

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Rede de Cuidados à
Pessoa com
Deficiência

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:

Rede de Cuidados à
Pessoa com Deficiência

Universidade Federal do Maranhão
UNA-SUS/UFMA

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
Rede de Cuidados à
pessoa com deficiência

Organizadoras

Ana Emilia Figueiredo de Oliveira
Paola Trindade Garcia

São Luís
2017



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof.^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

Reitora

Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

Vice-Reitor

Prof. Dr. Allan Kardec Duailibe Barros Filho

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação e Inovação

Prof.^a Dra. Ana Emilia Figueiredo de Oliveira

Coordenadora-Geral da UNA-SUS/UFMA

EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Prof. Dr. Sanatiel de Jesus Pereira

Diretor

CONSELHO EDITORIAL

Prof. Dr. Jardel Oliveira Santos; Prof.^a Dra. Michele Goulart Massuchin; Prof. Dr. Jadir Machado Lessa; Prof.^a Dra. Francisca das Chagas Silva Lima; Bibliotecária Tatiana Cotrim Serra Freire; Prof.^a Dra. Maria Mary Ferreira; Prof.^a Dra. Raquel Gomes Noronha

Revisão de texto

Fábio Alex Matos Santos

Revisão técnica

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Revisão pedagógica

Deysiane Costa das Chagas
Regimarina Soares Reis

Projeto de design

Camila Santos de Castro e Lima; Isabelle Aguiar Prado; João Gabriel Bezerra de Paiva; Katherine Marjorie Mendonça de Assis; Luis Gustavo Sodré Sousa; Paola Trindade Garcia; Stephanie Matos Silva

Normalização

Christianne Rose de Sousa Oliveira - CRB 13ª Região, nº de registro - 417

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência/ Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2017.

96f.: il.

ISBN: 978-85-7862-704-1

1. Cuidados à pessoa com Deficiência 2. Rede de cuidados à pessoa com deficiência. 3. Tipos de deficiência. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Cardoso, Jordana Santos. II. Título.

CDU 614-056.26

INFORMAÇÕES SOBRE A AUTORA

Jordana Santos Cardoso

Graduação em Terapia Ocupacional pela Faculdade Santa Terezinha – CEST (2006). Mestrado em Saúde Coletiva – UFMA (2014). Especialização em Saúde da Família – UFMA (2008). Residência Multiprofissional em Saúde – HUUFMA (2010). Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – Universidade Estácio de Sá (2012). Especialização em Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – UFMA (2013). Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS – Instituto Sírio-Libanês (2014). Especialização em Educação Permanente em Saúde em Movimento – UFRGS (2015). Possui experiência profissional da área de Saúde Pública (Hospitalar, Saúde Mental, Atenção Básica, Gestão e Educação na Saúde). Atualmente, é terapeuta ocupacional do Centro de Atenção Psicossocial II – SEMUS - São Luís.

SUMÁRIO

	p.
1	INTRODUÇÃO13
2	PESSOA COM DEFICIÊNCIA: terminologia e conceitos15
2.1	Deficiência e funcionalidade22
2.2	Aspectos sociais e demográficos da Pessoa com Deficiência no Brasil28
3	CONTEXTO HISTÓRICO E DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA33
3.1	Plano Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência46
4	REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA51
4.1	Componentes e organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência56
4.1.1	Atenção Básica56
4.1.2	Atenção Especializada em Reabilitação64
4.1.3	Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência71
4.1.4	Outros pontos da Rede de Cuidados72
4.1.5	Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência78
4.1.5.1	Financiamento78
4.1.5.2	Operacionalização80
4.1.5.3	Desafios82
	CONSIDERAÇÕES FINAIS84
	REFERÊNCIAS87

PREFÁCIO

Deficiência é um termo em evolução que corresponde atualmente ao resultado da interação entre as pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem a sua plena participação na sociedade em igualdade de condições com outras pessoas. Para fins de classificação, o conceito de deficiência sofreu várias reformulações, até chegar ao definido pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

Nesse sentido, nesta obra inicia-se com a discussão de tais aspectos apontando-se as variações terminológicas que circundam o universo das pessoas com deficiência, elencando-se as diferentes concepções como ponto de partida para posterior apresentação do contexto histórico, os direitos e, por fim, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (instituída pela Portaria nº 793, de 24/04/12) busca ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A rede visa à ampliação do acesso com o acolhimento e a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência (seja auditiva, física, intelectual, ostomias ou múltiplas deficiências) com foco na organização em rede e na atenção integral à saúde.

Além de promover cuidados em saúde, especialmente dos trabalhos de reabilitação, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência busca também desenvolver ações de prevenção

e de identificação precoce de deficiências nas fases pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta. Para tanto, é fundamental garantir o acesso e a qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

Uma das possibilidades de qualificação dos serviços em rede e oferta de cuidado integral às pessoas com deficiência é potencializada através da disseminação de conhecimentos sobre tal temática que ainda merece ser melhor explorada. Portanto, nesta obra, reuniu-se didaticamente aspectos que vão desde as concepções terminológicas até a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, explanadas a partir de contextos teórico-práticos.

Paola Trindade Garcia

Fisioterapeuta, mestra em Saúde Coletiva pela UFMA.

1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste livro é compreender o processo de integração de serviços para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

A terminologia *pessoa com deficiência*, utilizada para assim designar essa população, já indica sob qual concepção a pessoa com deficiência está sendo vista, não conferindo à deficiência um atributo ou déficit.

A deficiência é o resultado da interação dos atributos das pessoas de um lado e das barreiras ambientais e atitudinais do outro, que podem impedir a participação plena da pessoa com deficiência na sociedade. Com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF), isso se torna mais evidente por incluir na designação da deficiência o desempenho nas atividades e a participação social.

Contudo, para que a pessoa com deficiência alcance a plena participação na sociedade, é necessário que as políticas públicas e programas de inclusão façam cumprir as normas e legislações que assegurem os direitos dessas pessoas e a adequada proteção social.

Dessa forma, o livro aqui proposto traz um levantamento histórico do itinerário da pessoa com deficiência no que diz respeito ao alcance de seus direitos, em especial o direito ao acesso à saúde. Para isso, é traçada uma linha histórica que tem como norte a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, seus componentes e organização.

Ementa: Pessoa com deficiência: terminologia e conceitos; Deficiência e funcionalidade; Aspectos sociais e demográficos da Pessoa com Deficiência no Brasil; Contexto histórico e direitos da Pessoa com Deficiência; Plano Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Componentes e Organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

2 PESSOA COM DEFICIÊNCIA: TERMINOLOGIA E CONCEITOS

O objetivo deste capítulo é compreender as diferentes terminologias e conceitos utilizados em um contínuo histórico para designar a pessoa com deficiência, além de conhecer o perfil sociodemográfico da pessoa com deficiência no Brasil e o conceito que sustenta a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

As pessoas com deficiência enfrentam diariamente inúmeros preconceitos com base em estigmas e estereótipos que se manifestam em barreiras atitudinais e que repercutem no acesso ao serviço de saúde. Assim sendo, o uso de uma linguagem inclusiva, a adoção de um modelo de saúde que considera as diferenças e o conhecimento do perfil social e demográfico dessa população são os primeiros passos para se construir uma sociedade inclusiva e, por sua vez, a construção e execução de políticas públicas que possam atender às necessidades das pessoas com deficiência.

A terminologia atualmente utilizada para designar a pessoa com deficiência sofreu diversas mudanças ao longo do

tempo que demarcam, de alguma forma, o avanço em relação ao alcance que as pessoas com deficiência obtiveram quanto aos seus direitos humanos.

Alguns termos antecederam a utilização da terminologia **pessoa com deficiência**, e entre eles é possível elencar os seguintes:

Pessoa deficiente

Pessoa portadora de deficiência

Pessoa com necessidades especiais

Originários do campo da educação, outros termos se aplicaram para denominar a pessoa com deficiência intelectual, são eles: débil, anormal, retardado mental, indivíduo anormal, pessoa com retardo mental, indivíduo excepcional e pessoas com necessidade educativas especiais (PNEE).

O que se apreende dessa questão é que as terminologias anteriores ao termo **pessoa com deficiência** deixam uma marca que ora atribui à pessoa com deficiência um atributo de posse, a exemplo do termo portador de deficiência, ora uma categorização excludente, a exemplo dos termos pessoa deficiente e indivíduo excepcional.

Os conceitos de débil, idiota, imbecil, anormal e retardado mental estão todos relacionados a algum déficit na inteligência. O termo excepcional, por sua vez, refere-se à pessoa que não se encaixa em uma média (DOMINGUES, 2011).

Diante de tais variações terminológicas, o termo **pessoa com deficiência** foi convencionado para assim nomear essas pessoas, e a ele foram atribuídos alguns conceitos que também demonstram haver avanço no que se refere à conquista de direitos,

à elaboração de políticas públicas e, em especial, no âmbito da saúde, quanto ao próprio entendimento de que a deficiência não pode ser considerada como algo limitado ao campo biológico.

Essa primeira questão colocada refere-se ao campo ao qual a deficiência faz parte, e essa discussão deu-se a princípio com o questionamento quanto à definição da deficiência como algo puramente do campo biológico instituído pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH) que antecedeu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

A exemplo dessa definição, tem-se a forma como as deficiências são descritas segundo o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Veja a seguir como são descritas as categorias de deficiência (BRASIL, 1999):

Deficiência física

Alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.

Deficiência auditiva

Perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz.

Deficiência visual

Cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores.

Deficiência mental

Funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos de idade e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização de recurso da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.

Deficiência múltipla

Associação de duas ou mais deficiências.

Contudo, algumas discussões apontaram que a deficiência não pode ser vista como algo exclusivamente biológico ou exclusivamente social. Com base nisso, a Organização Mundial de Saúde (2004) define que **“as deficiências podem ser parte ou expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo passe a ser considerado doente”**.

Portanto, a deficiência não é um atributo da pessoa, mas resulta da interação da pessoa com o ambiente. Dessa forma, com a Convenção de Direitos da Pessoa com Deficiência (CDPD) da Organização das Nações Unidas, a deficiência foi conceituada como resultado da interação entre pessoas com deficiência

e barreiras comportamentais e ambientais que impedem sua **participação** plena e eficaz na sociedade de forma igualitária (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).



IMPORTANTE!

Atente-se para algumas definições importantes:

Participação é o envolvimento de um indivíduo em uma situação da vida real.

Restrições na participação são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real (OMS, 2004).

Em consonância, a Convenção de Salamanca define que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Somado a isso, a Organização Mundial de Saúde (2012) acrescenta que as deficiências são complexas, dinâmicas e multidimensionais. No diagrama a seguir você pode conferir os três fatores que devem ser considerados ao determinar se a deficiência constitui uma limitação substancial:

Quadro 1 - Fatores determinantes de deficiências como uma limitação substancial.

De acordo com a OMS (2004)	Segundo Pedretti e Early (2004)
Temporárias ou permanentes.	Duração ou duração esperada da limitação.
Progressiva, regressiva ou estáveis.	A natureza e a gravidade da limitação.
Intermitentes ou contínuas.	Permanência do efeito esperado.

Fonte: 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. Brasília, 2012a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

Considerando que a deficiência é contextual e relacionada às diversas barreiras (atitudinais, físicas e financeiras) enfrentadas pelas pessoas com deficiência, a Norma Brasileira de Acessibilidade voltada a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos (ABNT, 2004), define deficiência como:

A redução, limitação ou inexistência das condições de percepção das características do ambiente ou de mobilidade e de utilização de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos, em caráter temporário ou permanente.

Outro aspecto a ser considerado no que se refere a essa terminologia, é que o conceito de deficiência é geralmente associado ao de incapacidade, e, embora estejam associados, há distinções entre os dois.

De acordo com Pedretti; Early (2004, p. 256):

Uma deficiência é uma incapacidade somente se limitar substancialmente uma ou mais atividades principais da vida. Para ser considerada com deficiência, uma pessoa deve ser incapaz de realizar, ou sofrer significativa limitação na capacidade de realizar uma atividade, em comparação com pessoas sem deficiência. As atividades principais da vida são as que uma pessoa pode realizar com pouca ou nenhuma dificuldade. Entre os exemplos de atividades principais da vida estão: andar, falar, respirar, executar tarefas manuais, ver, ouvir, cuidar de si mesmo, trabalhar, sentar, levantar, erguer e ler.

Sendo assim, há uma diferença entre deficiência e incapacidade, como é mostrado a seguir:

Quadro 2 - Diferença entre deficiência e incapacidade.

Deficiências

São problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004, p. 13).

Incapacidade

É um termo abrangente para deficiências, limitações para realizar e restrições para participar de certas atividades, que engloba os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com um problema de saúde) e os fatores contextuais daquele indivíduo (fatores ambientais e pessoais) (OMS, 2012).



Vimos nesse tópico que as pessoas com deficiência enfrentam muitas barreiras atitudinais, originárias de estereótipos e estigmas, que as impedem de acessar e ocuparem alguns espaços sociais. Com base nisso, veja abaixo a citação de Haydeé:

“Antes que as pessoas tomem uma decisão sobre uma pessoa com deficiência, elas deveriam conversar com elas.” Haydeé (OMS, 2012).

Você já se perguntou qual a terminologia que você utiliza para nomear uma pessoa com deficiência?

Como é a sua atitude, enquanto profissional, quando realiza um atendimento a uma pessoa com deficiência?

Ao receber uma pessoa com deficiência na unidade de saúde em que você trabalha, você tenta minimizar as barreiras atitudinais?

2.1 Deficiência e funcionalidade

Para fins de classificação, o conceito de deficiência sofreu várias reformulações, até chegar ao definido pela Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF).

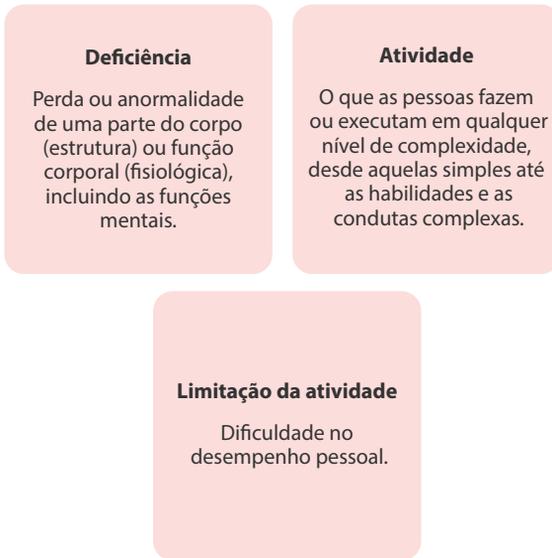
Embora a CIF seja utilizada para medir a funcionalidade de todas as pessoas, por mensurar a incapacidade e a funcionalidade, ela é muito utilizada para obter informações relativas a esses aspectos de pessoas com deficiência. A CIF, portanto, é uma classificação de componentes de saúde, e junto à Classificação Internacional de Doenças (CID), fornece informações sobre o diagnóstico e funcionalidade de pessoas e populações.

Segundo BRASIL (2008), com a **Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)**, elaborada em 1989 pela OMS, a deficiência foi definida com base na incapacidade e desvantagem, como mostra o esquema a seguir:



Com o novo título e princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades da pessoa com deficiência, em 1997, a Classificação recebeu o título de **Classificação Internacional das Deficiências, Atividades e Participação (CIDDM-2)** e foi definida em três termos (BRASIL, 2008).

Veja no quadro os três termos definidos pela CIDDM-2:



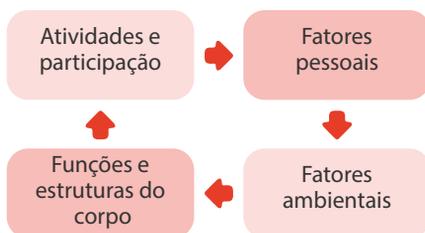
A partir da CIDDM-2, o termo incapacidade entrou em desuso por ser tomado como uma desqualificação social. Essa Classificação incluiu ainda a participação, definida como a interação que se estabelece entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental (BRASIL, 2008).

A CIDDM-2 influenciou as práticas relacionadas à reabilitação e inclusão social de pessoas com deficiência, na medida em que propõe uma nova forma de se encarar as pessoas com

deficiência e suas limitações para o exercício pleno das atividades decorrentes da sua condição (BRASIL, 2008).

Posteriormente, em maio de 2001, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi estabelecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa Classificação leva em conta a capacidade de pessoas com deficiência em se relacionar com o seu ambiente de vida (BRASIL, 2008).

A CIF analisa a saúde dos indivíduos a partir de quatro categorias, a saber (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004):



No quadro abaixo, você pode ter uma visão geral da CIF e compreender melhor como se dá cada categoria apresentada anteriormente:

Quadro 3 - Visão geral do CIF.

Componentes	Parte 1: Funcionalidade e incapacidade		Parte 2: Fatores contextuais	
	Funções e estruturas do corpo	Atividades e participação	Fatores ambientais	Fatores pessoais
Domínios	Funções do corpo Estruturas do corpo	Áreas vitais (tarefas, ações)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Construtos	Mudanças nas funções do corpo (fisiológicas) Mudanças nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas em um ambiente padrão Desempenho/ execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa

Aspectos positivos	Integridade funcional e estrutural	Atividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
	Funcionalidade			
Aspectos negativos	Deficiência	Limitação da atividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável
	Incapacidade			

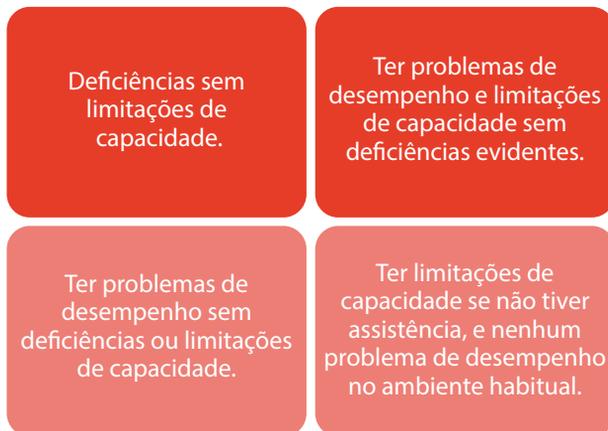
Fonte: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**: Lisboa, 2004.

Com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004), a funcionalidade e a deficiência passam a ser compreendidas como uma interação dinâmica entre problemas de saúde e fatores contextuais, tanto **personais** quanto **ambientais** (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), os fatores citados anteriormente podem ser facilitadores ou podem se configurar como grandes barreiras. São considerados fatores ambientais e pessoais:



Com base na interação entre os componentes da CIF, a alteração na funcionalidade pode se dar da seguinte forma (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004):



AGORA É COM VOCÊ!

Uma deficiência mental é uma variação importante no desenvolvimento intelectual. Ela pode originar certas limitações em diversas capacidades da pessoa. Os fatores ambientais, no entanto, podem afetar o grau do desempenho individual em diferentes domínios da vida.

Por exemplo, uma criança com deficiência mental pode enfrentar poucas desvantagens em um ambiente em que as expectativas não sejam altas para a população em geral e onde ela poderá realizar um conjunto de tarefas simples e repetitivas, porém necessárias. Nesse ambiente, a criança teria um bom desempenho em diferentes situações de vida.

Uma criança semelhante, que cresce em um ambiente competitivo e com expectativas escolares elevadas, pode enfrentar

mais problemas de desempenho em várias situações da vida se comparada com a primeira criança (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Baseado nessa situação, analise as questões e responda:

1) Com base na classificação descrita anteriormente, em qual classificação de funcionalidade cada criança se encontra?

2) Quais os fatores ambientais tiveram um impacto facilitador ou limitador sobre essa funcionalidade?

A primeira criança possui a classificação de deficiência sem limitações da capacidade e a segunda criança possui a classificação de ter problemas de desempenho e limitações de capacidade sem deficiências evidentes. Esses exemplos mostram como o fator ambiental atitudinal, assim como as normas, práticas e ideologias de baixa ou alta competitividade podem influenciar na forma como a pessoa com deficiência pode ter um bom desempenho social.



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar o seu conhecimento sobre funcionalidade e incapacidade e saúde, leia o texto "Classificação Internacional de Funcionalidade e Incapacidade e Saúde" da Organização Mundial da Saúde, publicado em 2004 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

2.2 Aspectos sociais e demográficos da Pessoa com Deficiência no Brasil

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), em todo o mundo, as pessoas com deficiência apresentam piores perspectivas de saúde, níveis mais baixos de escolaridade, participação econômica menor e taxas de pobreza mais elevadas em comparação às pessoas sem deficiência.

Nos países em desenvolvimento, os estudantes com necessidades especiais raramente dispõem de acesso à educação ou formação profissional de reabilitação, e posteriormente têm menos probabilidade de encontrar trabalho (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

Segundo o Relatório do Desenvolvimento Humano, a maioria das pessoas com deficiência não está em condições de utilizar plenamente as suas capacidades. A discriminação laboral das pessoas com deficiência é uma prática comum, e o acesso ao mercado de trabalho é ainda mais difícil para as mulheres com deficiência (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2012), mulheres com deficiência enfrentam, além da própria deficiência, as desvantagens associadas ao sexo, e podem ter menores chances de se casar do que mulheres não deficientes. Além disso, as pessoas que enfrentam deficiências intelectuais parecem ser mais desprovidas em muitos cenários do que aquelas que enfrentam deficiências físicas ou sensoriais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

No ano de 2011, a taxa de emprego das pessoas com deficiência nos países de baixo rendimento foi de 59% na população masculina e 20% na população feminina, comparado a 71% na população masculina e 32% na população feminina de pessoas sem deficiência (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015).

No Brasil, os dados do Censo Demográfico de 2010 apontam que 45.606.048 brasileiros possuem algum tipo de deficiência, sendo a deficiência visual mais prevalente na população brasileira. Entre as deficiências encontradas, estão:

Figura 1 - Tipos de deficiência.



Deficiência visual
(35.774.392 pessoas)



Deficiência auditiva
(9.717.318 pessoas)



Deficiência motora
(13.265.599 pessoas)



Deficiência mental/intelectual
(2.611.536 pessoas)

Fonte: IBGE. Relatório do Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População - Resultados da Amostra. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.

Quando comparado ao sexo, mulheres apresentam maior quantitativo de pessoas com algum tipo deficiência, totalizando 25.800.681, comparado a quantidade de 19.805.367 homens com deficiência. No que refere à faixa etária, as pessoas com alguma deficiência se apresentam com mais frequência na população com idade acima de 45 anos de idade, principalmente na faixa etária de 45 a 59 anos e na faixa etária a partir de 70 anos, sendo essa última a mais prevalente (IBGE, 2010).

Ainda segundo o Censo Demográfico de 2010, a população com alguma deficiência encontra-se mais concentrada na zona urbana (38.473.702 pessoas) do que na zona rural (7.132.347 pessoas). Do total de 42.146.647 pessoas com alguma deficiência, 25.766.944 pessoas não têm instrução ou possuem ensino fundamental incompleto. Do total de 86.353.839 pessoas com atividade laboral, apenas 20.365.963 são pessoas com alguma deficiência. Na maior parte da população estudada que apresenta alguma deficiência, referiu que a sua cor de pele é branca ou parda (IBGE, 2010).

Com base nas taxas apresentadas acima, o perfil da pessoa com deficiência no Brasil é de pessoas do **sexo feminino, com baixa escolaridade, com idade acima de 45 anos, residentes na zona rural, pouco inseridas em atividade laboral e cor de pele parda ou branca.**

No Brasil, o maior número de pessoas com deficiência está em São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1 - População residente (pessoas) por tipo de deficiência, segundo a situação do domicílio.

País e Unidade da Federação	População Residente (N)
Brasil	45.606.048
Rondônia	345.580
Acre	165.892
Amazonas	790.647
Roraima	95.510
Pará	1.790.289
Amapá	158.770
Tocantins	307.449
Maranhão	1.641.771
Piauí	859.627
Ceará	2.340.329
Rio Grande do Norte	882.022
Paraíba	1.045.962
Pernambuco	2.425.900
Alagoas	859.707
Sergipe	518.568
Bahia	3.556.832
Minas Gerais	4.432.186
Espírito Santo	823.730
Rio de Janeiro	3.899.885
São Paulo	9.344.109
Paraná	2.280.548
Santa Catarina	1.330.704
Rio Grande do Sul	2.548.418
Mato Grosso do Sul	525.979
Mato Grosso	669.042
Goiás	1.392.790
Distrito Federal	573.805

Fonte: CALDAS JÚNIOR, A.; MACHIAVELLI, J. **Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência**: introdução ao estudo. Recife: Ed. Universitária, 2015. 65 p. Dados extraídos de IBGE (2012).

3 CONTEXTO HISTÓRICO E DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O objetivo deste capítulo é fazer um resgate histórico dos principais acontecimentos e iniciativas que marcam a história das conquistas dos direitos das pessoas com deficiência e os desdobramentos que elas acompanham, até chegar à formulação de políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência.

Assim, esse resgate terá como ponto de partida a concepção mundial sobre os direitos humanos, cuja marca é a Declaração Universal dos Direitos Humanos até chegar ao reconhecimento da pessoa com deficiência como cidadão de direito, incluindo o direito à saúde.

Dito isso, a linha histórica da construção de uma política pública de saúde no Brasil para pessoa com deficiência e as legislações que asseguram o direito à saúde dessa população servirão como pano de fundo para demonstrar as formulações que culminaram na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Ao longo das últimas décadas houve uma mudança de paradigma quanto às questões relacionadas às pessoas com

deficiência, tanto no âmbito legislativo quanto no modelo de saúde proposto em alguns países, incluindo o Brasil.

O primeiro marco legal que autentica os direitos humanos e, por conseguinte, os direitos da pessoa com deficiência, foi a **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, promulgada em 10 de dezembro de 1948, pela Assembleia Geral das Nações Unidas (BRASIL, 2009).

A partir dessa Declaração, é assegurado o exercício de muitos direitos, entre eles o direito à nacionalidade, de acesso ao serviço público, ao trabalho, à instrução, à proteção dos direitos morais, à vida, à liberdade, à segurança pessoal e à dignidade sem qualquer distinção de raça, cor, sexo, idioma, opinião pública ou outra natureza. Essa Declaração também assegura que ninguém sofrerá interferência em sua vida privada e não sofrerá tortura, prisão ou exílio de forma arbitrária.

Em 9 de dezembro de 1975, a Organização das Nações Unidas instituiu a Resolução nº 30/84, a qual ficou conhecida como a **Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências**. Com essa Resolução, às pessoas com deficiência foram dados os mesmos direitos civis e políticos das pessoas que não possuem deficiência, entre eles o acesso aos serviços de saúde.

No ano de 1981, a ONU declarou esse ano como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente, o que colocou em evidência e em discussão, entre os países-membros, a situação da população portadora de deficiência no mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento. O principal desdobramento foi a aprovação pela Resolução nº 37/52, realizada em 3 de dezembro

de 1982, do **Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências** (BRASIL, 2008).

Outro marco legal dos direitos das pessoas com deficiência foi a **Declaração de Salamanca** de 1994, referente aos **Princípios, Política e Prática em Educação Especial** e a partir da qual se assegurou que a educação de pessoas com deficiência fosse parte integrante do sistema educacional.

Com a Declaração de Salamanca foi reafirmado o compromisso com a **Educação para Todos**, reconhecendo a necessidade da inclusão de pessoas com deficiência no sistema regular de ensino.

Já no ano de 2001, a **Convenção Interamericana para eliminação de todas as formas de discriminação contra as pessoas portadoras de deficiência**, denominada também **Convenção de Guatemala**, instituiu o Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, o qual define que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as demais pessoas, incluindo o direito de não ser submetida a qualquer forma de discriminação com base na sua deficiência.

Posteriormente, por meio do Decreto Legislativo nº 186, foi aprovado o texto da ONU referente à **Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência** e seu protocolo facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

Em 2008, essa **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência** foi incorporada à legislação brasileira, com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º da Constituição brasileira, e quando feito, reconheceu um instrumento que gera maior respeito aos Direitos

Humanos (BRASIL, 2011).

Com isso, o Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, promulga a **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**, bem como o seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007.

No Artigo 3º do Decreto nº 6.949 constam os princípios gerais dessa convenção, são eles:

a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas.

b) A não discriminação.

c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade.

d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade.

e) A igualdade de oportunidades.

f) A acessibilidade.

g) A igualdade entre o homem e a mulher.

h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.

A incorporação à Constituição Federal do texto referente a essa Convenção institui um marco legal quanto ao direito da pessoa com deficiência e fez com que o Brasil passasse a ser reconhecido pelas mudanças provocadas, relativas à ascensão

da promoção e garantia dos direitos individuais e coletivos para efetivação da sua inclusão social (BRASIL, 2011).

Assim, no Cap. II, Artigo 23º da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, é descrito que é competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências.

Após o incremento da Constituição de 1988, outros ditames legais foram estabelecidos. Entre eles, a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, a qual dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas. Por meio dela, fica definido o tratamento prioritário e adequado em diversas áreas, entre elas a da saúde. Nessa área foram instituídas as seguintes medidas:

a) A promoção de ações preventivas, como as referentes ao planejamento familiar, ao aconselhamento genético, ao acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério, à nutrição da mulher e da criança, à identificação e ao controle da gestante e do feto de alto risco, à imunização, às doenças do metabolismo e seu diagnóstico e ao encaminhamento precoce de outras doenças causadoras de deficiência.

b) O desenvolvimento de programas especiais de prevenção de acidente do trabalho e de trânsito, e de tratamento adequado às vítimas.

c) A criação de uma rede de serviços especializados em reabilitação e habilitação.

d) A garantia de acesso das pessoas com deficiência aos estabelecimentos de saúde públicos e privados, e de seu adequado tratamento neles, sob normas técnicas e padrões de conduta apropriados.

e) A garantia de atendimento domiciliar de saúde à pessoa com deficiência grave não internado.

f) O desenvolvimento de programas de saúde voltados para as pessoas com deficiência, desenvolvidos com a participação da sociedade e que lhes ensejem a integração social.

No que tange ao acesso à saúde da pessoa com deficiência, a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, assegura a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência; e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, ambas posteriormente regulamentadas pelo Decreto de nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004.

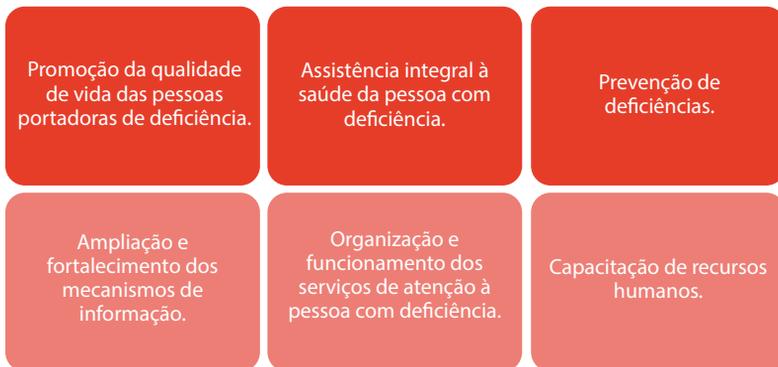
A universalidade do acesso, assim como a integralidade da assistência, igualdade da assistência em saúde e preservação da autonomia, também estão previstos como princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contidos no Art. nº 198 da Constituição Federal e no Art. nº 7 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

No ano de 1999, o Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº 7.853/89 e dispõe sobre a **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**.

Segundo o Art. 1º do Decreto acima citado, a **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência** compreende o conjunto de orientações normativas que tem o objetivo de assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência. Entre as diretrizes, têm-se: a inclusão da pessoa com deficiência com respeito às suas peculiaridades, em todas as iniciativas governamentais relacionadas à educação, à saúde, ao trabalho, à edificação pública, à Previdência Social, à assistência social, ao transporte, à habitação, à cultura, ao esporte e ao lazer.

Posteriormente ao Decreto nº 3.298, a **Política Nacional da Pessoa com Deficiência** foi aprovada, na forma de anexo, pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Essa Política tem como a reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção à sua saúde e à prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação da sociedade.

Dessa forma, são diretrizes da Política Nacional da Pessoa com Deficiência:



Além da Política que entra em vigor com a Portaria MS/GM nº 1.060, outras portarias regulamentam a Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Entre elas, estão aquelas que instituem cuidados à população com deficiências por especificidade, a saber:

A Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009, que indica as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas; a Portaria MS/GM nº 1.370, de 3 de julho de 2008, institui o Programa Nacional de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares; a

Portaria MS/SAS nº 370, de 4 de julho de 2008, que define os mecanismos para operacionalização desse Programa; a Portaria MS/GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva; a Portaria SAS/MS nº 1.330, de 3 de dezembro de 2012, a qual aprova as diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular; e a Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012, que aprova a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada.

Em 2012, a Portaria MS/SAS nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. São objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência:

I - Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua no SUS.

II - Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, ostomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção.

III - Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência faz parte do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite, instituído pelo Decreto nº 7.612, de novembro de 2011. Este aponta para a articulação de políticas, programas e ações para atendimento das necessidades de saúde da pessoa com deficiência, como mostra no próximo tópico.

Veja na linha do tempo a seguir os principais acontecimentos relacionados às pessoas com deficiência:

Figura 2 - Linha do tempo dos principais acontecimentos relacionados às pessoas com deficiência.



Declaração
Universal
dos Direitos
Humanos

• 1948 •

**Declaração Universal dos
Direitos Humanos:**

primeiro marco legal que
autenticou os direitos humanos
e, por conseguinte, os direitos
da pessoa com deficiência.



• 1975 •

**Declaração das Pessoas
Portadoras de Deficiências:**

deu às pessoas com deficiência os
mesmos direitos civis e políticos
das pessoas que não possuem
deficiência, entre eles, o acesso
aos serviços de saúde.



• 1981 •

**Ano internacional da pessoa
deficiente:**

colocou em evidência e em
discussão, entre os
países-membros, a situação
da população portadora de
deficiência no mundo.



• 1982 •

**Programa de Ação Mundial para
as pessoas com deficiência:**

aprovado pelas Nações Unidas,
por meio da Resolução nº 37/52.



• 1994 •

Declaração de Salamanca:
estabeleceu os princípios, política e prática em educação especial, assegurando que a educação de pessoas com deficiência fosse parte integrante do sistema educacional.



• 1999 •

Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999:
regulamentou a Lei nº 7.853/89, que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência.



• 2000 •



• 2001 •

Convenção de Guatemala:
instituiu o Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001, o qual define que as pessoas com deficiência têm os mesmos direitos que as demais pessoas.

Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000:
estabeleceu as normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.



• 2002 •

Política Nacional da Pessoa com Deficiência:

aprovada, na forma de anexo, pela Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.



• 2004 •

Decreto nº 5.296/04:

regulamentou a Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000; e a Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000.



• 2007 •

Decreto Legislativo nº 186:

aprovou o texto referente à Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo.



• 2008 •

Incorporação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência à legislação brasileira.



• 2009 •

Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009:
promulgou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência na legislação brasileiro, bem como o seu Protocolo Facultativo.



• 2011 •

Decreto nº 7.612, de novembro de 2011:
instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite.



• 2012 •

Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012:
instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Fonte: UNA-SUS. UFMA. 2017



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento sobre o contexto histórico e direitos da pessoa com deficiência, sugerimos a leitura dos seguintes documentos:

- Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008, aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu protocolo facultativo.
- 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.
- Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.
- Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência.
- Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009. Indica as diretrizes nacionais para a Atenção à Saúde de Pessoas Ostomizadas.
- Portaria MS/GM nº 1.370, de 3 de julho de 2008. Institui o Programa Nacional de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares.
- Portaria MS/SAS nº 370, de 4 de julho de 2008. Define os mecanismos para operacionalização Nacional de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares.

- Portaria MS/GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria SAS/MS nº 1.330, de 3 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular.
- Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012. Aprova a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada.

3.1 Plano Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência

O Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite foi instituído em 17 de novembro de 2011 pelo Decreto nº 7.612, tem como finalidade promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. São eixos de atuação do Plano Viver sem Limite (BRASIL, 2001):



Entre as diretrizes que compõem o Plano Viver sem Limite estão:

I - Garantia de um sistema educacional inclusivo.

II - Garantia de que os equipamentos públicos de educação sejam acessíveis para as pessoas com deficiência, inclusive por meio de transporte adequado.

III - Ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho, mediante sua capacitação e qualificação profissional.

IV - Ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza.

V - Prevenção das causas de deficiência.

VI - Ampliação e qualificação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação.

VII - Ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e com recursos de acessibilidade.

VIII - Promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva (Brasil, 2011).

Quanto ao eixo de atenção à saúde, com base na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, as pessoas com deficiência devem ter acesso a todos os bens e serviços da saúde, sem discriminação (BRASIL, 2013).

Assim, o Plano Viver sem Limite deu origem à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios. A nova política induz a articulação entre os serviços,

garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (BRASIL, 2013).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para Atenção à Saúde é composta pelos seguintes serviços e iniciativas:

- ✓ Qualificação das equipes de saúde da Atenção Básica.
- ✓ Criação dos Centros Especializados em Reabilitação.
- ✓ Ampliação da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção.
- ✓ Oficinas ortopédicas.
- ✓ Atenção odontológica às pessoas com deficiência.
- ✓ Estabelecimento de diretrizes terapêuticas para os cuidados às pessoas com deficiência, entre as quais: diretrizes terapêuticas sobre deficiência intelectual; deficiência visual; acidente vascular encefálico e traumatismo cranioencefálico.
- ✓ Identificação e intervenção precoce das deficiências.
- ✓ Revisão do marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal.
- ✓ Reestruturação do atual sistema de busca e acompanhamento das crianças diagnosticadas por meio dos testes.
- ✓ Encaminhamento de crianças diagnosticadas por meio dos testes a serviços que possam promover o tratamento necessário em cada caso.

O processo de identificação precoce de deficiências conta com exames realizados por profissionais de saúde para detectar e classificar precocemente as principais doenças e fatores de risco que afetam crianças de 0 a 2 meses de idade. O Viver sem

Limite prevê a revisão do marco normativo da Política Nacional de Triagem Neonatal, que passará a integrar o componente sanguíneo da triagem (Teste do Pezinho), triagem auditiva (Teste da Orelhinha) e a triagem ocular (Teste do Olhinho) (BRASIL, 2013).

Para extensão da realização da triagem neonatal auditiva, há incentivo financeiro a 175 maternidades de alto risco e a publicação de diretriz de atenção para a triagem auditiva e ocular. Além disso, está prevista a reestruturação do atual sistema de busca e acompanhamento das crianças diagnosticadas por meio dos testes, bem como seu encaminhamento a serviços que possam promover o tratamento necessário em cada caso (BRASIL, 2013).

Embora nesse tópico se encontre considerações quanto aos serviços e iniciativas que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, eles não foram descritos, sendo necessário, portanto, a descrição destes e dos dispositivos intersetoriais no tópico a seguir.



PARA SABER MAIS!

Para aprofundar seu conhecimento sobre o Programa Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, leia os seguintes documentos:

- Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite.
- Viver sem limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

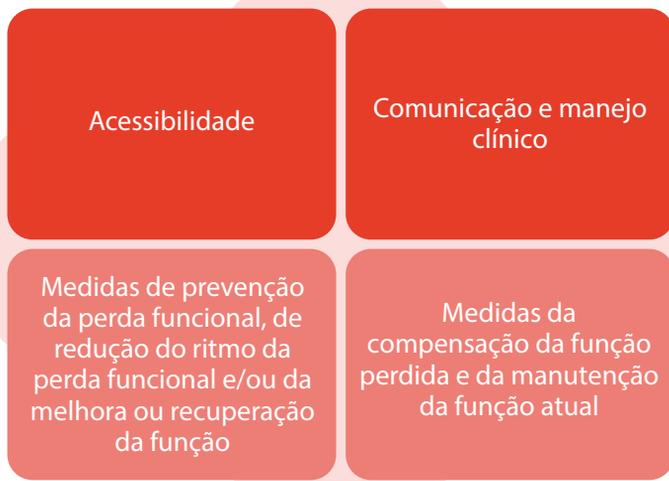
Além disso, se você quiser conhecer como se dá a Triagem Neonatal (PNTN), leia a Portaria GM/MS nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012, que inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001.

4 REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

O objetivo deste capítulo é apresentar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, bem como a sua organização, os dispositivos que a compõem, os desafios para implementação dessa Rede e a situação da sua implementação no Brasil, no que diz respeito ao custeio e habilitação.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi instituída pela Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Já o incentivo financeiro para o Componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, está previsto na Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência define a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Segundo a Portaria nº 793, para a garantia da equidade na atenção à pessoa com deficiência, é necessário (BRASIL, 2012a):



Dessa forma, são objetivos específicos dessa Rede de Cuidados (BRASIL, 2012a):

I - Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências.

II - Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta.

III - Ampliar a oferta de órtese, prótese e meios auxiliares de locomoção (OPM).

IV - Promover 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.

V - Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde.

VI - Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil.

VII - Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais.

VIII - Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

IX - Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

E entre as diretrizes para o funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estão:

I - Respeito aos direitos humanos, com garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência para fazerem as próprias escolhas.

II - Promoção da equidade.

III - Promoção do respeito às diferenças e aceitação de pessoas com deficiência, com enfrentamento de estigmas e preconceitos.

IV - Garantia de acesso e de qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar.

V - Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas.

VI - Diversificação das estratégias de cuidado.

VII - Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.

VIII - Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares.

IX - Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

X - Promoção de estratégias de educação permanente.

XI - Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

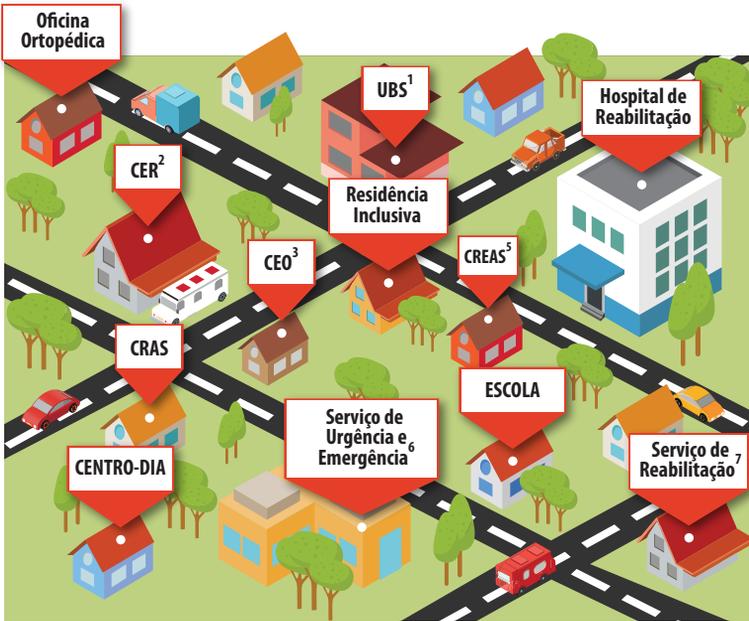
XII - Desenvolvimento de pesquisa clínica e inovação tecnológica em reabilitação, articuladas às ações do Centro Nacional em Tecnologia Assistiva (MCT).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é organizada com os seguintes componentes (BRASIL, 2012a):



Considerando que os componentes da Rede não são estáticos, pois demandam uma via de mão dupla para o usuário e a interlocução com os demais dispositivos de saúde, o mapa da rede tornou-se uma ferramenta importante para fins de elaboração do fluxo de atendimento. A seguir, visualize os componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por meio do mapa da rede:

Figura 3 - Componentes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.



Fonte: UNA-SUS. UFMA. 2017

¹UBS – Unidade Básica de Saúde: onde funciona a Equipe de Saúde da Família (ESF), o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Atenção Odontológica.

²CER – Centro Especializado em Reabilitação.

³CEO – Centro de Especialidade Odontológica.

⁴CRAS – Centro de Referência da Assistência Social.

⁵CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

⁶Serviço de Urgência e Emergência – Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospital de Emergência.

⁷Serviço de Reabilitação – estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação.

Você conhece a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de seu município?

Que tal fazer um mapeamento dessa Rede?

Quais os dispositivos que a compõem?



PARA SABER MAIS!

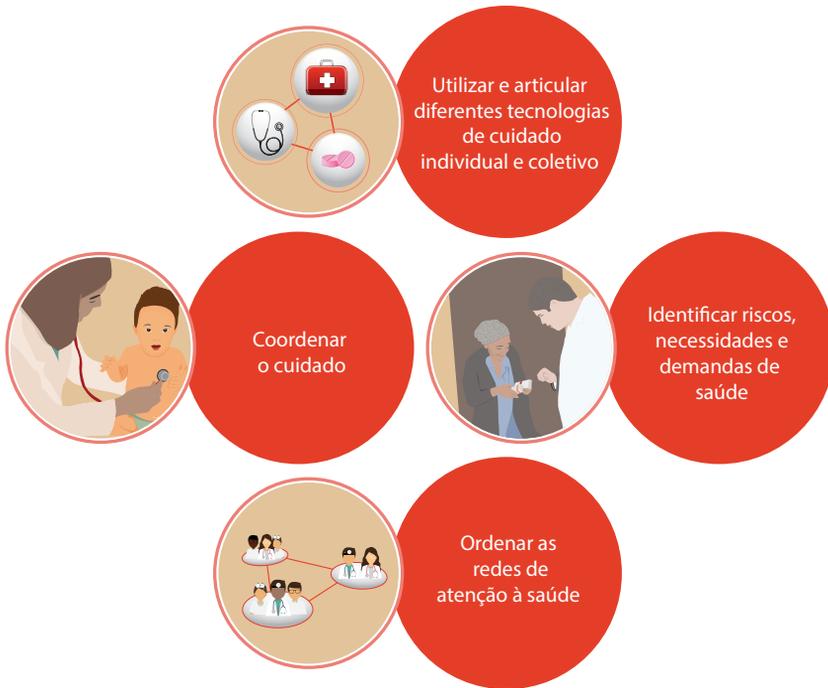
Para aprofundar seu conhecimento sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema de Saúde, leia a Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.

4.1 Componentes e organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

4.1.1 Atenção Básica

De acordo com a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Atenção Básica deve ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade. Portanto, são competências da Atenção Básica:

Figura 4 - Competências da Atenção Básica.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>.

O componente da **Atenção Básica** tem como ponto de atenção a unidade básica de saúde (UBS) e conta com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e com a Atenção Odontológica.

A Atenção Básica na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência prioriza as seguintes ações estratégicas para a

ampliação do acesso e da qualificação da atenção à pessoa com deficiência:

I - Promoção da identificação precoce das deficiências, por meio da qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância.

II - Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os 2 anos de vida, tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias conforme as necessidades.

III - Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas.

IV - Criação de linhas de cuidado e implantação de protocolos clínicos que possam orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência.

V - Publicação do Caderno de Atenção Básica para o apoio aos profissionais de saúde na qualificação da atenção à pessoa com deficiência.

VI - Incentivo e desenvolvimento de programas articulados com recursos da própria comunidade, que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência.

VII - Implantação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco e análise de vulnerabilidade para pessoas com deficiência.

VIII - Acompanhamento e cuidado à saúde das pessoas com deficiência na atenção domiciliar.

IX - Apoio e orientação às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência.

X - Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, às famílias e à comunidade escolar, visando à adequação do ambiente escolar às especificidades das pessoas com deficiência.

No que se refere ao **Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF)**, ele é formado por uma equipe de profissionais

de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB (BRASIL, 2014b).

Conforme consta em Ministério da Saúde (2014b), os profissionais do NASF podem agregar a oferta de novas ações na AB, por meio de sua intervenção direta em ações que as equipes de Saúde da Família dificilmente conseguirão fazer sozinhas, por requererem competências específicas de algumas ocupações ou formações profissionais, ou pela disponibilidade de tempo.

Veja no esquema a seguir alguns exemplos de ações que podem ser desenvolvidas pelos profissionais do NASF:

Exemplo de ações

Prescrever e realizar exercícios de cinesioterapia para pessoas com dores crônicas de coluna.

Cuidar de pessoas com alterações ou dificuldades de fala e linguagem.

Prescrever a confecção de órteses e próteses.

Atuar na reabilitação de um usuário com grande ou recente comprometimento neurológico e motor.



Você sabe como foram definidas a composição e a distribuição das equipes/profissionais do NASF no seu município?

Considerando um território com elevada prevalência de pessoas com hipertensão arterial sistêmica e de pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, quais categorias profissionais você escolheria para compor o NASF?

No planejamento de sua implantação, é fundamental que as ações iniciais do NASF estejam organizadas de acordo com necessidades da população e da equipe de AB, evitando a construção de ofertas de apoio que sejam consideradas irrelevantes ou secundárias pelas equipes apoiadas.

Confira as ações propostas para o NASF na área estratégica de reabilitação no quadro 4:

Quadro 4 - Área estratégica de reabilitação.

Área estratégica	Ações propostas para o NASF
Reabilitação	Realização do levantamento de pessoas com deficiências residentes na área sob responsabilidade do NASF e equipes vinculadas.
	Realização de avaliação funcional para definição do serviço em que será realizado o processo de reabilitação (Atenção Básica ou serviços especializados).
	Acompanhamento longitudinal de casos, em conjunto com as equipes de AB, de acordo com os critérios previamente estabelecidos.
	Realização de atendimento ambulatorial em reabilitação na UBS, quando possível.
	Realização de atividades coletivas: práticas corporais, tratamento de dores posturais, orientações para famílias de pessoas com deficiência, grupo de estimulação cognitiva para adultos/prevenção de problemas de memória, entre outros temas.

Reabilitação	Assistência domiciliar aos usuários restritos ao leito ou ao domicílio que requerem cuidados em reabilitação.
	Orientação e informação às pessoas com deficiência, cuidadores e ACS sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e tecnologias de atenção para o desempenho funcional diante das características específicas de cada indivíduo.
	Encaminhamento e acompanhamento das indicações e concessões de órteses e/ou próteses realizadas por outro nível de atenção à saúde.
	Desenvolvimento de ações de reabilitação baseadas no saber da comunidade, valorizando seu potencial e considerando que todos os envolvidos são agentes do processo de reabilitação e inclusão social.
	Realização de campanhas de mobilização visando à prevenção de deficiências por meio de sensibilização de gestantes para a realização do teste do pezinho e da triagem auditiva neonatal, campanhas de prevenção de acidentes domésticos e acidentes no trânsito, ações para prevenção de quedas em idoso, entre outras.

Fonte: BRASIL. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>.

Um exemplo de ações de atenção à saúde da pessoa com deficiência são as ações de prevenção voltadas à saúde ocular, ações essas de prevenção da deficiência visual, de promoção da saúde ocular e de promoção da habilitação/reabilitação visual.

Entre as ações estabelecidas pela Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, têm-se:

I - Ações educativas para prevenção de deficiência visual e promoção da saúde ocular.

II - Prevenção a doenças, tais como diabetes e hipertensão, doenças crônico-degenerativas e outras condições relacionadas à deficiência visual.

III - Identificação de crianças, adultos e idosos que necessitam de avaliação oftalmológica e tratamento.

IV - Acompanhamento da gravidez, do parto e do puerpério.

V - Identificação da gestante e da criança de alto risco.

VI - Identificação e encaminhamento, para serviços especializados, das crianças com indicadores de risco para deficiência visual.

VII - Imunização.

VIII - Teste de acuidade visual.

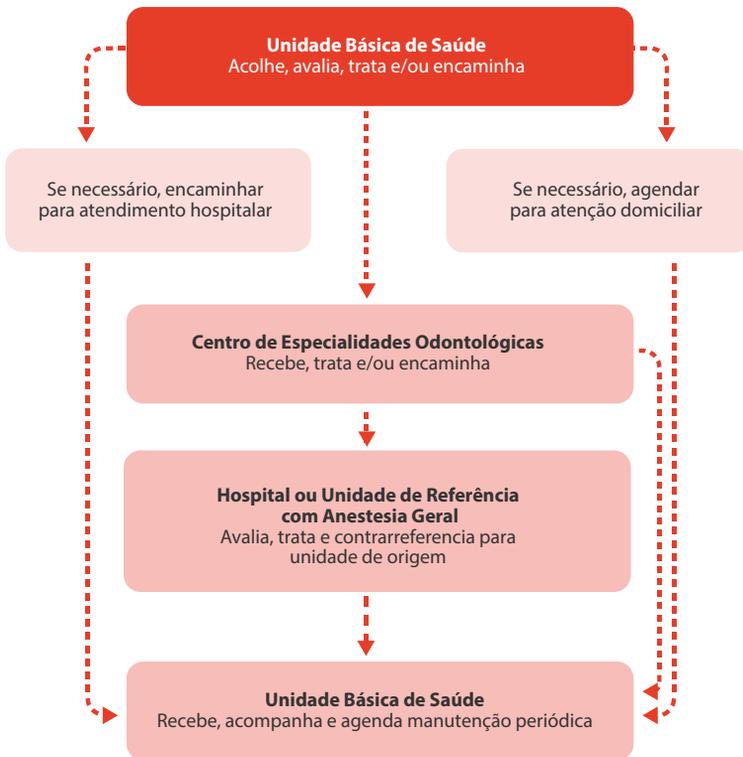
IX - Orientações básicas na área de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência visual.

X - Identificação dos recursos comunitários que favoreçam o processo de inclusão social plena da pessoa com deficiência visual.

XI - Acompanhamento dos usuários contrarreferenciados pela média e alta complexidade.

Em relação à **Atenção Odontológica**, é estabelecido que as intervenções odontológicas devem acontecer de forma a garantir que sejam as mais pertinentes ao quadro de cada usuário, requerendo a elaboração de protocolos de atenção, com definição, em cada nível, dos cuidados a serem tomados (de acordo com diagnóstico médico, condições de saúde e tratamento, agravos associados, limitações e capacidades individuais de cada paciente). Por requerer uma atenção em todos os níveis de complexidade, impõe, portanto, a necessidade de rigoroso trabalho integrado da equipe de saúde (CALDAS JÚNIOR; MACHIAVELLI, 2015).

A Atenção Odontológica nesse nível de atenção deve realizar as ações de prevenção de doenças, promoção de saúde e tratamento, mas também deve se configurar como coordenador do cuidado ao longo de toda a Rede de Cuidados, como mostra o fluxo para referências das pessoas com deficiência, a seguir (CALDAS JÚNIOR; MACHIAVELLI, 2015):



**PARA SABER MAIS!**

Para aprofundar seu conhecimento sobre as ações da Atenção Básica, sugere-se a leitura dos seguintes documentos:

- Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).
- Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
- Cadernos de Atenção Básica - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, publicado pelo Ministério da Saúde em 2014.
- Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009.
- Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na Atenção Básica e Serviços de Reabilitação Visual.

4.1.2 Atenção Especializada em Reabilitação

O componente da **Atenção Especializada em Reabilitação** é formado por ações de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências. Esse componente

conta com os seguintes pontos de atenção:

Estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação.

Centros Especializados em Reabilitação (CER).

Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

Os **Serviços de Reabilitação** são estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação. A exemplo de serviço dessa modalidade, tem-se: o Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Média Complexidade, Serviço de Reabilitação Visual e serviço classificado em Atenção às Pessoas Ostromizadas.

De acordo com a Portaria nº 597, de 7 de outubro de 2004, esse serviço oferece atenção diagnóstica e terapêutica especializada, condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento às pessoas com risco ou suspeita para perda auditiva e pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma articulada e integrada com o sistema local e regional e oferece triagem e monitoramento da audição de neonatos, pré-escolares e escolares, diagnóstico, tratamento e reabilitação de perda auditiva em crianças a partir de 3 anos de idade, de jovens, de adultos, incluindo os trabalhadores e de idosos, respeitando as especificidades da avaliação e reabilitação exigidas para cada um desses segmentos.

Como consta na Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, entende-se por **Serviço de Reabilitação Visual** aquele que realiza diagnóstico, terapêutica especializada e acompanhamento

com equipe multiprofissional, constituindo-se como referência em habilitação/reabilitação de pessoas com deficiência visual e que ofereça as ações abaixo descritas:

I - Avaliação e orientação nas áreas da psicologia e assistência social.

II - Avaliação oftalmológica que consiste na anamnese, acuidade visual, refração, biomicroscopia do segmento anterior, fundo de olho, hipótese diagnóstica e conduta propedêutica e terapêutica.

III - Avaliação oftalmológica da baixa visão que consiste na medida da acuidade visual, medida de ofuscamento e contraste, medida do campo visual, teste de visão de cores, tonometria, teste ortóptico e prescrição de recursos ópticos e não ópticos quando a visão residual puder ser potencializada.

IV - Avaliação multiprofissional do desenvolvimento global do paciente e desenvolvimento funcional da visão que consiste na avaliação das respostas comportamentais diante de estímulos e atividades de vida diária, para dimensionar o grau da perda visual e o uso da visão residual com a adaptação de recursos ópticos e não ópticos.

V - Atendimento multiprofissional para a habilitação/reabilitação visual que consiste no desenvolvimento de habilidades para a execução de atividades de vida diária e estimulação precoce para favorecer o desenvolvimento global do paciente.

VI - Orientação e mobilidade para independência na locomoção e exploração de meio ambiente, utilizando percepções tátil, sinestésica, auditiva, olfativa e visual.

VII - Indicação e adaptação de prótese ocular - opcional.

VIII - Orientações à família.

IX - Orientações para atividades de vida diária e profissional.

X - Orientação para promover a inclusão escolar.

XI - Capacitação de profissionais da Atenção Básica e Serviços de Atenção em Oftalmologia para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde ocular, identificação e prevenção da deficiência visual e promoção da habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência visual.

XII - Estimulação dos estudos e pesquisas na área da deficiência visual.

XIII - Registro de informações.

O Serviço denominado como **Atenção às Pessoas Ostomizadas** é classificado em I e II. O Serviço I, voltado à média complexidade, é definido pela Portaria nº 400, de 16 de novembro de 2009. Esse serviço presta assistência especializada de natureza interdisciplinar às pessoas com estoma, objetivando sua reabilitação, com ênfase na orientação para o autocuidado, prevenção de complicações nas estomias e fornecimento de equipamentos coletores e adjuvantes de proteção e segurança. Deve dispor de equipe multiprofissional, equipamentos e instalações físicas adequadas, integrados à estrutura física de policlínicas, ambulatórios de hospital geral e especializado, unidades ambulatoriais de especialidades, unidades de reabilitação física.

Os **Centros de Especialidades Odontológicas** são estabelecimentos de saúde que ofertam atendimento especializado odontológico, conforme estabelecido na Portaria nº 599/GM/MS, de 23 de março de 2006. Esses deverão ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento odontológico no âmbito das especialidades definidas pelos CEO (BRASIL, 2012a).

De acordo com a Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012, os CEOs, independentemente do tipo, deverão:

- Disponibilizar no mínimo 40 horas semanais para atendimento exclusivo à pessoa com deficiência.
- Atuar como referência municipal/regional para o atendimento odontológico a pessoas com deficiência, com área de abrangência e municípios aos quais prestará referência previstos dentro do Plano de Ação para implantação da Rede de Cuidados da Pessoa

com Deficiência.

- Os profissionais do CEO, do atendimento a pessoas com deficiência, além do atendimento clínico, deverão atuar como apoio técnico matricial para as equipes de saúde bucal da Atenção Básica de sua área de abrangência.

O **Centro Especializado em Reabilitação (CER)** é um ponto de atenção ambulatorial especializada 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 (BRASIL, 2012d).



IMPORTANTE!

A Tecnologia assistiva é um ramo da ciência preocupado com a pesquisa, o desenvolvimento e a aplicação de aparelhos/instrumentos e procedimentos que aumentam ou restauram a função humana (LUZO; MELLO; CAPANEMA, 2004).

É qualquer objeto, peça de equipamento ou sistema de produto, adquirido comercialmente ou não, modificado ou manufaturado, empregado para incrementar, manter ou melhorar as capacidades funcionais de indivíduos com incapacidade (JACOBS; JACOBS, 2006).

O atendimento no CER será realizado de forma articulada com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, por meio de Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2012a).

Segundo Brasil (2012a), o CER contará ainda com:

Transporte sanitário, por meio de veículos adaptados, com objetivo de garantir o acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde. O transporte sanitário poderá ser utilizado por pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade e acessibilidade autônoma aos meios de transporte convencional ou que manifestem grandes restrições ao acesso e uso de equipamentos urbanos.

Os Centros Especializados de Reabilitação terão as seguintes modalidades (BRASIL, 2012a):

Figura 5 - Modalidade de Centros Especializados de Reabilitação.



Fonte: 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. Brasília, 2012a. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>.

A **Oficina Ortopédica** deverá estar articulada e vinculada a estabelecimento de saúde habilitado como serviço de reabilitação física ou ao CER com serviço de reabilitação física, visando ampliar o acesso e a oferta de tecnologia assistiva (BRASIL, 2012a).

A Oficina Ortopédica constitui-se em serviço de dispensação, de confecção, de adaptação e de manutenção de **órgeses**,

próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) (BRASIL, 2012a).



IMPORTANTE!

Órteses são definidas como dispositivos mecânicos de uso externo, são utilizados para proteger estruturas reparadas, manter ou aumentar a amplitude de movimento, melhorar a qualidade de um movimento quando a força muscular é insuficiente, substituir a ação muscular temporariamente perdida ou servir de base de inserção em aparelho de autoajuda [...] A função da órtese é otimizar o aparelho locomotor por meio da força externa que exerce para influenciar a mobilidade articular (LUZO; MELLO; CAPANEMA, 2004).

Próteses é um dispositivo acrescentado ao corpo para substituir esteticamente ou funcionalmente um membro perdido por deficiência congênita ou adquirida (RODRIGUES; CAVALCANTI; GALVÃO, 2007).

Meios auxiliares de locomoção são equipamentos auxiliares para manter ou completar a mobilidade, a saber: bengalas, andadores, muletas e cadeiras de rodas (CAVALCANTI, GALVÃO; MIRANDA, 2007).



PARA SABER MAIS!

Para saber mais sobre as diretrizes e regras de funcionamento do componente da Atenção Especializada em Reabilitação, consulte:

- Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004, sobre a organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva.
- Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008, que define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na Atenção Básica e Serviços de Reabilitação Visual.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012, define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e dá outras providências.

4.1.3 Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência

A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviços de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Hospitais de Emergência, a qual é responsável por (BRASIL, 2012a):

I - Acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência.

II - Instituir equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência.

III - Ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar.

IV - Ampliar o acesso regulado da atenção à saúde para pessoas com deficiência em hospitais de reabilitação.

V - Ampliar o acesso às urgências e emergências odontológicas, bem como ao atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim.

4.1.4 Outros pontos da Rede de Cuidados

Segundo o Plano Viver sem Limite, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta também por outros dispositivos intersetoriais. São eles:

Residências Inclusivas

Destinada a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência. A Residência Inclusiva é uma modalidade de Serviço de Acolhimento do Sistema Único da Assistência Social (SUAS). Ela está organizada em pequenos grupos de até dez pessoas por residência, cuja acolhida e convivência promove o desenvolvimento de capacidades adaptativas à vida diária, autonomia e participação social (BRASIL, 2013).

O Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência

É uma unidade de serviço do SUAS referenciada ao CREAS. Seu objetivo é ofertar, durante o dia, cuidados pessoais a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência em apoio aos cuidadores familiares. Oferece ainda um conjunto variado de atividades de convivência na comunidade e no domicílio com o objetivo de ampliar as relações sociais e evitar o isolamento social (BRASIL, 2013).

Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)

É uma unidade descentralizada da política de assistência social, responsável pela organização e ofertas de serviços da proteção social básica do SUAS. Caracteriza-se como a principal porta de entrada do SUAS e tem por objetivo prevenir a ocorrência de situações de vulnerabilidade e riscos sociais no território e ampliação do acesso aos direitos de cidadania (BRASIL, 2009b).

Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS)

Tem como papel constituir-se em lócus de referência, nos territórios, da oferta de trabalho social especializado no SUAS a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal ou social, por violação de direitos. Tem como objetivo ofertar serviços especializados de caráter continuado para essas famílias e indivíduos, conforme dispõe a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2011c).



Para contextualizar o que estamos discutindo, vamos conhecer o Sr. João e a sua história de condição de saúde atual.

O Sr. João, hoje, possui 55 anos de idade e durante toda a sua vida trabalhista, foi empregado de uma grande empresa de transporte urbano, na qual exercia a função de motorista de ônibus. Atualmente, reside sozinho em casa própria, é divorciado e possui três filhos, dois que moram em outra cidade, e uma filha que mora próximo de sua casa.

Ainda como empregado da empresa, anualmente, o Sr. João realizava os exames periódicos solicitados, mas estes não apresentaram alterações nos primeiros nem nos anos seguintes. Segundo o Sr. João, "as alterações não foram tão significativas,

já que para mudá-las seriam necessárias apenas mudanças de hábitos de vida”, o Sr. João ficara despreocupado e mantinha o mesmo estilo de vida adotado até então: alimentação hipercalórica, hiperlipídica e hipersódica; sedentarismo; tabagismo; consumo de bebida alcoólica; sono irregular.

Aos 40 anos de idade, o Sr. João passou a sentir frequentemente muitas dores de cabeça, tonturas e visão turva, mas ele atribuiu ao estresse da sua rotina de trabalho e optou em ingerir analgésicos para controlar as dores de cabeça. Contudo, os sintomas se agravaram, até o dia em que ao conduzir o ônibus, o Sr. João apresentou muita tontura e visão turva, ao ponto de ter que interromper o trajeto do ônibus e aguardar a melhora de seu quadro de saúde, o que ocasionou em advertência em seu trabalho. Após a situação ocasionada, o Sr. João resolveu consultar os profissionais de saúde, e com base em uma avaliação clínica e exames realizados, foi diagnosticado com hipertensão arterial (HA). Com base nas orientações dos profissionais, o Sr. João passou a fazer uso de medicação para a HA, mas não conseguiu se adequar à rotina de exercícios físicos e às mudanças alimentares. Por conseguinte, passou a ingerir bebida alcoólica com mais frequência e aumentar o consumo de tabaco. No trabalho, passou a apresentar absenteísmo e infrações no trânsito, o que ocasionou em consequente demissão por justa causa. Com a demissão do trabalho, o Sr. João passou a ficar desmotivado e não ter mais controle quanto ao uso da medicação para HA, o que resultou em picos hipertensivos, sendo levado diversas vezes ao serviço de saúde. Em uma dessas ocasiões, Sr.

João apresentou alguns sintomas não habituais, entre os quais: fraqueza em um lado do corpo e alterações visuais. Na ocasião, ficou em observação e foi diagnosticado com ataque isquêmico transitório, não resultando em sequelas permanentes.

No seu retorno à casa, Sr. João tentou seguir as orientações quanto ao uso adequado da medicação e hábitos saudáveis. No entanto, sua condição socioeconômica limitava-o quanto à adesão de uma alimentação saudável. Passados alguns meses, novamente Sr. João necessitou ser conduzido ao serviço de saúde, e dessa vez apresentou os seguintes sintomas: paralisia de um lado do corpo e paralisia facial, resultante de sequelas permanentes. Por esse motivo, o Sr. João passou a usar cadeira de rodas, e também apresenta limitações funcionais que resultam em dependência nas atividades de vida diária (AVDs), a saber: alimentação, vestir, higiene pessoal, banho e transferência de decúbito. Além da dependência em atividades instrumentais da vida diária (AIVDs), como: usar transporte público e fazer compras no supermercado.

Diante da descrição do caso: descreva o percurso que o Sr. João realizou na Rede de Atenção à Saúde, desde o início de sua condição de saúde atual. Considerando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, quais dispositivos e cuidados seriam necessários para esse caso? Desenhe o mapa da rede do referido caso.

O Sr. João buscou inicialmente a Atenção Básica, momento no qual realizou exames e foi diagnosticado com hipertensão arterial. Ao ter picos hipertensivos e os sintomas de fraqueza em um lado do corpo e alterações visuais, o Sr.



João foi levado à Unidade de Pronto Atendimento, na qual teve alta após a remissão dos sintomas. Com o segundo episódio, em que o Sr. João teve problemas de saúde que ocasionaram em paralisia de um lado do corpo e paralisia facial, o Sr. João foi acompanhado no Hospital de Emergência. Após a sua alta, o Sr. João foi encaminhado ao Centro Especializado em Reabilitação e à Oficina Ortopédica, onde pôde iniciar um tratamento em reabilitação física e adquirir e ser treinado para uso do dispositivo auxiliar para locomoção (cadeira de rodas). Por ocasião da demissão do trabalho, o Sr. João também foi encaminhado ao Centro de Referência em Assistência Social para inclusão no cadastro do Benefício de Prestação Continuada.

Portanto, considerando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, os dispositivos e cuidados que seriam necessários para esse caso são:

1 - Atenção Básica: prevenção de doenças, promoção da saúde e acompanhamento de doenças crônicas, a exemplo da hipertensão arterial.

2 - Unidade de Pronto Atendimento: atendimento de urgência e emergência.

3 - Hospital de Emergência – serviço de urgência, emergência e internação.

4 - Centro Especializado em Reabilitação – acompanhamento em reabilitação física.

5 - Oficina Ortopédica – confecção de equipamentos de tecnologia assistiva.

6 - Centro de Referência em Assistência Social – serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica, a exemplo do cadastro do Benefício de Prestação Continuada.

E o mapa com os dispositivos da rede no caso do Sr. João deve ser composto por:

- 1) Unidade Básica de Saúde (UBS).
- 2) Unidade de Pronto Atendimento (UPA).
- 3) Centro de Referência em Assistência Social (CRAS).
- 4) Hospital de Emergência.
- 5) Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Oficina Ortopédica.



PARA SABER MAIS!

Para conhecer melhor sobre os outros pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, leia os seguintes documentos:

- Orientações Técnicas – Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, publicado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2009.
- Orientações Técnicas – Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS, publicado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em 2011.

4.1.5 Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

4.1.5.1 Financiamento

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será financiada com recursos da União, estado e municípios, cabendo a União, por meio da Portaria nº 835 MS/GM, de 25 de abril de 2012, o aporte dos recursos.

Esse incentivo financeiro de investimento é destinado à construção, reforma ou ampliação das sedes físicas dos pontos de atenção e do serviço de Oficina Ortopédica do Componente Atenção Especializada em Reabilitação, bem como para aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes (BRASIL, 2012e).

Para isso, os recursos serão distribuídos da seguinte forma:

Tabela 1 - Redistribuição de recursos.

Centro Especializado em Reabilitação (CER)	<p>CER II - R\$ 2.500.000,00 (dois milhões e quinhentos mil reais) para CER com metragem mínima de 1000 m²;</p> <p>CER III - R\$ 3.750.000,00 (três milhões, setecentos e cinquenta mil reais) para CER com metragem mínima de 1500 m²;</p> <p>CER IV - R\$ 5.000.000,00 (cinco milhões de reais) para CER com metragem mínima de 2000 m²;</p>
O i	R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais) para edificação mínima de 260 m ² ;
Reforma ou ampliação para qualificação de CER II, CER III e CER IV	Até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais)
Aquisição de equipamentos e outros materiais permanentes	<p>CER II - até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais);</p> <p>CER III - até R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais);</p> <p>CER IV - até R\$ 2.000.000,00 (dois milhões de reais); e</p> <p>Oficina Ortopédica - até R\$ 350.000,00 (trezentos e cinquenta mil reais).</p>

Incentivo financeiro de custeio	CER II - R\$ 140.000,00 (cento e quarenta mil reais) por mês;
	CER III - R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) por mês;
	CER IV - R\$ 345.000,00 (trezentos e quarenta e cinco mil reais) por mês;
	Oficina Ortopédica fixa - R\$ 54.000,00 (Cinquenta e quatro mil reais) por mês;
	Oficina Ortopédica itinerante fluvial ou terrestre - R\$ 18.000,00 (dezoito mil reais) por mês; e CEO - adicional de 20% (vinte por cento) calculado sobre o valor de custeio atual do serviço.

Fonte: BRASIL. Portaria MS/SAS 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, 2012e. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html.

De acordo com a Portaria nº 835, para fazer jus ao incentivo financeiro de investimento, o Estado, Distrito Federal ou Município deverá apresentar:

- I - Projeto de construção, reforma e/ou ampliação, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro da obra.
- II - Listagem com os equipamentos pretendidos.

Segundo o Art. 4º dessa portaria, o incentivo financeiro de investimento definido no Art. 2º será repassado pelo Fundo Nacional de Saúde em três parcelas, conforme delineado a seguir:

- I - Primeira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado, será repassada após a publicação da portaria específica de habilitação do projeto apresentado.
- II - Segunda parcela, equivalente a 80% do valor total aprovado, será repassada após autorização da SAS/MS, mediante apresentação dos seguintes documentos:

a) Ordem de início do serviço, assinada pelo gestor de saúde local e por profissional habilitado pelo Conselho Regional de Engenharia, Arquitetura e Agronomia (CREA).

b) Documento comprobatório da propriedade ou posse do terreno.

c) Projeto básico de arquitetura aprovado pela Vigilância Sanitária, contendo memorial descritivo e cronograma físico-financeiro da obra.

III - Terceira parcela, equivalente a 10% do valor total aprovado, será repassada após nova autorização da SAS/MS, mediante apresentação de documento comprobatório da conclusão da edificação da unidade, assinado por profissional habilitado pelo CREA e pelo gestor de saúde responsável.

Além do financiamento para implementação dessa Rede de Cuidados, você também pode conferir o financiamento de serviços e componentes que contribuem para o funcionamento dela, descritos nas portarias anexas.

4.1.5.2 Operacionalização

Para operacionalizar a implantação do Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde, segundo a Portaria nº 835, será necessária a execução de quatro fases:

Fase I - Diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

O diagnóstico é composto pelo levantamento do perfil epidemiológico da pessoa com deficiência no estado ou município, capacidade instalada dos dispositivos e serviços de atenção à saúde com base nos componentes da Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência; distribuição geográfica desses dispositivos e divisão territorial sanitária do município ou estado; principais causas de atendimentos em cada componente de atenção à saúde; e indicadores de investimento por parte da gestão.

O desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será realizado pela Comissão Intergestora Regional (CIR) ou pelo Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF), com o apoio das Secretarias de Saúde estaduais, considerando as necessidades das pessoas com deficiência (Portaria nº 793, Art. 6º).

Fase II - Adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Essa fase contará com as seguintes ações:

- Homologação da região inicial de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na CIB e CGSES/DF.
- Instituição de Grupo Condutor Estadual da Rede de Atenção à Saúde, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e apoio institucional do Ministério da Saúde (MS), que terá como atribuições: mobilizar os dirigentes do SUS em cada fase; coordenar e apoiar a organização dos processos de trabalho voltados a implantação/implementação da rede; identificar e apoiar a solução de possíveis pontos críticos em cada fase; monitorar e avaliar o processo de implantação/implementação da rede (BRASIL, 2012f).

Fase III - Contratualização dos Pontos de Atenção

De acordo com a Norma Técnica – 03 (BRASIL, 2012f), essa fase consiste em:

- Elaboração do desenho municipal da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
- Contratualização pela União, pelo Estado, pelo Distrito Federal ou pelo Município, dos pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, observada as responsabilidades definidas para cada componente da Rede.
- Instituição do Grupo Condutor Municipal em cada município que compõe o CIR, com apoio institucional da SES.

Fase IV - Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor se dará com:

- A implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência.
- O acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.
- O cumprimento das metas relacionadas às ações da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será acompanhado de acordo com o Plano de Ação Regional e dos Planos de Ações Municipais (BRASIL, 2012f).

**PARA SABER MAIS!**

Para conhecer os 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, leia a Portaria MS/SAS nº 835, de 25 de abril de 2012.

4.1.5.3 Desafios

De modo geral, implementação de uma Rede de Atenção à Saúde apresenta desafios que dizem respeito à criação de cultura e de práticas de trabalho em rede; planejamento territorial; financiamento e capacidade gestora insuficiente; pouca intervenção das práticas assistenciais; descumprimento de acordos; contratualização com poucos estabelecimentos das redes e ausência de metas de qualidade e segurança do paciente; educação permanente dos trabalhadores; qualificação do cuidado em todos os níveis; monitoramento e avaliação dos resultados; grupos condutores das redes que não exercem papel de articulador, interlocutor, negociador, avaliador e responsável pela tomada de decisão (BRASIL, 2014a).

Como mostra a tabela a seguir, entre as ações estabelecidas como metas para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, estão: identificação e intervenção precoce de deficiências, elaboração de diretrizes terapêuticas, criação de Centros Especializados em Reabilitação e Oficinas Ortopédicas, e incremento da Atenção Odontológica (BRASIL, 2013).

Quadro 5 - Ações para implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

ATENÇÃO À SAÚDE	Identificação e intervenção precoce de deficiências	Estados com a fase IV da triagem neonatal implantada	27
		Maternidades equipadas para triagem auditiva neonatal	175
		Sistema Nacional de Informação em Triagem neonatal implantado	1
	Diretrizes Terapêuticas	Diretrizes terapêuticas publicadas	10
	Centro Especializado em Reabilitação (CER)	Centros Especializados em Reabilitação em funcionamento	45
		Veículos acessíveis adquiridos	88
	Oficinas Ortopédicas	Oficinas ortopédicas fixas implantadas	6
		Oficinas ortopédicas itinerantes terrestres implantadas	7
		Oficinas ortopédicas itinerantes fluviais implantadas	6
		Oficinas ortopédicas qualificadas	60
		Protesistas e ortesistas capacitados	660
	Atenção Odontológica	Centros de Especialidade Odontológicas – CEO qualificados	420
		Centros cirúrgicos equipados	27
		Equipes de saúde bucal capacitados	6.000

Fonte: BRASIL. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com deficiência. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR). Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD): SDH-PR/SNPD, 2013. Disponível em: <www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>.

Com base nisso, o Ministério da Saúde (2014a) assegura que entre as metas do ano de 2013 que apresentam maiores dificuldades a serem cumpridas, estão principalmente aquelas relacionadas à implantação de serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O livro Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência teve como proposta apresentar os componentes dessa Rede (Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência), os equipamentos e cuidados que a compõe (UBS, ESF, NASF, Atenção Odontológica, Oficina Ortopédica, Serviço Especializado em Reabilitação, CER, CEO, UPA, SAMU, Hospitais de Emergência, Residências Inclusivas, Centro-Dia de Referência para Pessoas com Deficiência, CRAS, CREAS), a sua organização e implementação.

Contudo, para se chegar à temática da Rede de Cuidados, foi necessária a discussão sobre os direitos da pessoa com deficiência que, aqui neste livro, tomou-se como ponto de partida a Declaração de Direitos Humanos até chegar ao contexto nacional com a criação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência.

Foram discutidos aspectos quanto às terminologias e conceitos utilizados para denominar a pessoa com deficiência, sendo eles relacionados ao contexto histórico e consequentes ao modelo de saúde, com o qual a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade de Saúde (CIF) provoca uma mudança de paradigma, considerando assim a deficiência como um fenômeno atravessado pelos aspectos biológicos e sociais.

Assim, depois de chegar ao fim deste livro, você se torna capaz de identificar os elementos constitutivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a sua implantação, sem perder de vista que para fazê-lo é necessário conhecer os

aspectos históricos, políticos e ideológicos que influenciarão a implantação dessa Rede, sem os quais não é possível executar uma política voltada à pessoa com deficiência que realmente assegure o direito ao acesso à saúde.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. **NBR 9050** - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. 2. ed. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_24.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2017>.

_____. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 27). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf)>.pdf. Acesso em: 6 jan. 2017.

_____. Viver sem Limite. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: SDH-PR/SNPD, 2013. Disponível em: <www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite>. Acesso em: 2 mar. 2017.

_____. 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, 2012a. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 13 abr. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT.

Portaria SAS/MS nº 1.330, de 3 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes de Atenção à Pessoa com Lesão Medular. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.cib.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/portarias-cib/1106-portaria-n-1-330-de-3-de-dezembro-de-2012/file.html>>. Acesso em: 17 abr. 2017.

_____. Portaria SAS/MS nº 1.329, de 3 de dezembro de 2012.

Aprova a Diretriz de Atenção à Pessoa Amputada. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1329_03_12_2012.html>. Acesso em: 3 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. Brasília, 2012d. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1341_13_06_2012.html>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. Portaria MS/SAS 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, 2012e. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 12 abr. 2017.

_____. Nota Técnica 03. Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS. Atualização da Minuta de portaria para a Assembleia do CONASS em 21 de março de 2012. Brasília, 2012f.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/99423/Protocolo_facultativo_Convencao_direito_pessoas_deficiencia_2008.pdf?sequence=4>. Acesso em: 2 maio 2017.

_____. Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011 - Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 22 fev. 2017.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Portaria nº 2.829, de 14 de dezembro de 2012. Inclui a Fase IV no Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), instituído pela Portaria nº 822/GM/MS, de 6 de junho de 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2829_14_12_2012.html>. Acesso em: 13 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Caderno de Atenção Básica, n. 27.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 24 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf>. Acesso em: 4 maio 2017.

_____. 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. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 5 maio 2017.

_____. Orientações Técnicas – Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2011c. Disponível em: <www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civil/acoes>. Acesso em: 5 mar. 2017.

_____. Orientações Técnicas. Centro de Referência da Assistência Social – CRAS. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, 2009b. Disponível em: <<http://prattein.com.br/home/images/stories/PDFs/orientacoes-tecnicas-CRAS.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2017.

_____. Portaria MS/SAS nº 400, de 16 de novembro de 2009. Indica as diretrizes nacionais para a atenção à saúde de pessoas ostomizadas. Brasília, 2009c. Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2009/prt0400_16_11_2009.html>. Acesso em: 24 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes NASF. Brasília, 2009. Cadernos de Atenção básica, nº 27. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html>. Acesso em: 15 dez. 2017.

_____. Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/congresso/DLG/DLG-186-2008.htm>. Acesso em: 4 abr. 2017.

_____. Portaria MS/GM nº 1.370, de 3 de julho de 2008. Institui o Programa Nacional de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Brasília, 2008c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1370_03_07_2008.html>. Acesso em: 4 abr. 2017.

_____. Portaria MS/SAS nº 370, de 4 de julho de 2008. Define os mecanismos para operacionalização Nacional de Assistência Ventilatória não invasiva aos portadores de doenças neuromusculares. Brasília, 2008d. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0370_04_07_2008.htm>. Acesso em: 4 abr. 2017.

_____. Portaria nº 3.128, de 24 de dezembro de 2008. Define que as Redes Estaduais de Atenção à Pessoa com Deficiência Visual sejam compostas por ações na atenção básica e Serviços de Reabilitação Visual. Brasília, 2008e. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt3128_24_12_2008.html>. Acesso em: 20 jan. 2017.

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. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 5 abr. 2017.

_____. Decreto nº 5.296/04, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004a.

_____. Portaria MS/GM nº 2.073, de 28 de setembro de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção à saúde auditiva. BRASIL, 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2073_28_09_2004.html>. Acesso em: 5 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

_____. Portaria nº 587, de 7 de outubro de 2004. A organização e implantação das Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva. Brasília, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt0587_07_10_2004.html>. Acesso em: 3 mar. 2017.

_____. Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.º 10.048, de 8 de novembro de 2000. Assegura a prioridade de atendimento às pessoas com deficiência. Brasília, 2000a.

_____. Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Brasília, 2000b.

_____. 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. Brasília, 1999. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm>. Acesso em: 3 mar. 2017.

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social e institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas. Brasília, 1989. Disponível em: <www.andi.org.br/legislacao/lei-no-7853-pessoas-portadoras-de-deficiencia>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CALDAS JÚNIOR, A.; MACHIAVELLI, J. **Atenção e Cuidado da Saúde bucal da pessoa com deficiência**: introdução ao Recife: Ed. Universitária, 2015. 65p.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C.; MIRANDA, S. Mobilidade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C(Org,). **Terapia Ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

DOMINGUES, S. **O conceito de excepcional na obra de Helena Antipoff**: diagnóstico, intervenções e suas relações com a educação inclusiva.[Dissertação de mestrado]. - UFMG/FaE, 2011. Disponível em: file:///C:/Users/card/Desktop/UNASUS%20-%20Deficiência/conceito_de_excepcional_na_obra_de_helena_antipoff__pdf.pdf. Acesso em: 15 abr. 2017.

IBGE. Relatório do Censo Demográfico 2010. Características Gerais da População - Resultados da Amostra. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>. Acesso em: 22 abr. 2017.

JACOBS, K.; JACOBS, L. **Dicionário de Terapia Ocupacional**. São Paulo: Roca, 2006.

LUZO, M.; MELLO, M.; CAPANEMA, V. Recursos tecnológicos em Terapia Ocupacional – Órteses e Tecnologia Assistiva. In: DE CARLO, M.; LUZO, M.(Orgs.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004.

MENDES, E. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório mundial sobre a deficiência. São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: file:///C:/Users/cardo/Desktop/UNASUS%20-%20Deficiência/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf. Acesso em: 22 abr. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade. Organização Mundial da Saúde. Lisboa, 2004. Disponível em: <www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização das Nações Unidas. **Declaração Universal dos direitos humanos**. Rio de Janeiro, 2009.

ONU. Organização das Nações Unidas. Resolução nº 37/52 de 3 de dezembro de 1982. Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências. 1982.

ONU. Organização das Nações Unidas. Resolução nº 30/84 de 9 de dezembro de 1975. Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências. 1975

PEDRETTI, L.; EARLY, M. **Terapia Ocupacional**: capacidade prática para as disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO - PNUD. Relatório do Desenvolvimento Humano. New York, 2015. Disponível em: <hdr.undp.org/sites/default/files/hdr15_overview_pt.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2017.

