as pessoas com deficiência e dar a elas os cuidados que envolvem suas singularidades, capacidades e potencialidades como qualquer outro usuário. Porém, é necessário a discussão coletiva sobre as ações produtivas a partir das diferenças que as deficiências implicam no processo de trabalho.

A falta de conhecimento sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi observada entre os profissionais e gestores da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência dos municípios dos estados participantes da pesquisa, em especial os mencionados neste recorte. O desconhecimento e a falta de capacitação desses atores comprometem a identificação precoce de deficiência no âmbito hospitalar, o acolhimento da pessoa com deficiência em situação de urgência e emergência, o preparo do paciente e da família para a alta do paciente com incapacidade recente, bem como seu encaminhamento aos Centros de Reabilitação e a outros pontos disponíveis na rede (MACHADO *et al.*, 2018).

[...] na verdade a gente nunca conversou ou nem passou pela cabeça de ninguém o atendimento da pessoa com deficiência mesmo, porque a gente, claro que se a pessoa não caminha a gente vai botar na maca e vai atender (Gest2, RS).

O estudo de Machado (2016) aponta a necessidade da ampliação do conhecimento das diretrizes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência por parte dos gestores hospitalares, em especial, acerca do encaminhamento dos pacientes com lesão neurológica incapacitante aos demais pontos de assistência da rede. E ressalta a responsabilidade dos Conselhos Intergestores Regionais (CIR) e demais gestores públicos na divulgação das políticas públicas relacionadas à pessoa com deficiência no SUS.

A instituição de equipes de referência em reabilitação nos pontos de assistência hospitalar, urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência ainda não se consolidou nos estados apresentados, como prevê o inciso II do art. 22.

Registros de uma reunião da Coordenação estadual da AHUE do Rio Grande do Sul com o Grupo Condutor Estadual da Pessoa com Deficiência sinalizam que inexistem ações pré-hospitalares no âmbito da RCPCD, reforçando apenas seu papel estabilizador e meramente de transporte/transição dos usuários até os serviços de referência, quando ressalta que:

[...] as UPAS que têm papel de estabilização dos pacientes, além das ambulâncias brancas que ainda não estão reguladas pelo SAMU. No tocante ao SAMU, sua atribuição principal é fazer a regulação da Rede de urgência e emergência para os Hospitais de referência (RIO GRANDE DO SUL, 2014, p. 1).

É importante observar que essa percepção de que as UPAS e SAMU são serviços transitórios de usuários é o que promove a desarticulação destes com os demais serviços da rede. Quando profissionais da saúde e equipes de pronto atendimento não possuem capacitação, preparo ou sequer discutiram sobre a assistência a essa população, não há como garantir que os protocolos destinados à pessoa com deficiência são aplicados e que suas individualidades serão respeitadas.

Quanto à qualificação e ampliação do acesso regulado para pessoas com deficiência aos hospitais de reabilitação, não foram encontrados registros de ações concretas nos documentos dos estados mencionados, a não ser as metas propostas pelos planos de ação estaduais do Rio Grande do Sul, Paraíba e Espírito Santo. No Rio Grande do Sul, uma das diretrizes propostas pela resolução CIB/RS nº023 de 2017 é “articular e desenvolver ações conjuntas com a Urgência e Emergência a fim de ampliar leitos de longa permanência das pessoas com deficiência” (p. 10). Assim, esses

apontamentos revelam que a articulação entre o Componente da Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência requer a atenção e o envolvimento dos gestores e profissionais para que as metas estabelecidas sejam concretizadas.

DESAFIOS NO ÂMBITO DA GESTÃO ACERCA DA AHUE NA RCPCD

Vislumbramos até o momento que a aderência da AHUE dentro da Rede de Cuidados à pessoa com deficiência tem papel fundamental na priorização da intervenção precoce, buscando o estabelecimento de ações que melhorem a capacidade e a funcionalidade das pessoas com deficiência para além dos Centros Especializados de Reabilitação (CER), conforme proposto pela portaria 793/2012, mesmo que não garanta a integralidade do cuidado.

São desafios a serem superados dentro da rede: a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na AHUE, para que repensem suas ações visando reduzir o tempo de internação, superação das dificuldades de comunicação e acessibilidade aos serviços de saúde, instituição de equipes referência em reabilitação e que executem ações vinculadas à pré-deficiência e acompanhamento até o referenciamento aos demais serviços de saúde, entre outros (MACHADO *et al.*, 2018).

Esses desafios perpassam pela capacitação constante das equipes de saúde, do reconhecimento da RCPCD e de sua importância na definição do trabalho colaborativo que promova a integralidade e a qualidade de vida dessa população (MACHADO *et al.*, 2016), incentivo orçamentário para a criação de novos pontos de contratualização da AHUE e para a formulação de políticas públicas que coloquem a pessoa com deficiência como centro do cuidado dentro da rede.

A articulação entre os serviços da rede, em especial a AHUE e os demais serviços de saúde, deve elencar ações que façam o acompanhamento

não apenas da pessoa com deficiência, mas de seus familiares para que possuam o treinamento e a orientação necessários para compreender o processo da deficiência, suas limitações e cuidados, bem como o conhecimento dos fluxos de cuidado e assistência da RCPCD (PEREIRA; MACHADO, 2016). Para isso, faz-se necessária a compreensão do modo de trabalho das equipes de saúde e o quanto suas ações desarticuladas interferem não apenas no processo de reabilitação, mas com o trabalho dos demais profissionais e serviços da rede (CAMPOS *et al.*, 2015), dificultando o pleno desenvolvimento do proposto pela Portaria 793/2012, bem como na obtenção do êxito da assistência integral ao indivíduo

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ainda precisamos avançar muito na articulação da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência a partir da perspectiva da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, não apenas no âmbito da gestão, mas também das ações coletivas e coparticipativas entre gestores, profissionais de saúde mediante o acolhimento e o cuidado em saúde por meio da transversalidade a todo e qualquer cidadão brasileiro, em especial às pessoas com deficiência. As amostras apresentadas neste capítulo reforçam que embora ocorra a existência destes serviços, não há garantia da articulação entre estes com os demais pontos da rede e o acesso por parte das pessoas com deficiência.

Para conquistarmos a integralidade da RCPCD, muito além da contratualização dos pontos de atenção, da existência da regulação e do monitoramento das ações pelo Grupo Condutor da Pessoa com Deficiência, é necessário um diálogo permanente entre gestores, trabalhadores e sociedade civil para repensarem as ações já existentes e elaborar estratégias, seja por meio de políticas públicas ou por ações de trabalho, que permitam garantir a equidade e o estabelecimento de linhas de cuidado que qualifiquem a assistência às pessoas com deficiência.

Para além do reconhecimento dos serviços da AHUE dentro da RCPCD, faz-se necessária a criação de momentos de diálogo aberto entre os gestores dos diferentes níveis de atenção dentro da rede, para juntos estabelecerem prioridades e necessidades locais e regionais, visando à integração entre as redes. Também é necessário qualificação e treinamento dos profissionais de saúde para atuar com as pessoas com deficiência nestes serviços, dando a essa população visibilidade e acolhimento qualificado, buscando melhorar a assistência, bem como prevenir e detectar precocemente possíveis deficiências, limitações ou incapacidades que possam afligir o usuário e/ou comprometer a resolutividade do cuidado.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 4279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Brasília: Diário Oficial da União. 2012.
- CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. de P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207-210, 2015.
- CARVALHO, A. L. B. de *et al.* A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 901-911, 2012.
- MACHADO, W. C. A. *et al.* Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: necessary referrals to rehabilitation. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3161-3170, 2016.
- MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018.
- MENDES, V. L. F. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a

Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diálogo (bio) político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 37-68, 2014.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB/SUS 1545/2013**. Plano Estadual Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

PARAÍBA. **Plano de Ação Regional da Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência -14ª Regional de Saúde - 1ª Macrorregião**, Paraíba, 2016.

PEREIRA, J. de S.; MACHADO, W. C. A. Referência e contrarreferência entre os serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des) articulação na microrregião Centro-Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1033-1051, 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Atenção à Saúde da**

Pessoa com Deficiência, 2016-2021. Porto Alegre, 2016. 45 p. Disponível em: http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=936. Acesso em: 01 out 2021

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução Nº283/13** - CIB/RS Aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

RIO GRANDE DO SUL. **Ata nº1/2014 do Grupo Condutor Estadual da Pessoa com Deficiência, 21 de fevereiro de 2014**, Porto Alegre: 2014.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 454/17** - CIB/RS - Aprova a atualização do Plano Estadual Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

CAPÍTULO 11

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO AMAZONAS

Tiótrefis Gomes Fernandes
Hadassah dos Reis Maia
Lohanna Pinheiro Martins
Viviane Siqueira Magalhães Rebelo
Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos
Daniela Baptista Frazão
Luís Felipe Farias Maia
Victor da Silva Aquino
Rogério Olmedija de Araújo
Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça

APRESENTAÇÃO

O Amazonas, formado por 62 municípios, é um dos sete estados da Região Norte do Brasil, compõe a Amazônia Legal e constitui-se no maior estado em área territorial do país. Possui a maior floresta e a maior bacia hidrográfica do mundo, com mais de 23.000km de vias navegáveis, que servem de ligação entre os municípios. Com 1.559.161,682 quilômetros quadrados, ocupa uma área de 40,5% da Região Norte, 18,32% de todo território brasileiro e apresenta a menor densidade demográfica entre as unidades da federação, com 2,6 habitantes/km² (AMAZONAS, 2020).

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

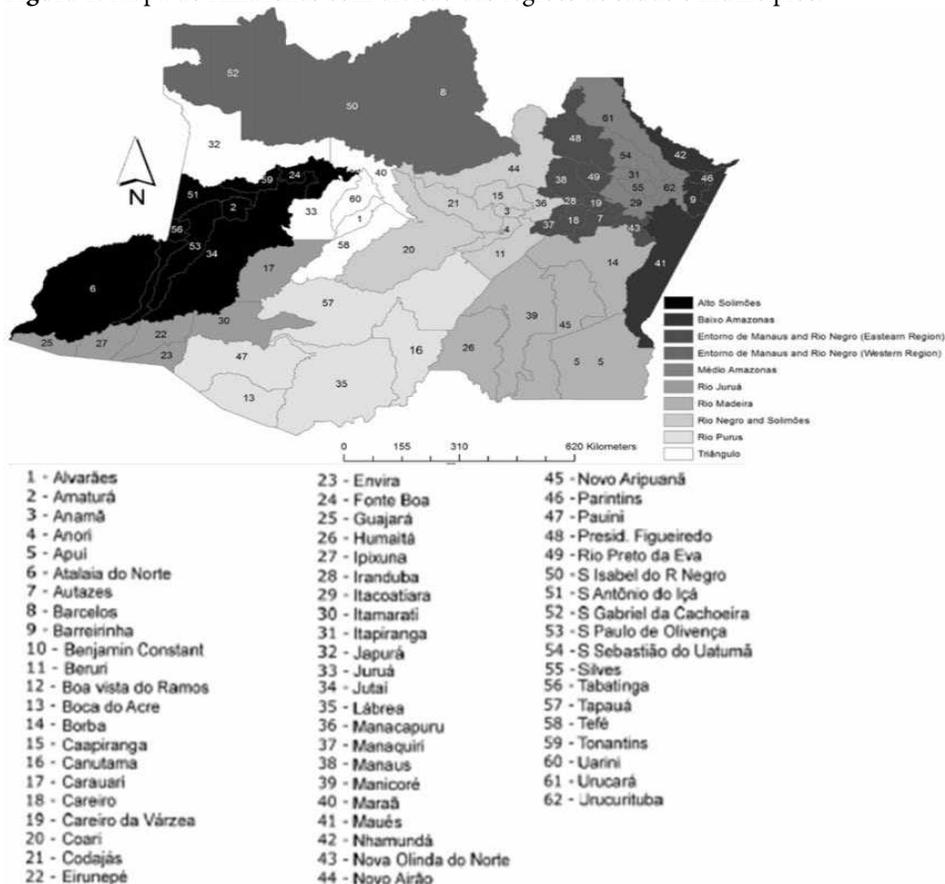
Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,674, saindo de baixo para médio desenvolvimento e subindo para a 18ª posição.

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

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE NO AMAZONAS E A POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA

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

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



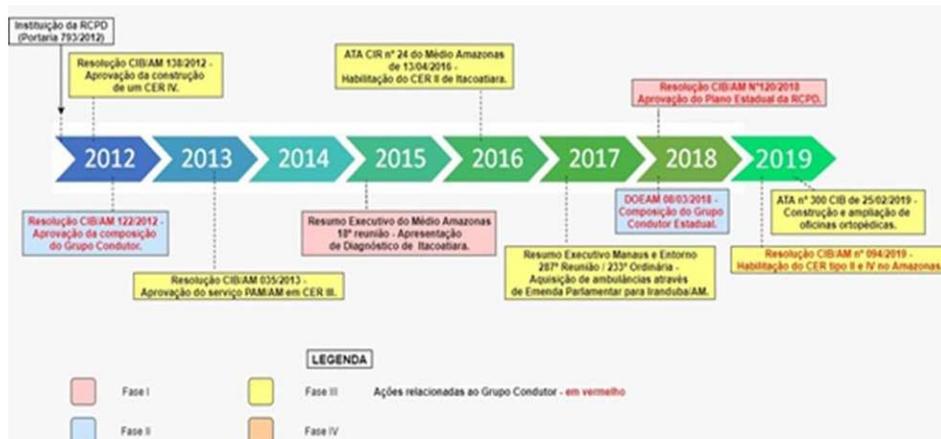
Fonte: BALIEIRO et al., 2020.

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

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

Para apresentar os primeiros anos da RCPCD no Amazonas, foi elaborada uma linha do tempo que versa sobre as ações, etapas e acontecimentos do processo de implantação da Rede entre os anos de 2012 e 2019. Essa linha do tempo e o diagnóstico apresentado aqui são oriundos da análise documental composta pela busca, seleção e avaliação de informações relevantes para implantação da rede, citadas nas resoluções, atas e resumos de reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), disponíveis no sítio eletrônico desses órgãos e cedidos pela Secretaria Estadual de Saúde (SES-AM). Os documentos selecionados foram discriminados de acordo com as fases (I, II, III e IV) de operacionalização da Rede, descritas na portaria nº 793/2012.

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



Fonte: Autores, 2021.

A formação do primeiro Grupo Condutor Estadual ocorreu em 2012. Composto inicialmente por doze membros, tinha como papel conduzir a Rede Estadual de Atenção ao Deficiente do Estado do

Amazonas, assim como implementar as Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência e acompanhar as ações de atenção à saúde definidas na portaria 793/2012 para cada componente da RCPCD. Ainda em 2012, houve a proposta de construção do CER tipo IV, esta ação encabeçou a implantação da Rede no estado. Porém, as execuções das etapas que sucederam o projeto foram interrompidas e retomadas diversas vezes, o que impossibilitou sua construção em tempo hábil.

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

A partir de 2018 foi observado um maior empenho em ações de adesão da RCPCD, como consequência da segunda formação do Grupo Condutor Estadual. O que permitiu a aprovação do Plano Estadual da Rede, bem como o Plano Operativo Estadual para a população com deficiência intelectual, com o objetivo de entender melhor as demandas e situação de saúde da pessoa com deficiência no Amazonas. Essa especificidade deve ter ocorrido

porque o único CER em funcionamento até aquele momento atendia as modalidades física, auditiva e visual. Partindo deste ponto, foi notório que as ações inerentes à rede caminharam para execuções em maior quantidade dentro de um intervalo menor de tempo, ressaltando o quão importante é a presença ativa do Grupo Condutor no processo de implantação da rede.

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

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

INSTABILIDADE POLÍTICA ESTADUAL

Um fator a ser destacado no processo de implantação da RCPCD no estado é a frequente mudança de governos e gestores de saúde ao longo dos anos, principalmente no período de 2012 a 2019. Nessa fase, o Amazonas foi administrado por quatro governos diferentes. O primeiro iniciou com o mandato de Omar Aziz, reeleito em 2011 e permanecendo no cargo até 2014, quando renunciou seu mandato para concorrer a uma vaga no Senado. Sua gestão foi assumida pelo então vice-governador José Melo de Oliveira até o final de 2014,

sendo reeleito e permanecendo no cargo até 31 de março de 2017, quando o Tribunal Regional Eleitoral do Amazonas – TRE-AM cassou seu mandato por compra de votos na eleição de 2014. Para assumir interinamente o governo, assumiu a gestão de Davi Almeida, que permaneceu nove meses. Nesta época, foram realizadas novas eleições para o cargo e de outubro de 2017 até o final de 2019, o governo foi assumido por Amazonino Mendes. A partir deste mandato, a política no estado retoma a sua regularidade de gestão, porém, a transição de governos trouxe como consequência obstáculos para o avanço de políticas públicas de saúde, repercutindo na implantação lenta e tardia da RCPCD no estado. O primeiro Grupo Condutor Estadual, formado em 2012, sofreu modificações de membros e gestores juntamente com os governos ao longo do tempo, resultando principalmente na falta de um Plano Estadual e Operativo consistente.

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

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

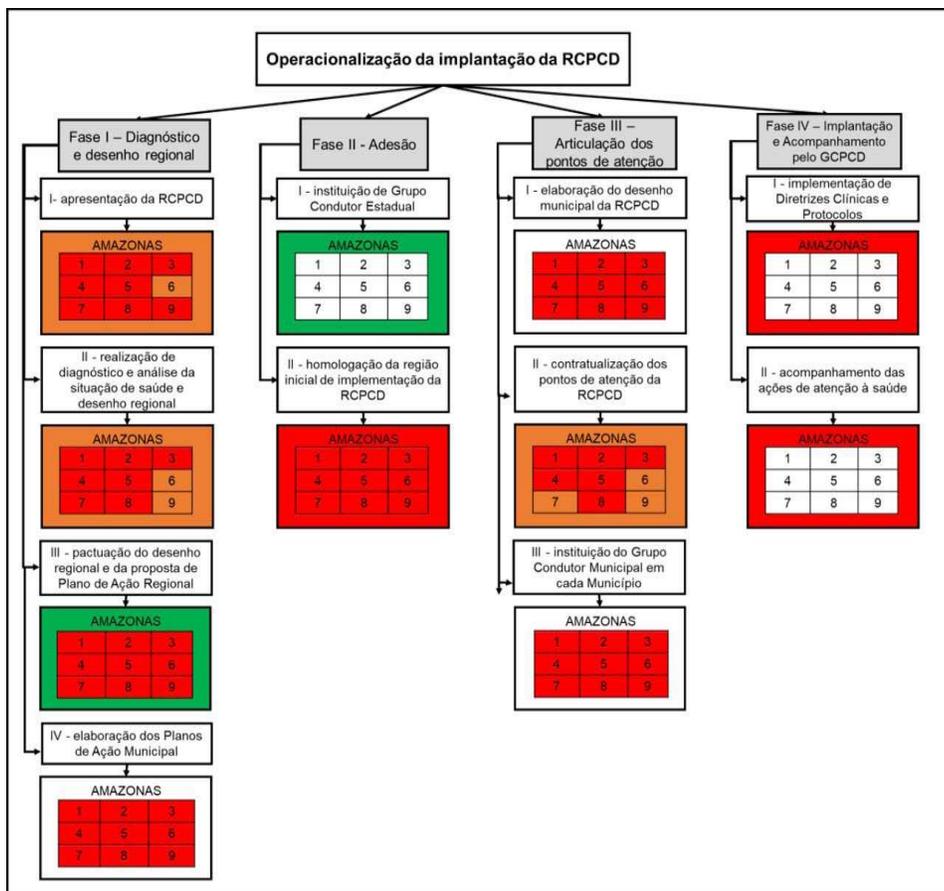
Portanto, não houve propostas e projetos sólidos de acompanhamento e assistência a essa população até 2018, ano em que o Plano Estadual foi aprovado e a segunda formação do Grupo Condutor foi constituída. Embora já existissem serviços de reabilitação habilitados e ações de contratualização estivessem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

DIAGNÓSTICO DA IMPLANTAÇÃO DA RCPCD NO ESTADO DO AMAZONAS

Foi elaborado um diagnóstico da implantação da RCPCD, com base em análise documental. Foram acessados documentos públicos na internet, além

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

Figura 3. Diagrama sobre a operacionalização da implantação da RCPCD no Amazonas.



Fonte: Autores, 2021.

*Nota: 1 – Alto Solimões; 2 – Rio Madeira; 3 – Manaus, Entorno e Alto Rio Negro; 4 –

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

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

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

Na primeira fase, no que compete ao diagnóstico e desenho da RCPCD no estado, observando quatro (quatro) ações/etapas de destaque: I- apresentação da RCPCD, II- diagnóstico e análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da RCPCD pela CIR, III- pactuação do desenho e proposta de Plano de Ação Regional, e IV- elaboração dos Planos de Ação Municipal. Observou-se que as etapas I e II não ocorreram de maneira significativa, tanto no estado quanto nas regiões de saúde. Houve

apenas menção da RCPCD durante apresentação da Rede de Atenção à Saúde da região do Triângulo, bem como, breve histórico, legislação e objetivos durante apresentação de plano de ação estadual. Da mesma forma, foi citada uma estimativa com base no Censo 2010 IBGE da população com deficiência no estado do Amazonas, especificamente para a população da região de saúde do Médio Amazonas e região de saúde do Triângulo, além da apreciação do plano regional da Rede de Atenção à Saúde, no qual foi citada a RCPCD. As etapas III e IV também não alcançaram as nove regiões de saúde, apresentando de forma efetiva somente a pactuação do desenho regional do estado e da proposta de ação regional, e sem nenhum progresso e/ou registro quanto à elaboração dos planos municipais pela CIR ou CIB.

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

Portanto, quanto à lógica de estruturação organizacional e territorial, o processo de implantação da RCPCD no estado do Amazonas ocorreu de maneira incipiente e com grande escassez de processos que abarcasse de modo integral os pontos de atenção à saúde, o que impacta diretamente

na assistência prestada à pessoa com deficiência. Ademais, não atende totalmente o que preconizam as diretrizes da RCPCD e o próprio SUS no que tange aos princípios de universalidade, equidade e integralidade.

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

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

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

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

Garnelo, Sousa e Silva (2017) analisaram o processo de regionalização em saúde no estado do Amazonas por meio de estudo de caso da regional em Saúde Entorno de Manaus e verificaram uma cena social onde predominam a assimetria, a verticalidade, a competitividade e a fragilidade das relações multilaterais entre municípios, associados a um perfil cartorial das instituições que atuam na região amazônica. Os agentes políticos envolvidos no processo têm limitado reconhecimento das condições sociopolíticas e institucionais em que atuam. Tendem a atribuir os problemas de gestão e operacionalização das redes de atenção à configuração dos espaços naturais geográficos amazônicos, mas seu financiamento, governança e capacidade técnica são insuficientes para superá-los. O que podemos confirmar na fala de um membro do grupo condutor estadual:

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

Uma estratégia que poderia ser adotada regionalmente visando sanar principalmente a carência da atenção especializada nesses espaços geográficos carentes, para El Kadri (2019), seria a criação de serviços itinerantes com equipes que se desloquem periodicamente e regularmente a esses municípios, tirando o ônus financeiro que hoje o usuário do SUS na região tem que arcar

se deslocando para a capital ou outros polos regionais com maior estrutura. Apesar dessa alternativa, deve-se observar que em relação a RCPCD resolveria apenas de forma parcial as necessidades da população com deficiência, uma vez que a maior parte deste grupo, principalmente aqueles com deficiências físicas, necessita de cuidado e estímulos constantes e ininterruptos de reabilitação, com equipe multidisciplinar como o programa Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), que muitas vezes pode se mostrar significativo para a pessoa com deficiência desenvolver suas capacidades, habilidades e independência para atividades de vida diária (AVDs). Aliás, causa estranheza o NASF-AB não ter sido citado em documentos ou falas (diretamente) como parte da rede de cuidado, uma vez que há grande potencialidade de intervenção deste dispositivo a este público, e que há várias equipes, sobretudo nos municípios do interior do estado do Amazonas.

As dificuldades regionais que permeiam a RCPCD, impedem a longitudinalidade do cuidado com a ausência de integração entre os serviços que no âmbito dessa rede pressupõe contatos prolongados entre profissionais e usuários para uma integralidade de cuidado. Para Coelho (2019), seguindo-se o preceito da longitudinalidade e interdependência, o usuário poderia transitar na rede iniciando seu processo de reabilitação nos níveis de maior complexidade de atenção, até chegar à AB para manutenção de seus ganhos, mas também, sempre que necessário realizar o fluxo inverso. No entanto, a regionalização no estado do Amazonas, dentro de seu desenho e apresentação atual, contando com as dificuldades aqui expostas, principalmente na interiorização de maiores níveis de atenção à saúde, impedem que a longitudinalidade do cuidado ocorra de forma integral na saúde da pessoa com deficiência.

Para tanto, faz-se necessário maior investimento do setor saúde na oferta mais equânime de serviços orientados às pessoas com deficiência no estado do Amazonas, bem como uma melhor operacionalização da política de RCPCD para a adequada implantação e funcionamento da rede, o que

possibilitará a atenção integral à saúde entre os diversos equipamentos de saúde nos variados municípios e espaços da região.

REFERÊNCIAS

- AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2016-2020**: PES 2016-2020. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SUSAM, 2016. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2016-2019.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.
- AMAZONAS. **Plano Estadual de Saúde do Amazonas 2020-2023**: PES 2020-2023. Manaus-Amazonas: Governo do Amazonas/Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas-SES, 2020. Disponível em: http://www.saude.am.gov.br/docs/pes/pes_2020-2023_ver_ini.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.
- BALIEIRO, P. C. da S. *et al.* Fatores associados à mortalidade por causas inespecíficas e mal definidas no estado do Amazonas, Brasil, de 2006 a 2012. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 339–352, jan. 2020.
- BRASIL. **Censo demográfico: 2010 : características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=794>. Acesso em: 15 out. 2021.
- BRASIL. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. 24 abr. 2012.
- COELHO, D. M. **Proposta de estruturação, organização do fluxo e hierarquização da rede de reabilitação física de um Departamento Regional de Saúde do estado de São Paulo**. TESE—Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2019.
- GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. de O. da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, abr. 2017.
- KADRI, M. R. E. A Regionalização Da Saúde: O Caminho Para O Sus Em Todos Os Territórios? **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 33, p. 67–76, 22 nov. 2019.

CAPÍTULO 12

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA

Jorge Henrique Santos Saldanha
Milena Maria Cordeiro de Almeida
Ana Paula Medeiros Pereira
Mariana Silva Macedo
Amanda Oliveira Costa dos Santos
Mariana Santos Amaral
Beatriz Santos Miranda
Hercilia Kayla Santos de Carvalho
Lília Campos Nascimento
Melissa Catrini
Vladimir Andrei Rodrigues Arce

APRESENTAÇÃO

A Bahia localiza-se na Região Nordeste, sendo o 5º estado brasileiro em extensão territorial com 564.760,427 km² (SESAB, 2020a). Divide-se em 28 regiões de saúde, que se agrupam em nove macrorregiões (BAHIA, 2012a). Estima-se um contingente populacional de 14.985.284 habitantes (IBGE, 2021), 4º maior do país. As pessoas com menos de 25 anos representam 44% da população, no entanto, dados de 2018 demonstram um crescimento da faixa etária acima de 60 anos, que passou de 8% nos anos 2000 para 10% em 2018 (SESAB, 2020a). Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), em 2019 cerca de 1,5 milhões de pessoas (10% da população) de pessoas de dois anos ou mais de idade referiram apresentar muita dificuldade ou não conseguir de modo algum enxergar, ouvir, se

locomover, realizar movimentos nos membros superiores e realizar tarefas habituais em decorrência de limitações nas funções mentais ou intelectuais, independente do uso de dispositivos de auxílio (IBGE, 2021).

Para analisar as respostas às necessidades de saúde das pessoas com deficiência, este capítulo pretende apresentar a constituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) na Bahia, apresentando seus movimentos de construção da agenda da Rede nas instâncias de governança estadual e processos de operacionalização desta. Serão apontados os marcos históricos e legais da implantação, descrevendo as fases de operacionalização, os principais atores envolvidos nesse processo, além de uma análise crítica da implantação, identificando avanços e desafios para sua consolidação. A construção do texto foi baseada na análise de documentos da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), do Grupo Conductor de Redes de Atenção (GCRAS) e da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência (ATSPD) do estado. Essa análise compõe o estudo Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil.

A IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA: FASES DE OPERACIONALIZAÇÃO DA RCPCD NO ESTADO, MARCOS LEGAIS E PRINCIPAIS ATORES ENVOLVIDOS

Antes da criação da RCPCD na Bahia, a atenção à saúde das pessoas com deficiência se organizava a partir de normativas que definiam a assistência à saúde segundo a caracterização da deficiência como física, auditiva, visual e mental, num modelo fragmentado. Ao longo de pelo menos duas décadas, o Estado foi formulando projetos e políticas de atenção à saúde das Pessoas com Deficiência, com destaque para a criação de um centro público de reabilitação estadual junto à Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), o Centro Estadual de Prevenção e

Reabilitação de Deficiências (CEPRED), em 1999, a criação da Comissão Interinstitucional de atenção às pessoas com deficiência na Bahia (CIADEBA), em 2000, e a instituição da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física na Bahia, em 2001. Estas e outras ações, permitiram que a implantação da RCPCD na Bahia se desse a partir de um histórico de políticas estaduais que caminhavam no sentido de garantir alguma assistência que observasse as demandas das Pessoas com Deficiência. Para esse capítulo, optamos por descrever e analisar as ações que são desenvolvidas a partir da formulação e publicação da portaria 793/2012 que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS (KIELMANN; SILVEIRA, 2011; QUINTO; VILLAVARDE; SILVA, 2011).

O início das discussões da implementação da RCPCD na Bahia se dá a partir de 2012, com a instituição do Grupo Condutor de Redes de Atenção (GCRAS) no estado (BAHIA, 2012b), instância responsável pela condução de todas as redes de atenção à saúde no estado, evidenciando uma configuração diferente daquela prevista na Portaria nº 793/2012 (BRASIL, 2012). As três representações previstas no GCRAS da Bahia (SESAB, Conselho de Secretários Municipais de Saúde - COSEMS e Ministério da Saúde - MS) possuem sub-representações¹.

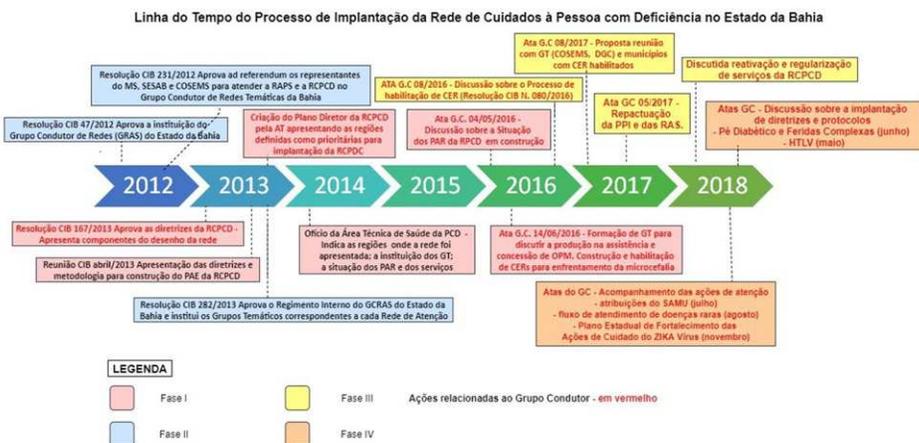
No que se refere à RCPCD, destaca-se o papel da representante da Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC), que inclui em sua estrutura a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência (ATSPD). A representação do MS ocorre pela presença do apoiador institucional de redes de atenção, sendo que não existe representação de outros órgãos intersetoriais à saúde, nem do controle social (BAHIA, 2016). Assim, a ATSPD da SESAB assume um papel de assessoria técnica, diagnosticando, planejando e operacionalizando a RCPCD, viabilizando o papel de governança do GCRAS.

1 O primeiro regimento do GCRAS, em 2013, refere a instituição de Grupos Temáticos (GT) correspondentes a cada Rede de Atenção, incluindo a RCPCD. O regimento atual, do ano de 2016, não refere mais os GT, mas pontua que áreas técnicas da SESAB e do COSEMS são responsáveis por assessorar tecnicamente as discussões do GCRAS.

A proposta inicial de Diretrizes para a RCPCD apostou em eixos transversais, a exemplo da interface com outras redes temáticas (Rede de Atenção Política pela Sustentabilidade, Rede de Atenção Psicossocial, e Rede Cegonha) e programas como o Programa Saúde nas Escolas (PSE) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), buscando articular ações de cuidado para a pessoa com deficiência de forma ampliada.

A implantação da RCPCD segue um delineamento orientador de operacionalização, constituído por quatro fases com ações específicas (BRASIL, 2012). Na Bahia, essas fases não aconteceram de maneira linear e consecutiva (Figura 1).

Figura 1. Linha do tempo de ações da operacionalização da implantação da RCPCD no Estado da Bahia.



Fonte: Autores, 2021.

A primeira fase refere-se ao diagnóstico e desenho regional da rede. Nesse aspecto, identificou-se que em 2013, nas reuniões da CIB, houve apresentação da RCPCD e suas diretrizes, aprovadas pela CIB na Resolução nº 167/2013, bem como da metodologia para construção do

Plano de Ação Estadual (PAE) da RCPCD, que foi elaborado no formato de documento norteador similar, o Plano Diretor da Rede (PDR) do estado, organizado pela área técnica. Em 2020, o Plano foi atualizado, passando a ser denominado como Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado da Bahia (SESAB, 2020b).

Das 28 Regiões de Saúde da Bahia, somente as regiões de saúde de Feira de Santana (SESAB, 2020b) e Irecê (ITAPETINGA, 2015a) concluíram a criação do Plano de Ação Regional (PAR); 14 regiões iniciaram de alguma forma esse processo, através de discussões no âmbito das reuniões ou com a criação de Grupos de Trabalho para elaboração do documento, movimento que foi disparado com as visitas da ATSPD nas regiões de saúde para apresentar a RCPCD. Para as outras 12 regiões de saúde, não foi encontrada menção sobre a construção da Rede e dos PAR nas atas da CIR.

A segunda fase diz respeito à adesão à RCPCD. O estado da Bahia definiu as Regiões Nordeste e Centro-Norte como prioritárias para implantação da Rede, conforme aprovação no GCRAS, em 2013, com a justificativa de ambas as regiões possuírem pouca cobertura em relação à atenção especializada e menor potencial de qualificação e/ou expansão das unidades existentes, além de um número expressivo de pessoas com deficiência nas regiões (SESAB, 2020a).

A terceira etapa para implantação da RCPCD compreende a contratualização dos pontos de atenção. A Resolução CIB 386/2012 registra a habilitação de três Centros Especializados em Reabilitação (CER) no estado, um CER IV e um CER III na cidade de Salvador e um CER II no município de Vitória da Conquista (SESAB, 2013). No mesmo ano, foram habilitados o Núcleo de Atendimento à Criança com Paralisia Cerebral (NACPC), enquanto CER II referência para região de Salvador; o Centro Municipal de Reabilitação (CEMUR), como CER II de referência para regiões de Itaberaba e Seabra; e o CER Teixeira de Freitas, como CER

II referência para Macrorregião Extremo Sul, que em 2019 passou a ser habilitado como CER IV.

O Plano Diretor de 2013 (DGC/SESAB) ainda apresenta os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) de 22 cidades como habilitados para constituição da RCPCD no estado e até o período de maio de 2020 era previsto que mais 33 CEO estariam credenciados na rede estadual. No ano de 2016, movidos pelo cenário de emergência de saúde pública da Síndrome Congênita do Zika Vírus, sete CER foram habilitados: um CER III e seis CER II (SESAB, 2020b). O estado ainda conta com dez serviços únicos de reabilitação contratualizados na Rede, distribuídos em sete das nove macrorregiões de saúde, com uma concentração de serviços na macrorregião Sul. A Figura 2 apresenta a distribuição geográfica dos serviços da atenção especializada contratualizados na RCPCD na Bahia: CER e CEO habilitados e Estabelecimentos Únicos de Reabilitação contratualizados na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

Figura 2. Distribuição dos Centros Especializados em Reabilitação, Estabelecimentos Únicos em Reabilitação e Centro de Especialidades Odontológicas por macrorregiões da Bahia.



Fonte: Plano de Ação do Estadual Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Bahia/ Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência/SESAB, 2012.

Apesar desse período marcar um aumento expressivo nas habilitações de serviços especializados, os CER ainda se concentram em algumas regiões como Leste, Sudoeste e Extremo Sul, com um maior vazio nas regiões Norte, Centro-Norte e Sul. Das nove macrorregiões do estado, a região Norte ainda não possui CER habilitado, e das 28 regiões de saúde, apenas 10 possuem CER habilitados, com alta concentração na capital Salvador. Ademais, até 2021 o estado não contava com Oficinas Ortopédicas contratualizadas na RCPCD, no entanto, o Plano de Ação Estadual (PAE), (SESAB, 2020b), sinaliza duas obras de Oficinas Ortopédicas, uma concluída e outra em andamento nos municípios de Teixeira de Freitas e Itabuna, localizados nas macrorregiões Sul e Extremo-Sul.

A experiência das contratualizações da RCPCD na Bahia está associada de modo geral à CIB através da Programação Pactuada e Integrada (PPI), sendo muito centralizada na alocação e no repasse dos recursos financeiros e pouco focada no desenvolvimento de ações regionalizadas de cuidado baseadas nos PAE. Destacamos que, apesar das pactuações dos pontos constituintes da rede, poucos municípios relataram a constituição de Grupos Condutores Municipais e dos Planos Municipais de Ação, exemplificando a não consecutividade das etapas aqui descritas.

Sobre o componente da Atenção Básica (AB), a cobertura de Saúde da Família é maior nas regiões prioritárias de implantação da RCPCD, Centro-Norte (96,57%) e Nordeste (89,61%). A menor cobertura de Saúde da Família está na Região Leste (47,52%), onde estão situados dois centros urbanos (Salvador e Camaçari), nos quais, por outro lado, se concentram os CER e CEO (SESAB, 2020b). As diretrizes estaduais ampliaram as recomendações da Portaria 793/2012 e incluíram as equipes de Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e equipes de atenção odontológica como responsáveis pelo cuidado às pessoas com deficiência, junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS). Em 2019, as Regiões

Centro-Leste e Sudoeste possuíam o maior número de equipes NASF-AB (99 e 73, respectivamente), enquanto a Região Extremo Sul apresentou o menor quantitativo (30 equipes) (SESAB, 2020b).

Com relação à atenção odontológica, além das equipes de saúde bucal na AB, o estado possui 83 CEO, sendo 33 habilitados na RCPCD. Todas as macrorregiões possuem pelo menos um CEO habilitado, distribuído em 20 das 28 regiões de saúde. Todavia, há um vazio assistencial na atenção odontológica hospitalar para a realização de serviços que demandem anestesia geral ou sedação. Enquanto o PDR de 2013 previu o estabelecimento de 28 hospitais de referência, a realidade atual é que apenas um hospital realiza tais procedimentos, em Salvador (BRASIL, 2021; SESAB, 2020b).

O componente de Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência é um dos mais prejudicados, com um déficit expressivo de leitos de reabilitação. No Plano Diretor (SESAB, 2013), havia a previsão de implantação de 996 leitos de reabilitação, mas em 2020 existiam apenas 96 destes leitos disponíveis no SUS, distribuídos em cinco Regiões de Saúde, com concentração de 94% dos leitos na região de Salvador. Ressalta-se que em setembro de 2020, havia 1009 unidades de urgência no estado, localizadas em 386 municípios (DATASUS, 2021), evidenciando pouca integração desse componente da RCPCD e ações específicas para o cuidado às pessoas com deficiência.

A quarta e última etapa apresentada na Portaria 793/2012 diz respeito à implantação e acompanhamento da RCPCD pelo Grupo Condutor Estadual, ficando este responsável pela implantação de diretrizes e protocolos que orientem o cuidado e atenção à saúde da pessoa com deficiência, bem como o acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da RCPCD, possuindo como referência principal os Planos de Ação Regionais e Municipais. O cenário baiano ainda apresenta a execução

desta etapa de maneira parcial. No espaço da CIB, em abril de 2015, foram instituídos grupos de trabalho com o objetivo de definir uma metodologia para operacionalizar os planos de ação regionais da RCPCD bem como definir os responsáveis pela construção do seu estado da arte.

Além de impulsionar a habilitação de novos CER, a emergência em saúde pública da Síndrome Congênita do Zika mobilizou reuniões da CIB e GCRAS, em 2015 e 2016, com o intuito de elaborar protocolos e diretrizes para atenção à microcefalia. Além disso, em 2018, o grupo condutor apresentou proposta de Linha do Cuidado às Pessoas convivendo com HTLV. Essas ações podem ser configuradas como movimentos do GCRAS na perspectiva de acompanhamento das ações da RCPCD e formulação de diretrizes de atenção à saúde. Todavia, a ausência expressiva dos planos municipais e regionais configuram uma barreira importante para a completa efetivação desta etapa avaliativa no estado e municípios. Não encontramos referência à existência de mecanismos formais de acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede, nem o estabelecimento de metas e monitoramento dos resultados no âmbito do GCRAS.

A proposta inicial de Diretrizes para a RCPCD apostou em eixos transversais, a exemplo da interface com outras redes temáticas (Rede de Atenção Política pela Sustentabilidade, Rede de Atenção Psicossocial, e Rede Cegonha) e programas como o Programa Saúde nas Escolas (PSE) e o Benefício de Prestação Continuada (BPC), buscando articular ações de cuidado para a pessoa com deficiência de forma ampliada.

De modo geral, há uma desigualdade na velocidade da efetivação das fases de operacionalização da RCPCD no estado. As ações previstas para acontecer ao nível de CIB e Grupo Condutor foram completamente ou parcialmente realizadas, enquanto as ações que deveriam acontecer nas CIR e nos municípios não avançaram, com destaque para a ausência de PAR em quase todas as Regiões de Saúde. Tendo em vista que a elaboração dos

PAR deve ser precedida da realização de diagnóstico e análise da situação de saúde, elaboração e pactuação do desenho regional da rede, a ausência dessas ações compromete sobremaneira a efetiva operacionalização da rede.

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA BAHIA: AVANÇOS E DESAFIOS

A implantação da RCPCD na Bahia trouxe uma expansão da cobertura no componente da atenção especializada no estado, principalmente em relação à habilitação de CER e CEO, sendo um dos principais desafios a concentração geográfica de serviços na capital ou em grandes municípios, herança do modelo de atenção à saúde previdenciária e urbana anterior ao SUS, agravada pela precária malha rodoviária do estado, dificultadora do acesso a serviços (KIELMANN; SILVEIRA, 2011). Expandir a rede segue sendo necessário, porém com uma melhor distribuição de CER para contemplar todas as macrorregiões de saúde do estado, com pelo menos um serviço habilitado nas 28 regiões de saúde, de modo que funcionem como qualificadores dos demais pontos da rede, especialmente AB, com formação dos profissionais e suporte ao cuidado das pessoas com deficiência.

A diversificação dos pontos de atenção é um desafio, tendo em vista, por exemplo, o baixo número de CER IV, de atenção odontológica hospitalar e de serviços de urgência emergência. Este último pode ser explicado em parte pela forma como as ações previstas para esse componente são descritas na Portaria 793/2012, com pouco detalhamento, ausência de metas e de processos de indução financeira para mudanças nos serviços e processos de trabalho. Além disso, a opção por investimento na habilitação de serviços de reabilitação preexistentes, filantrópicos em maioria, pode dificultar a transformação do modelo de cuidado às pessoas com deficiência em direção ao cuidado integral e a uma compreensão mais ampla da deficiência, questão que precisa ser enfrentada, sobretudo a partir de parcerias com universidades.

Um avanço importante foi a aposta na expansão da AB no Estado, ainda que de forma desigual, com a compreensão de que as equipes NASF-AB e Saúde Bucal devem integrar o cuidado às pessoas com deficiência no território, fomentando a qualificação do cuidado integral e a coordenação do cuidado. Diante do recente cenário da mudança de financiamento da AB através do Programa Previne Brasil, a extinção do financiamento próprio para as equipes dos NASF-AB e a fragilização da Estratégia Saúde da Família na nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, estratégias de fortalecimento da AB são fundamentais para a consolidação estratégica da rede.

A governança da RCPCD representa um dos grandes obstáculos para a completa implantação e consolidação da rede no estado. A presença de um grupo condutor estadual responsável por todas as redes temáticas, embora potencialize a construção de um espaço de articulação entre as redes temáticas, evidencia uma assimetria em relação à abordagem das especificidades delas, sendo a RCPCD a menos pautada, inclusive na maioria das reuniões das CIR, implicando na ausência de formulação e aprovação do documento básico de construção da rede, os PAR, fragilizando, portanto, seu processo de implantação coordenado.

Ainda no âmbito do Grupo Condutor, há necessidade de aperfeiçoar os mecanismos de acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede, estabelecimento de metas e monitoramento dos resultados, bem como a formulação e implementação de diretrizes clínicas e protocolos para atenção à pessoa com deficiência. Além disso, é preciso estímulo à organização das CIR para implantação efetiva da RCPCD em cada uma das 28 regiões de saúde, com permanente pactuação do desenho regional da rede, formulação dos planos de ação, programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários para a garantia das ações e serviços. Também

é necessária a incorporação de representantes do controle social e uma participação intersetorial na formulação das ações da rede.

De modo geral, é possível perceber avanços significativos no cuidado à saúde das pessoas com deficiência após a implantação da RCPCD na Bahia. Há um esforço no sentido de ofertar cuidado centrado nas pessoas com deficiência, superando a lógica do cuidado centrado na oferta de serviços fragmentados por tipo de deficiência ou modalidade de reabilitação. Para os serviços da atenção especializada, identificamos que a ATSPD buscou construir um modelo de atenção centrado na integralidade do cuidado e abordagem biopsicossocial, por meio da realização de encontros de Coordenadores da Rede e oficina para a Construção de Instrumento Piloto para registro do Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Ainda assim, para fins de efetivação da implantação da RCPCD em todo o estado, é preciso avançar na superação das desigualdades entre ações desenvolvidas no nível central da gestão da rede e das ações desenvolvidas nas regiões de saúde, garantindo que as fases de operacionalização da rede sejam completamente realizadas, proporcionando assim a articulação de todos os componentes da rede para a efetivação da ampliação do acesso e qualificação da atenção na direção da integralidade.

REFERÊNCIAS ²

BAHIA. Grupo Condutor de Redes Bahia. **Resumo Executivo da 1ª Reunião Ordinária do Grupo Condutor de Redes Bahia**, 2016. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/GCE/2016/RESUMOS/RESUMO_1_GCE_04_05_16.pdf. Acesso em: 06 dez. 2021.

² Também fizeram parte da consulta para elaboração do capítulo as seguintes atas disponíveis no endereço <https://obr.saude.ba.gov.br/cir/regiao>: Ata da 49ª Reunião Ordinária da CIR Santa Maria da Vitória, 2014; Ata da 20ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional de Vitória da Conquista, 2015. Ata da 8ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional de Guanambi, 2015; Ata da Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Regional de Jacobina, 2017; Ata da Reunião Comissão Intergestores Regional Ordinária Ampliada (Feira de Santana e Serrinha), 2017; Ata da 8ª Reunião Ordinária de 2018 da Comissão Intergestores Regional Barreiras, 2018; Ata da Reunião Ordinária da Comissão Intergestora Regional de Ilhéus, 2018; Ata da 2ª reunião ordinária da Comissão Intergestores Regional de Serrinha, 2019; Ata da Reunião do Grupo Condutor de Redes de Atenção à Saúde, 2018.

BAHIA. **Ata da Reunião do Grupo Condutor**, 2016a. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/GCE/2016/RESUMOS/RESUMO_2_GCE_14_06_16.pdf. Acesso em: 06 dez. 2021.

BAHIA. **Ata da Reunião do Grupo Condutor**, 2016b. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/GCE/2016/RESUMOS/RESUMO_5_GCE_14_09_16.pdf. Acesso em: 05 dez. 2021.

BAHIA. **Ata nº 263 da Reunião da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, 2016**. Disponível em: http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Atas/2016/Ata_236.pdf. Acesso em: 25 jan 2022

BAHIA. **Resolução Comissão Intergestora Bipartite nº 047/2012**. Aprova a instituição do Grupo Condutor de Redes do Estado da Bahia composto por representantes da SESAB, COSEMS e Ministério da Saúde. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, Bahia/Brasil, 2012b.

BAHIA. **Resolução Comissão Intergestora Bipartite Nº 275**. Aprova as regiões de saúde do Estado da Bahia e a instituição das Comissões Intergestores Regionais, 2012a. Disponível em http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/docs/RESOLU%C3%87%C3%83O%20275_15.08.2012_Aprova%20Regi%C3%B5es%20de%20Sa%C3%BAde%20e%20CIR.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

BAHIA. **Resolução Comissão Intergestores Bipartite da Bahia nº 097**. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Região de Irecê – Bahia e dá outras providências. Diário Oficial do Estado da Bahia: seção executivo, Salvador, p. 53, ano XCIX, n. 21.749, 2015. Disponível em http://www5.saude.ba.gov.br/portalcib/images/arquivos/Resolucoes/2015/RES_CIB_097.2015.pdf. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, 2002b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html. Acesso em: 06 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Saúde Bucal. (n.d.) **Cidades que possuem Centros de Especialidades Odontológicas – CEO**. Acesso em: 04 set 2021. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente/mapas/CEO/BA>. Acesso em: 01 out. 2021.

- DATASUS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?cnes/cnv/aturgba.def>. Acesso em: 10 ago. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico, 2010** - População residente, por tipo de deficiência permanente. Brasília, Distrito Federal/Brasil, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde: 2019: ciclos de vida, 2020** Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101846>. Acesso em: 04 out. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estimativa da população do Estado da Bahia, 2021.**
- ITAPETINGA. Comissão Intergestores Regional de Itapetinga. **Ata da 2ª Reunião Ordinária de 2015, 2015a.** Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/cir/regiao>. Acesso em: 04 dez. 2021.
- ITAPETINGA. Comissão Intergestores Regional de Itapetinga. **Ata da 3ª Reunião Ordinária de 2015, 2015b.** Disponível em: <https://obr.saude.ba.gov.br/cir/regiao>. Acesso em: 04 dez. 2021.
- KIELMANN, S.; SILVEIRA, L. M.; SOUZA, L. F. **As Redes de Atenção para Pessoas com Deficiência na Bahia: construindo políticas públicas.** In: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C. M. P.; PEREIRA, S. O. **Políticas Públicas e pessoa com deficiência - direitos humanos, família e saúde.** Salvador: EDUFBA, p. 155-157, 2011.
- PINTO, I. C. M. P.; PEREIRA, S. O. **Políticas Públicas e pessoa com deficiência - direitos humanos, família e saúde.** Salvador: EDUFBA, p. 179-211. 2011.
- QUINTO, N.; VILLAVERDE, P. M.; SILVA, L. P. A. **A reabilitação da pessoa com deficiência no**
- Sistema Único de Saúde:** a construção de um Centro de Reabilitação na Bahia. In: LIMA, I. M. S. O.; PINTO, I. C. M. P.; PEREIRA, S. O. **Políticas Públicas e pessoa com deficiência - direitos humanos, família e saúde.** Salvador: EDUFBA, p. 179-211, 2011.
- SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Municípios e regionalização.** Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>. Acesso em: 03 set. 2021.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Resolução CIB nº 01/2002**. Aprova a Proposta da Rede Estadual de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física para o Estado da Bahia, atendendo a solicitação do Ministério da Saúde com referência a Portaria GM/MS nº 818. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, Bahia/Brasil, 2002.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). Diretoria de Gestão do Cuidado. Área Técnica da Pessoa com Deficiência. **Plano Diretor da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Estado da Bahia**. 2013.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **CIB nº 065/2016**: Aprova o Regimento Interno do Grupo Condutor Estadual de Redes de Atenção à Saúde do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado da Bahia. Salvador, Bahia/Brasil, 2016.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). Plano Estadual de Saúde: 2020-2023. **Revista Baiana de Saúde Pública**, 44 (supl.1), 2020a. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2021/10/PES-2020-2023-VERSAO-FINAL.pdf>. Acesso em: 06 dez. 2021.

SECRETARIA DO ESTADO DA BAHIA (SESAB). **Plano de Ação Estadual**: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - Bahia. 2020b. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/Plano_de_Acao_Estadual_da_RCPD_BA_27nov2020.pdf. Acesso em: 06 dez. 2021.

CAPÍTULO 13

A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Gilma Correa Coutinho
Fernando Zanela da Silva Arêas
Grace Kelly Filgueiras Freitas
Mariana Batista Ribeiro
Fernanda Degen
Kalili Ohanna Rosa

APRESENTAÇÃO

O Estado do Espírito Santo (ES) integra os estados da Região Sudeste do país e tem uma população de 3.973.697 habitantes, conforme a projeção do IBGE de 2016. A capital Vitória, é uma das três ilhas-capitais do país, que tem o desenvolvimento sustentável como uma de suas marcas e desponta entre as que mais crescem em termos econômicos no Brasil (ESPÍRITO SANTO, 2021).

No cuidado em saúde, têm-se como protagonista a Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA) responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado, o Conselho Estadual de Saúde (CES) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Estas últimas atuam como instâncias responsáveis pela elaboração das políticas de saúde priorizando as ações preventivas, a democratização das informações relevantes para que a população capixaba conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. Destinam recursos próprios para financiamento do SUS e na gerência, por meio do Fundo Estadual de Saúde (FES), além da alocação desses recursos para provisão de ações e serviços públicos de saúde para a população,

desde ações coletivas de promoção e prevenção até os cuidados individuais de tratamento, cura e reabilitação (SESA, 2021).

O Estado está organizado em quatro regiões de Saúde: região Norte, Central, Metropolitana e Sul, com representações de Superintendências Regionais de Saúde em cada uma. O Relatório Anual de Gestão da SESA de 2018, propôs a reorganização da política assistencial (Atenção Primária, Ambulatorial Especializada e Atenção Hospitalar) orientando que esta deva ser feita considerando as redes de atenção à saúde, as regiões de saúde e a descentralização da gestão para essas regiões.

Na abordagem das ações de saúde às pessoas com deficiência no ES, procura-se seguir a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência organizando em rede os serviços na perspectiva de que a assistência à saúde da pessoa com deficiência não poderá ocorrer somente nas instituições específicas de reabilitação, devendo ser a ela assegurado o atendimento em toda a rede de serviço do SUS (BRASIL, 2012; MACHADO *et al.*, 2018).

O número de pessoas com deficiência no Espírito Santo (ES) segue a mesma tendência dessa população residente no Brasil, 23,9%, que possuíam pelo menos uma das deficiências: 18,03% da população geral do estado tem deficiência visual, em seguida, 7,13% tem deficiência física, 4,81% tem deficiência auditiva e, por fim, 1,34% tem deficiência mental/intelectual (IBGE, 2010). Ainda, consoante com Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o ES aderiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) em 2012, conforme previsto na Portaria nº 793 de 2012 do Ministério da Saúde (MS) e a partir da resolução nº 268/2012 da CIB que instituiu o Grupo Condutor Estadual (GCE) (SESA, 2012).

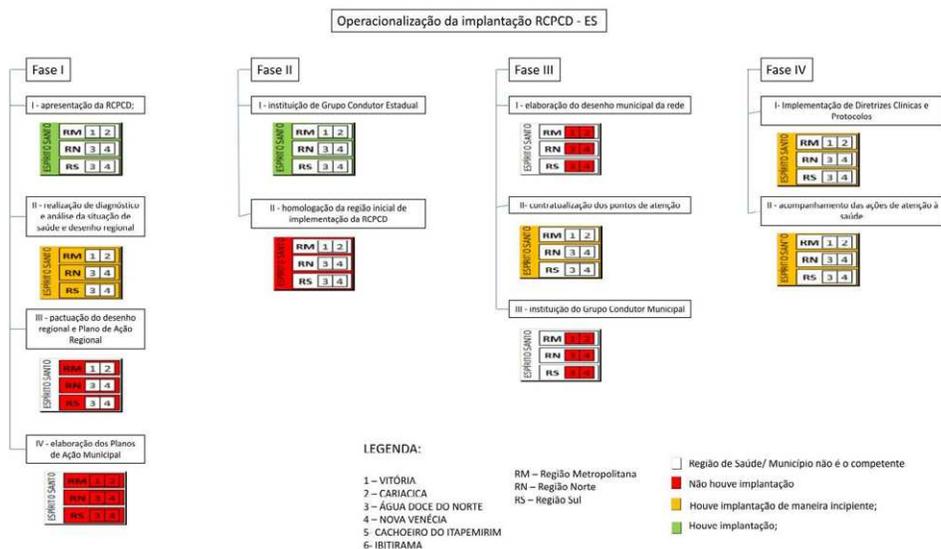
A cronologia da construção da RCPCD foi elaborada pela pesquisa Redecin Brasil com base na análise documental das resoluções da Comissão

Intergestores Bipartite (CIB), Atas da Comissão Intergestores Regionais (CIR) e Atas do GCE do período de 2013 a 2019, com foco nos marcos históricos das fases de implementação da Rede previstas pela Portaria nº 793/2012. Embora esteja previsto nas fases de operacionalização da implantação da RCPCD, que, anteriormente à instituição do GCE na Fase II, seja realizado o diagnóstico da RCPCD, que é na Fase I, o ES optou por constituir primeiro o GCE. Esse registro é relevante, pois reflete o papel central do GCE como operacionalizador da RCPCD no estado e apto a realizar a Fase I.

AS FASES E A CRONOLOGIA DA IMPLANTAÇÃO DA RCPCD NAS REGIÕES DE SAÚDE - METROPOLITANA, CENTRAL, NORTE E SUL DO ESPÍRITO SANTO

A operacionalização da implantação da RCPCD de acordo com a Portaria 793/2012, no artigo 5º, deve ser pela execução de quatro fases: I - Diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; II - Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; IV - Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A organização das fases e subfases de implantação nas regiões Metropolitana, Norte e Sul do estado do Espírito Santo, ocorreu de acordo com o representado na Figura 1.

Figura 1. Diagrama sobre a operacionalização da implantação da RCPCD no Espírito Santo.



Fonte: Autores, 2021.

A adesão à RCPCD no estado ao Ministério de Saúde (MS) foi aprovada através da Resolução CIB nº 268/2012. Em 2013 foi apresentada a partir de um seminário realizado pela equipe do Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES) à representante do MS, e a gestores de saúde dos municípios, onde houve a discussão sobre a RCPCD, seus componentes, operacionalização e a organização dos pontos de atenção, considerando-se implantada esta fase em todas as regiões.

Na ocasião, os coordenadores regionais da rede apresentaram o diagnóstico da sua região, porém não consta em documentos a descrição dos diagnósticos das regiões Norte, Central e Metropolitana, apenas da região Sul (Ata do GCE de 20 de maio de 2013). Diante do diagnóstico, percebe-se que o município de Cachoeiro de Itapemirim se destaca como referência na região Sul, mas ainda com grande dependência da região Metropolitana na atenção integral à saúde da pessoa com deficiência.

Diante disso conclui-se que esta etapa foi implantada de maneira incipiente nas regiões.

Consta em documentos do GCE que era preciso avançar no diagnóstico nas demais regiões e na construção do desenho da rede, porém as atas posteriores não retomam o assunto. Sendo assim, conclui-se que esta etapa não foi implantada em nenhuma das regiões do estado, bem como não há registros nas atas abordando a elaboração dos Planos Municipais conforme determina a Portaria 793/2012, portanto presume-se que não houve implantação do plano em nenhum município.

Na fase II, foi instituído o Grupo Condutor Estadual em 26 de novembro de 2012 através da resolução nº 268/2012 da CIB, mas não houve implantação da RCPCD em uma região inicial selecionada. Na ata do GCE de 26 de junho de 2013, a referência técnica do Ministério da Saúde orientou que o Grupo Condutor priorizasse uma região para trabalhar a rede, porém não foi concretizado.

A contratualização de pontos de atenção da RCPCD, atendendo a Resolução CIB nº173 e 174/2013, na fase III, na região Metropolitana foi aprovado o credenciamento e habilitação do primeiro ponto da Rede no ES, o CREFES, em oficina ortopédica fixa (CER II); em 2014, na mesma região: municípios de Santa Maria de Jetibá e Pinheiros, foi criado o Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF I, em Baixo Guandu a Equipe de Saúde Bucal - ESB I e em Itarana o NASF II; 2015, foi contratualizado o Centro de Especialidades Odontológicas – CEO no município de Cariacica; 2016, o credenciamento de um CEO I em Vitória, do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – HUCAM habilitado como Unidade de assistência de alta complexidade em saúde auditiva e otologia, e também na região Central na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE do município de Colatina (CER II); Em 2017, na região Sul, foram habilitados dois CER II, no municípios de Cachoeiro do Itapemirim e

Nova Venécia; na Metropolitana os serviços de ostomia no CREFES, e os de reabilitação auditiva na Universidade de Vila Velha, no CREFES e no HUCAM. Ainda, no Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves - HIMABA em Vila Velha e no Hospital Dório Silva na Serra, foram contratualizados como atendimento de urgência e emergência somente para a atenção odontológica.

Em 2018, com a aprovação do Plano de Ação, houve a habilitação de CER com oficina ortopédica na região Central (Colatina), Metropolitana (Pestalozzi de Guarapari), e Norte (Pestalozzi de Linhares), e o credenciamento dos NASF em Guarapari, Presidente Kennedy, Mimoso do Sul e Vila Velha. Em 2019 foram habilitados os CER II nas modalidades intelectual e física na Região Sul (Pestalozzi de Mimoso do Sul) e Metropolitana (APAE de Vitória), e CER III nas modalidades física, intelectual e auditiva na região Central (APAE de Cariacica), e a implantação de uma Equipe de Saúde Bucal (ESB) também na região Central (Ponto Belo), e na região Sul (Mimoso do Sul, Iúna e Anchieta). Considerando os registros de contratualização de pontos supramencionados na cronologia da implantação da RCPCD, conclui-se que esta fase foi incipiente nas regiões de saúde do estado do ES. Em nenhuma das regiões houve a implantação de Grupo Condutor Municipal.

Na fase IV, as diretrizes clínicas de Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Politrauma foram elaboradas e apresentadas ao GCE em 2018. A criação das diretrizes e protocolos clínicos ocorreu em conjunto com as outras redes, principalmente a nível hospitalar, concluindo que a implantação dessa etapa foi incipiente em todas as regiões do estado do Espírito Santo. Já o acompanhamento das ações pelo GCE não foi mencionado nos documentos analisados nenhum tipo de ação voltada para o acompanhamento da RCPCD, assim a implantação desta fase foi considerada incipiente em todas as regiões do estado.

Foram consideradas incipientes as fases da implantação da Rede nas Regiões em que os municípios indicados pelo GCE para a pesquisa constavam com maior e menor densidade da população por Km² .

A TRAJETÓRIA DA PESQUISA REDECIN BRASIL NO ESPÍRITO SANTO

As coletas da pesquisa Redecin Brasil no estado do ES foram iniciadas por volta de abril/maio de 2019 nas Regiões indicadas pelo Grupo Conductor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: Metropolitana, Sul e Norte. Foi muito interessante observar como a pesquisa e seus desdobramentos foram se desenhando às margens dessa caminhada, já observados nos primeiros contatos com os serviços.

Historicamente, o cuidado à Pessoa com Deficiência no Brasil foi assumido por movimentos sociais, associações e entidades filantrópicas. Por muitos anos esses serviços se dedicaram à assistência à saúde de pessoas com deficiência, sendo que alguns tornaram-se referência em Reabilitação e outros seguiram com acentuadas dificuldades técnicas e financeiras (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015). Com a instituição da RCPCD, esses serviços puderam ser habilitados como CER nas modalidades já previstas pela Portaria 793/2012, com financiamento para subsidiar as ações necessárias para a garantia do cuidado integral à Pessoa com Deficiência. A questão que surge nesta trajetória é: o quanto esses serviços delinearam seus processos de trabalho e reconstruíram sua identidade frente ao papel central que assumem na RCPCD?

O estado do Espírito Santo conta com cinco CER habilitados, sendo que quatro eram entidades filantrópicas: APAE-Colatina, habilitada em 2016; APAE Nova Venécia, APAE de Cachoeiro de Itapemirim e a Pestalozzi de Guarapari habilitadas em 2018. O primeiro serviço de

reabilitação habilitado como CER foi o Centro de Reabilitação Física do Estado do Espírito Santo (CREFES), em 2013. Assim, a maioria dos serviços habilitados eram instituições filantrópicas e, mais recentemente, atuam como pontos de atenção da RCPCD.

Os primeiros contatos com os CER nos revelaram essa questão da falta de identidade do serviço como Centro Especializado em Reabilitação, pois ao telefone o(a) atendente identificava o serviço como APAE ou Pestalozzi do município. Por vezes, ao ser questionado(a) se estávamos falando com o CER, a resposta era “não, esse número é da APAE”. Algumas vezes a ligação era transferida para o setor administrativo, já que o(a) atendente desconhecia a informação de que o serviço era um Centro Especializado em Reabilitação.

Nas coletas presenciais, o acolhimento e o envolvimento da equipe com as propostas da pesquisa foram marcantes em todos os serviços visitados. Quanto maior o envolvimento e a participação dos gestores do CER, maior também foi a adesão dos trabalhadores à pesquisa. Um fato a registrar é que, embora a pesquisa tenha sido apresentada aos gestores e profissionais do serviço, notamos uma apreensão por parte destes acerca dos desfechos para a avaliação do serviço ou para eles próprios, fato que, por vezes, acarretou certa resistência do profissional em participar da pesquisa.

No mês de março de 2020, as atividades presenciais da pesquisa foram interrompidas em decorrência da pandemia de covid-19, causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). A Secretaria Estadual de Saúde suspendeu as atividades de pesquisa presenciais para garantir a segurança sanitária e as ações de enfrentamento da pandemia pelos serviços e profissionais da linha de frente, em especial, dos hospitais e das Unidades Básicas de Saúde.

Em outubro de 2020 iniciamos uma aproximação com os serviços do CER de Colatina, e retomamos o contato com o CER de Nova Venécia, uma vez que já tinha sido realizada a reunião presencial para apresentação da pesquisa com os gestores e todos os profissionais do serviço, antes da pandemia.

Para os serviços de Nova Venécia e Colatina, foi necessário adotar um novo modelo de coleta, uma vez que o curso da pandemia tornou inviável a presença dos pesquisadores nesses municípios. Nesse momento nos deparamos com um grande contraste, que foi o funcionamento do CER antes da pandemia e após o início dela. Muitos serviços precisaram se adequar à nova realidade, reduzindo sua capacidade de atendimentos e até modificando os processos de trabalho e as formas de prestar assistência. A assistência remota aos pacientes foi uma realidade nesses serviços, o trabalho multidisciplinar, bem como as atividades em grupo foram suprimidas, comprometendo de forma significativa o cuidado integral aos usuários, e requerendo um esforço dos profissionais de saúde para se adequarem a um novo cenário, conforme relato dos profissionais da instituição.

Nesse contexto foi possível observar certa dificuldade dos trabalhadores em responder aos questionamentos pensando em sua realidade de trabalho anterior à pandemia. Uma vez que ela provocou mudanças tão profundas no cotidiano, que o funcionamento prévio à pandemia passou a ser uma realidade distante.

Após a liberação no âmbito do estado e dos municípios para a retomada das coletas presenciais, iniciamos nossa pesquisa na Atenção Básica. Nesse momento foi possível retomar as coletas de forma presencial, seguindo todas as medidas de segurança. Foi possível notar, no contato com os profissionais e gestores, uma fragmentação do conhecimento sobre a assistência à pessoa com deficiência e uma dificuldade em visualizar a AB como componente dessa rede. O discurso dos participantes revelou lacunas pronunciadas quanto às ações, programas e linhas de cuidados voltados à pessoa com deficiência na atenção básica (trechos 1 e 2), assim como quanto à articulação da Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (trecho 3):

Então, a gente não tem uma ação específica para esse grupo. Né, a gente acaba fazendo nos programas maiores, como saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança... aí a gente acaba absorvendo esse, esse público, para as ações mais específicas, né, em relação à fisiologia, mas em relação mesmo ao corpo, né, e não pela condição dele (Trecho 1 - P1- Gestor(a) AB).

Não. A gente não tem nem o diagnóstico situacional desse público. Não sei nem como te falar o quantitativo desses deficientes físicos, deficiente auditivo... eu não tenho, não tenho esse diagnóstico. Então todas as ações voltadas... a gente acaba absorvendo esse público, né, nas outras ações, e não de forma específica para a condição física dele (Trecho 2 - P2- Gestor(a) AB).

Sobre a articulação da AB na RPCD: Uhum... então, não temos. Como não tem um diagnóstico, eu não tenho como conhecer a minha população para poder tá fazendo esses direcionamentos. Eu acabo absorvendo de forma integral, né. Se precisa ser encaminhado pro especialista ou pra urgência e emergência ele é encaminhado como qualquer outro usuário, né. Pela sua especificidade, não pela sua condição física, né. Então a gente não tem ainda construído essa articulação. A gente absorve a demanda (Trecho 3 - P3- Gestor(a) AB).

Falas como a descrita abaixo são recorrentes, e marcam que a pessoa com deficiência deve ser encaminhada ao CER, desconsiderando a necessidade de cuidados das condições de saúde sensíveis à atenção básica, independente da deficiência:

Quando fala em necessidades especiais a gente já pensa na fisioterapia, reabilitação, mas pensar em fazer diretamente algo estratégico para isso nunca foi pensado. Não tem iniciativa para outros tipos de deficiência. Nós temos só a questão dos encaminhamentos mesmo para associação de pais e amigos dos excepcionais, que vão os portadores de deficiência (Trecho 4 - P4- Gestor(a) AB).

Diante do exposto, percebe-se que há uma invisibilidade da pessoa com deficiência nesse nível de atenção, que deveria ser a porta de entrada, responsável pelo acolhimento à pessoa com deficiência em sua integralidade e ordenadora do fluxo da RCPCD.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa de campo aproxima o pesquisador da realidade vivenciada pelo seu objeto de pesquisa. O pesquisador em campo não consegue permanecer neutro, pelo contrário, ocorre um envolvimento e um afetamento com a pesquisa, formando impressões e ações políticas acerca da realidade investigada (ABRAHÃO *et al.*, 2013). Esse pertencimento, embora impactado pelo distanciamento da realidade de alguns espaços pertencentes a rede em virtude da pandemia, nos trouxe impressões claras sobre a (ainda incipiente) implantação e operacionalização da RCPCD no Espírito Santo.

É provável que o fato de a RCPCD não ter sido uma agenda prioritária no estado a partir de sua implantação, tenha contribuído para o cenário que encontramos: pontos de atenção à saúde desarticulados, falta de conhecimento por parte de gestores e profissionais de saúde sobre as políticas públicas para a Pessoa com Deficiência e, como consequência, a falta de equipamentos adequados nos serviços para uma assistência digna e humanitária a essas pessoas.

Acreditamos que o movimento da pesquisa Redecin Brasil no estado descortinou o cenário da RCPCD para gestores e profissionais sobre a atenção integral à pessoa com deficiência e impulsionou ações no sentido de fortalecer esta Rede, haja vista que no escopo do Plano Estadual de Saúde 2020-2023, sobre as metas atualizadas para a RCPCD, identifica que “Existe evidente insuficiência de serviços em reabilitação motora e reabilitação visual” (p. 62), e aponta ainda para a organização dos pontos de atenção de todos os componentes de atenção à RCPCD.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. *et al.* O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar comum**, 39, 133-44, 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264977230>. Acesso em: 30 jan. 2022.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html. Acesso em: 08 out. 2021.
- BRASIL. **Decreto Nº 7612/2011, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF; 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20112014/2011/decreto/d7612.htm. Acesso em: 12 out. 2021.
- CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. D. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 207-210, 2015.
- GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. **ES em dados**. 2021. Disponível em: <https://www.es.gov.br/es-em-dados>. Acesso em: 08 out. 2021.
- GUPTA, N.; CASTILLO-LABORDE C.; LANDRY, M. D. Health-related rehabilitation services: assessing the global supply of and need for human resources. **BMC Health Services Research**, n. 276, 2011. DOI: doi.org/10.1186/1472-6963-11-276.
- MACHADO, W. C. A. *et al.* Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto Enfermagem**, 2018, v. 27, n. 3, 276 p., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018004480016>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre deficiência**. 2011. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html. Acesso em: 10 out. 2021.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Quem somos**. 2021. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/quemsomos>. Acesso em: 12 out. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico: Resultados preliminares da amostra**. Ago. 2010. Disponível em: <https://>

www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9662-censo-demografico-2010.html?edicao=9749&t=destaques. Acesso em: 12 out. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Reunião mensal do Grupo Condutor Estadual da RCPD ES. Ata de 20 maio 2014. Vitória. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Search?q=Atas+&culture=pt-BR>. Acesso em: 12 out. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2012-2015**. 2011 Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/SISPACTO/Relat%C3%B3rio%20de%20Gest%C3%A3o/Plano_Estadual_de_Saude_2012_2015.pdf. Acesso em: 12 out. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Plano Estadual de Saúde 2020 - 2023**. 2019. Disponível em: <https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Planejamento/Plano%20Estadual%20de%20Sa%C3%BAde%20-%20PES%20-2020-2023.pdf>. Acesso em: 12 out. 2021.

CAPÍTULO 14

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA DE MINAS GERAIS

Silvia Lanzioti Azevedo da Silva
Neidimila Aparecida Silveira
Lorrane Brunelle Moreira
Ana Luiza Maia Nascimento
Bruna Lilian Severino Carvalho

APRESENTAÇÃO

O estado de Minas Gerais (MG) é um dos oito estados que fazem parte do projeto Redecin Brasil. O Plano de Ação do Estado foi um dos primeiros a serem apresentados para o Ministério da Saúde após a Portaria 793/2012, buscando consolidar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais (RCPCD-MG). Este capítulo traz um panorama do processo de implantação da rede no estado, baseado em análise de documentos públicos e trechos de entrevistas com membros do Grupo Condutor Estadual e gestores da Atenção Básica (AB) e Atenção Especializada (AE) de alguns municípios.

CONTEXTUALIZAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS

Em Minas Gerais, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD - MG) foi instituída em 2012 demandando novas conformações de funcionamento e articulação entre os serviços. Pactuada pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.272/2012, a partir das discussões do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados (Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.147/2012),

a rede no estado buscou consolidar-se por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde de Minas Gerais - SUS/MG.

Assim como preconizado pela portaria 793/2012, a RCPCD-MG possui os componentes: I- Atenção Básica (AB); II- Atenção Especializada (AE) em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências e Saúde Bucal; e III- Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Estes componentes devem ser articulados entre si, de forma a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio.

O Grupo Condutor Estadual foi instituído com a finalidade de acompanhar as ações de atenção à saúde definidas para cada componente da RCPCD, de acordo com o Plano de Ação Estadual. Ele deve propor ações para a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência no Estado de Minas Gerais. Nas entrevistas com membros do grupo condutor, a instituição do grupo, o processo de implantação e a importância de sua atuação são reforçadas.

o grupo condutor foi instituído logo depois disso, esse grupo condutor teve muitas discussões, foi na época um grande alvoroço, assim porque... é... há muito tempo que não tinha financiamento, e a gente tinha vários vazios assistenciais em Minas, com relação aos serviços especializados, então foi uma oportunidade que os gestores viram de fazer captação de recursos e ter serviços de maior porte, que é o CER. Então, foi um grupo muito atuante. A gente levou muitas discussões pra CIB, mobilizamos bastante no COSEMS, sensibilizamos bastante com vários apoiadores. E a gente conseguiu dar encaminhamento assim, de fazer nosso plano de ação, que foi aí de 2013, é um produto das primeiras discussões do grupo condutor (Membro do Grupo Condutor).

O Plano de Ação Estadual foi aprovado pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.545/2013, e sua estruturação foi baseada no Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG), que organizava, na época, os 853 municípios de MG em 13 macrorregiões e 72 microrregiões. O PDR-MG tem objetivo de organizar espacialmente a oferta de serviços do SUS entre os municípios, atribuindo a cada um, sua responsabilidade na assistência à saúde do estado, de acordo com os princípios de economia de escala e escopo para que se amplie a acessibilidade ao tratamento demandado (PDR, 2020).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) trazidos no Plano de Ação Estadual, MG possui 3.339.740 pessoas com pelo menos alguma dificuldade de visão, 1.001.344 pessoas com alguma dificuldade auditiva, 1.378.216 pessoas com algum grau de deficiência motora e 300.676 pessoas com algum grau de deficiência intelectual, representando 30,04% da população do estado. O desenho inicial da RCPCD-MG indicou 220 serviços de reabilitação visual, física, intelectual, auditiva e ostomia implementados, únicos ou conjuntos no mesmo estabelecimento, destacando a macrorregião Sul com maior número, 64 serviços, e a macrorregião Norte com menos, cinco serviços. O Plano de Ação propôs ampliar esses serviços para todas as Regiões Ampliadas de Saúde, ajustar sua participação dentro do fluxo das regiões de saúde e ampliar os serviços a partir do financiamento da AE proposto pela Portaria 835/2012, buscando minimizar os vazios assistenciais. Esse ponto aparece também na fala dos membros do grupo condutor:

[...] esse plano de ação previa a implementação, a habilitação de pelo menos um CER em cada microrregião de saúde de Minas Gerais. Nós tínhamos à época 72 microrregiões, então era uma proposta de habilitação de 72 centros especializados em Minas.... esse processo foi encaminhado para o ministério, e a resposta que nós obtivemos é que não haveria viabilidade pra habilitação de tantos centros

especializados em Minas, e aí foram definidas as prioridades, e aí começaram as habilitações (Membro do Grupo Condutor).

As habilitações dos serviços eram discutidas na esfera da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que publicava as deliberações para implantação de CER e serviços de modalidade única em todo o estado. Segundo Santos, Friche e Lemos (2021), MG possuía, em 2015, 209 serviços habilitados em 147 municípios em 13 macrorregiões, sendo 63,6% serviços de modalidade única intelectual (SERDI), 13,9% serviços de atenção à pacientes ostomizados (SASPO), 8,6% serviços modalidade única física (SRF), 6,2% serviços de modalidade única auditiva (SRSA), 6,2% CER, incluindo modalidade II, III e IV, e 1,4% serviços de modalidade única de reabilitação visual (SRV).

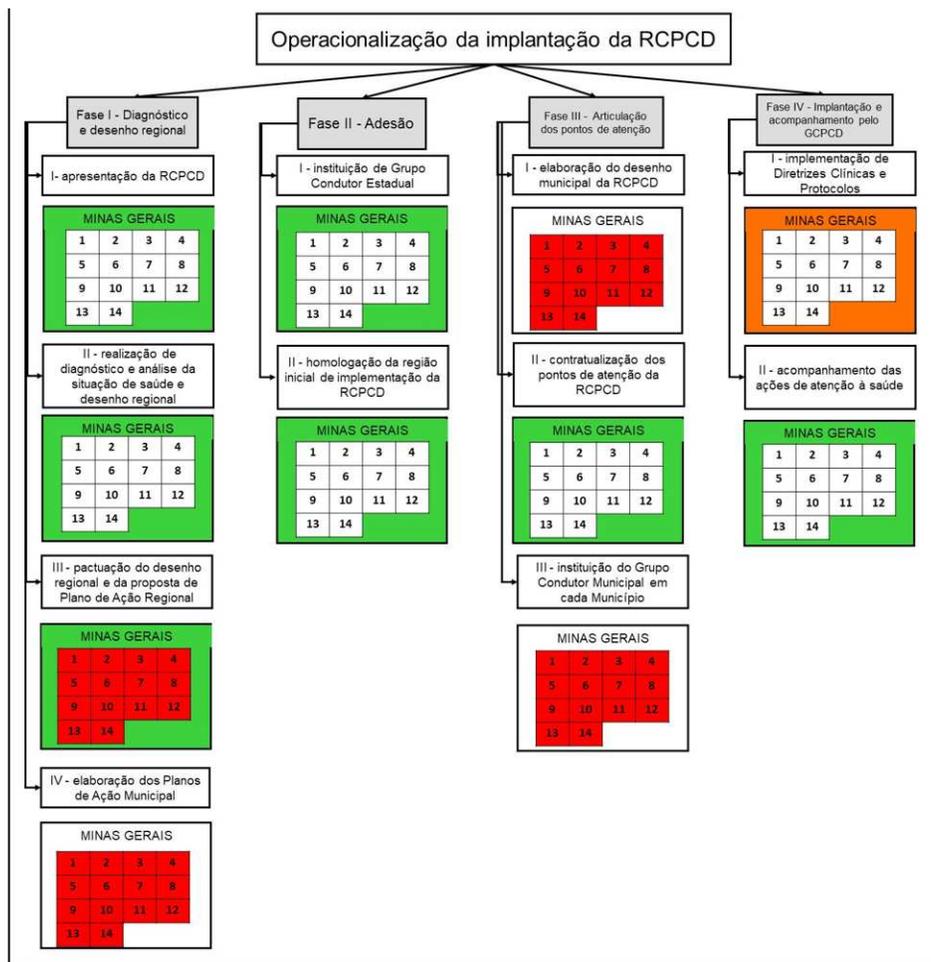
Em 2019, o PDR/MG foi rediscutido e passou por ajustes, nos quais as macros e microrregiões sofreram alterações e o Estado passou a ter 14 macrorregiões e 89 microrregiões. No final de 2019, o Grupo Condutor trabalhava na reestruturação do Plano de Ação Estadual, que, a princípio tinha previsão de ser implantado até 2018.

O Grupo Condutor de Minas, ele tem trabalhado nesses últimos anos agora, nesses dois últimos anos, na... Reestruturação do Plano de Ação... É... Tentando arranjar algum parâmetro, tentando ver alguns estudos, criar algumas análises pra que a gente consiga equilibrar, que não seja tudo que não foi pedido no primeiro Plano de Ação, mas que a gente também não cause nenhum prejuízo assistencial pedindo menos do que realmente a população necessite (Membro de Grupo Condutor).

O papel do Estado, pelas ações do Grupo Condutor Estadual, é protagonista na implementação da RCPCD-MG. Segundo as Fases da Implantação preconizadas pela Portaria 793/2012, em seu artigo 4º, deveriam ser elaborados planos de ação municipais/regionais, bem como grupos condutores nos municípios e regiões. Como se observa na Figura 1,

em MG, todo este papel ficou a cargo da Secretaria Estadual de Saúde e sua área técnica direcionada à Pessoa com Deficiência.

Figura 1. Diagrama sobre a operacionalização da implantação da RCPCD no estado de Minas Gerais.



*Macrorregiões: 1 – Centro; 2 – Centro-Sul; 3 - Sudeste; 4 – Sul; 5 - Oeste; 6 - Noroeste; 7- Leste do Sul; 8 –Nordeste; 9 – Jequitinhonha; 10 – Norte; 11 – Vale do Aço; 12 - Triângulo do Norte; 13 – Triângulo do Sul; 14 - Leste;

Fase I - diagnóstico e desenho regional da RCPCD; Fase II - adesão à RCPCD; Fase III - contratualização dos Pontos de Atenção; Fase IV - implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual RCPCD;

Verde na parte externa do quadrado: realizado pelo estado;

Vermelho parte interna: deveria e foi não realizado pelas regiões de saúde.

Fonte: Autores, 2021.

Na Figura 1, as ações protagonizadas pelo estado estão na parte mais externa dos quadrados maiores, indicando sua realização pela cor verde, e destacando seu protagonismo na implantação da RCPCD-MG, realizando a maioria das ações. As ações que deveriam ter sido realizadas pelas macrorregiões não foram realizadas, sendo executadas pelas mesmas as ações determinadas pelo Grupo Condutor Estadual.

A ATENÇÃO ESPECIALIZADA NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS

Segundo a Deliberação CIB-SUS-MG 1.272/2012, o componente especializado da RCPCD-MG é constituído pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), serviços de reabilitação de modalidade única e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Esses pontos são serviços de referência regulados, que devem funcionar em base territorial e que fornecem atenção especializada às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente e contínua; severa e em regime de tratamento intensivo.

Em Minas Gerais, os CER, criados a partir da portaria 793/2012, seguem as mesmas características e nomenclaturas definidas pelo Ministério da Saúde em CER II, III e IV, de acordo com o número de modalidades de reabilitação oferecidas. Já os serviços de reabilitação em modalidade única foram habilitados pelo Ministério da Saúde ou credenciados pela Secretaria de Estado de Saúde, anteriormente à criação da RCPCD e continuam fazendo parte dela, responsáveis pela reabilitação de apenas uma das modalidades de deficiência. Como já apresentado, em MG apenas 6,2% do componente especializado da RCPCD-MG é composto por CER, em sua maioria modalidade II, destacando o papel dos serviços de modalidade única. A presença desses serviços fica evidente na fala de referências técnicas de reabilitação de alguns municípios mineiros.

Então a gente tem na modalidade auditiva a gente já tinha... É... alguns serviços que tinham sido habilitados como modalidade única pelo Ministério da Saúde [...] (Referência técnica de Reabilitação).

Em alguns municípios, observa-se que a RCPCD-MG não se consolidou como rede. Os serviços da AE existem no município, mas não são habilitados e regulados, prejudicando o cuidado integral. Nestes municípios não há pactuação, dificultando o acesso do usuário pela rede de cuidados. A fala de referências técnica de municípios onde os serviços locais não são regulados demonstram esta realidade:

Há um esforço muito grande de que essa..., todo o processo de reabilitação seja fornecido no município, no sentido da facilitação da aderência do usuário, da... da... da interlocução dos profissionais atuantes... Nesse sentido, eu estou dizendo de uma dificuldade de endereçar esses usuários pra esses municípios, ou serviços locados em outros municípios pra que eles sejam assistidos (pausa), então não é nossa rotina... (Referência técnica de Reabilitação).

...porque eu fico até meio frustrado porque a gente tá até hoje numa situação dessa e deixar claro que temos todos os serviços [de reabilitação] e nós precisamos evoluir no conceito de rede (Referência técnica de Reabilitação).

A análise espacial do mapeamento dos serviços especializados de MG conduzida por Maciel *et al.* (2020), identificou que a atenção especializada da RCPCD-MG é composta por 183 pontos de atenção, sendo 135 SERDI, 18 SRF, 15 SASA, três SRV e 12 CER com duas ou mais modalidades, distribuídos pelas macrorregiões de saúde do estado, buscando preencher os vazios assistenciais. Ao se considerar as modalidades de deficiência, independentemente se organizadas em serviços de modalidade única ou

CER, observa-se a composição da RCPCD-MG com 74,5% de pontos responsáveis pela reabilitação da deficiência intelectual, 14,8% pela reabilitação da deficiência física, 8,2% pela reabilitação da deficiência auditiva e 2,5% pela reabilitação da deficiência visual. A comparação destes achados com os dados de 2015 do Cadastro Nacional de Saúde (CNES), usados no artigo de Santos, Friche e Lemos (2021), mostra que houve pequeno aumento no número de serviços habilitados.

O PAPEL DAS JUNTAS REGULADORAS EM MINAS GERAIS

Pela Deliberação CIB-SUS-MG 1.272/2012, as Juntas Reguladoras devem organizar a articulação dos componentes da RCPCD-MG com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e/ou aos serviços de apoio. Elas foram criadas como órgãos colegiados conforme atribuições instituídas pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014. A Junta Reguladora é uma comissão de profissionais designada pelos gestores municipais de saúde, educação e assistência social, a qual é responsável pelo monitoramento da implantação da RCPCD, atuando em contato direto com o Grupo Condutor Estadual nesse monitoramento. A importância das Juntas Reguladoras é reconhecida pelo Grupo Condutor, como é observado na fala a seguir:

Essa articulação é feita por meio das juntas reguladoras, então todo município com serviço especializado tem que ter uma junta, que repassa as informações... (Membro do Grupo Condutor).

De acordo com a Deliberação CIB/SUS-MG 1.272/2012, as Juntas Reguladoras têm como objetivos auxiliar a articulação entre os componentes de atenção à saúde, estabelecer e regular os fluxos assistenciais, desenvolver estratégias que viabilizem a educação permanente entre os pontos de atenção, construir mecanismos que apresentem informações

epidemiológicas da sua região de abrangência, além de promover ações intersetoriais com vistas à inclusão da pessoa com deficiência.

Então, assim, a regulação eu acho que já é um ganho, a gente teve um ganho excepcional com a instituição das juntas reguladoras porque além dela promover essa ação intersetorial com a educação e assistência, ela trouxe também uma equidade de acesso que às vezes a gente não conseguia ver em todos os territórios (Membro do Grupo Condutor).

As Juntas Reguladoras são criadas nos municípios que possuem CER ou serviço modalidade única, e buscam fazer a articulação da AE com os demais pontos da RCPCD-MG. Membros de Juntas Reguladoras foram entrevistados para a compreensão aprofundada de seu papel na rede e os avanços esperados pelos profissionais de integrar a rede, e não somente os encaminhamentos para o CER, como ilustra a fala a seguir.

É... Hoje no município a gente tem o CER III, né, que é... físico, intelectual e auditivo, e a gente tá caminhando pro CER IV, então praticamente a nossa rede ela é o CER, claro que a gente entende que a pessoa com deficiência não vai só ao CER, ela vai ao posto de saúde, ela vai pra urgência e emergência, a gente ainda não conseguiu chegar nessa parte de entrar em contato com a rede, mas a gente pretende fazer isso daqui pra frente (Junta Reguladora).

Em municípios onde a Junta Reguladora não é consolidada, ocorre desorganização da RCPCD-MG, prejudicando a composição da rede e o atendimento integral. Os serviços existem no município, mas não são integrados, prejudicando o acesso do usuário. Essa situação pode ser identificada na entrevista de uma referência técnica da Reabilitação de MG, de um município onde a Junta Reguladora não foi instituída da maneira prevista pela legislação estadual.

...nós temos todos os serviços praticamente, nós não temos isso, em um conceito de rede, numa junta reguladora, pra poder aplicar as diretrizes que se exige, então, o serviço nós temos, não temos

a publicação e as pessoas responsáveis pra promover essa rede de cuidado (Referência Técnica em Reabilitação).

A ATENÇÃO BÁSICA COMO COMPONENTE DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS

A Deliberação CIB-SUS-MG 1.272/2012, acompanhando a Portaria 793/2012, traz a Atenção Básica (AB) para o contexto da RCPCD-MG. De acordo com a Deliberação, ela deverá ser responsável por ações de prevenção de deficiências, promoção de saúde, ações básicas de habilitação/reabilitação e inclusão social das pessoas com deficiência. A AB tem como estrutura de funcionamento as Unidades Básicas de Saúde (UBS), as equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB).

Entretanto, o contexto da observação dessas UBS em municípios do estado mostra que muitas não estão preparadas para o recebimento do usuário com deficiência e sua abordagem, seja a nível arquitetônico e/ou de equipe. Alguns profissionais não estão familiarizados com a rede, e isto mostra que apesar das legislações, os trabalhadores não foram capacitados para atender a esta população. Isto fica evidente nas falas de um gestor da AB de uma grande cidade:

...se for pensar numa deficiência auditiva né, você não tem uma pessoa, como dar acesso a essa pessoa, não tem alguma pessoa que fala libras né, que consegue comunicar com aquela pessoa de forma mais assertiva, então a gente precisaria ainda viabilizar isso em rede né... (Gestor da AB).

E...o treinamento mesmo é... dos próprios profissionais, o processo de educação, como abordar, como conversar né, eles já fazem isso, mas eu acho que assim é...como nós temos algumas equipes até mais especializadas, eu acho que é necessário também a gente avançar nas

práticas de matriciamento para as equipes de saúde da família como um todo... (Gestor da AB).

Muitas vezes o atendimento à pessoa com deficiência é visto como “obrigação” da AE e não da AB, havendo um desconhecimento por parte dos profissionais e pelos usuários que a RCPCD também abrange o primeiro nível de atenção. Esse comportamento é observado na fala de dois gestores de APS, de municípios de grande e médio porte do estado, ambos polos de suas macrorregiões de saúde:

...é um segmento bem desconhecido enquanto atenção básica, UBS, a gente sabe que existe um pouco de atendimentos, mas a gente não identifica como uma rede de atenção à pessoa com deficiência... (Gestor da AB).

... É... Na Atenção Básica a gente tem ações, mas nenhuma ação específica em relação a essa linha de cuidado. O que a gente tem é a sensibilização junto à junta reguladora. Para captar esses pacientes para vir aqui. Mas ações específicas, de ação de intervenção, infelizmente a gente não tem... (Gestor da AB).

A implantação e execução da RCPCD na AB se faz cada vez mais necessária, a fim de promover e acolher essa população da melhor forma possível. Para fazer com que a RCPCD aconteça é importante que os profissionais deem mais atenção a essa população e ofereçam meios para que as UBS possam promover mais acessos às pessoas com deficiência, atuando conforme esperado para este nível de atenção.

Uma estratégia que poderia favorecer essa implantação é o matriciamento ou apoio matricial, visto como estratégia do processo de trabalho dos profissionais inseridos na AE para capacitação da AB no atendimento à pessoa com deficiência. O apoio matricial pode ser visto como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, de

níveis da rede diferentes, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica com uma conduta compartilhada (BRASIL, 2012).

O apoio matricial é uma das vertentes do processo de horizontalização do sistema de saúde, que foi dividido em duas equipes: a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. As duas vertentes são, segundo Campos e Domitti (2007, p. 400) “ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões.” Apoio matricial então, pode ser entendido como suporte técnico, que proporciona uma base especializada, com apoio institucional, e vínculo interpessoal, com a participação ativa do matriciador, no caso a AE. O relato de um gestor de um CEO, que também faz parte da AE da rede, demonstra o uso e importância do matriciamento na RCPCD.

...a gente tem nosso formulário, como existe de referência da Atenção Primária para os CEOs formulário específico para o encaminhamento, nós temos os da contrarreferência, então, o paciente sempre sai contra referenciado. As vezes a gente até procede o matriciamento... a gente tem feito muito isso por tele monitoramento. A gente faz tudo para resolver com o matriciamento, quando eles [APS] têm alguma dúvida que a gente acha que pode resolver com o matriciamento, interconsultas, a gente vai por esse caminho...não é preciso o paciente estar vindo, uma dúvida que dá para resolver, que dá para gente orientar, a gente faz... (Gestor do CEO)

CONCLUSÃO

A pactuação da RCPCD-MG é considerada pelos gestores estaduais pioneira no Brasil, como afirmado pelo Grupo Condutor. Esse pioneirismo foi a partir da sensibilização dos gestores da área técnica da pessoa com deficiência de MG da importância do recurso para expansão dos serviços

e aumento do acesso do usuário. A expansão dos serviços não atingiu o programado no Plano de Ação de 2015, pois as propostas eram ousadas e o recurso não era suficiente, mas todas as macrorregiões do estado contam com pelo menos um CER, além dos serviços de modalidade única. Atualmente, com a revisão do Plano de Ação, a expectativa é ampliar o número de serviços da AE dentro das macrorregiões. O papel das juntas reguladoras é fundamental e sua implementação ajuda na construção da lógica de rede e fluxos, incluindo maior participação da AB, e ampliação do cuidado integral à pessoa com deficiência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde e estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS nº 835 de 25 de abril de 2012**. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
- CAMPOS, G. W. de S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- MACIEL, F. J. *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. In: **CoDAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2020.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS-MG Nº 1.147, de 16 de maio de 2012**. Institui Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS-MG.
- MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.272, de 24 de outubro de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência SUS-MG e dá outras providências.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.545, de 21 de agosto de 2013.** Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 2.003, de 09 de dezembro de 2014.** Institui as atribuições e diretrizes de funcionamento das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS-MG (RCPD) e dá outras providências. 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 042, de 17 de novembro de 2003,** que aprova o PDR-SUS/MG 2003/2006. 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG Nº 3.029, de 13 de novembro de 2019.** Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado de Minas Gerais. 2019.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).** 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020. Disponível em: www.saude.mg.gov.br. Acesso em: 27 set. 2021.

SANTOS, M. F. N.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. In: **CoDAS.** Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2021.

CAPÍTULO 15

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Ralf Braga Barroso

Rafaela Pezuti

Paula Santa Maria Rodrigues Marto

Amislaine Cristina Gambeta

Larissa Riani Costa Tavares

Carolina Vasquez Valenci Rios

Ana Carolina Basso Schmitt

APRESENTAÇÃO

Este capítulo pretende resgatar e analisar o processo histórico da construção do cuidado em saúde à pessoa com deficiência no estado de São Paulo, pontuando as particularidades, como algumas políticas municipais e estaduais de destaque e a constituição de um grupo de trabalho previamente a 2012 com o objetivo de organizar uma rede estadual de cuidado em saúde para estas pessoas. Pretende-se também descrever e analisar como a implantação da RCPCD se deu no estado de São Paulo, por meio da análise de documentos publicados.

O HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE SÃO PAULO

Assim como a Segunda Guerra Mundial foi um marco importante para o desenvolvimento de políticas de saúde para pessoas com deficiência em todo mundo, no Brasil, foi a epidemia de poliomielite nos anos de 1950

que teve papel fundamental na organização da sociedade para a criação de cursos de formação para fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, e dos chamados Centros de Reabilitação de natureza filantrópica espalhados pelo Brasil (BARROS, 2008). Nesta mesma década, surgem no estado de São Paulo a Associação de Assistência à Criança Deficiente (AACD), a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e o Centro de Reabilitação do Serviço Social da Indústria (ROCHA, 2019).

A Constituição Federal de 1988 traz para o Estado o dever de garantir o acesso à saúde a todos cidadãos brasileiros, sem distinção, incluindo o acesso às ações de saúde e reabilitação para as pessoas com deficiência. Esse marco legal foi de suma importância para uma mudança de paradigma da questão da deficiência pautada no assistencialismo e caridade, pelo modelo filantrópico, para a garantia de direitos constitucionais e ações do Estado (BRASIL, 1988).

Na sequência, diversas leis e portarias surgiram com intuito de garantir essas ações, cabendo destacar, de relevância para os estados da federação, a portaria do Ministério da Saúde nº 818/2001 (BRASIL, 2001) que cria “mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física” e a de nº 587/2004 (BRASIL, 2004), que determina “que as Secretarias de Estado da Saúde dos estados adotem as providências necessárias à organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva”. Estas portarias foram as precursoras para a habilitação de diversos serviços, tanto da gestão municipal quando da gestão estadual, que prestavam atendimento nas modalidades física ou auditiva, além das diversas instituições filantrópicas já existentes pelo estado.

O município de São Paulo iniciou a discussão do que foi denominada de Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência entre Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) juntamente à Coordenação da Atenção Básica e à Área Técnica da Pessoa com Deficiência do município

por volta de 2005, já incorporando conceitos de uma rede articulada e regionalizada (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2011).

De modo a garantir acesso à equipamentos de reabilitação regionalizados e articulados com os demais níveis de atenção à saúde, foram instituídos pela SMS os Núcleos Integrados em Reabilitação Física (NIR) e Núcleos Integrados em Saúde Auditiva (NISA), podendo estes estarem lotados em um mesmo espaço e fornecer assistência a diversos tipos de deficiência de forma concomitante (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2011; MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2016). Essa rede de atenção e estes equipamentos foram estabelecidos pela Lei Municipal nº 14.671 (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008) e regulamentados pelo Decreto Municipal nº 49.671 (MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, 2008). Isto favoreceu a reestruturação de muitos desses serviços à luz da Portaria Ministerial nº 793/2012 (BRASIL, 2012) para suas habilitações em Centros Especializados em Reabilitação (CER) posteriormente. Tal fato tem relevância na compreensão do número de CER habilitados no município de São Paulo.

Em 2008, de forma paralela ao movimento que vinha ocorrendo no município de São Paulo, o estado de São Paulo instituiu, por meio do Decreto Estadual nº 52.973 (ESTADO DE SÃO PAULO, 2008), a Rede de Reabilitação Lucy Montoro, de gestão e financiamento estadual. Essa rede de serviços presta atendimento às pessoas com deficiência física por meio de hospitais, centros ou ambulatórios de reabilitação. O objetivo destes serviços era integrar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Física do Sistema Único de Saúde (SUS) do estado de São Paulo, em estruturação, e conta hoje com 15 unidades pelo estado.

O Pacto pela Saúde de 2006 (BRASIL, 2006) e os esforços de uma organização em Redes de Atenção à Saúde, pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 4.279 (BRASIL, 2010), além da dificuldade de governança no território do estado de São Paulo para contratualizar,

articular e regular serviços de diferentes naturezas e diferentes gestões - municipal, estadual e filantrópica -, foram motivadores para o ingresso de uma ação civil pública e determinação pelo Ministério Público do estado de São Paulo da criação de um Grupo de Trabalho (GT), cujo propósito seria primordialmente organizar uma Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência no estado, articulando estes diferentes pontos em uma lógica regional, ampliando, desta forma, o acesso das pessoas com deficiência a estes serviços. Esse grupo foi instituído no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) no ano de 2011 (CIB, 2012a).

Neste mesmo ano, também no âmbito da CIB, foram instituídas as 17 macrorregiões de saúde no estado denominadas Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS), conforme Figura 1 (CIB, 2011).

Figura 1. Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde de São Paulo.



Fonte: Estado de São Paulo, 2020.

O grupo criado pela CIB já havia iniciado seus trabalhos na oportunidade da publicação da Portaria nº 793 (BRASIL, 2012), que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no Brasil. A implantação desta nova política previa a nomeação de um Grupo Condutor Estadual (GC Estadual) responsável pelo acompanhamento e monitoramento da rede. O GT já formado no âmbito da CIB foi designado como GC Estadual da RCPCD no ano de 2012, contando com a Secretaria de Saúde Estadual, Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e com apoio institucional do Ministério da Saúde, o que favoreceu ao estado de São Paulo um processo de organização mais ágil para iniciar a implementação desta nova política do governo federal, visto o estabelecimento prévio de um desenho regional na lógica das RRAS, ações de planejamento, diagnóstico situacional e articulações que este GT já vinha promovendo (CIB, 2012a).

O estado de São Paulo possui 645 municípios, 41.262.199 habitantes, sendo mais de três milhões de pessoas que referiram alguma deficiência, isto é, pouco mais de 7% da população do estado. Dentre as pessoas com deficiência, 40% referem deficiência visual, 29% motora, 17% mental/intelectual e 14% auditiva (ESTADO DE SÃO PAULO, 2020).

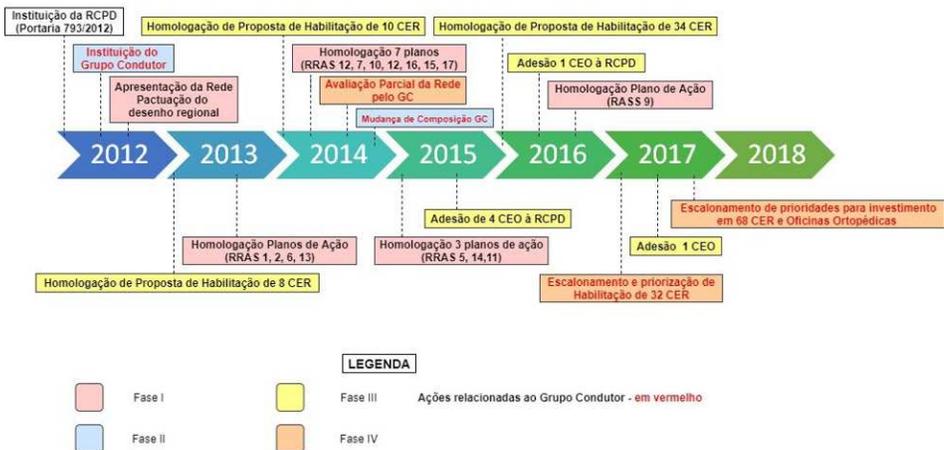
O PROCESSO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD) NO ESTADO DE SÃO PAULO

De acordo com a Portaria Ministerial da RCPCD, a operacionalização da implantação da rede deve se dar pelo cumprimento das quatro fases: I - diagnóstico e desenho regional da RCPCD, que envolve a apresentação da rede; a realização de diagnóstico, análise da situação de saúde e elaboração do desenho regional da rede; pactuação do desenho regional e da proposta de Plano de Ação Regional e elaboração dos Planos de Ação Municipal dos

Municípios integrantes; II - adesão à RCPCD, que prevê a instituição de GC Estadual e homologação da região inicial de implementação da RCPCD; III - contratualização dos Pontos de Atenção, que engloba a elaboração do desenho municipal da rede; contratualização dos pontos de atenção e instituição do GC Municipal; e IV - implantação e acompanhamento pelo GC Estadual, por meio da implementação de diretrizes clínicas e protocolos para atenção à pessoa com deficiência e do acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede (BRASIL, 2012).

A Figura 2 apresenta a linha do tempo da implantação da RCPCD no estado de São Paulo, sendo possível observar que, conforme citado anteriormente, a primeira ação foi a instituição do GC Estadual, no mês seguinte à publicação da portaria, antecedendo inclusive as ações da Fase I, assumindo papel fundamental na condução do processo. Deliberou-se que o desenho regional da RCPCD seguiria a lógica de organização das macrorregiões de saúde (as 17 RRAS), sendo construído pelo GC Estadual um Termo de Referência para Elaboração do Diagnóstico da RCPCD no SUS/SP (CIB, 2012b; CIB, 2012c; CIB, 2012d) redigido em duas fases: a primeira com ênfase em informações para diagnósticos, e, posteriormente, com os eixos estruturantes das ações a serem desenvolvidas para organização e operacionalização da rede, articulada com as demais Redes de Atenção. Pretendia, entre outros objetivos: promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências; desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta; ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção; e propiciar a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social.

Figura 2. Linha do tempo do Processo de Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de São Paulo.



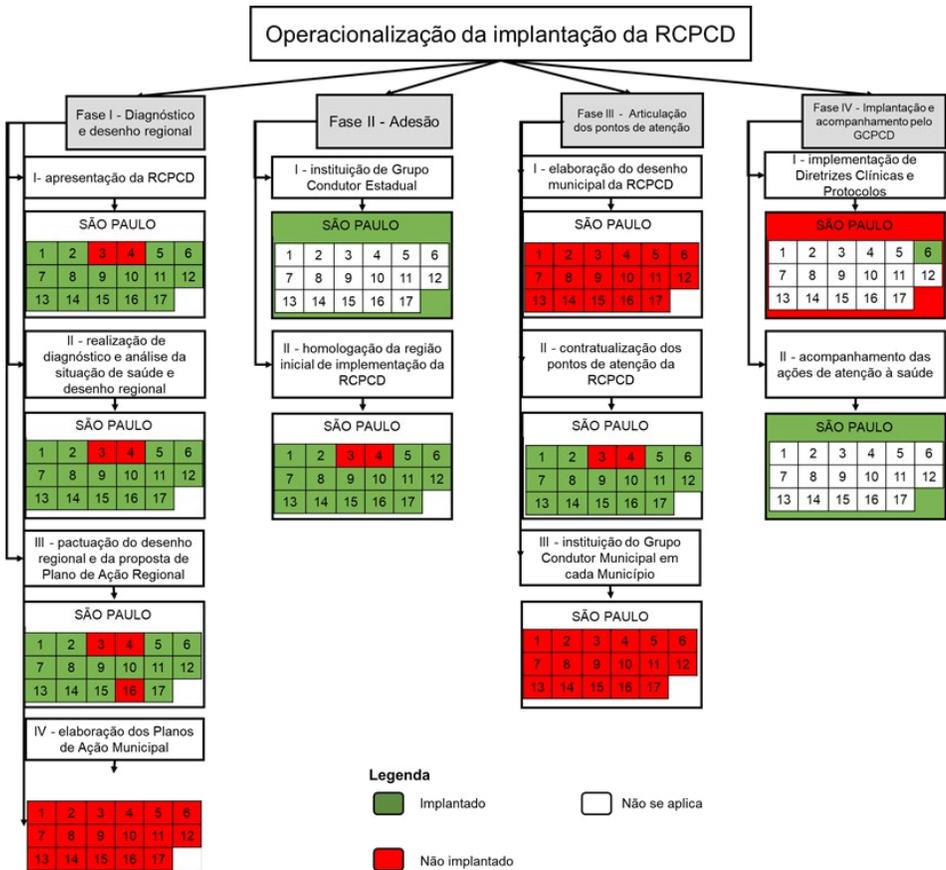
Fonte: Autores, 2021.

Após a escrita do Termo, houve ampla divulgação nos Departamentos Regionais de Saúde e no ano de 2013 foram instituídos os GC Regionais (CIB, 2013a) com o objetivo de elaborar o diagnóstico, desenho da rede e Plano de Ação Regional da RCPCD. Foi identificado pelo GC Estadual, no entanto, que estavam ocorrendo pedidos isolados de habilitação de CER diretamente ao Ministério da Saúde, sem que os planos de ação estivessem concluídos. O GC Estadual passou, a partir de então, a apoiar os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) e RRAS localmente, na construção efetiva da Rede, visando homologar os serviços não mais como serviços isolados, mas integrando o Plano de Ação Regional da RRAS (CIB, 2013b).

Os Planos de Ação das RRAS 1 (Grande ABC), 2 (Alto Tietê), 6 (Grande São Paulo) e 13 (DRS de Araraquara, Barretos, Franca e Ribeirão Preto) foram os primeiros a serem homologados na CIB, ainda no ano de 2013. No ano seguinte foram os planos das RRAS 7 (DRS de Baixada Santista e Registro), 9 (DRS de Bauru), 10 (DRS de

Marília), 12 (DRS de Araçatuba), 15 (DRS de Campinas e São João da Boa Vista), 16 (DRS de Bragança Paulista e Jundiaí) e 17 (DRS de Taubaté). Em 2015 a CIB homologou os Planos de Ação das RRAS 5 (Rota dos Bandeirantes), 11 (DRS de Presidente Prudente) e 14 (DRS de Piracicaba) e a RRAS 8 (DRS de Sorocaba) foi a que concluiu mais tardiamente seu plano, aprovado em 2016, de acordo com os dados apresentados na Figura 2 e Figura 3. As RRAS 3 e 4, correspondentes às regiões de Franco da Rocha e Mananciais, não possuem Plano de Ação para RCPCD, demonstrando heterogeneidade no cumprimento das fases de operacionalização da rede entre as regiões do estado. Também foram identificadas entre os anos de 2013 e 2016 a habilitação de 52 CER no estado e, entre 2015 e 2017, o total de cinco Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Figura 3. Diagrama da operacionalização da implantação da RCPCD no estado de São Paulo.



Fonte: Autores, 2021.

O cumprimento das Fases I e II, portanto, se efetivaram na maioria das RRAS em relação às ações regionais, porém, não foi identificada a existência de Planos de Ação Municipal (Etapa IV da Fase I) na análise documental (Figura 3). Em relação à Fase III, após a busca de documentos publicados ou solicitados aos gestores não foram encontrados registros referentes à elaboração do desenho municipal, bem como da instituição de GC Municipais; também não foi elaborado Plano de Ação Estadual neste período, demonstrando a operacionalização da rede de forma regional.

Entre as ações da Fase IV, não houve implementação de diretrizes clínicas e protocolos no GC. Já em relação ao acompanhamento da implantação da rede, observa-se a menção em diversas atas da CIB de ações do GC Estadual, das quais destacamos: a Ata de Reunião da CIB nº 235 (CIB, 2014), que faz menção a apresentação pelo GC de relatório do desempenho da RCPCD e da ocorrência de reunião mensal do GC para apoio e avaliação das redes a partir do termo de referência bipartite; e Ata de Reunião da CIB nº 270 (CIB, 2017), que cita um movimento intenso de rever os planos de ação e as prioridades das RRAS, mediados pelo GC Estadual.

Nos anos seguintes, as reuniões dos GC Regionais foram se tornando pouco frequentes e os encaminhamentos e deliberações regionais acerca da RCPCD passaram a ocorrer no âmbito das CIR, não existindo mais a figura do GC Regional. A partir de 2016 (Figura 2), foram extintos os cargos do Ministério da Saúde de apoiadores da RCPCD, de forma que o GC Estadual passou a atuar sem a participação do Ministério da Saúde (Figura 2).

A partir de 2017, o GC Estadual passou também a conduzir o processo de definição de critérios e priorização para as habilitações de serviços de reabilitação, em resposta à exigência do MS. Até aquele momento, o GC seguiu a deliberação CIB de 2013 (CIB, 2013b), em que se decidiu que não haveria priorização de serviços para habilitação dentro da RCPCD, compreendendo que todas as habilitações do estado eram fundamentais para a implantação da rede. Porém, a priorização foi estipulada como obrigatória e o GC promoveu o escalonamento de prioridades para habilitação de 32 CER (CIB, 2017b; CIB, 2017c; CIB, 2017d) e para priorização dos pleitos de investimento (construção, reforma e equipamentos) para 68 CER e Oficinas Ortopédicas (CIB, 2017e; CIB, 2017e), como demonstrado na Figura 2. Portanto, por uma questão de direcionamento do financiamento da política para os serviços especializados, a Atenção Básica não foi contemplada nesta discussão.

CONCLUSÃO

A construção do cuidado em saúde da pessoa com deficiência no estado de São Paulo já vinha de um movimento anterior à implantação da RCPCD, decorrente de judicialização. A instituição do GC Estadual precocemente favoreceu a adesão da maioria das RRAS e habilitações de CER, alguns até mesmo precedendo à homologação dos Planos de Ação Regional, no âmbito da CIB, etapa tida como obrigatória. A configuração do desenho regional da RCPCD no estado de São Paulo, na lógica das RRAS, permitiu que as redes organizadas contemplassem todos os pontos de atenção previstos na portaria nº 793/2012, embora com uma distribuição não equitativa. Dado ao cenário atual de descontinuidade de recursos financeiros destinados à uma efetiva implantação e expansão da RCPCD, o estado de São Paulo tem se organizado não mais em torno unicamente da implantação de CER, mas buscado identificar diversos pontos da rede que realizam ações de cuidados à pessoa com deficiência e estruturado uma rede que também os englobe.

REFERÊNCIAS

- BARROS, F. B. M. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 941-954. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300016>.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 14 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso: 14 fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único

de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 587, de 07 de outubro de 2004**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html. Acesso em: 14 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 818, de 05 de junho de 2001**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0818_05_06_2001.html. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 212, de 24 de maio de 2012**. São Paulo: CIB, 2012a. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1203>. Acesso: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 215, de 23 de agosto de 2012**. São Paulo: CIB, 2012c. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1229>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 217, de 25 de outubro de 2012**. São Paulo: CIB, 2012d. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1233>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 224, de 18 de julho de 2013**. São Paulo: CIB, 2013b. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1250>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 235, de 17 de julho de 2014**. São Paulo: CIB, 2014. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1274>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 270, de 24 de agosto de 2017**. São Paulo, CIB, 2017a. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1347>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 272, 19 de setembro de 2017**. São Paulo: CIB, 2017b. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1351>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 273, de 17 de novembro de 2017**. São Paulo: CIB, 2017c. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1352>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Ata de reunião CIB nº 274, de 07 de dezembro de 2017**. São Paulo: CIB, 2017e. Disponível em: <http://sistema4.saude.sp.gov.br/gpad/exibe-portal.php?id=1358>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº 36, de 21 de setembro de 2011**. São Paulo: CIB, 2011.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº 37, de 24 de maio de 2012b**. São Paulo: CIB, 2012b

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº 81, de 23 de novembro de 2017**. São Paulo: CIB, 2017d. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/downloads/DELIBERACAO-CER-CIB-81-2017.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº 93, 09 de dezembro de 2017**. São Paulo: CIB, 2017f. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2017/E_DL-CIB-93_08122017.pdf. Acesso: 14 fev. 2022.

COMISSÃO INTERGESTORES BIPARTITE (CIB). **Deliberação CIB nº. 36, de 13 de setembro de 2013**. São Paulo: CIB, 2013a. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/redes-regionais-de-atencao-a-saude-no-estado-de-sao-paulo/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia/deliberacoes-cib/e_dl_cib_36_130913.pdf. Acesso em: 14 fev. 2022.

ESTADO DE SÃO PAULO. **Decreto Estadual nº 52.973, de 12 de maio de 2008**. Institui a Rede de Reabilitação “Lucy Montoro” e dá providências correlatas. São Paulo, SP: Governo do Estado de São Paulo, 2008.

ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde (SES). **Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado de São Paulo- SP**. São Paulo: SES, 2020. 207p. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Plano-Estadual-RCPD-Versao-Final-dia-29.09.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Decreto Municipal nº 49.671, de 25 de junho de 2008**. Regulamenta a Lei nº 14.671, de 14 de janeiro de 2008, que cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva. São Paulo, SP, 2008.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. **Lei Municipal nº 14.671, de 14 de janeiro de 2008. Cria o Programa Municipal de Reabilitação da Pessoa com Deficiência Física e Auditiva.** São Paulo, 2008.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes técnicas para gestores e profissionais na área da saúde da pessoa com deficiência do município de São Paulo.** São Paulo: SMS, 2011. 141p. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/deficiencia/COT-2011.pdf> Acesso em: 14 fev. 2022.

MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde. **Diretrizes para organização das ações de reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.** São Paulo: SMS, 2016. 123p. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/DOCNorteador2015FinalINTERNET18112016.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2022.

ROCHA, E. F. Os serviços de atendimento em reabilitação às pessoas com deficiências físicas no Brasil. In: ROCHA, E. F. **Corpos com deficiência: em busca de reabilitação?.** São Paulo: Hucitec, 2019. p. 6892.

CAPÍTULO 16

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DA PARAÍBA

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro
Natasha Seleidy Ramos de Medeiros
Bianca Araújo Barbalho
Basílio Henrique Pereira Júnior
Leânia Geriz Pereira de Oliveira
Analuiza Batista Durand
Rafaela Raulino Nogueira

APRESENTAÇÃO

A Constituição Federal de 1988 prevê em seu artigo 203 a garantia de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária (BRASIL, 1988). A Portaria do Ministério da Saúde Nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no SUS, atualmente disposta no Anexo VI da Portaria de Consolidação MS/GM nº 3/2017, onde prevê que a RCPCD deve ser composta pela Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências e pela Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (BRASIL, 2013; BRASIL, 2017).

A partir da publicação da Portaria 793/2012 teve início no país o processo de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Esse processo contou com a indução financeira do Ministério da Saúde no sentido de ampliar os componentes da Rede, sobretudo em relação à construção e reforma de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e oficinas ortopédicas. Essa implantação se deu mediante adesão dos gestores estaduais e na perspectiva do processo de regionalização.

Neste capítulo abordaremos o percurso da implantação RCPCD na Paraíba, bem como os desafios enfrentados e as estratégias adotadas pelas regiões de saúde participantes do estudo no estado para garantir o cuidado à saúde das pessoas com deficiência. O texto foi construído a partir dos achados da análise documental de Planos de Ação Regional e de entrevistas com gestores da RCPCD.

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NA PARAÍBA

A organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS) vem sendo priorizada desde o ano de 2010, quando foi publicada a Portaria 4279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização dessas Redes, sendo a região de saúde um dos seus elementos constitutivos. Todavia, é importante ressaltar que a criação de regiões de saúde no Brasil é um processo em curso e deve ser compreendido como um facilitador no planejamento da assistência, partindo de pressupostos não só geográficos e epidemiológicos, mas levando em consideração condições de vida e determinantes sociais do processo saúde-doença do usuário (DUARTE *et al.*, 2015).

O estado da Paraíba possui 223 municípios, os quais são divididos em 16 regiões de saúde, distribuídas em três macrorregiões. A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) da Paraíba, definiu na sua resolução nº 43/18, a conformação das macrorregiões de saúde no estado, como mostra o Quadro 1:

Quadro 1. Conformação das macrorregiões de saúde do estado da Paraíba, 2018.

Macrorregião de Saúde	Município Sede*	Região de Saúde	População Estimada**
1ª	João Pessoa	1ª, 2ª, 12ª e 14ª	1.952.127
2ª	Campina Grande	3ª, 4ª, 5ª, 15ª e 16ª	1.127.117
3ª	Patos (Sertão) Sousa (Alto Sertão)	6ª, 7ª, 8ª, 9ª, 10ª, 11ª e 13ª	946.314

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2017/Secretaria de Estado da Saúde/Comissão Intergestores Bipartite, 2018.

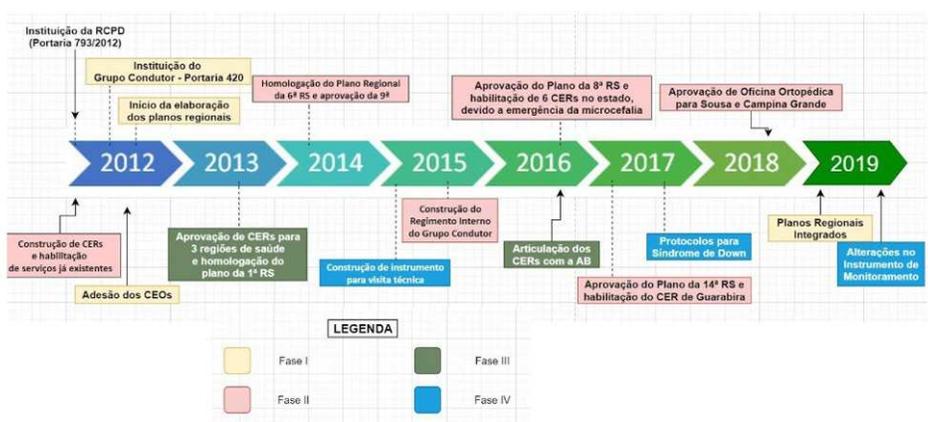
*Sedes das macrorregiões assistenciais de saúde da Paraíba/ **Estimativa do total da população dos municípios na macrorregião de saúde.

Segundo dados do último Censo realizado pelo IBGE, em 2010, 1.045.631 paraibanos declararam ter ao menos um tipo de deficiência, o que representa 27,76% da população estadual (3.766.834 habitantes em 2010). Com isso, a Paraíba é o segundo Estado com o maior índice de pessoas com deficiência da região Nordeste (IBGE, 2012).

O PERCURSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPCD NA PARAÍBA

A implantação da RCPCD na Paraíba se deu por meio de inúmeras etapas e eventos, conforme exemplificado na Figura 1.

Figura 1. Trajetória cronológica da construção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência na Paraíba.



Fonte: Análise Documental das Regiões de Saúde (2012 – 2019).

No ano de 2012 alguns eventos deram início ao processo de implantação, sendo um dos mais significativos a instituição do Grupo Condutor Estadual da RCPCD, que exerceu importante papel na elaboração dos Planos de Ação Regional. Assim, coube a estes grupos orientar todo o processo de implantação da rede nas regiões de saúde, devendo ainda, conforme propõe a Portaria 793/2012, fomentar a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência,

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

O Grupo Condutor Estadual foi instituído pela Portaria Estadual nº 420/2012, sendo composto por representantes da Secretaria de Saúde (SES-PB); do Conselho dos Secretários Municipais de Saúde (COSEMS-PB); e da Fundação Centro Integrado de Apoio ao Portador de Deficiência (FUNAD). Ainda no ano de 2012, foi iniciada a construção e habilitação de alguns Centros Especializados em Reabilitação (CER). Os encaminhamentos referentes à RCPCD, dentre eles, a implantação de serviços deste componente especializado, foram realizados a partir das ações previstas nos Planos de Ação Regional aprovados nos órgãos colegiados.

Ao longo dos anos de 2013 a 2017 foram aprovados outros Planos de Ação Regional, chegando em 2019 ao total de 15 Planos aprovados dentre as 16 regiões de saúde do estado. É relevante destacar que, em sua maioria, as Regiões de Saúde apontam em seus Planos de Ação fragilidades encontradas na Atenção Básica (AB) para conseguir atender à demanda da RCPCD. Em suma, as dificuldades elencadas nos planos de ação estão baseadas na indisponibilidade de serviços qualificados para atendimento a estes usuários, a falta de qualificação dos profissionais, equipamentos com estruturas físicas inadequadas, além da dificuldade de transporte adequado para atender às necessidades das pessoas com deficiência.

O estado da Paraíba estrutura os serviços de AB em Estratégias de Saúde da Família (ESF), Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB), possuindo equipes multiprofissionais para o estabelecimento de ações de prevenção, promoção e recuperação a saúde (BRASIL, 2018).

A AB é a principal porta de entrada e o centro articulador do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde (SUS) e centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Por meio dela é possível ordenar as

demandas de cuidado a partir da integração entre os diversos pontos na Rede de Atenção à Saúde do Estado (COSTA, 2009).

O componente da AB na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado da Paraíba tem como pontos de atenção às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e conta com os NASF-AB e Atenção Odontológica (PARAÍBA, 2016).

A cobertura da AB no estado da Paraíba em dezembro de 2019 era de 98,81%, o percentual de completude de assistência por macrorregiões para o mesmo período foi de: João Pessoa (99,12%); Campina Grande (99,96%) e Alto Sertão (99,87%) (BRASIL, 2021).

Em relação a ESF, analisando o mesmo período (dezembro 2019), tem-se uma cobertura de 95,85%, fragmentando esta análise por macrorregiões encontra-se percentuais semelhantes: João Pessoa (97,85%); Campina Grande (98,18%) e Alto Sertão (99,66%) (BRASIL, 2021).

A reorganização da RCPCD inclui a reestruturação, ampliação e criação de serviços. Dentro dos eixos estruturantes desta rede, temos a rede especializada em reabilitação. Após a publicação da Portaria nº 3.183, de 24 de dezembro de 2013, teve início o repasse de recursos para viabilizar a construção de Centros Especializados de Reabilitação (CER). A respeito deste componente da rede o estado conta com 10 CER, distribuídos da seguinte forma: seis do tipo CER II (deficiência física e auditiva) divididos entre as três macrorregiões de saúde do estado; um CER do tipo III (deficiências física, intelectual e física) que se encontra na 3ª macrorregião; e três CER do tipo IV, um em cada macrorregião de saúde. Desses CER, apenas dois são estaduais: o CER de Sousa referência para a 3ª macrorregião, e a FUNAD na 1ª macrorregião de saúde, os demais estão sob gestão municipal.

No tocante à atenção odontológica especializada, o estado da Paraíba dispõe, em 19 municípios, de Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) habilitados para o cuidado à pessoa com deficiência. A Paraíba ainda

não conta com uma Oficina Ortopédica em pleno funcionamento, embora tenha se verificado nos documentos analisados registros de aprovação de projetos para construção de oficinas ortopédicas.

ESTRATÉGIAS E DIFICULDADES PARA GARANTIR O CUIDADO INTEGRAL EM TRÊS REGIÕES DE SAÚDE DA PARAÍBA

Foram realizadas entrevistas com gestores municipais de saúde e coordenadores de atenção básica das seguintes regiões de saúde (RS): 1ª RS, 4ª RS e 11ª RS. Na análise dessas entrevistas destacaram-se as estratégias que vêm sendo adotadas para garantir a oferta de cuidados que as pessoas com deficiência necessitam, bem como as dificuldades e desafios ainda presentes no sentido de ofertar um cuidado integral.

Algumas questões e possibilidades são comuns a todos os municípios de pequeno porte, enquanto outras se destacam em determinadas regiões de saúde, como será abordado a seguir.

ESTRATÉGIAS PARA OFERTAR O CUIDADO

Dentre os municípios paraibanos estudados, foi possível perceber diversidade na estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência devido a questões populacionais, geográficas e disponibilidades de serviços. No entanto, uma estratégia comum a todos os municípios, independente do porte, é a disponibilização de ambientes destinados ao tratamento fisioterapêutico, bem como visitas domiciliares.

acredito que na maioria dos municípios do estado da Paraíba, é a questão de salas de fisioterapia, todo município tem pelo menos ou uma sala menor ou uma maior com fisioterapeutas, poucos têm a questão da fonoaudiologia, são poucos (SMS, município 11ª RS).

Cabe ressaltar que esses fisioterapeutas também são responsáveis pelo atendimento de outras demandas de fisioterapia no município. Além disso, a reabilitação é um processo que requer uma equipe multiprofissional, o que não tem se concretizado nestes municípios menores, como destacado pelo gestor.

As demandas que não podem ser atendidas dentro do município são encaminhadas para outros serviços da região de saúde, na perspectiva da regionalização prevista no trabalho das Redes de Atenção. A regionalização tem o objetivo funcional de compor as regiões de saúde com grau de suficiência, buscando a melhor distribuição espacial e populacional dos serviços em todos os níveis de atenção, visando à cobertura e ao acesso da população às ações de saúde através de uma rede articulada e integrada (CONASEMS, 2019). Em alguns casos, a procura pelo serviço ocorre fora da região de saúde e mesmo do estado. Em ambas as situações, o município garante o deslocamento das pessoas, disponibilizando o transporte, como relatado a seguir:

temos alguns casos que são encaminhados para o Pernambuco, então a secretaria disponibiliza veículo, né, pra levar o pessoal para o Pernambuco, acho que é lá pro IMIP (...) as famílias como tinham muita ligação com Pernambuco, aí às vezes iriam preferir fazer por lá (SMS, município 11ª RS).

Municípios de maior porte que contam com uma rede mais ampla oferecem mais garantia de cuidado para seus munícipes, como também sendo referência para a região de saúde e, em alguns casos, para todo o estado.

A gente tem hospital, a gente tem CER, a gente tem SAMU, a gente tem UPA, nós temos unidades de acolhimento, a gente tem todos os CAPS, a gente tem CAPS AD, CAPS Infanto, tem o transtorno, a gente tem o Melhor em Casa, temos doze equipes de Saúde da Família. A gente tem uma rede bem completa, graças a Deus (Gerente AB, município da 11ª RS).

Outra estratégia destacada pelos entrevistados foi o papel da atenção básica no cuidado à saúde da pessoa com deficiência, no sentido da organização de serviços e integração com os outros níveis de atenção para garantir a continuidade do cuidado. Esse reconhecimento é perceptível na fala a seguir:

Quem encaminha, quem articula é sempre a atenção básica. Eu digo assim, se a saúde de um município funciona bem a atenção básica tem um mérito muito grande nisso, porque ela que ordena, é ordenadora de todo o serviço. (Gerente AB, município da 11ª RS).

Os achados do estudo de Bousquat *et al.* (2019) destacam o papel da atenção básica nas regiões de saúde no sentido da melhoria do fluxo assistencial e da integração entre os serviços da rede. Essa atuação da AB parece ser mais evidente nos municípios de pequeno porte, talvez pelo fato desses municípios conseguirem ter mais contato entre os trabalhadores e a gestão, além de caminharem mais próximo dos usuários. Algumas ações são realizadas na AB para prevenção de deficiências, como o pré-natal e a puericultura, nesta última tendo como objetivo identificar atrasos no desenvolvimento motor.

[...] trabalha com os marcos do desenvolvimento, que inclusive tem na própria caderneta e a gente preza muito que realmente sejam preenchidos os marcos e a linha do desenvolvimento [neuromotor] (Gerente AB, município 4ª RS).

No entanto, verificou-se nos discursos de alguns entrevistados que existe um despreparo dos profissionais que compõem as equipes de AB para atender às demandas de cuidado à pessoa com deficiência. Esse fato assinala a necessidade de ações de educação permanente, no sentido de capacitar essas equipes, qualificando o cuidado ofertado.

No que se refere à atenção especializada, salientou-se a mudança do cuidado a partir da criação do CER, como se evidencia na fala a seguir, apontando a relevância deste Centro para ampliar o cuidado.

Assim, antes a gente tinha só o centro de reabilitação. Com a implantação do CER, do centro especializado, os pacientes têm um cuidado mais amplo, eles têm mais profissionais, a equipe é mais capacitada. [...] Lá a gente tem terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta. O cuidado hoje, com a implantação do CER, é mais completo. Eu acredito que melhorou 100% a assistência das pessoas com deficiência né (Gerente AB, município da 11ª RS).

Segundo Campos *et al.* (2015, p. 209), essa importância do CER dentro da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se dá pelo seu “papel estratégico na qualificação, regulação e criação de padrões mínimos para os cuidados às pessoas com deficiência, inclusive, em termos de acolhimento de diferenças e de humanização dos cuidados”.

O atendimento odontológico realizado nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) também foi repetidamente citado nas entrevistas como uma forma de garantir o cuidado integral às pessoas com deficiência. Quando o município não dispõe de CEO, a pessoa é encaminhada para um serviço na região pela Central de Regulação:

(...) o dentista da unidade de saúde faz o encaminhamento e vem aqui, a gente passa pela regulação e encaminha para o CEO de João Pessoa (Secretário Adjunto, município 1ª RS).

É importante esclarecer que, apesar da existência desse serviço, não cabe apenas a ele o dever de ofertar assistência odontológica às pessoas com deficiência, pois existem casos envolvendo esse público que são possíveis de solucionar ainda na AB, ficando apenas os casos de difícil manejo sob a responsabilidade da atenção especializada (CONDESSA, 2019).

No que diz respeito à atenção hospitalar, os municípios pequenos ficam na dependência de referenciar para serviços da região. Na RAS, os hospitais sempre terão papel importante, pois por mais que se construa um sistema forte de atenção básica e especializada, sempre existirão as condições que exigem atenção hospitalar. E os hospitais precisam ter capilaridade, atuando como apoio matricial nos diferentes componentes da RAS para aumento da resolutividade. Para o CONASS, os hospitais devem estar de acordo com a região onde eles se situam, com as necessidades e com o perfil epidemiológico daquela população (CONSENSUS, 2014).

DIFICULDADES E DESAFIOS PARA O CUIDADO INTEGRAL

Fazem parte da RCPCD serviços de saúde de todos os níveis de atenção, os quais precisam efetivamente assegurar o acesso das pessoas com deficiência, tanto sob o ponto de vista da acessibilidade arquitetônica quanto organizacional para que se concretize a integralidade do cuidado.

A integralidade é um termo polissêmico, podendo ser compreendida como um conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos e curativos, individuais e coletivos, em cada caso, nos níveis de complexidade do sistema (MATTOS, 2005). Ofertar um cuidado integral implica, assim, em assegurar que as pessoas possam acessar serviços de saúde em qualquer nível de atenção de modo a atender às suas necessidades de saúde.

Nesse sentido, só é possível ofertar um cuidado integral se houver acesso à rede de forma ampla, com equipes multiprofissionais. Gestores dos municípios de pequeno porte, os quais só dispõem localmente de serviços de atenção básica, relatam a dificuldade em ter essas equipes ficando dependentes dos serviços especializados pactuados e contratados na região de saúde.

Nesse contexto, verifica-se o desejo de alguns gestores em ofertar mais serviços dentro do município, embora esbarre no critério populacional. Um exemplo disso foi o relato de um gestor acerca da dificuldade de

implantação do Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) pelo quantitativo populacional pequeno.

Fizemos até o projeto (...) só que não tinha a população suficiente, aí, infelizmente, foi negado sabe, a gente ficou sem a questão da atenção domiciliar (SMS, município da 11ª RS).

Nessa perspectiva, destaca-se a necessidade de financiamento por parte dos gestores estadual e federal para que possam ofertar um cuidado mais ampliado à pessoa com deficiência:

Se a gente tivesse mais recursos de estrutura física e de humanos a gente poderia, vamos dizer assim, dar uma melhor assistência. (...) mas a gente necessitava de ambiente onde a gente pudesse ter essas outras especialidades que a gente mantivesse o deficiente físico ou mental mais dentro do município (SMS, município da 4ª RS).

A despeito da interiorização dos serviços proporcionada pela expansão da RCPCD na Paraíba, sobretudo mediante a construção de CER de forma difusa pelo interior do estado, algumas categorias profissionais ainda estão fortemente concentradas nos grandes centros urbanos, com pouca disponibilidade de profissionais nas regiões interioranas, a exemplo dos profissionais de fonoaudiologia:

eu até tentei abrir três seletivos para contratar um fonoaudiólogo aqui para o município, mas, infelizmente é um profissional que nessa região da gente é escasso, não consegui (SMS, município da 4ª RS).

De modo geral, a necessidade de qualificação dos profissionais para atuar na RCPCD foi apontada pelos entrevistados, como ressaltado no próximo trecho:

E qualificar também os profissionais da ponta, no que concerne a questão do conhecimento da política, seja ela nacional, estadual ou municipal da pessoa com deficiência, também é um dos desafios dos gestores é colocar isso como prioridade (Gerente AB, município da 1ª RS).

O Instrutivo de Reabilitação que orienta o funcionamento dos CER (2020) indica que o usuário deve ser atendido prioritariamente no serviço mais próximo de sua residência, dispondo de estrutura física e funcional e de equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para a prestação de assistência especializada, de modo articulado aos demais serviços da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.

Uma dificuldade que é generalizada, desde o município de pequeno porte até a capital, diz respeito à dispensação de órteses, próteses e aparelhos auxiliares de locomoção (OPM). Desde a disponibilidade de cadeira de rodas até as próteses auditivas, a queixa em relação a essa dificuldade foi unânime.

No que tange à estrutura física, os entrevistados consideram que ela é acessível, entretanto, alguns relatos demonstram que essa acessibilidade não é completa, pois nem todos os ambientes do serviço possibilitam o acesso ao cuidado, como destacado no relato de uma gerente de unidade básica de saúde:

Eu já tive de atender uma paciente com deficiência, ela era cadeirante, ela estava gestante na época e aí pra fazer o citológico dela era uma dificuldade muito grande, né, eu tive que fazer muitas vezes a ausculta do bebezinho dela, como ela tinha que ir pra maca e ela tinha dificuldade, eu tinha que colocar o colchonete no chão pra eu fazer (SMS, município da 4ª RS).

Relatos também apontam restrições de acessibilidade para as pessoas com deficiência auditiva na medida em que praticamente inexistem profissionais capacitados em Libras para se comunicar com estas pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação da RCPCD na Paraíba seguiu o percurso previsto na Portaria 793/2012, havendo, porém, algumas diferenças entre as regiões de saúde. O Grupo Condutor da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência exerceu um papel fundamental nesse processo, atuando no apoio e acompanhamento da elaboração dos Planos de Ação Regional e da expansão da rede.

De modo geral, houve uma ampliação na oferta de cuidado a partir dessa implantação, sobretudo mediante a expansão dos CER, os quais dão suporte aos municípios da região. No entanto, os gestores dos municípios de pequeno porte ainda se ressentem da dificuldade em garantir assistência a essas pessoas. Apesar do suporte de serviços especializados na região de saúde, anseiam por ampliar a oferta de cuidados a partir da contratação de equipes multiprofissionais e da disponibilização de serviços como o SAD. A necessidade de processos formativos para os profissionais de todos os pontos de atenção da Rede foi bastante relatada por todos os gestores entrevistados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 05 de Outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. **Lei 13.146, de 6 de julho de 2015**. Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, 7 jul. 2015.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)/ Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). **VIVER SEM LIMITE** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. SDH-PR/SNPD, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS no 4.279, de 30 de dezembro de 2010**.

Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva física, intelectual e visual**: Centro Especializado em Reabilitação - CER e oficinas ortopédicas. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação N° 3, de 28 de setembro de 2017**. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria de Consolidação N° 6, de 28 de setembro de 2017**. Título VIII - Do financiamento das Redes. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. e-Gestor Atenção Básica: Informação e Gestão da Atenção Básica. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Municípios paraibanos se reúnem para debater a Atenção Básica**. Brasília, 27 mar 2018. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/noticia/3073>. Acesso em: 14 out. 2021.

BOUSQUAT, A. *et al.* A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, 2019.

CAMPOS, M. F.; SOUZA L. A. P.; MENDES V. L. F. **A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência**. *Interface*, v. 19, n. 52, p. 207-10, 2015.

CONDESSA, A. M. **Acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde bucal no Brasil**. Tese (Doutorado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 131 f. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS). **Regionalização da Saúde**: posicionamento e orientações. Brasília, 2019.

COSTA, G. D. da *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DUARTE, L. S. *et al.* Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. **Saúde e Sociedade**, v. 24, p. 472-485, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

MATTOS, R. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.) **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado em Saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/Uerj/Abrasco, 2005.

PARAÍBA. GOVERNO DO ESTADO. **Plano Estadual de Saúde 2016-2019**. Aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde através da Resolução nº 0123, de 2 de fevereiro de 2016. 2016.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES). **Infosaúde**. Macrorregiões da Paraíba. Disponível em: https://cafhbj.carto.com/viz/6e9cc5c0-582a-498a-b6c0-cfea3f648d72/embed_map. Acesso em: 08 set. 2021.

CAPÍTULO 17

A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

Adriane Pires Batiston
Alan Ogawa Santos
Arthur de Almeida Medeiros
Fernando Pierette Ferrari
Gabriel Caneira Amaral
Juliana Medeiros Vieira
Lais Alves de Souza Bonilha
Nathany Clara da Silva
Paola Thaís Gomes Reichel

APRESENTAÇÃO

O Estado de Mato Grosso do Sul é um dos estados participantes do projeto Redecin Brasil (Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS). Neste capítulo buscou-se apresentar o contexto do estado quanto à realidade das pessoas com deficiência e, a partir das análises de atas e demais documentos oficiais, apresentar os processos de regionalização e de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado.

AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

O Censo IBGE 2010 é referencial de dados detalhados mais recente sobre o perfil populacional do país, a partir do qual, considerando as limitações decorrentes dessa lacuna de tempo, é possível conhecer a realidade das pessoas com deficiência que vivem no país.

De acordo com esses dados, o estado de Mato Grosso do Sul possuía uma população de 2.449.024 habitantes, e destes, 524.979¹ eram de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas no inquérito, representando 21,5% da população total. As mulheres representavam 54,8%, 62,3% tinham idade entre 18 e 59 anos, 29,0% eram pessoas com mais de 60 anos, 50,0% eram negros e 87,1% residiam em área urbana. Ao se observar o tipo de deficiência relatada foi identificado que 409.581 tinham deficiência visual, 107.610 deficiência auditiva, 150.190 deficiência motora, e 32.488 tinham deficiência intelectual (IBGE, 2010).

Considerando as pessoas com deficiência motora com grande dificuldade para caminhar e/ou subir escadas e aquelas que não conseguem de modo algum; as pessoas com deficiência visual com grande dificuldade para enxergar mesmo com uso de óculos ou lentes de contato e aquelas permanentemente incapazes de enxergar; as pessoas com deficiência auditiva com grande dificuldade de ouvir, mesmo com o uso de aparelhos auditivos, e aquelas permanentemente incapazes de ouvir; e as pessoas com deficiência intelectual, esse público representou, 34,6% do total de pessoas com deficiência do estado (IBGE, 2010).

Assim, os dados do Censo de 2010 já indicavam a necessidade de um olhar atento às necessidades das pessoas com deficiência, uma vez que mais de 1/4 dessas pessoas requeriam cuidados de atenção especializada, a maioria pessoas adultas e negras, mais vulneráveis e com grande demanda de cuidado.

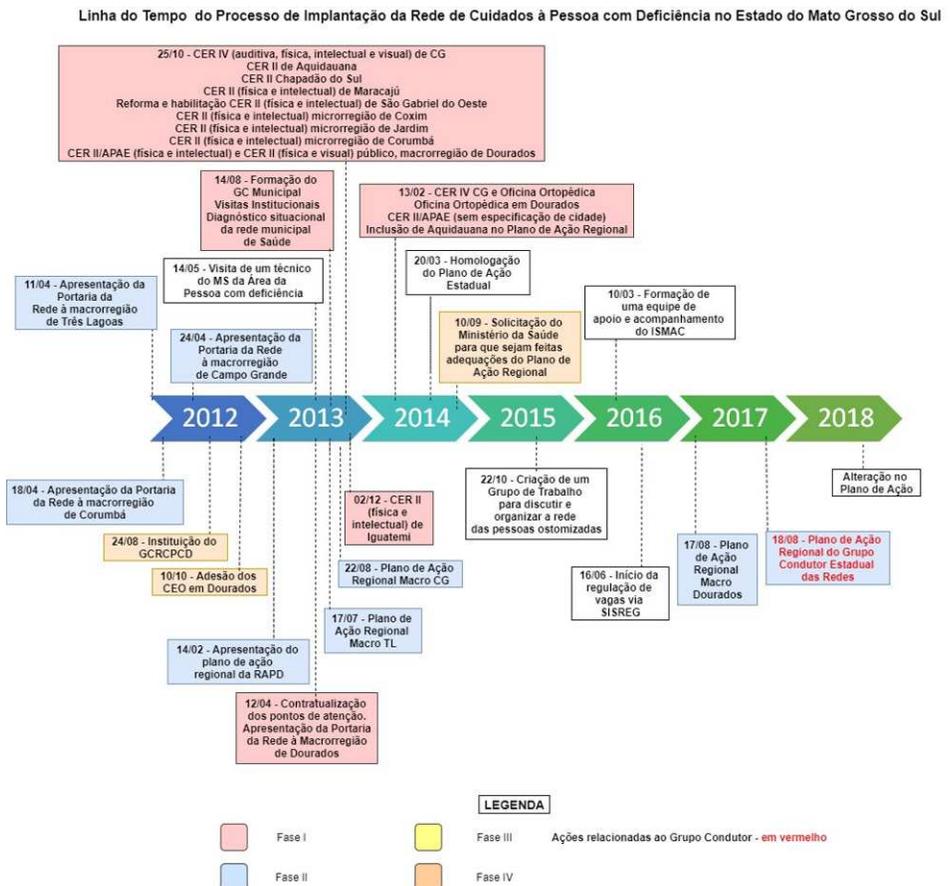
O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MATO GROSSO DO SUL

A partir da publicação da Portaria nº 793/2012 houve grande mobilização no estado para que a Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência (RCPCD) pudesse ser, efetivamente, implantada. Nesse ano, foi realizada a apresentação da portaria à macrorregião de Campo Grande, estendendo-se para as demais macrorregiões do estado em abril do ano seguinte.

1 As pessoas incluídas em mais de um tipo de deficiência foram contadas apenas uma vez.

Na figura 1 é possível visualizar a linha do tempo do processo de implantação da RCPCD no estado.

Figura 1. Linha do tempo do processo de implantação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência no Estado de Mato Grosso do Sul.



Fonte: Autores, 2021.

A partir da apresentação da portaria 793/2012 às macrorregiões do estado deu-se início ao processo de diagnóstico e análise da situação de saúde de cada macrorregião, apresentados nas respectivas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) em 2013, disparando o processo de desenho regional da rede e elaboração

dos planos de ação regionais. As macrorregiões de Campo Grande, Três Lagoas e Corumbá tiveram os seus desenhos regionais e os planos de ação regionais aprovados nas reuniões de suas respectivas CIR também no ano de 2013.

A partir de então, os serviços foram sendo constituídos. O primeiro CER habilitado no estado foi no município de Três Lagoas, em junho/2013, habilitado para as modalidades física e intelectual, contemplando a macrorregião de Três Lagoas. Na sequência, em dezembro de 2013, foi habilitado o CER II, também para as modalidades física e intelectual em Campo Grande, compondo o ponto de atenção especializada da rede na macrorregião de Campo Grande. A macrorregião de Corumbá teve o CER habilitado para as modalidades física e intelectual em outubro de 2014.

Até 2016 o estado contava com apenas três CER II, abrangendo três das quatro macrorregiões, e todos estavam habilitados para as modalidades física e intelectual, evidenciando a fragilidade da rede para a integralidade do cuidado à população com deficiência. Além de uma das macrorregiões descoberta, a oferta nas outras macrorregiões era insuficiente para a demanda da população já apresentada ao início deste capítulo, de acordo com o censo de 2010.

Vale destacar que os CER habilitados até este momento eram os serviços das Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de cada município, confirmando o caráter filantrópico do cuidado ofertado às pessoas com deficiência, condição histórica e socialmente determinada.

Em dezembro de 2016, foi habilitado o CER II para as modalidades física e intelectual no município de São Gabriel D'Oeste, incorporando mais um serviço de atenção especializada à macrorregião de Campo Grande. Neste mesmo período, o CER II de Campo Grande obteve a habilitação das modalidades visual e auditiva, passando a CER IV, tornando-a a única macrorregião do estado com serviços de atenção especializada para todas as modalidades de reabilitação.

Recentemente, em dezembro de 2020, o município de Campo Grande passou a contar com mais um CER II para as modalidades física e

intelectual, totalizando agora três CER nessa macrorregião, evidenciando a centralização da oferta de serviços na macrorregião da capital do estado.

Embora o Plano de Ação Regional da macrorregião de Dourados tenha sido aprovado em agosto de 2017, até o momento essa é a macrorregião do estado que não possui nenhum serviço de atenção especializada da RCPCD, demonstrando a fragilidade da rede e a dificuldade de acesso das pessoas com deficiência às ações e serviços de saúde nessa região do estado.

Atualmente o estado conta com quatro CER II, sendo um municipal e três vinculados a instituições filantrópicas, e um CER IV vinculado à APAE de Campo Grande.

As análises realizadas evidenciam as lacunas existentes na RCPCD no estado, principalmente pela concentração da oferta de ações e serviços na macrorregião de Campo Grande e ausência de serviços na macrorregião de Dourados, bem como a maior oferta de serviços nas modalidades física e intelectual, demonstrando a fragilidade no cuidado ofertado às pessoas com deficiência auditiva e visual, ferindo os princípios constitucionais da universalidade e integralidade.

A REGIONALIZAÇÃO EM SAÚDE NO ESTADO E A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

No estado de Mato Grosso do Sul, a divisão regional de saúde foi estabelecida como base territorial para o planejamento e organização das ações e serviços em saúde, além de se configurar como espaços de articulação intergovernamental para as decisões no setor saúde.

A regionalização em saúde do estado propõe a capilarização de recursos tecnológicos e redução de grandes deslocamentos aos usuários para outras regiões, considerando o movimento natural das populações em busca das ações e serviços capazes de resolver suas necessidades de saúde (SES, 2020).

Os 79 municípios do estado foram divididos em 11 Microrregiões de Saúde (Aquidauana, Campo Grande, Corumbá, Coxim, Dourados,

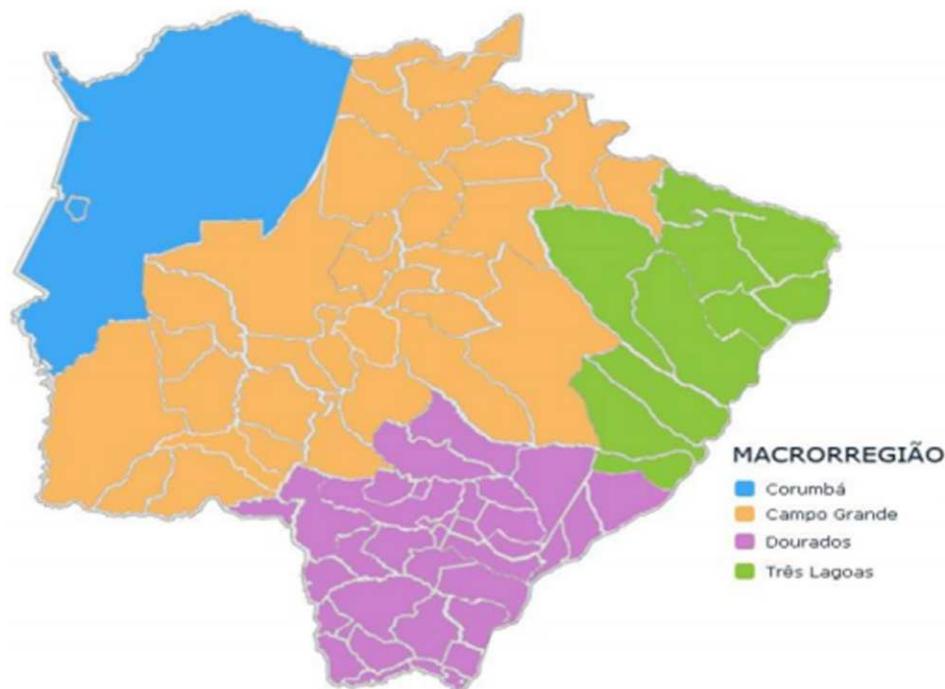
Jardim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas), que, por sua vez, foram organizadas em quatro macrorregiões de Saúde (Campo Grande, Dourados, Três Lagoas e Corumbá) (SES/MS, 2020).

Tabela 1. distribuição dos municípios do estado de acordo com as micro e macrorregiões de saúde.

Macro	Micro	Municípios	Macro	Micro	Municípios	
Campo Grande	Aquidauana	Anastácio	Dourados	Dourados	Caarapó	
		Aquidauana			Deodápolis	
		Bodoquena			Douradina	
		Dois Irmãos do Buriti			Dourados	
		Miranda			Fátima do Sul	
		Nioaque			Glória de Dourados	
	Campo Grande	Campo Grande		Bandeirantes	Itaporã	
				Figueirão	Jateí	
				Camapuã	Laguna Carapá	
				Jaraguari	Rio Brillhante	
				Campo Grande	Vicentina	
				Maracaju	Anaurilândia	
				Chapadão do Sul	Angélica	
				Nova Alvorada do Sul	Batayporã	
				Corguinho	Ivinhema	
				Paraíso das Águas	Nova Andradina	
				Costa Rica	Novo Horizonte do Sul	
				Ribas do Rio Pardo	Taquaruçu	
				Rio Negro	Naviraí	Eldorado
				Rochedo		Igatuemi
	São Gabriel do Oeste	Itaquiraí				
	Sidrolândia	Japorã				
	Terenos	Juti				
	Alcinópolis	Mundo Novo				
	Coxim	Coxim		Coxim	Naviraí	
				Pedro Gomes	Anaí	
				Rio Verde de Mato Grosso	Antonio João	
				Sonora	Aral Moreira	
Bela Vista			Coronel Sapucaia			
Jardim	Jardim	Bonito	Paranhos			
		Caracol	Ponta Porã			
		Guia Lopes da Laguna	Sete Quedas			
		Jardim	Tacuru			
		Porto Murtinho	Aparecida do Taboado			
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Paranaíba	Cassilândia		
		Ladário		Inocência		
			Três Lagoas	Paranaíba		
				Água Clara		
				Bataguassu		
				Brasilândia		
				Santa Rita do Pardo		
				Selvíria		
				Três Lagoas		

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2020.

Figura 1. Mapa das Regiões de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.



Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2020.

O processo de cuidado para a pessoa com deficiência deve abranger os componentes dos três níveis de atenção que, articulados entre si, garantirão a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e aos serviços de apoio. Sobre a RCPCD verifica-se que existe um vazio assistencial que impossibilita a efetivação dos princípios doutrinários do SUS a esta população, conforme pode ser observado na tabela 2, que apresenta a distribuição dos serviços de saúde de atenção às pessoas com deficiência de acordo com as macrorregiões de saúde.

Tabela 2. Distribuição dos serviços de saúde de atenção às pessoas com deficiência, que recebem incentivo financeiro, de acordo com as macrorregiões de saúde do estado.

Serviços	Macrorregião			
	Campo Grande	Corumbá	Dourados	Três Lagoas
CER II	1	1	-	1
CER III	-	-	-	-
CER IV	1	-	-	-
CEO I	2	-	-	-
CEO II	3	1	2	1
CEO III	1	-	-	-
Oficina Ortopédica	1	-	-	-
Leitos de Reabilitação	37	-	-	-
Serviços de Reabilitação Física	1	-	-	-
Serviço de Reabilitação Visual	1	-	-	-
Serviço de Reabilitação Auditiva	2	-	1	-

CER: Centro Especializado de Reabilitação; CEO: Centro de Especialidades Odontológicas.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, 2021.

No estado o serviço de concessão e dispensação de OPM é disponibilizado por quatro estabelecimentos, sendo todos com pactuação de nível estadual e situados na microrregião de Campo Grande, sendo eles: o Instituto Sul Matogrossense para Cegos Florivaldo Vargas (ISMAC), a Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF), a Clínica da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) e Oficina Ortopédica.

O Instituto Sul Matogrossense para Cegos Florivaldo Vargas (ISMAC) tem a finalidade de prestar assistência intensiva para pessoas com baixa visão e cegueira. Constitui-se referência estadual de média e alta complexidade em reabilitação visual.

A Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Craniofaciais (FUNCRAF) atende à população das macrorregiões de Campo Grande, Dourados e Três Lagoas no que se refere ao Serviço de Atenção à Saúde Auditiva de Alta Complexidade e Serviço de Atenção em Saúde Bucal - Clínica Geral, Odontopediatria, Endodontia, Ortodontia, Próteses e Cirurgia oral e Bucomaxilofacial (para usuários portadores de fissuras labiais e palatinas/lábio leporino). Para os procedimentos de

média complexidade do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), a FUNCRAF atende à população das macrorregiões de Campo Grande e Três Lagoas, visto que a macrorregião de Dourados dispõe de serviço de média complexidade em Saúde Auditiva. A resolatividade da unidade abrange o diagnóstico, tratamento e reabilitação da deficiência auditiva.

A Clínica da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) apresenta serviços especializados de Atenção à Saúde Auditiva e Dispensação de OPM, com realização de exames de audiometria e outros métodos diagnósticos em fonoaudiologia.

A Oficina Ortopédica Fixa e a Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre, vinculadas ao CER IV em Campo Grande, são referências para dispensação, manutenção e adaptação de órteses, próteses e materiais especiais.

O principal vazio assistencial se apresenta na macrorregião de Dourados. O município de Dourados, sede da macro, é a segunda maior cidade do estado e sua região de referência abrange toda a região sul. A escassez de atenção especializada nesta macro é o ponto marcante no desenho geral da rede de atenção, considerando-se as características dessa população e suas necessidades de cuidados. Apesar de uma ampla cobertura da Atenção Básica (AB), a inexistência de uma rede articulada entre os diferentes pontos de atenção e a ausência da atenção especializada formalizada na rede pode resultar na oferta de cuidado fragmentado e em maior dificuldade desta população na busca e acesso a serviços e ações de saúde.

Apesar de estar proposto e pactuado no plano de ação da região desde o início dos trabalhos do grupo condutor das redes prioritárias no estado, com devido processo de aprovação e homologação na CIB e na CIR, reafirmados em 2017, somente no ano de 2021 iniciou-se o movimento para a implantação de uma unidade de CER IV no município de Dourados.

Ainda é preocupante, no desenho da rede já instalada, a concentração de leitos hospitalares de reabilitação na Capital do estado

e a desarticulação das equipes multiprofissionais de AB, os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), em processo resultante do desfinanciamento, pelo Ministério da Saúde, em 2019. A possibilidade de ampliação das equipes de atenção básica propostas no modelo NASF-AB contribuiu efetivamente na qualificação do cuidado nos territórios de cobertura da AB. A inserção de profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e outros profissionais na AB possibilitou que o cuidado integral das pessoas com dificuldades de acesso aos cuidados especializados fosse mais efetivo, reduzindo barreiras associadas ao deslocamento e fomentando o trabalho interprofissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implantação da RCPCD no estado ainda é um processo em curso e apresenta importantes lacunas quanto ao acesso à serviços e ações de saúde e ao cuidado integral para as pessoas com deficiência, sendo os principais desafios a articulação entre os pontos da rede de atenção à saúde, aproximando a atenção especializada da AB nas macrorregiões e a formalização dessa articulação entre os diferentes níveis de atenção.

A habilitação de novos centros de atenção especializada, a educação permanente dos profissionais, inclusive dos trabalhadores da AB, a articulação entre os diferentes serviços por meio do apoio matricial e comunicação efetiva entre os serviços precisam ser consideradas para o fortalecimento da RCPCD no estado.

A implantação de um CER na macrorregião de Dourados e a formação dos profissionais de saúde para a oferta do cuidado integral são primordiais para o acesso às ações qualificadas e resolutivas às pessoas com deficiência.

A atuação do grupo condutor e das instâncias de deliberação provocadas pela publicação da portaria nº 793/2012 mobilizou gestores, à época, movidos pela preocupação com a construção desta rede. A redução

dos investimentos em saúde, a extinção do financiamento para as equipes NASF-AB e a desarticulação dos movimentos sociais nos espaços de controle social são fatores determinantes para o evidente “esfriamento” desta articulação entre estado e municípios no estado do Mato Grosso do Sul. É necessária a retomada da discussão sobre as lacunas existentes na RCPCD e as possibilidades de fomentar as articulações entre os pontos existentes na rede, visando à efetivação do direito à saúde das pessoas com deficiência.

REFERÊNCIAS

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência**. Rio de Janeiro, 2010, 215 p.
- MATO GROSSO DO SUL. Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul. **Plano Estadual de Saúde Mato Grosso do Sul 2020 – 2023**. Campo Grande: SES, 2020. 301 p.

CAPÍTULO 18

A REDE DE CUIDADOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

Ângela Kemel Zanella
Luciele dos Santos Soares
Iris Luciana Chagas da Luz
Gabrieli Cristina Ritter Becker
Rodrigo Paulo dos Santos Chiquetti
Elvio Adilio Serpa

APRESENTAÇÃO

Conforme o Relatório das Nações Unidas sobre Deficiência lançado em 2018, existem no mundo mais de um bilhão de indivíduos com deficiência. O relatório foi desenvolvido com e para as pessoas com deficiência, e comprova os desafios que elas enfrentam no acesso aos locais e aos serviços públicos, transporte e atividades culturais (UNITED NATIONS, 2018).

A deficiência, segundo a Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, pode ser compreendida como resultado de impedimentos de longo prazo de natureza intelectual, sensorial, mental ou física, os quais juntamente com barreiras que podem ser urbanísticas, arquitetônicas, barreiras nos transportes, comunicações e na informação, atitudinais e tecnológicas. Trata-se, portanto, de uma condição que compromete a participação integral e concreta na sociedade em igualdade de situações aos demais indivíduos (BRASIL, 2015).

De acordo com o último Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), em 2010, 23,9% da população brasileira tinha algum tipo de deficiência – visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. No estado do Rio Grande do Sul, calcula-se que existam 934.705 pessoas com algum tipo de deficiência severa (BRASIL, 2012a).

Tendo em vista as necessidades das pessoas com deficiência e na busca de uma sociedade inclusiva e equitativa que “não admite preconceitos, discriminações, barreiras sociais, culturais ou pessoais” foi instituída em 2010 a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPCD), a qual está direcionada para a inclusão, com diretrizes voltadas para assistência integral à saúde, promoção da qualidade de vida e a detecção precoce de patologias maternas e fetais, a fim de evitar/prevenir deficiências futuras, tais como aquelas detectadas no teste de triagem neonatal biológica (BRASIL, 2012b). Essa política explicita a necessidade de planejamento, a provisão e a avaliação de programas de prevenção e de serviços de saúde voltados a este segmento da população (BRASIL, 2012b).

Neste contexto, a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde, sendo estes: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência. Tais pontos devem atender às pessoas com demandas decorrentes de deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua (BRASIL, 2012c). No que diz respeito aos pontos de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência no Brasil, estavam voltados para a reabilitação e pensados como último nível de prevenção das sequelas e agravos. E, conseqüentemente, sem articulação com os demais níveis de atenção à saúde (BRASIL, 2012b).

Antecedendo à Portaria nº 793 de 2012, o Rio Grande do Sul já participava do programa federal Viver Sem Limite, perante o Decreto nº

7.612, de 17 de novembro de 2011 (BRASIL, 2011). Decreto este realizado pela União em parceria com o Distrito Federal, Estados, Municípios e com a comunidade, tendo como foco atenção à saúde, acesso à educação, inclusão social e acessibilidade das pessoas com deficiência.

Em 30 de março de 2012, foi instituído o Plano Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano RS Sem Limite, através Decreto Estadual nº 48.694, tendo como propósito:

(...) promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência.

Parágrafo único. O Plano RS sem Limite será executado pelo Estado do Rio Grande do Sul em colaboração com a União, os Municípios e a Sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2012a).

Segundo o Plano Estadual de Saúde de 2016 - 2019 a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Rio Grande do Sul, dispõe de 83 serviços de reabilitação localizados por todo o estado (RIO GRANDE DO SUL, 2016). Dentre esses serviços estão os Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), Oficinas Ortopédicas, Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências.

Diante de tal contexto, é importante destacar que a assistência à pessoa com deficiência necessita de um cuidado ampliado e multiprofissional. Assim, questiona-se quais seriam os desafios na implantação da RCPCD no Rio Grande do Sul conforme evidenciado nos documentos de órgãos oficiais da rede. Neste capítulo abordaremos os dados encontrados na análise documental da implantação da RCPCD, no Rio Grande do Sul. Foram incluídos

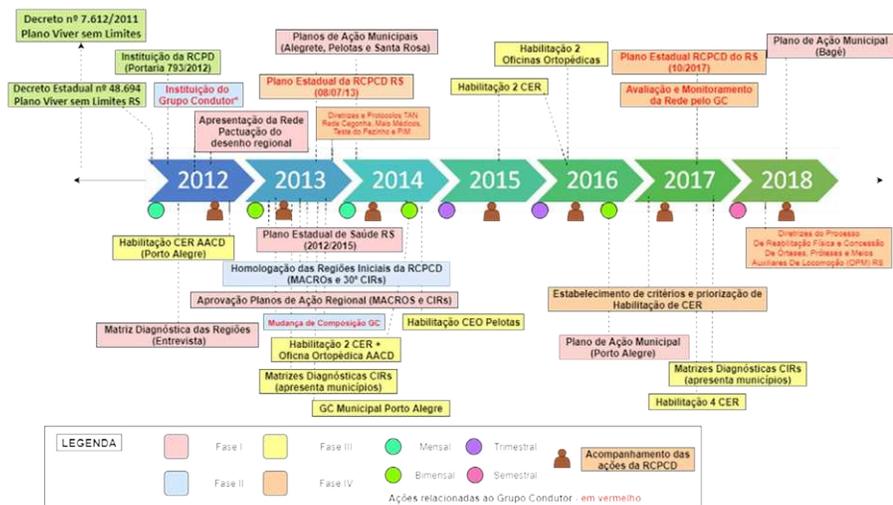
nesta análise os Planos de Ação Estaduais e Regionais, Atas do Grupo Condutor Estadual da pessoa com deficiência, Atas das Reuniões das Comissões Intergestores Regionais, Resoluções e deliberações da Comissão Intergestora Bipartite, além de documentos relacionados ao tema disponibilizados em sites da web, no período de abril de 2012 a dezembro de 2018. Salienta-se que no ano de 2017 não houve acesso aos documentos privados, apenas utilizados de domínio público disponíveis no site da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul.

O estado do Rio Grande do Sul é composto por 30 Comissões Intergestores Regionais (CIR), organizadas de forma sistemática em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), separadas e articuladas em sete macrorregiões de saúde do estado (Sul, Centro-Oeste, Missioneira, Metropolitana, Norte, Serra e Vales). A área técnica da pessoa com deficiência do estado organiza suas ações inicialmente frente às macrorregiões que por sua vez desenvolvem suas ações nas CRS e CIR de forma contínua e cooperativa.

CRONOLOGIA DO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DA RCPCD

A partir da análise documental, emergiu a necessidade de visualizar os resultados do processo de implantação da RCPCD, a fim de compreender como se deu seu processo organizacional. Para suprir essa demanda foi construída pelos pesquisadores do projeto uma linha do tempo com os principais acontecimentos que marcaram a implantação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no estado, conforme Figura - 1.

Figura 1. Linha do tempo do Processo de Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado do Rio Grande do Sul.



Fonte: Autores, 2021.

Os primeiros passos para a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, no estado do RS, foram através do Decreto Estadual nº 48.694, de 30 de março de 2012 (RIO GRANDE DO SUL, 2012a) que estabeleceu o Plano Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem limites RS.

Após a instituição da Portaria nº 793/2012 ocorreu no RS, conforme a resolução CIB/RS nº 510 (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2012b) de 24 de abril de 2012, a instauração do Grupo Condutor Estadual de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual da Saúde, com participação dos seguintes segmentos: um representante da Fundação de Atendimento ao Deficiente e ao Superdotado do Rio Grande do Sul (FADERS), um representante do Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência, um representante do Conselho Estadual da Saúde, um representante do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), um representante da 1ª CRS, um representante do Ministério

Público, um representante do Departamento de Assistência Social (DAS), um representante da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, um representante do Departamento de Atenção Hospitalar e Ambulatorial (DAHA), um representante do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul (COSEMS/RS).

Conforme previsto no art. 5º da Portaria nº 793/2012, a instituição do grupo condutor seria na fase II da implantação da rede, no entanto como resultado da análise encontramos a instituição do grupo condutor estadual do RS na fase I, demonstrado que o estado estava avançado nessa implantação.

No ano de 2013, segundo a Resolução CIB/RS 513/13 (RIO GRANDE DO SUL, 2013a), de 14 de outubro de 2013, foi incluída a representação dos seguintes segmentos ao Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: um representante da Secretaria Estadual de Educação/Educação Inclusiva, um representante da Rede de Urgência e Emergência, um representante do DAS/Saúde Bucal, um representante do DAS/Atenção Básica, um representante do DAS/Saúde da Criança e Adolescente, um representante da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), um representante da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Apoiadores (as) Técnicos (as) de Redes do Ministério da Saúde e Representantes das 19 CRS - Coordenadorias Regionais de Saúde do RS. Quanto a essa composição, a Portaria nº 793/2012 não define como este grupo deve ser constituído e como será feito o acompanhamento da rede por este órgão, ficando a cargo de cada unidade da federação definir a sua composição e o seu processo de trabalho.

Destaca-se no ano de 2014 a implantação de Diretrizes e Protocolos de Triagem Auditiva Neonatal – TAN, da Rede Cegonha, do programa Mais Médicos, do Teste do Pezinho e programa Primeira Infância Melhor - PIM, dos Planos de Ação dos Municípios de Alegrete, Pelotas e Santa

Rosa, em 2015 o Plano Estadual de Saúde RS, em 2016 o Plano de Ação Municipal de Porto Alegre. Em 2014/2015 também ocorreu a Habilitação de Centro Especializado em Reabilitação-CER e Centro de Especialidades Odontológicas – CEO e Oficina Ortopédica – AACD, todos na macrorregião metropolitana do estado.

No ano de 2017 foi realizada a atualização do Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência RCPCD do RS, conforme Resolução Nº 454/17 (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2013b) – CIB/RS. Na sequência, em 2018, foram constituídas as Diretrizes Ligadas ao Processo de Reabilitação Física e Concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção do Estado do Rio Grande Do Sul tendo como objetivo implementar as diretrizes do processo de reabilitação física e uniformizar os procedimentos de concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção nos serviços de reabilitação física do RS.

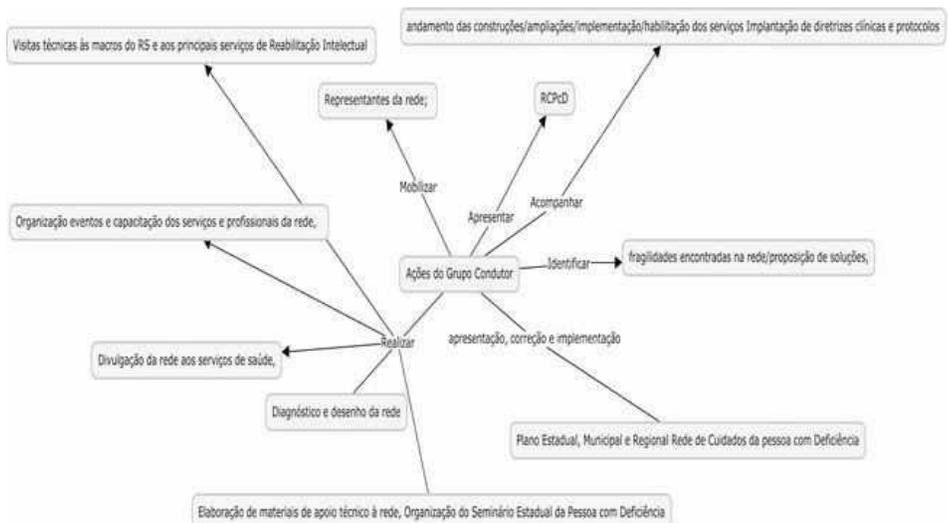
AÇÕES DE MONITORAMENTO E ACOMPANHAMENTO DA RCPCD PELO GRUPO CONDUTOR ESTADUAL

Correspondentes à fase IV da Portaria 793/2012 da implantação da RCPCD, as ações de monitoramento e acompanhamento pelo Grupo Condutor são essenciais para auxiliar os gestores na detecção das prioridades do estado e suas regionais de forma partilhada e democrática com a participação de todos os envolvidos no processo (BRASIL, 2014). Entre as ações encontradas nos documentos analisados foram: apresentação da RCPCD; apresentação, correção e implementação do Plano Estadual, Municipal e Regional Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência; mobilização dos representantes da rede; diagnóstico e desenho da rede; auxílio na organização dos serviços; identificação e auxílio às fragilidades encontradas na rede/proposição de soluções; organização de eventos e capacitação dos serviços e profissionais da

rede; divulgação da rede aos serviços de saúde; elaboração de materiais de apoio técnico à rede; organização do Seminário Estadual da Pessoa com Deficiência; acompanhamento do andamento das construções, ampliações, implementações e habilitações dos serviços de implantação de diretrizes clínicas e protocolos; articulação dos serviços da RCPCD juntamente com os diferentes níveis de atenção à saúde; pactuações com Comissões Intergestores Regional (CIR) e Bipartite (CIB); visitas técnicas às macrorregiões do RS e aos principais serviços de Reabilitação Intelectual com o objetivo de realizar futuramente um seminário com abordagens nas dificuldades e demandas encontradas; ordenação de fluxo/linhas de cuidado; avaliação e monitoramento da RCPCD e das metas dos planos de ação.

A partir desses dados construiu-se um mapa conceitual das ações do grupo condutor na para permitir uma visão da relevância deste grupo na implantação da RCPCD. O mapa é apresentado na Figura 2.

Figura 2. Mapa conceitual das Ações do Grupo Condutor.



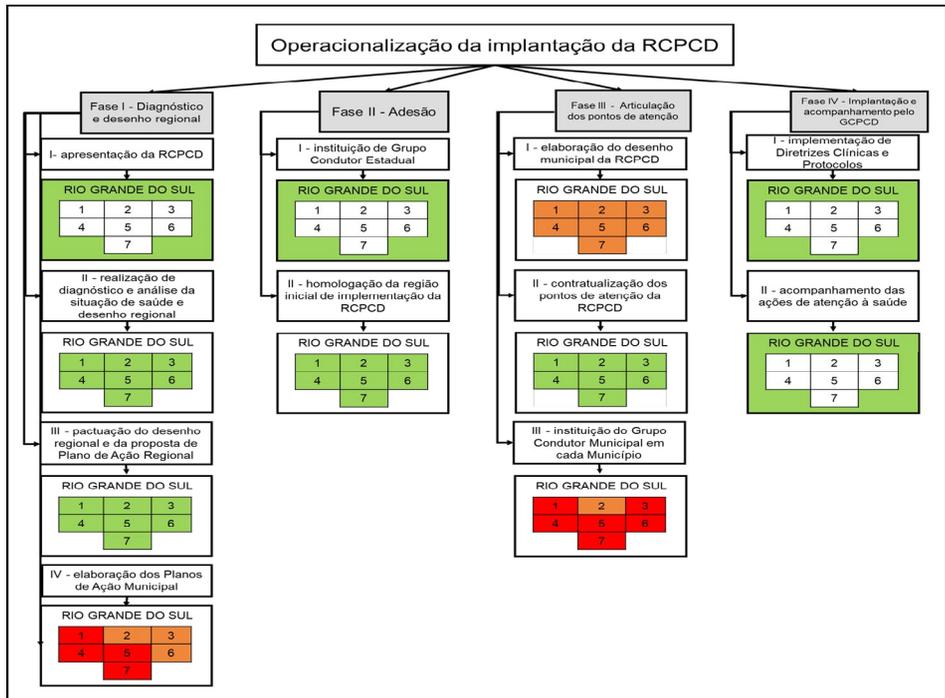
Fonte: Autores, 2021.

Também, ressalta-se que entre as ações do grupo condutor estão a divulgação da rede aos serviços de saúde, elaboração de materiais de apoio técnico à rede e organização do Seminário Estadual da Pessoa com Deficiência, indo ao encontro do proposto por Machado *et al.* (2018) que sugere que maiores devem ser os investimentos de estratégias de divulgação da rede entre os três níveis de atenção à saúde e seus gestores, visando afinar os discursos, a cooperação ativa, a articulação e o consenso das ações terapêuticas, para que estas promovam a transformação da assistência às Pessoas com Deficiência.

No início da implantação da rede as reuniões do grupo condutor aconteciam de maneira mensal passando no decorrer dos anos para bimestral, trimestral e semestral tendo como justificativa apresentadas nas atas a falta de orçamento para realização das ações do grupo condutor.

OPERACIONALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA RCPCD NO RIO GRANDE DO SUL

Conforme apresentado na Figura 3, o resultado da análise, foi distribuído em cada fase e suas ações diante da execução da implantação de cada região de saúde e do estado, conforme o modelo presente na Portaria nº 793/2012, previsto no art. 5º: Fase I: Diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Fase II: Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Fase III: Contratualização dos Pontos de Atenção e Fase IV: Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL c, 2012).

Figura 3. Resultados da execução da operacionalização da implantação da RCPCD.

Legenda: 1 - Centro-Oeste, 2 - Metropolitana, 3 - Missioneira, 4 - Norte, 5- Serra, 6 - Sul, 7 - Vales.

Fonte: Autores, 2021.

Identificou-se que a maioria das ações estão em concordância com o que foi proposto no art. 5º, da Portaria nº 793/2012, retratados na cor verde simbolizando que houve implantação nas regiões, sendo possível destacar na cor laranja na figura que na fase I, no item IV, elaboração dos planos de ação municipal, nas regiões (2) Metropolitana, (3) Missioneira e (6) Sul, houve implantação de maneira incipiente e nas demais regiões não houve implantação. Analisando a fase III, no item I, elaboração do desenho municipal da RCPCD, em todas as regiões houve implantação de maneira incipiente; já quando observado o item III, instituição do grupo condutor Municipal de cada Município,

somente a região (2) Metropolitana foi incipiente e nas demais não houve implantação.

No que tange às regiões onde não houve a identificação de documentos que comprovem o indício da implantação, destacadas pela cor vermelha na figura 3, aparece o item IV da fase I, elaboração dos planos de ação municipal ausentes nas regiões Centro-Oeste, Norte, Serra e Vales. O mesmo ocorreu no item III da fase III da operacionalização da RCPCD, caracterizada pela instituição do grupo condutor Municipal de cada Município das macrorregiões. Ou seja, não foram encontrados indícios da existência de Grupos Condutores Municipais nas cidades pertencentes às regiões Centro-Oeste, Missioneira, Norte, Serra, Sul e Vales.

Deve-se assegurar por meio do cuidado integral, os direitos das pessoas com deficiência. Para que isso ocorra, é necessário que haja contrapartida no atendimento nos diferentes níveis de atenção (ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos dados permitiu verificar que no RS a implantação da RCPCD, sob a perspectiva do processo de operacionalização proposta pela portaria nº 793/2012, encontra-se ainda incipiente e que possui inúmeros desafios. Os pontos de atenção ainda se encontram desarticulados, demonstrando que a política necessita de investimentos para sua implementação efetiva.

Destaca-se que as diretrizes dessa política ainda não são satisfatórias para garantir todos os direitos das pessoas com deficiência, carecendo de profissionais qualificados para proporcionar uma assistência integral à saúde para essa população de maneira apropriada e humanizada na rede.

As percepções do grupo com relação à implantação da rede de cuidado à pessoa com deficiência no Rio Grande do Sul, com base no que

foi vivenciado nas coletas de dados, é que existem demandas reprimidas na área da Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, pela ausência de articulação dos leitos hospitalares e pactuação dos serviços na rede de urgência e emergência.

Em contrapartida, na Atenção Especializada em Reabilitação podemos ressaltar que durante a realização das coletas de dados, realizadas através de entrevistas e questionários nos municípios, percebemos que os atendimentos nos Centro Especializado em Reabilitação – CER, Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, grande parte do proposto pela portaria nº793/2012 vem sendo colocado em prática.

Entre as limitações do estudo, encontramos resistência ao responder o questionário por parte de alguns profissionais da Atenção Básica, divergências de profissionais atuantes nos serviços com os cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), dificuldade em localizar as ESF em algumas regiões dos municípios avaliados. Porém, salientamos o auxílio e parceria das Secretarias Municipais de Saúde para sanar as dificuldades, bem como do Grupo Condutor Estadual e Área Técnica da Pessoa com Deficiência da Secretaria Estadual de Saúde que além do auxílio, estiveram sempre presentes e parceiros no planejamento, organização e execução da presente pesquisa.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Coordenação-Geral do Sistema de Informações sobre a Pessoa com Deficiência. **Cartilha do Censo 2010: pessoas com deficiência**. Brasília: SDH-PR/SNPD, 2012a. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/754>. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência/Série E. Legislação em saúde.** 2010. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS SAS nº 793, de 24 de abril de 2012a. **Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** 2014. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. 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).** 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 01 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Demográfico 2010: **Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em:

https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf. Acesso em: 01 out. 2021.

MACHADO, W. C. A. *et al.* . **Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 27, n. 3, e4480016, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072018000300600&lng=en&nrm=isso. Acesso em: 06 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES).DECRETO ESTADUAL Nº 48.964, DE 30 DE MARÇO 2012 - **Institui o Plano Estadual dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano RS sem limite e dá outras providências.** 2012b. Disponível em: <https://leisestaduais.com.br/rs/decreto-n-48964-2012-rio-grande-do-sul-institui-o-plano-estadual-dos-direitos-da-pessoa-com-deficiencia-plano-rs-sem-limite-e-da-outras-providencias>. Acesso em:08 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Resolução nº 510/2012 Comissão Intergestores Bipartite 2012.** Porto Alegre: SES; 2012c. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170214/23101426-1346761912->

cibr510-12.pdf. Acesso em: 08 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde (SES). **Resolução nº 513/2013**

Comissão Intergestores Bipartite 2013. Porto Alegre: SES, 2013a. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170256/23105641-1382540010-cibr513-13>. Acesso em: 08 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite (CIB) Resolução 283, de 2013. Porto Alegre, 2017./**Resolução nº 454/2017 Comissão Intergestores Bipartite 2017**. Porto Alegre, 2017 revisa o Plano Estadual. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170253/23105331-1373641955-cibr283-13.pdf>. Acesso em: 08 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Grupo de Trabalho de Planejamento, Monitoramento e Avaliação da Gestão. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019**. Porto Alegre: Secretaria Estadual de Saúde; 2016. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/plano-estadual-de-saude/>. Acesso em: 08 dez. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. **Plano De Ação Da Rede De Cuidados à Saúde Da Pessoa Com Deficiência Do Estado Do Rio Grande Do Sul**. Porto Alegre, 2020.

RIO GRANDE DO SUL. **Resolução nº 270/20 - CIB/RS**. Porto Alegre. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202012/30093438-cibr270-20.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

UNITED NATIONS. **Realization of the sustainable development goals by, for, and with persons with disabilities** - UN Flagship Report on Disability and Development 2018 [Internet]. Department of Economic and Social Affairs; 2018. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2018/12/UN-F-flagship-Report-Disability.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2021.

SEÇÃO III

O CUIDADO À SAÚDE NA RCPCD NA PERSPECTIVA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

CAPÍTULO 19

OS DESMONTES NO EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL E OS IMPACTOS NA GARANTIA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Daiane Mantoanelli
Eliane Wanderley de Brito
Maria Eduarda Carvalho
Renata Maia de Lima

APRESENTAÇÃO

O presente texto busca contextualizar o resgate histórico e legal acerca do exercício do controle social, apontando os impactos a partir dos desmontes na garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Pretendemos identificar os aspectos referentes aos conceitos do controle social, conselhos e conferências, elementos fundamentais e estruturantes no movimento político e social deste segmento da população, como forma de qualificar a oferta aos bens e serviços por meio das políticas públicas destinadas a esta parcela da população. Enfatizamos ainda, as concepções dos modelos de compreensão da deficiência, destacando a defesa do modelo social, o qual se apresenta revolucionário à implementação das políticas públicas que preconizam os direitos sociais às pessoas com deficiência. Ao final, apresentaremos os retrocessos e desafios que permeiam o cenário de acesso e garantia desses direitos.

PARTICIPAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE DEFESA DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA AO LONGO DA HISTÓRIA

O movimento social e político pela defesa de direitos das pessoas com deficiência no Brasil vem ampliando sua visibilidade e protagonismo social, especialmente a partir das mobilizações que levaram ao fim da ditadura militar de 1964, até os dias de hoje.

O referido movimento foi constituído inicialmente por pessoas com e sem deficiência, familiares, organizações da sociedade civil representativas do referido segmento, profissionais, ativistas e militantes políticos pertencentes e engajados na defesa da garantia de direitos desta parcela da população. Essa articulação repercutiu de forma significativa a partir da década de 1980, considerando que a principal demanda a ser reivindicada naquela ocasião, por estes segmentos, relacionava-se com a conquista por igualdade de direitos.

No processo que levou à promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF 88), esses movimentos reivindicavam que os dispositivos constitucionais voltados para as pessoas com deficiência deveriam integrar os capítulos dirigidos a todos os cidadãos. Essa iniciativa foi uma estratégia dos movimentos mais progressistas para evitar que houvesse um capítulo específico e segregacionista, o qual poderia ser facilmente suprimido na votação do texto final.

Na época, uma das principais preocupações era no sentido de evitar que o texto constitucional não contribuísse para o exercício dos direitos civis. Foi vitoriosa a narrativa sobre a deficiência de que o movimento “não queria as tutelas especiais, mas, sim, direitos iguais garantidos juntamente com os de todas as pessoas” (BRASIL, 2010, p. 17).

Assim, a CF de 88 garantiu referência à pessoa com deficiência em todos seus capítulos e o seu espaço na garantia de direitos, destacadamente

nas políticas públicas de saúde, educação, cultura, desporto, trabalho e assistência social, configurando-se assim como um marco histórico e revolucionário para o supracitado segmento, fruto da pressão, articulação e participação ativa dos atores sociais envolvidos com esta pauta.

Esses atores defendiam, com espírito crítico, a não segregação, pois compreendiam que as pessoas com deficiência precisavam ser reconhecidas em sua integralidade, sendo estas detentoras de todos os direitos inerentes aos demais cidadãos sem deficiência. Compreendemos que as conquistas sociais, materializadas em respostas às demandas do segmento são, em grande parte, resultados do incansável movimento de articulação e luta das pessoas com deficiência, cuja trajetória tem sido atravessada por práticas de exclusão social, invisibilidade das pautas, acompanhada de desigualdades. Nesse sentido, importante destacarmos que desde a introdução de algumas demandas da população com deficiência na CF de 88, até às demais iniciativas para suas particularidades na legislação geral e formulação de leis específicas, representam respostas da forte e efetiva atuação do movimento social das pessoas com deficiência na trajetória (MAIOR, 2015).

Outro aspecto de grande relevância é que quando os direitos humanos são reconhecidos e fortalecidos no Brasil, a Constituição de 1988 busca garantir a universalidade, mas também atribui direitos específicos, atenções com base nas especificidades dos segmentos diversos que compõem a sociedade. Exemplos disso são os direitos voltados para as pessoas com deficiência, crianças e adolescentes, quilombolas, povos indígenas, dentre outros; esse passo inicial da constituição de promover o que pode se chamar talvez de “universalização democrática” é muito importante, pois abrange a totalidade sem esquecer que cada segmento tem suas especificidades que merecem ser respeitadas e tratadas de forma diferente (LIMA, 2013).

Faz-se necessário reconhecermos que os movimentos de vanguarda na defesa de direitos das pessoas com deficiência, contribuíram para a

evolução e revolução das abordagens sobre os modelos de compreensão da deficiência - superando os modelos religioso, caritativo e biomédico. Muito embora no imaginário social a deficiência ainda seja vista como um drama e/ou tragédia pessoal, ou familiar, digna de piedade, com explicações de conotações religiosas que a aproximam ora do infortúnio, ora da bênção divina em quase todas as sociedades.

Oportunamente, é preciso enfatizarmos que o modelo médico, ainda hegemônico em nossa sociedade, associa e compreende a condição da deficiência à doença, cuja perspectiva é a busca da cura ou reabilitação. Tal modelo segue uma proposta linear e unidirecional, com foco na patologia e experiência enquanto negativa, considera a deficiência como uma característica do indivíduo a ser “corrigida” por intervenção profissional, sendo o modelo mais estudado e mais criticado na trajetória dos estudos sobre deficiência (JETTE, 2006).

A partir dos avanços nos debates e estudos no campo da deficiência, bem como através da participação social dos supracitados movimentos, houve uma significativa contribuição para a construção de um novo conceito de deficiência como um termo político que denuncia a estrutura social enquanto opressora, e não naturaliza e nem limita a pessoa com deficiência, trazendo para toda a sociedade a responsabilidade pela remoção das inúmeras barreiras que impedem, ou restringem, o exercício de direitos humanos, a autonomia e a participação plena e política das pessoas com deficiência.

Destacamos que na atualidade, embora reconheçamos que haja avanços nessa pauta, é oportuno pontuarmos que o modelo social da deficiência se confronta cotidianamente com os modelos caritativo e biomédico. Dessa forma, critica o modelo caritativo por limitar a pessoa com deficiência à condição de vítima da sua incapacidade, considerando-a digna de piedade e caridade, culpabilizando-a por sua condição, e amplia

a perspectiva biomédica – cujo enfoque limita-se à visão clínica dos corpos das pessoas com deficiência, reduzindo a pauta da deficiência ao tratamento, cura ou reabilitação individual.

Portanto, em contraste com o modelo biomédico, o modelo social da deficiência visualiza aspectos que extrapolam o corpo diferente, acolhendo diversos elementos externos ao corpo físico, que contribuem para a condição de deficiência, numa perspectiva holística e integral. Nessa perspectiva, a compreensão da deficiência presume que pessoas com deficiência devem buscar autonomia, os profissionais e especialistas envolvidos com a questão devem trabalhar no ideal de proporcionar independência, portanto a deficiência é vista aqui enquanto uma situação que ocorre, de certa forma, durante a interação social (FRANÇA, 2013).

Com o processo de desmedicalização do corpo com deficiência, surgem novas estratégias de avaliação e análise para definir o que seria a experiência de alguém com deficiência, o que culminou em mudanças nos instrumentos de avaliação propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Publicada em 1976, a *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* foi o primeiro esforço para considerar aspectos biopsicossociais na compreensão da deficiência, no entanto ainda não integrava a perspectiva social e propunha unicausalidade centrada na doença (BAMPI, 2010; SANTOS, 2016). O documento passou a ser alvo de críticas pelos acadêmicos e movimentos sociais e após vinte anos de luta e revisões, foi aprovada a *International Classification of Functioning Disability and Health* em 2001, traduzida como Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (WHO, 2001; DINIZ, 2007).

Dessa forma, entendemos que o impacto ético, político e social da CIF está em análise ainda prematura, apesar de serem notáveis e importantes as mudanças na perspectiva entre os instrumentos: na ICIDH, a deficiência era vista como doença e na CIF, passa a fazer parte dos domínios de saúde,

baseados em corpo, indivíduo e sociedade. A CIF aborda, portanto, o modelo formulado a partir de um longo debate, ainda atual, sobre aspectos biomédicos, psicológicos e sociais, buscando a dimensão do modelo biopsicossocial da deficiência, aproximando-se da ideia de integralidade e olhar democrático sobre a deficiência.

Considerando o exposto, é oportuno afirmamos ainda que as políticas públicas são validadas quando alcançam mudanças de atitudes que promovam transformações em dados comportamentais e práticas socioculturais, gerando mobilização social, onde a população torna-se uma peça ativa no processo (LIMA, 2011). Nesse sentido, no campo das políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência, considera-se imprescindível para a sua construção e implementação, o conhecimento e debate, bem como a compreensão e discussão da conjuntura histórica e social à qual essa população pertence, especialmente através do exercício do controle social, nas suas diversas instâncias de participação social.

AVANÇOS DA CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E O DEBATE EM TORNO DA LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO - LBI SOBRE A CONDIÇÃO DA DEFICIÊNCIA

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi aprovada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (ONU) em 2006, apresentando-se como um marco histórico e revolucionário para toda a sociedade. A importância dessa convenção configura-se como um documento normativo de referência para a proteção dos direitos das pessoas com deficiência em vários países do mundo.

Cumpramos salientarmos que a luta pela aprovação da convenção contou com o ativismo de vanguarda dos movimentos sociais brasileiros de defesa de direitos das pessoas com deficiência, com a finalidade de alavancar o

modelo social de direitos humanos voltados para a pauta da deficiência, com vistas a impactar em maior efetividade para o enfrentamento e combate às desigualdades e injustiças sociais presentes em diversos países.

Esse tratado internacional de direitos humanos já foi ratificado em mais de 190 países, sancionado pelo Brasil por meio do Decreto Legislativo 186, de 9 de julho de 2008, perpassando por todo o rito previsto na Constituição Federal de 1988 (através da EC 45) até ser promulgado pelo Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009, configurando-se, até o momento, como o primeiro e único tratado internacional de direitos humanos com status de texto constitucional. Ou seja, recebeu o mesmo tratamento que uma norma constitucional, sendo inclusive considerada Cláusula Pétrea, a qual não pode ser modificada por nenhuma outra lei ou ato normativo.

Destaca-se que, enquanto o processo de tramitação seguia com o rito parlamentar para promulgar a convenção no campo normativo brasileiro, foi adotada como estratégia do próprio movimento das pessoas com deficiência, que se aguardasse o debate do Estatuto das Pessoas com Deficiência - Projeto de Lei do Senado 6-2003, para que o referido estatuto estivesse em consonância com os compromissos firmados pelo país ao ratificar a convenção e seu protocolo facultativo.

Cumpramos reiterarmos que novamente foi a vanguarda dos movimentos de defesa de direitos das pessoas com deficiência que protagonizou essa importante conquista histórica para o país, apresentando-se como um dos grandes avanços para o referido segmento da população. Uma das maiores inovações e conquistas que a convenção trouxe no campo jurídico foi a superação dos modelos caritativo e biomédico para a perspectiva de deficiência pelo modelo social de direitos humanos.

Esse marco revolucionário substituiu o entendimento de que a deficiência é um problema exclusivo dos indivíduos, uma desvantagem pessoal, trazendo para o centro do debate as pessoas com deficiência, como

sujeitos de direitos iguais perante a lei, visando à efetividade das políticas públicas ao estabelecer equidade de acesso a direitos e oportunidades de pleno desenvolvimento.

Salientamos que a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e a Lei Brasileira de Inclusão (2015) trazem o conceito social da deficiência, adotando o termo “pessoa com deficiência”, reconhecendo a condição da pessoa como sujeito de direitos, sendo a deficiência referenciada como mais uma característica da pessoa. Essa nova abordagem, alicerçada na perspectiva dos direitos humanos, compreende pessoa com deficiência como sendo:

Aquela que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual, visual, auditiva e múltiplos, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, 2009, p. 42).

A partir desta perspectiva, a deficiência é compreendida como um dos aspectos inerentes que compõem a diversidade humana, assim como outras tantas características de cada existência de ser e estar no mundo. Portanto, em conformidade com a LBI, a condição da deficiência é conceituada de maneira relacional, ou seja, ela se apresenta como o resultado dos impedimentos e/ou da lesão da pessoa, bem como sua interação com as diversas barreiras presentes no contexto social e ambiental onde estas estão inseridas.

Neste sentido, uma pessoa com deficiência não é simplesmente um corpo com impedimentos de natureza física, sensorial, intelectual, mental, mas sim uma pessoa com tais impedimentos, inserida em uma sociedade opressora com inúmeras barreiras, e pouco sensível a acolher a diversidade humana.

Portanto, partimos da premissa de que a condição da deficiência se constitui através de práticas capacitistas, excludentes e desiguais vivenciadas

nestes ambientes, assim como nas relações sociais, materializadas através das barreiras impostas a este segmento da população.

A LBI definiu em seu art. 3º que as barreiras se apresentam na forma de qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como a gozosa fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança. Além disso, a LBI estabeleceu seis tipos principais de barreiras, sendo elas: urbanísticas, arquitetônicas, nos transportes, nas comunicações, atitudinais e tecnológicas.

Assim, torna-se imprescindível que os movimentos sociais das pessoas com deficiência articulados com outros segmentos de luta, permaneçam vigilantes e atuantes quanto à reivindicar perante toda a sociedade e o Estado a responsabilização pela remoção das diversas barreiras presentes nos contextos do cotidiano, os quais impedem e/ou restringem o exercício da cidadania das pessoas com deficiência. A reivindicação deve ser pautada na necessidade das mudanças estruturais na sociedade para equiparação de oportunidades e promoção da justiça social; reiterando-se que, quanto maiores forem as barreiras sociais, maiores serão as restrições de participação impostas aos indivíduos com impedimentos corporais.

EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL NA PERSPECTIVA DOS AVANÇOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

No que concerne ao movimento político das pessoas com deficiência, entendemos que ele se fundamentou no sentido de politizar a sociedade no processo de constituição de espaços públicos para a formulação e fiscalização de políticas públicas locais. Assim, este movimento além de garantir os direitos na Constituição Federal por meio

inclusive da incorporação da convenção de 2009 e da aprovação da LBI, buscou a efetivação destes através da mobilização e empoderamento dos cidadãos com deficiência, assegurando a participação em conselhos de direitos, Conferências, Fóruns, entre outras instâncias de controle social. Espaços estes compreendidos como mecanismos importantes e legítimos de participação social conquistados ao longo da história.

De acordo com Millani (2008, p. 559), há pelo menos três níveis de participação social. Em primeiro lugar, a participação significa controlar a qualidade dos serviços prestados. Em segundo lugar, a participação pode significar a expressão de prioridades acerca de bens futuros. Em terceiro lugar, participar pode ser sinônimo de politizar as relações sociais no processo de constituição de espaços públicos para a formulação de políticas públicas locais.

Ao longo da trajetória histórica, com os avanços para a garantia de direitos das pessoas com deficiência, abre-se espaço para a criação de Conselhos de Direitos. Dentre esses avanços, a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE) desde 1999, configurando-se como imprescindível espaço de participação social do segmento nas políticas públicas, numa perspectiva intersetorial (BRASIL, 2019).

Essas foram as principais instâncias de participação social a se constituírem no intuito de reconduzir democraticamente as pautas afetas às pessoas com deficiência, sendo legitimadas como canais efetivos de participação que permitem estabelecer uma sociedade mais inclusiva, na qual a cidadania deixe de ser apenas um direito e se torne realidade.

Portanto, defendemos a importância dos conselhos de direitos, considerando seu papel de fortalecimento da participação democrática da população na formulação e implementação de políticas públicas. Os conselhos são espaços públicos de composição plural e paritária entre Estado e sociedade civil, de natureza deliberativa e consultiva, cuja função

é formular e controlar a execução das políticas públicas setoriais (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA, 2017).

Além disso, entende-se que “[...] não há democracia sem seu ator principal, que é o cidadão” (DEMO, 1999). Sendo assim, pode-se considerar participação e democracia como sinônimos (DEMO, 1999). Ressalta-se que a participação social é imprescindível para o exercício da cidadania. Através da participação é possível o contato dos cidadãos com a esfera pública em todos os seus âmbitos. “Participar significa tornar-se parte, sentir-se incluído, é exercer o direito à cidadania (ter vez e voz)” (CREMONESE, 2012, p. 80).

Dessa maneira, esperamos que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Segundo Cremonese (2012), a participação integra o cotidiano da coletividade humana. Ao longo da vida e em diversas ocasiões somos levados, por desejo próprio ou não, a participar de grupos e de atividades. O ato de participar, de tomar parte, revela a necessidade que os indivíduos têm em associar-se na busca de alcançar objetivos que lhes seriam de difícil consecução ou até mesmo inatingíveis caso fossem perseguidos individualmente, de maneira isolada (CREMONESE, 2012, p. 83).

Nesse sentido, os Conselhos de Direitos, enquanto espaços privilegiados de participação compostos por membros do governo e da sociedade civil, têm como atribuição prioritária propor políticas, acompanhá-las e fiscalizá-las. São instâncias colegiadas, instituídas por leis específicas, nas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal). Tais leis estabelecem sua composição, bem como o conjunto de atribuições e como suas competências se darão.

Se faz necessário destacarmos ainda, que os conselhos de direitos, independentemente da instância, trata-se de espaços que devem ser ocupados

por seus pares, por aqueles que por vezes foram e ainda são excluídos na sociedade, com intuito de lhes dar voz e transformá-la em instrumento de transformação social. Há quem diga que os conselhos são apenas espaços burocráticos, porém é preciso motivar e empoderar os usuários das políticas sociais, instituições da sociedade civil, bem como os representantes governamentais, a fim de que cada um destes agentes exerça o papel de conselheiro de forma coerente para a efetivação de políticas públicas.

Para tanto, faz-se necessário promover informações significativas a respeito do real papel do controle social e a relevância da participação das pessoas com deficiência nestas instâncias. Nesse sentido, cabe destacarmos a pertinência dos conselhos de direitos nos mais variados níveis. Em se tratando de nível municipal, cabe salientarmos a sua preponderância no que tange ao acolhimento das demandas em âmbito local, com a perspectiva de viabilizar a garantia dos direitos, compreendendo de modo a analisar o contexto no qual a pessoa com deficiência está inserida.

Na esfera estadual, este mesmo órgão tem a finalidade de propor ações preventivas referentes a não violação de direitos, portando-se como um instrumento de fiscalização e de suporte técnico aos conselhos municipais. Em se tratando da esfera federal, tem-se como órgão deliberativo, o Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE), que possui suma importância no que tange ao acompanhamento de políticas públicas de promoção dos direitos da pessoa com deficiência, visando coibir violações e mitigar discriminações negativas.

RETROCESSOS NO CAMPO DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Atualmente, podemos avaliar que as políticas públicas destinadas à população com deficiência compõem um cenário de inúmeros obstáculos para a efetivação e garantia dos direitos, fortemente potencializado pela

conjuntura política, econômica e social do país. Estudos e documentos sobre debate mais atual, mesmo após décadas de lutas e conquistas, ainda denunciam um panorama de ataques aos direitos fundamentais à dignidade das pessoas com deficiência e sério desmonte das políticas públicas voltadas ao segmento (DE ALMEIDA *et al.*, 2020; COSTA, 2020).

Dentre iniciativas do governo atual que resgatam uma concepção assistencialista e excludente ao movimento das pessoas com deficiência, identifica-se o Decreto nº 9.759/2019, que extingue e estabelece limitações para a permanência de conselhos e colegiados.

No mesmo cenário de desmonte, a publicação do Decreto n. 10.502, de 30 de setembro de 2020, institui a Política Nacional de Educação Especial e configura sério retrocesso às questões superadas na educação inclusiva e garantia dos direitos à educação da pessoa com deficiência, quando viabiliza formatos educacionais excludentes e segregadoras, na contramão do preconizado, constitucionalmente, na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2020).

O rol de ataques aos direitos das pessoas com deficiência está contemplado, ainda, nas alterações das condicionalidades relacionadas aos critérios de acesso ao Benefício não contributivo da Assistência Social – BPC/LOAS, definidos pela lei nº 14.176/2021, que trará os maiores rebatimentos aos segmentos populacionais mais vulneráveis. Uma vez que traz uma clara tentativa de retroagir na medida em que propõe a redução de meio salário-mínimo para até um quarto de salário da respectiva renda, e condiciona o acréscimo de até meio salário (50%) se comprovado o grau de dependência de terceiros.

A referida lei também revela um entendimento acerca do auxílio-inclusão, que não atende aos reais anseios, tampouco às necessidades daqueles que lutaram por sua aprovação, visto que, para receber o supracitado auxílio, é necessário que o beneficiário tenha remuneração de

até dois salários mínimos e tenha inscrição como segurado pela Previdência Social ou Regime Próprio de Servidores, o que deixa à margem exatamente o percentual mais vulnerável da população, aqueles que não possuem nenhum vínculo empregatício, que por sua vez configura-se um rebatimento da falta de representatividade da luta pelos direitos deste segmento, intensificado principalmente após o desmonte do CONADE.

Impactos sociais foram duramente potencializados para o segmento, com o novo contexto mundial de pandemia Covid-19. A invisibilidade das pessoas com deficiência passa a ser escancarada nos diversos âmbitos, desde a ausência de registros e informações nos instrumentos de atenção à saúde, às barreiras de acesso e falta de acessibilidade comunicacional em tempos de isolamento social, assim como as diversas formas de violências vivenciadas pelo supracitado segmento. Esses são apenas alguns dos aspectos que configuram desafios para práticas da interseccionalidade nas políticas públicas, apesar das orientações contidas em documentos, notas técnicas e recomendações nacionais internacionais fundamentadas nas legislações e agendas políticas para a população com deficiência (MATTA *et al.*, 2021).

Mediante as questões acima descritas, é notável o desprezo do Estado brasileiro no tocante às ações que visem garantir a proteção das pessoas com deficiência à dignidade humana. O que se percebe, especialmente a partir dos dois últimos anos, é uma clara intenção de inviabilizar a participação social, que embora se saiba das ressalvas existentes em torno desta matéria, os espaços de participação social oportunizaram a este segmento populacional, ter vez e voz. Foi exatamente através destes espaços, que tornou-se possível promover e empreender esforços em torno das bandeiras de luta do movimento pela defesa da perspectiva do modelo social da deficiência.

Outro aspecto relevante a se considerar é a postura apresentada por alguns membros do movimento das pessoas com deficiência, que além de estarem a postos para atender aos interesses institucionais, essencialmente

àqueles que dizem respeito ao atual Governo, fomentam também ideário capacitista, o qual, por sua vez, fortalece a manutenção das barreiras atitudinais, que fragilizam significativamente a luta contra a desigualdade.

Como enfrentamento a tal problemática, torna-se fundamental investir no fortalecimento das bases dos movimentos sociais das pessoas com deficiência e dos demais segmentos populacionais, visto que há a necessidade de fomentar a consciência de classe, criando ideários de pertencimento não somente nas pessoas com deficiência, mas, sobretudo, na sociedade de forma geral.

Salienta-se que outra possibilidade de confrontar a realidade posta é incentivar a participação ativa das pessoas com deficiência nos Conselhos de Direitos, já que estas ocupam um lugar de destaque no que se refere à apropriação das demandas por elas vivenciadas podendo evidenciar, e principalmente visibilizar os entraves existentes para o pleno exercício da cidadania.

REFERÊNCIAS

- BAMPI, L. N. da S.; GUILHEM, D.; ALVES, E. D. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 816-823, 2010.
- BRASIL. **Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência**: Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência: Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4ª Ed., Texto com Tipos Ampliados. Brasília: Centro de Documentação e Informação, 2011, 187 p.
- BRASIL, **Constituição. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Diário Oficial da União, n. 163, 2009.
- BRASIL. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil** / compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos

Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010, 443 p.

BRASIL. **Formação de Conselheiros em Direitos Humanos**. In: ALVES, M. de L. A. R. *et al.* Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, 2007, 140 p.

BRASIL. **Portal da Transparência**: Sítio eletrônico. Disponível em: <http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlSocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>. Acesso em: 22 maio 2017.

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). 2015.

BRASIL. **Decreto nº 9.759, de 11 de abril de 2019**. Extingue e estabelece diretrizes, regras e limitações para colegiados da administração pública federal. Presidência da República. Secretaria Geral. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9759.htm. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. **Decreto nº 10.502, de 30 de setembro de 2020**. Institui a Política Nacional de Educação Especial: Equitativa, Inclusiva e com Aprendizado ao Longo da Vida. Diário Oficial da União. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.502-de-30-de-setembro-de-2020-280529948>. Acesso em: 03 ago. 2021.

CREMONESE, D. A Participação como pressuposto da Democracia. **Desenvolvimento em Questão**, Editora Unijuí, jan/abril. 2012.

COSTA, L. S. A vida da pessoa com deficiência: Reflexões legadas do distanciamento social. **Diálogos sobre acessibilidade, inclusão e distanciamento social: Territórios existenciais na pandemia**, p. 10-11, 2020.

DE ALMEIDA, L. R. *et al.* Mas ele tem laudo! Implicações do Decreto 10.502/2020 no desmonte das políticas públicas para a educação inclusiva. *Psicologia da Educação*. **Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação**. ISSN 2175-3520, n. 51, p. 127-131, 2020.

DEMO, P. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1999.

DINIZ, D. **O que é deficiência**. Brasiliense, 2007.

FRANÇA, T. H. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, v. 17, n. 31, p. 59-73, 2013.

- JETTE, A. M. **Toward a common language for function, disability, and health. Physical therapy**, v. 86, n. 5, p. 726-734, 2006.
- LIMA, R. M. **A SEAD e o Programa Pernambuco Conduz como lócus no acesso aos direitos humanos das pessoas com deficiência**. Trabalho de Conclusão de Curso da Graduação em Serviço Social/UFPE. Recife, 2013.
- LIMA, I.; PINTO, I.; PEREIRA, S. (ed.). **Políticas públicas e pessoas com deficiência: direitos humanos, família e saúde**. SciELO-EDUFBA, 2011.
- MAIOR, I. Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência. São Paulo: **Secretaria de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência**, 2015.
- MATTA, G. C. *et al.* **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. 2021.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION *et al.* **International classification of functioning. Disability and Health**, v. 5, 2001. [recurso eletrônico]. Disponível em: <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>. Acesso em: 31 ago. 2021.

CAPÍTULO 20

MINHA HISTÓRIA, NOSSA HISTÓRIA

Tuca Munhoz

Pensei muito em como poderia contribuir com esta publicação para que profissionais de saúde e tantos outros que venham a ler este texto possam melhor compreender e refletir sobre o conceito de capacitismo, que é o preconceito contra os que são considerados incapazes, e que é hoje muito utilizado para designar o preconceito contra as pessoas com deficiência.

Estas duas crônicas que ora apresento são histórias reais, minhas experiências e vivências, de minhas observações e reflexões.

Tentarei compartilhar com você um pouco da dor do preconceito, da dor da exclusão social pela qual passamos, nós, pessoas com deficiência.

São duas crônicas bem pessoais. Uma, escrita há pouco, mas acontecida há muito tempo, quando eu era criança e me considerava, e minha família, uma criança “defeituosa”.

A segunda crônica, uma situação que presenciei muito recentemente e que me marcou profundamente. Foram experiências doloridas, mas que me fortaleceram.

Relato, na primeira crônica, um momento difícil, mas absolutamente pedagógico. O enfrentamento daquela barreira, a escada, foi para mim a tomada de consciência enquanto sujeito oprimido em razão de determinada construção histórica e social¹.

1 DINIZ, Debora, O Que é Deficiência, São Paulo, Brasiliense, 2007.

Essa consciência política, de sujeito em situação de opressão, veio mais tarde, mas aquele foi o momento de passagem, em que eu deixei de ser uma pessoa “defeituosa”.

Então, leiam comigo:

A VELHA ESCADA

Alguns acontecimentos e experiências marcaram e foram decisivos na construção de minha vida enquanto uma pessoa com deficiência.

Tenho 64 anos. Tive poliomielite aos onze meses de idade.

No final dos anos 1940, até o final de 1950, uma grande epidemia de poliomielite assolou o Brasil. Diziam que apenas 5% das crianças atingidas pelo vírus sobreviviam. Eu fui uma delas.

Em 1950 foi criada a AACD, cuja sigla, à época, significava: Associação de Assistência à Criança **Defeituosa**. Na década de 1980, a palavra *Defeituosa*, foi substituída por *Deficiente*.²

A AACD foi criada justamente para o atendimento às crianças vítimas da poliomielite.

Eu comecei a andar aos dez meses de idade, e após ser acometido pela poliomielite, aos 11 meses de idade, recomecei a andar aos cinco anos, usando então aparelho ortopédico nas duas pernas, cinto pélvico e muletas axilares. Uma incrível traquitana, pesada, desconfortável e que machucava bastante.

Um dos acontecimentos, dentre tantos os que me marcaram, e por isso lembro bem até hoje, foi o seguinte: em uma das muitas sessões de fisioterapia, nessa instituição, uma jovem fisioterapeuta me atendeu e me convidou para caminhar pelos corredores da entidade, minha mãe me acompanhava. Eu devia estar com uns seis ou sete anos de idade. Caminhava muito devagarinho e com grande dificuldade.

2 NALLIN, Araci. *Reabilitação em Instituição: Suas Razões e Procedimentos – Análise de Representações do Discurso*. São Paulo, 1992. 295 p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Em determinado momento da caminhada nos deparamos com uma escada a fisioterapeuta me pediu, de maneira bem afirmativa, que a subisse.

Eu não sabia subir escadas, não conseguia, eu era pequeno e os degraus muito altos. Não convivía com escadas, felizmente. Nem em minha casa, nem em minha escola. Demorei muitos anos para aprender e conseguir enfrentá-las, mas sempre com grande dificuldade.

Mas a fisioterapeuta insistiu que eu subisse sem me dar nenhuma orientação ou dica de como eu poderia fazê-lo, simplesmente dizendo que eu era capaz, que eu conseguiria.

Senti, naquele momento, uma grande vergonha e constrangimento por não conseguir subir a escada, me senti mesmo, como se dizia também naquele tempo, um inválido.

A deficiência era naquela época um grande problema para mim e para minha família e naquele momento passou a ser um problema ainda maior, pois o que uma profissional capacitada afirmava que eu podia fazer, objetivamente eu não conseguia!

Assim como essa, dezenas de outras situações que vivenciei com profissionais de saúde foram frustrantes, e para dizer o mínimo, desrespeitosas comigo, com o meu corpo deficiente.

Um corpo não aceito. Um corpo estranho. Que foi cortado, serrado, colado e descolado, parafusado e engessado nas 13 cirurgias ortopédicas pelas quais passei. Mas, um corpo nunca aceito em sua condição de corpo fora do padrão.

Aprendi duramente! Mas, hoje sei que sem este corpo, do jeito que ele é, do jeito que foi social e historicamente construído, e da maneira como eu me construí, não seria o que sou, não teria de minha altura, sentado, agora, nesta cadeira de rodas, conseguido observar a fragilidade e a inconsistência de uma sociedade que procura, incansavelmente, por um corpo pretensamente perfeito e que impõe, aos que não o possuem, sofrimento e dor.

SEGUNDA CRÔNICA

E agora, me acompanhem nesta outra crônica. Meia hora de observação de uma tentativa desesperada de uma moça, com forte paralisia cerebral, para caminhar. Porque lhe foi dito que é assim que tem que ser, que é assim que se é feliz.

PEQUENA CRÔNICA DA OPRESSÃO

Estive por esses dias numa loja especializada para ajustes em minha cadeira de rodas motorizada.

Trata-se da mais tradicional loja desse segmento de produtos de São Paulo. Creio que do Brasil.

O casal proprietário tem uma visão bastante avançada sobre a questão da deficiência e acompanha o movimento há mais de 30 anos.

No entanto, observei entre os funcionários, embora bem capacitados, alguma dificuldade em lidar com uma pessoa com deficiência (no caso eu), que sabe o que quer e que entende e domina as tecnologias que utiliza.

Há uma forte dificuldade, mesmo entre profissionais da área de saúde, em ouvir, e considerar, a opinião e sugestões das pessoas com deficiência. Um dos técnicos, que me atendia, chegou a perguntar, na minha frente, para a fisioterapeuta – “será que ele quer assim...?”

Mas, o que de fato me chocou e indignou foi outra situação.

Enquanto aguardava meu atendimento uma moça com paralisia cerebral, acompanhada da mãe e de uma terapeuta ocupacional, estava um andador. Era um andador enorme, um modelo bem específico para o caso da moça.

Ela tinha grande dificuldade em caminhar, mesmo com o andador. Caminhava muito devagar e com bastante instabilidade. Havia um misto de esperança e tristeza em seu olhar.

Foi fácil perceber que essa moça nunca iria caminhar a contento com aquele dispositivo. No máximo seriam diminutas caminhadas em locais absolutamente amigáveis, como sua casa, por exemplo.

Mesmo num shopping, onde o piso é propício, ela teria dificuldades, pois para percorrer um pequeno trecho ela iria demorar um tempo enorme.

Cheguei, muito discretamente, junto à mãe dela e com jeitinho fiz esses comentários, acrescentando que uma cadeira motorizada proporcionaria muito mais qualidade de vida à sua filha.

A mãe me disse que para chegar àquele ponto, ou seja, caminhar com grande dificuldade, sua filha já havia passado por dez cirurgias.

Quanta dor, quanto sofrimento, quanta expectativa para chegar a um resultado pífilo!

Na verdade, a tentativa de um resultado que a aproximaria da “normalidade”, tanto na postura física, o estar em pé, como no deslocamento, andar ereto e trocando passos.

Conversei também, um pouco menos discretamente, com a profissional que a acompanhava, funcionária da loja, terapeuta ocupacional. Ela compreendeu bem minha argumentação, concordou. Mas disse que a moça já vinha com uma prescrição médica e que a mãe assim o queria. Disse também que chegou a citar a praticidade da cadeira motorizada, mas que a mãe não aceitou, “quer que a filha ande”, me disse.

Toda essa situação me causou grande tristeza.

A moça, numa cadeira motorizada, teria mais e melhores condições de mobilidade, de autonomia, de independência, de emancipação. Mas, naquele andador não teria nada disso. Apenas teria reforçada sua incapacidade, sua dependência, sua submissão aos desejos da autoridade, a mãe, que representava, naquela relação, a grande autoridade que nos quer enquadrados, encaixados nos padrões estabelecidos, que anula nossos desejos e desqualifica nossos corpos, tortos.

E LEVANDO SITUAÇÕES COMO ESSA PARA UM CONTEXTO SOCIAL E POLÍTICO

A recente tentativa do governo federal em desmontar a legislação que viabiliza a inclusão de pessoas com deficiência do mercado de trabalho, a Lei de Cotas, e logo após, a tentativa em voltar atrás nos progressos da inclusão escolar de crianças com deficiência, deixam bem claro que o modelo médico da deficiência ainda é forte e hegemônico.

A crença de que o modelo social³ já havia ocupado esse espaço foi uma ingenuidade, uma ilusão. O que, aliás, foi bastante útil para os “mercadores da inclusão”, vendendo o discurso de que tudo está resolvido, e que apenas alguns ajustes, sensibilizações, capacitações bastam para resolver todos os problemas, e torne-se realidade a “inclusão social das pessoas com deficiência”.

O Modelo Social da Deficiência está presente, ocupa um espaço político, mas não venceu. Apenas a luta coletiva das pessoas com deficiência e de seus aliados, e o nosso posicionamento pessoal assertivo, podem mudar essa realidade.

Abaixo a normalidade!

Viva o Poder Aleijado!

REFERÊNCIAS

Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. - 4. ed., rev. e atual. – Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011.

³ A abordagem da deficiência caminhou de um modelo médico, no qual a deficiência é entendida como uma limitação do indivíduo, para um modelo social e mais abrangente, que compreende a deficiência como resultado das limitações e estruturas do corpo, mas também da influência de fatores sociais e ambientais do meio no qual está inserida. Nesta nova abordagem, utiliza-se como ferramenta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF/OMS), no âmbito da avaliação biopsicossocial.

CAPÍTULO 21

SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA NA REDE DE CUIDADOS

Francine de Souza Dias
Anahí Guedes de Mello

INTRODUÇÃO

Os anos 1980 foram marcados pela promulgação da Carta Magna, que representou a inauguração de um novo tempo, no qual os direitos sociais foram estendidos a todos os cidadãos. A saúde foi um deles, sendo a ela atribuídos os predicados da universalidade e da igualdade nas dimensões da promoção, da proteção e da recuperação (BRASIL, 1988). Mais tarde, as mulheres e as pessoas com deficiência foram contempladas com políticas de saúde temáticas. Nesse momento, o conceito de deficiência era balizado predominantemente pelos saberes médicos e enfatizava a perspectiva da falta, perda e anormalidade (BRASIL, 2002; 2004).

Até o ano de 2002, as políticas de saúde direcionadas às pessoas com deficiência não contemplaram a dimensão de gênero. Esse debate emerge em 2004, com a publicação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). No entanto, a PNAISM, apesar de ter reconhecido a deficiência como marcador social de diferença afetado pelo recorte de gênero e de ter mencionado a necessidade de articulação entre as áreas técnicas (BRASIL, 2004), não avançou no reconhecimento concreto das necessidades de saúde das mulheres com deficiência. De fato, tais necessidades devem considerar também a história singular de cada pessoa,

o tipo de deficiência, os níveis de impedimentos corporais, o gênero e o contexto familiar em que ela se insere, dentre outros componentes sociais envolvidos. Essa lacuna prosseguiu até 2019, quando ocorreu a publicação do Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida, com o objetivo de “fornecer orientações aos profissionais de saúde para qualificar o cuidado e o acesso das mulheres com deficiência e mobilidade reduzida à atenção integral à saúde” (BRASIL, 2019). No entanto, o foco do guia não permeia toda a complexidade organizacional de uma rede de cuidados.

Com a instituição da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), o Estado brasileiro tentou superar as lacunas históricas mediante a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012). Nesse período, já estava em vigor a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), que as conceituou sob a perspectiva biopsicossocial, reconhecendo os impedimentos corporais de longo prazo em interação com o ambiente e suas barreiras, como o elemento produtor de limites ou restrições à sua participação social (BRASIL, 2009). No entanto, a RCPCD contempla um público maior do que aquele preconizado pela CDPD, ao abarcar também os impedimentos corporais de curto prazo, havendo diferença entre o conceito de pessoa com deficiência da CDPD e o público-alvo da reabilitação, que o extrapola.

A RCPCD tem como componentes a Atenção Básica (AB); a Atenção Especializada em Reabilitação; e a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Seus pontos de atenção contemplam os principais serviços desses níveis de assistência (BRASIL, 2012), caracterização que foi tomada como ponto de partida para pensar o cuidado às mulheres com deficiência. Além do norte organizativo presente na RCPCD, também nos orientamos pelas diretrizes da PNAISM, em especial aquelas que se dedicam às

especificidades de raça, etnia, território, orientação sexual, dentre outras. Para a constituição do capítulo, realizamos buscas na Biblioteca Virtual de Saúde – BVS Regional. Os assuntos abordados nas obras selecionadas foram categorizados a partir das seguintes dimensões: a) transversais; b) atenção básica; c) reabilitação; d) hospitalar/urgência e emergência. Considerando a impossibilidade de extensão e aprofundamento das questões apontadas no texto e a escassez de produção teórica, técnica e normativa atenta às questões de gênero no âmbito da reabilitação, este capítulo se dedicará somente aos elementos transversais a toda RCPCD e aos níveis primário e terciário de atenção, relativos ao cuidado à saúde da mulher com deficiência.

ELEMENTOS TRANSVERSAIS NA ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER COM DEFICIÊNCIA

O modelo médico tem sido criticado há décadas pelo modo como concebe, predominantemente, as pessoas com deficiência sob o viés da incompletude, da caridade e da anormalidade. Essa concepção, apesar da emergência do modelo social e da coexistência de ambos desde os anos 1960, implica formas de assistência pouco sensíveis à diversidade corporal. Ela também justifica o modo como as pessoas com deficiência são capturadas, no âmbito da saúde pública, como sujeitos habitantes de corpos que precisam ser evitados, consertados ou curados, práticas estas que frequentemente ignoram as especificidades de gênero. Uma das manifestações da preeminência biomédica em nossos espaços e sociabilidades pode ser verificada pelas barreiras enfrentadas cotidianamente por pessoas com deficiência em seus territórios e nos diversos serviços públicos destinados à população em geral, considerando os diferentes ciclos de vida. Essas dificuldades, impostas a certos grupos sociais, subtraem de cada sujeito a oportunidade de acessar serviços básicos e alcançar possibilidades equânimes de desenvolvimento, o que produz impactos nas suas trajetórias

pessoais. Além disso, impossibilitam a construção de uma sociedade em comum, onde as diferenças sejam concebidas como uma característica essencial da humanidade e a justiça social configure um valor central das relações de interdependência.

Considerando que a saúde não é sinônimo de ausência de doenças e que todas as dimensões da vida são importantes, o enfrentamento de um modo cartesiano de pensar o corpo, suas funções e capacidades se faz indispensável à constituição do cuidado integral em saúde. No caso da mulher com deficiência, isso também implica refletir o modo como o modelo biomédico atravessa a PNAISM e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência – PNSPD (BRASIL, 2002) ao invisibilizá-las sem contextualizar suas especificidades no contexto das relações de gênero, especialmente quando estão imbricadas com a cisheteronormatividade e a branquitude. A integralidade da saúde da mulher com deficiência contempla aquelas com mobilidade reduzida e abarca o escopo da “promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde” (BRASIL, 2019, p. 28). Portanto, está relacionada a todos os componentes da RCPCD e demanda formas de assistência que ultrapassem as queixas dos usuários. Nesse sentido, a integralidade exige uma percepção apurada e ampliada do contexto de vida da mulher com deficiência, suas demandas, singularidades e autonomia na tomada de decisão sobre seu corpo, com atenção às possíveis situações de vulnerabilização (BRASIL, 2019).

Cumpramos ressaltar que a não implementação de políticas que viabilizem o que está disposto em normativas, como a CDPD e a Lei Brasileira de Inclusão – LBI (Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015), também impõe limites à intersetorialidade e à interdisciplinaridade, indispensáveis à produção do cuidado integral. Por isso, faz-se necessário compreender a articulação entre os diferentes direitos previstos e as políticas de saúde “nos processos assistenciais e nas ações de prevenção ou promoção da saúde”, elemento

pouco abordado na produção teórica emergente nesse campo (NICOLAU *et al.*, 2013, p. 870). Pensar a saúde da mulher com deficiência nos convoca a considerar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos, sobretudo, quando há violações baseadas na premissa de que seus corpos são assexuados ou hiperssexuados (PAULA *et al.*, 2005; MAIA, 2006), o que pode reforçar estigmas e opressões a respeito de suas experiências sexuais. Os efeitos dessas práticas são variados e devem ser discutidos sob o enfoque das “violências capacitistas” ou “capacitismo” (MELLO, 2016a, 2016b) no âmbito da saúde, como vemos no seguinte exemplo de relato de Karina¹, mulher com deficiência física, 47 anos, sobre o assédio sexual que sofreu de um médico ginecologista durante uma consulta médica de rotina:

Ele começou a ficar de gracinha comigo né, [...] ficar assim, muito risonho muito risonho, muito assim aquela coisa de querer né, é muita aproximação né. E eu muito nova [...]. Aí eu ia fazer periodicamente os meus preventivos [...]. [...] uma vez eu fui lá, deitei na maca, na maca né, aí estou naquela posição absolutamente desconfortável. Aí quando, sem roupa, só com o avental em cima da parte da barriga para baixo. Ele chegou [e] tirou, tirou o pano de cima, pegou na minha parte pubiana, aperto com a mão assim: “Vamos ver essa coisinha linda aqui como é que ela está.” Eu fiquei azul, eu fiquei roxa. Eu fiquei, falei: Pronto, agora estou ferrada! Esse homem pode fazer qualquer coisa comigo. Porque eu com deficiência, eu não tenho como sair correndo daqui (Karina).

Esse relato demonstra como as atitudes negativas em relação à imagem do corpo com deficiência se refletem na vida cotidiana das mulheres com deficiência adultas, quando elas necessitam realizar os mesmos exames preventivos recomendados às mulheres em geral. A narrativa simboliza uma violência baseada em gênero e deficiência perpetrada contra uma mulher com deficiência, em um contexto permeado por relações de cuidado, com a participação de um profissional da área de saúde da mulher.

1 Nome fictício, com narrativa presente em Mello (2016b), inclusive com mais relatos.

DESAFIOS À IMPLEMENTAÇÃO E EFETIVAÇÃO DOS CUIDADOS PRIMÁRIOS

Após trinta anos de instituição do SUS e da consequente universalização do direito à saúde, sua materialização ainda encontra desafios que refletem as desigualdades sociais vivenciadas pela população brasileira. As ações individuais, familiares e coletivas pertinentes à Atenção Básica (BRASIL, 2017) permanecem escassas quando se trata das necessidades de saúde das mulheres com deficiência (NICOLAU *et al.*, 2013). A saúde da família, um dos pontos de atenção da RCPCD, foi a estratégia adotada para viabilizar a expansão e consolidação da atenção básica, sendo orientada pelos princípios da integralidade, da universalidade e da equidade, devendo atuar de forma participativa e resolutive, tendo o cuidado longitudinal e centrado na pessoa como diretrizes (BRASIL, 2017).

De acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de 2019, as mulheres referenciaram os piores estados de saúde e apresentaram mais diagnósticos de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), com diferenças que apontam maior precariedade em relação às mulheres negras (COBO, 2021). Considerando que as pessoas com deficiência formam uma população majoritariamente negra, feminina, pobre e com baixa escolaridade (IBGE, 2012), chamamos a atenção para as barreiras de acesso à saúde enfrentadas pelas mulheres com deficiência.

Conforme já dito, o cuidado às mulheres com deficiência abrange dimensões orgânicas da saúde e limitações individuais e de participação. Cabe à Atenção Básica a identificação e elaboração de estratégias para garantir acesso ao cuidado que atenda às suas especificidades, motivo pelo qual é indispensável o seu acompanhamento nesse nível de atenção (BRASIL, 2019). Se a presença da Atenção Básica no território é o que permite a população acessar os serviços primários mais facilmente, no caso

das mulheres com deficiência são diversas as barreiras que tornam o básico algo difícil de alcançar. Ações simples, como o agendamento de consultas ginecológicas e a realização de exames de rotina para prevenção de doenças mais graves, estão distantes dessa parcela da população, que avalia possuir níveis mais baixos de saúde, aspectos estes que devem ser analisados em consonância com outras características fundamentais, como classe, raça, etnia, nível de instrução e local de domicílio (DAVID *et al.*, 2018).

Para cumprir seu papel preventivo, protetivo e de recuperação, a Atenção Básica deve alcançar as mulheres, realizar exames primários, encaminhar para a confirmação diagnóstica, tratamento especializado e seguir realizando o acompanhamento longitudinal (FERNANDES *et al.*, 2019). Essas ações, no caso das mulheres com deficiência, implicam ainda o reconhecimento da sua condição humana, sua autonomia e os direitos sexuais e reprodutivos, bem como a supressão de barreiras urbanísticas, nos transportes, na comunicação, nos equipamentos de assistência à saúde e nas próprias atitudes profissionais, sendo esta última uma forma de violência simbólica que repercute iniquidades (Ibid., p. 13). A ausência de tais medidas reatualiza a vulnerabilização e a invisibilização das mulheres com deficiência frente à prevenção e tratamento de doenças, como o câncer de colo de útero (BRASIL, 2019; FERNANDES *et al.*, 2019) e o câncer de mama, principais causas de morte entre mulheres brasileiras (INCA, 2021).

Os cuidados primários à saúde da mulher com deficiência devem compreender todo o seu ciclo de vida, respeitando o direito humano de desfrutar do bem-estar sexual e das diversas formas de expressão da sexualidade, bem como de realizar escolhas autônomas sobre seus direitos sexuais e reprodutivos, tal como preconiza a CDPD. As ações devem abarcar o planejamento familiar, atenção à maternidade, prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), bem como a assistência em casos de violência sexual. Portanto, reconhecer as especificidades das

mulheres com deficiência de acordo com o tipo de deficiência – congênita ou adquirida, sensorial, física, intelectual e psicossocial – e a interação com marcadores de raça, classe, território, dentre outros, é condição determinante para uma assistência qualificada e alinhada aos direitos humanos.

Quando jovem, informações sobre menarca e autocuidado menstrual devem ser oferecidas em diversos formatos, momento em que o profissional de saúde poderá apoiar a adolescente e sua família. Mulheres de meia-idade necessitam de orientações sobre cuidados no climatério, inclusive pelas possibilidades de agravos de saúde relacionados à menopausa (BRASIL, 2019). Informações sobre saúde sexual e reprodutiva devem ser garantidas durante toda a juventude e vida adulta, devendo ser disponibilizadas em formatos acessíveis. As barreiras comunicacionais também corroboram a produção de iniquidades em saúde, porquanto se o reconhecimento da autonomia das mulheres com deficiência é essencial, importa também a realização de um trabalho junto à família como estratégia de atenção – por exemplo, algumas mulheres podem ter dificuldades na identificação de sinais e sintomas ginecológicos (Ibid.).

O período pré-natal é outro momento delicado em sua vida, sendo extensos os problemas vivenciados nesse tipo de assistência. Destacamos, por exemplo, o encaminhamento compulsório e equivocado ao cuidado especializado por associação da deficiência à noção de risco obstétrico; privação de informações sobre cuidados materno-infantil, desassistência ao parto e planejamento familiar (BEZERRA *et al.*, 2020). Desse modo, a mulher com deficiência que vive uma gestação de risco habitual deve ter seu pré-natal iniciado na Atenção Básica e ali receber orientações sobre gestação; preparação para o parto, que inclui informações sobre direitos, rotinas, procedimentos e acontecimentos fisiológicos comuns; trabalho de parto; amamentação; pós-parto. Em suma, seu encaminhamento para os demais níveis de atenção deve ser respaldado pela identificação de fatores

de risco que demandem assistência pré-natal de alto risco (BRASIL, 2019), ou seja, a deficiência, isoladamente (e mesmo a do tipo física), não configura risco obstétrico (MAIOR, 1988), embora possa ser um fator interveniente do ponto de vista da atenção integral.

Outro elemento percebido foi a invisibilização do seu papel de cuidadoras, sobretudo, em relação aos filhos. Em pesquisa realizada com mães cegas, Bezerra *et al.* (2020) identificaram a exigência de acompanhantes que enxergam, quando mães cegas acompanhavam seus filhos em unidades básicas de saúde, seguido de atendimento precário às suas crianças. Na condição de mãe, as mulheres com deficiência também têm sua autonomia questionada, conforme esse estudo aponta. Ainda, a mesma pesquisa chama a atenção para a indicação de laqueadura como principal alternativa anticoncepcional para essas mulheres, revelando a fragilidade do trabalho de planejamento familiar centrado na sua autonomia.

Diante do exposto, as diversas barreiras que inviabilizam o acesso das mulheres com deficiência ao cuidado em saúde também descortinam o modo como a corponormatividade se manifesta no interior dos equipamentos assistenciais, reproduzindo iniquidades que, em última instância, desencadeiam violências de gênero, adoecimento e morte, problemas já conhecidos e apontados nacional e internacionalmente (WHO, 2012; BRASIL, 2013). Se cabe à Atenção Básica articular o cuidado e possibilitar à mulher com deficiência o acesso aos atendimentos de que necessita, no entanto esse nível assistencial ainda demanda o enfrentamento de diversas barreiras internas e estruturais para que, de fato, constitua-se uma porta de entrada dos serviços de saúde a esse segmento. A ausência de ações focadas nas necessidades de saúde dessas mulheres inviabiliza o cumprimento de grande parte das atribuições da Atenção Básica, contribuindo para a perpetuação das desigualdades de gênero.

CUIDADOS TERCIÁRIOS E ATENÇÃO À GESTANTE COM DEFICIÊNCIA

As modalidades de atenção hospitalar e de urgência e emergência constituem a atenção terciária na RCPCD. Apesar da diversidade de demandas atendidas nesse âmbito, a produção teórica sobre as experiências de mulheres com deficiência nesse nível de cuidado foca a assistência obstétrica, que tem como discussão central a humanização e a prática baseada em evidências, valores que parecem não alcançar todas as mulheres. O primeiro problema enfrentado pelas mulheres com deficiência é o risco de encaminhamento compulsório a esse nível, pela Atenção Básica, por motivo de deficiência (BEZERRA *et al.*, 2020). Em parte, isso deriva da própria percepção dos profissionais de saúde da Atenção Básica de que as pessoas com deficiência teriam suas necessidades de saúde mais bem atendidas pelos profissionais dos serviços especializados de reabilitação, considerados pelos primeiros como especialistas de fato nesta ou naquela deficiência. Por isso, os profissionais de saúde da Atenção Básica tendem a fazer o encaminhamento das pessoas com deficiência que procuram a Atenção Básica para os serviços especializados.

O capacitismo (MELLO, 2016a), que opera como pano de fundo das condutas primárias às práticas assistenciais na atenção hospitalar, de urgência e emergência, traduz-se em “hipervulnerabilidade” à violência obstétrica (TERRA; MATTOS, 2019). Para as autoras, a violência obstétrica contra a mulher com deficiência é uma forma de violência normalizada institucionalmente que se expressa de diferentes modos, a saber: pela desconsideração da vontade da mulher, colocada verbalmente, em conversa com o profissional, ou na forma de documento, plano de parto; pela negação de comunicação acessível e compreensível; pela violação do direito à acessibilidade no espaço da assistência à saúde; pela negação do

direito a ter um acompanhante (TERRA; MATOS, 2019; BEZERRA *et al.*, 2020; BRASIL, 2019). Assim como nos demais níveis de cuidado em saúde, a atenção obstétrica deve ser ofertada sem discriminação, o que implica o enfrentamento dos aspectos estruturais já delineados, como a predominância do modelo médico, a falta de acessibilidade, a negação da autonomia sexual e reprodutiva das mulheres com deficiência. Ademais, o Ministério da Saúde já reconheceu que “garantir a acessibilidade é uma forma de promover a redução da morbimortalidade materna e neonatal” (BRASIL, 2019, p. 61).

Importa, ainda, considerar que o plano de parto é um instrumento elaborado durante o pré-natal, onde a mulher elenca os procedimentos que está ou não disposta a se submeter. Independentemente da adoção desse instrumento, todas as mulheres devem ter sua vontade respeitada. E para que sua tomada de decisão seja consciente, é necessário a realização de um trabalho de orientação anterior ao parto dentro dos espaços de cuidado e atenção pré-natal, garantindo, ainda, a acessibilidade comunicacional. Além disso, independentemente da severidade dos impedimentos corporais e da possibilidade de tomada de decisão ou afirmação de sua vontade, todas as mulheres têm direito fundamental ao parto humanizado, apoio e proteção adequados. Não respeitar suas escolhas é uma forma de violência obstétrica, inclusive quando se oferta poder decisório ao curador, sem que exista uma situação excepcional reconhecida e previamente discutida. Afinal, conforme previsto na LBI, esse poder não compõe o escopo da curatela (TERRA; MATOS, 2019).

Em relação ao período pós-parto, está preconizada a realização de atividades de produção de vínculo entre mães e bebês, estimulando o contato de pele entre ambos, e a necessidade de atenção aos indicativos de depressão pós-parto. Cabe aos profissionais de saúde “apoiar o desenvolvimento da autoconfiança, observar as capacidades, as potencialidades da mulher

com deficiência e mobilidade reduzida e encorajá-la a cuidar do seu bebê, independentemente do impedimento de uma ou mais funções corporais” (BRASIL, 2019, p. 68). Entretanto, a efetivação dessas práticas no cotidiano de gestantes com deficiência demanda o reconhecimento e respeito à sua autonomia, liberdades fundamentais, poder de decidir sobre seu próprio corpo, o que ainda não constitui uma realidade no âmbito da RCPCD, seja nos cuidados primários ou terciários, conforme mostrado pelos estudos analisados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo se dedicou à produção de alguns apontamentos sobre a assistência às mulheres com deficiência na RCPCD, sem a possibilidade ou intenção de realizar uma discussão com maior aprofundamento. Consistiu em um esforço preliminar de revisão da literatura especializada, com todos os limites que impossibilitaram sua extensão. Conforme apontado, foram encontradas poucas referências dedicadas à atenção primária em saúde e aos cuidados terciários, com destaque para a especificidade da assistência obstétrica, motivo pelo qual nos dedicamos a esses dois níveis assistenciais, além dos elementos transversais que influenciam toda a rede de cuidado, abdicando, por outro lado, da discussão sobre a reabilitação.

Partimos do pressuposto de que a sistemática invisibilização das mulheres com deficiência, desde a promulgação da Constituição de 1988 até a instituição das principais políticas nacionais de saúde que lhes dizem respeito, tem trazido consequências para a efetivação da promoção, da proteção e da recuperação de sua saúde, em especial a saúde sexual e reprodutiva. Esse cenário pode ter sido agravado pelo modo como as ações de atenção à saúde à pessoa com deficiência foram organizadas, marcadas pela focalização e pela desarticulação, atributos estes que constituem barreiras à integralidade. Ou seja, enquanto práticas focalizadas e desarticuladas no sentido de não acontecerem com a mesma consistência e regularidade em todo o país; e não

serem articuladas com princípios e diretrizes das políticas de referência e, portanto, raramente promovem a intersetorialidade.

A escassez de produção teórica sobre questões de gênero no âmbito da RCPCD reflete a lacuna de ações no campo das práticas de saúde e nos convoca a pensar em estratégias de enfrentamento a esse cenário, cujas possibilidades de melhoria têm sido sistematicamente desacreditadas desde 2016. A partir deste ano, foram diversos os ataques sofridos pela população brasileira, com um golpe político que destituiu a presidenta do país, Dilma Rousseff; a aprovação da Emenda Constitucional (EC) 95, congelando o teto de gastos sociais para a saúde e educação; além de outros retrocessos vivenciados no cenário político brasileiro, os quais afetam diretamente a saúde integral das pessoas com deficiência e a efetivação de seus direitos fundamentais. Posteriormente, em 2020, a grave pandemia de covid-19 reiterou a invisibilidade da pessoa com deficiência na agenda estatal até o momento (BLOCK *et al.*, 2021). Acreditamos que a ciência e o agenciamento coletivo são capazes de produzir outros possíveis mundos, motivo pelo qual entendemos que esse capítulo também é um convite à produção de estudos e mobilizações em prol das lutas pela garantia da saúde integral das mulheres com deficiência.

REFERÊNCIAS

- BEZERRA, C. P. *et al.* Acesso aos serviços de saúde por mães cegas: dos enfrentamentos aos ensinamentos. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 33, p. 1-9, 2020.
- BLOCK, P. *et al.* (eds.). Disability and Covid-19. **Disability Studies Quarterly**, v. 41, n. 3, 2021. Disponível em: <https://dsq-sds.org/article/view/8440/6204>. Acesso em: 29 out. 2021.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília. 1988.
- BRASIL. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

BRASIL. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009**. Brasília. 2009.

BRASIL. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Brasília. 2012.

BRASIL. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 8 out. 2021.

BRASIL. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017.

BRASIL. **Guia de Atenção à Saúde das Mulheres com Deficiência e Mobilidade Reduzida**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

COBO, B.; CRUZ, C.; DICK, P. Desigualdades de gênero e raciais no acesso e uso dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, 4021-4032, 2021.

DAVID, R. *et al.* Estigma Social e saúde de mulheres com deficiência: um diálogo acerca da iniquidade. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 14, 2018.

FERNANDES, N. F. *et al.* Acesso ao exame citológico do colo do útero em região de saúde: mulheres invisíveis e corpos vulneráveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v 35, n. 10, e00234618, 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Atlas da mortalidade**. Rio de Janeiro: Base de dados. 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/app/mortalidade>. Acesso em: 14 out. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010: Características Gerais da População, Religião e Pessoas com Deficiência**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde; Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalo>

go?view=detalhes&id=2101748. Acesso em: 02 set. 2021.

MAIA, A. C. B. **Sexualidade e Deficiências**. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

MAIOR, I. M. M. L. **Reabilitação sexual do paraplégico e tetraplégico**. São Paulo: Revinter, 1988.

MELLO, A. G. Deficiência, Incapacidade e Vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016a.

MELLO, A. G. Economia Moral do Cuidado: um estudo sobre violências contra mulheres com deficiência em Belo Horizonte. *In.*: VEIGA, A. M.; LISBOA, T. K.; WOLFF, C. S. (Orgs.). **Gênero e Violências: diálogos interdisciplinares**. Florianópolis: Edições do Bosque/CFH/UFSC., p. 86-120, 2016b.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L.; AYRES, J. R. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

PAULA, A. R.; REGEN, M.; LOPES, P. **Sexualidade e Deficiência: rompendo o silêncio**. São Paulo: Expressão e Arte Editora, 2005.

SANTOS, L. F. M. *et al.* Mulheres com deficiência: reflexões sobre a trajetória das políticas públicas de saúde. **Revista de Enfermagem - UFPE On Line**, Recife, v. 7, n. 7, p. 4775-4781, 2013.

TERRA, A.; MATOS, A. C. Violência obstétrica contra a gestante com deficiência. **Pensar**, v. 24, n. 1, p. 1-13, 2019.

WORDL HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Relatório mundial sobre a deficiência** / World Health Organization, The World Bank. São Paulo: SEDPCD, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44575/4/9788564047020_por.pdf. Acesso em: 20 jun. 2019.

APRESENTAÇÃO DOS AUTORES

Adriane Pires Batiston

Docente; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: adriane.batiston@ufms.br

Alan Ogawa Santos

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: alanogawa@gmail.com

Amanda Oliveira Costa dos Santos

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: amandaoli.cs@gmail.com

Amislaine Cristina Gambeta

Fisioterapeuta; Mestranda na Universidade de São Paulo; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: amislaine.gambeta@fm.usp.br

Ana Carolina Basso Schmitt

Docente; Universidade de São Paulo; Coordenadora do Projeto Redecin Brasil no estado de São Paulo.

E-mail: carolinaschmitt@usp.br

Anahí Guedes de Mello

Antropóloga; Pesquisadora do Núcleo de Estudos sobre Deficiência da Universidade Federal de Santa Catarina; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: anahigm75@gmail.com

Analuiza Batista Durand

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal da Paraíba; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: analuizabdurand@gmail.com

Ana Luiza Maia Nascimento

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: analunascimento@hotmail.com

Ana Paula Medeiros Pereira

Fisioterapeuta; Doutoranda da Universidade Federal da Bahia; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: apmedeirosfisio@gmail.com

Ângela Kemel Zanella

Docente; Universidade Federal de Santa Maria; Coordenadora do Projeto Redecin Brasil no estado do Rio Grande do Sul.

E-mail: angelakemelzanella@gmail.com

Arthur de Almeida Medeiros

Docente; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Pesquisador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: arthur.medeiros@ufms.br

Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça

Docente; Universidade Federal do Amazonas; Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: ayrles@ufam.edu.br

Basílio Henrique Pereira Júnior

Fisioterapeuta; Doutorando da Universidade Federal da Paraíba; Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: basiliofisioterapeuta@gmail.com

Beatriz Santos Miranda

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal da Bahia; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: beatriz.miranda@ufba.com

Bianca Araújo Barbalho

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: biancaaraujob@gmail.com

Bruna Lilian Severino Carvalho

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: brunaliliansc@gmail.com

Carolina Vasquez Valenci Rios

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade de São Paulo; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: carolina.vasquez@fm.usp.br

Daiane Mantoanelli

Assistente Social; Prefeitura Municipal de Blumenau/SC; Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Blumenau/SC; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: daianemantoanelli@yahoo.com.br

Daniela Baptista Frazão

Fisioterapeuta; Mestranda Universidade Federal do Amazonas; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: dani_fraza014@hotmail.com

Diego Ferreira Lima Silva

Fisioterapeuta; Doutorando da Universidade de Brasília; Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: diegoferreira3@gmail.com

Diogo do Vale Aguiar

Fisioterapeuta; Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência/Ministério da Saúde; Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: diogovaguair@gmail.com

Eliane Wanderley de Brito

Assistente Social; Hospital de Doenças Tropicais da Universidade Federal do Tocantins; Diretoria de Proteção Especial da Secretaria de Assistência Social e Trabalho e Habitação de Araguaina/TO; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: ewbrito2006@hotmail.com

Elvio Adilfo Serpa

Farmacêutico, Doutorando da Universidade Federal de Santa Maria;
Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: serpaelvio@gmail.com

Estefany Gabriela Cruz Vasconcelos

Acadêmica da Fisioterapia; Universidade Federal do Amazonas;
Bolsista/CNPq do projeto Redecin Brasil.

E-mail: gabrielavasconcelos03@gmail.com

Fernanda Degen

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: fehdegen@gmail.com

Fernando Pierette Ferrari

Docente; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Coordenador
do Projeto Redecin Brasil no estado do Mato Grosso do Sul.

E-mail: fernandopferrarims@gmail.com

Fernando Zanela da Silva Arêas

Docente; Universidade Federal do Espírito Santo; Pesquisador do
Projeto Redecin Brasil.

E-mail: fernandozanela@hotmail.com

Francine de Souza Dias

Pesquisadora da Rede Zika Sociais; Bolsista da Fundação de Amparo
à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro; Colaboradora do Projeto
Redecin Brasil.

E-mail: ffrancinedias@yahoo.com.br

Francisca Rêgo Oliveira de Araújo

Fisioterapeuta, Secretaria Municipal de Saúde de Natal, Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: francisca.rego.fisio@gmail.com

Gabriel Caneira Amaral

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: gabrielcaneira98@gmail.com

Gabrieli Cristina Ritter Becker

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: gabrielicritter@gmail.com

Gilma Corrêa Coutinho

Docente; Universidade Federal do Espírito Santo; Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: gilma.coutinho@ufes.br

Grace Kelly Filgueiras Freitas

Docente; Universidade Federal do Espírito Santo; Coordenadora do Projeto Redecin Brasil no estado do Espírito Santo.

E-mail: grace.freitas@ufes.br

Hadassah dos Reis Maia

Fisioterapeuta; Mestranda na Universidade Federal do Amazonas; Bolsista/CNPq Projeto Redecin Brasil.

E-mail: hadassahmaia@hotmail.com

Hercilia Kayla Santos de Carvalho

Acadêmica de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia;

Bolsista/CNPq do projeto Redecin Brasil.

E-mail: herciliakayla@gmail.com

Iris Luciana Chagas da Luz

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal de Santa Maria;

Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: irisluc01@gmail.com

Jorge Henrique Santos Saldanha

Docente; Universidade Federal da Bahia; Coordenador do Projeto Redecin Brasil no estado da Bahia.

E-mail: jorge.santos@ufba.br

Jozemar Pereira dos Santos

Docente; Universidade Federal da Paraíba; Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: jozemarps@gmail.com

Juliana Medeiros

Fonoaudióloga; Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: julianamed73@gmail.com

Kalili Ohanna Rosa

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal do Espírito Santo; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: kalili.rosa@gmail.com

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro

Docente; Universidade Federal da Paraíba; Coordenadora Nacional do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: Katiaribeiro.ufpb@gmail.com

Laís Alves de Souza Bonilha

Docente; Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: laissouza@hotmail.com

Larissa Riani Costa Tavares

Docente; Universidade Federal de São Carlos; Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: larissarct@ufscar.br

Leânia Geriz Pereira

Fisioterapeuta; Mestranda da Universidade Federal da Paraíba; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: leaniageriz@gmail.com

Lília Campos Nascimento

Fonoaudióloga; Mestranda na Universidade Federal da Bahia; Bolsista/CNPq do projeto Redecin Brasil.

E-mail: liliacn@ufba.br

Lizandra Nunes Coelho Conte

Administradora; Comissão Intersetorial de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência do Conselho Nacional de Saúde; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: lcoelhoconte@gmail.com

Lohanna Pinheiro Martins

Fisioterapeuta; Mestranda na Universidade Federal do Amazonas.
Bolsista/CNPq do projeto Redecin Brasil.
E-mail: lohanna_martins@hotmail.com

Lorrane Brunelle Moreira

Fisioterapeuta; Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas (MG); Mestranda na Universidade Federal de Alfenas. Colaborada do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: lorrane_brunelle@hotmail.com

Luciana Castaneda Ribeiro

Docente; Instituto Federal do Rio de Janeiro; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: luciana.ribeiro@ifrj.edu.br

Luciele dos Santos Soares

Enfermeira; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: lucielessoares22@gmail.com

Luís Felipe Farias Maia

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil fisio.
E-mail: felipemaia@gmail.com

Maria Eduarda Carvalho

Enfermeira; Mestranda do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães; Coordenação da Política Municipal de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência do Recife; Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: eduarda.carvalho@recife.pe.gov.br

Maria Letícia de Melo Lima

Fisioterapeuta; Mestranda da Universidade Federal da Paraíba;
Colaboradora do projeto Redecin Brasil.
E-mail: marialeticiamelo@hotmail.com

Mariana Batista Ribeiro

Enfermeira; Universidade Federal do Espírito Santo; Colaboradora
do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: maribeiro88@gmail.com

Mariana Santos Amaral

Fisioterapeuta; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: bayamaral@gmail.com

Mariana Silva Macedo

Fisioterapeuta; Mestranda da Universidade Federal da Bahia;
Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: marimacedo28@gmail.com

Melissa Catrini

Docente; Universidade Federal da Bahia. Pesquisadora do Projeto
Redecin Brasil.
E-mail: melissa.catrini@ufba.br

Milena Maria Cordeiro de Almeida

Docente; Universidade Federal da Bahia; Pesquisadora do Projeto
Redecin Brasil.
E-mail: milena.cordeiro@ufba.br

Nathany Clara da Silva

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: nathanyclara6@gmail.com

Natasha Seleidy Ramos de Medeiros

Fisioterapeuta; Doutoranda da Universidade Federal da Paraíba. Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: natashaseleidy@gmail.com

Neidimila Aparecida Silveira

Docente; Universidade Federal de Alfenas (MG); Pesquisadora do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: neidimila.silveira@unifal-mg.edu.br

Paola Thaís Gomes Reichel

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: paahthaiis@gmail.com

Paula Santa Maria Rodrigues Marto

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade de São Paulo; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: paula.marto@usp.br

Rafaela Pezuti

Fisioterapeuta; Mestranda na Universidade de São Paulo; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: ft.rafaelapezuti@usp.br

Rafaela Raulino Nogueira

Fisioterapeuta; Doutoranda da Universidade Federal da Paraíba;
Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: rafaelanogueirajp@hotmail.com

Ralf Braga Barroso

Fisioterapeuta; Doutorando da Universidade de São Paulo; Bolsista/
CNPq do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: ralfbraga@usp.br

Renata Maia de Lima

Assistente Social; Secretaria de Saúde da Prefeitura do Recife;
Colaboradora do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: asrenatamaia@gmail.com

Rodrigo Paulo dos Santos Chiquetti

Acadêmico de Fisioterapia da Universidade Federal do Pampa;
Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.
E-mail: digochiquetti@gmail.com

Rogério Olmedija de Araújo

Docente; Universidade Federal do Amazonas; Colaborador Projeto
Redecin Brasil.
E-mail: olmedija_fisio@yahoo.com.br

Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Docente; Universidade Federal de Juiz de Fora; Coordenadora do
Projeto Redecin Brasil no estado de Minas Gerais.
E-mail: silviafisiojf@yahoo.com.br

Tiótrefis Gomes Fernandes

Docente; Universidade Federal do Amazonas; Coordenador do Projeto Redecin Brasil no estado do Amazonas.

E-mail: tiotrefis@ufam.edu.br

Tuca Munhoz

Ativista dos Direitos das Pessoas com Deficiência; Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: tuca.munhoz@gmail.com

Vera Lucia Ferreira Mendes

Docente; PUC-SP. Coordenadora da Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde no período de 2011-2016.

E-mail: veralfm@uol.com.br

Victor da Silva Aquino

Fisioterapeuta; Secretaria de Saúde do Amazonas; Doutorando da Universidade Federal do Amazonas. Colaborador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: vaquino@aluno.fiocruz.br

Viviane Siqueira Magalhães Rebelo

Acadêmica de Fisioterapia da Universidade Federal do Amazonas; Bolsista/CNPq do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: vivianesiqueira.eng@gmail.com

Vladimir Andrei Rodrigues Arce

Docente; Universidade Federal da Bahia; Pesquisador do Projeto Redecin Brasil.

E-mail: vladimir.arce@ufba.br

ÍNDICE REMISSIVO

A

Análise Documental 238, 328

Área Técnica da Pessoa com Deficiência 95, 194, 223, 273, 328

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) 223, 328

Atenção Básica (AB) 42, 55, 103, 106, 123, 129, 176, 186, 208, 209, 217,
239, 259, 301, 328

Atividades de Vida Diária (AVD) 20, 328

B

Biomédico 328

C

Capacitismo 33, 328

Centro Especializado de Reabilitação (CER) 328

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
(CIF) 20, 135, 281, 328

Comissão Intergestores Bipartite (CIB) 169, 173, 181, 195, 196, 211,
225, 237, 275, 328

Comissão Intergestores Regional (CIR) 169, 173, 181, 328

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
(CNPq) 82, 141, 328

Conselhos de Saúde 65, 66, 328

Constituição Federal de 1998 328

Controle Social 72, 328

D

Dispositivo de Auxílio 328

E

Educação Permanente 54, 72, 328

F

Formação Permanente 130, 329

G

Grupo Condutor Estadual 90, 97, 156, 161, 165, 169, 170, 172, 174, 175, 176, 187, 194, 196, 197, 199, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 215, 220, 226, 238, 239, 265, 266, 267, 270, 273, 329

H

Hospital de Reabilitação 329

I

International Classification of Impairment, Disability and Handicaps (ICIDH) 329

M

Macrorregião 156, 165, 185, 237, 329

Ministério da Saúde 7, 12, 31, 32, 33, 35, 36, 39, 43, 44, 78, 82, 83, 84, 90, 91, 93, 101, 120, 121, 139, 141, 152, 164, 165, 167, 182, 192, 194, 196, 199, 206, 208, 213, 214, 220, 223, 224, 226, 228, 231, 232, 233, 236, 248, 249, 260, 267, 274, 310, 312, 313, 318, 327, 329

Modalidade Única 329

Modelo de Nagi 329

Modo de produção capitalista 329

O

Oficinas Ortopédicas 8, 38, 44, 129, 139, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 151, 152, 186, 231, 264, 329

Organização das Nações Unidas 17, 329

Organização Mundial de Saúde 281, 329

P

Plano Nacional de Direitos das Pessoas com Deficiência – “Viver sem Limites” 329

R

Reabilitação Auditiva 43, 129, 155, 209, 236, 329

Reabilitação Física 146, 198, 202, 224, 268, 329

Reabilitação Intelectual 269, 329

Reabilitação Visual 329

Região de Saúde 108, 137, 174, 237, 329

S

Sistema Único de Saúde 3, 14, 24, 28, 32, 34, 36, 48, 49, 50, 63, 69, 70, 71, 73, 75, 79, 88, 89, 101, 120, 121, 137, 139, 141, 152, 164, 192, 193, 195, 206, 209, 220, 221, 224, 232, 233, 239, 249, 263, 301, 329

U

Urgência e Emergência 8, 11, 36, 45, 46, 47, 48, 55, 72, 93, 103, 129, 132, 154, 155, 158, 160, 161, 162, 163, 187, 209, 236, 263, 267, 273, 301, 329

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-85-54329-72-3

