



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES

**OS DESAFIOS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO  
A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REDE DE CUIDADO À PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA**

BELÉM  
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES

**OS DESAFIOS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO  
A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REDE DE CUIDADO À PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

BELÉM  
2016

**DADOS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO**  
**BIBL. CRISTIANA GUERRA MATOS**  
**CRB2:1143**

---

L864d Lopes, Leidiana de Jesus Silva

Os desafios para processo de formação das redes de atenção à saúde: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência / Leidiana de Jesus Silva Lopes, Orientador: Pedro Paulo Freire Piani. - Belém, 2016.

104f.  
Bibliografia 81-86.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, 2016.

1. Rede de atenção à pessoa com deficiência 2. Saúde da pessoa com deficiência 3. SUS. 4. Pará I. Título II. Piani, Pedro Paulo Freire (Orient.)

---

CDD: 362.198115

LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES

**OS DESAFIOS PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO  
A SAÚDE: UM OLHAR SOBRE A REDE DE CUIDADO À PESSOA COM  
DEFICIÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará como requisito para a obtenção do título de mestre, sob orientação do Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani.

Conceito: \_\_\_\_\_

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani  
Orientador - Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

---

Prof. (a). Dr. (a) Regina Feio Barroso  
Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

---

Prof. (a). Dr. (a) Marcos Valério Santos da Silva  
Instituto de Ciências da Saúde- UFPA

*Às crianças do Abrigo Especial Calabriano, que através de seus sorrisos, embora com tantas limitações, me possibilitaram o olhar para o estudo da atenção à pessoa com deficiência. E do seu jeito me ensinaram a superar dificuldades e obstáculos com serenidade e persistência.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, razão do meu viver, que me oportunizou essa tão sonhada conquista e que me deu forças e sabedoria para prosseguir durante essa árdua jornada.

Ao meu esposo Samoel Lopes, que me acompanhou em todos os momentos me incentivando e ajudando sempre que eu precisei.

Aos meus filhos pelo apoio e paciência nos momentos de minha ausência, em especial ao Samoel Junior que contribui com a parte da informática sempre que precisei.

Aos meus pais pelo apoio, orações e palavras de incentivo durante a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos Liomar e Leide Nelma, pelo grande apoio, pela sua amizade e pela torcida incondicional pelo sucesso deste trabalho.

Ao meu orientador, professor Dr. Pedro Paulo Freire Piani, por suas revisões, sugestões, apoio, competência, amizade e acima de tudo pela autonomia e confiança depositadas em mim desde o início e que foram decisivas para a elaboração deste trabalho.

À colega Cristina Alencar pela ajuda, informações e partilha das ansiedades durante a construção do trabalho.

A professora Waltair Pereira, pelo apoio e incentivo quando da elaboração do projeto para seleção no mestrado.

Aos colegas de turma pelo companheirismo e trocas mutuas de conhecimento e experiências.

Ao Programa de Pós-graduação e aos meus professores pela oportunidade do aprendizado.

A Cristiana Guerra Matos pelas revisões e sugestões para melhora deste trabalho.

Aos gestores dos serviços de atenção a pessoa com deficiência, que dispuseram do seu tempo para contribuir na construção deste trabalho.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para esta importante conquista em minha vida.

*“É a vida muito mais que o direito que se tornou o verdadeiro campo das lutas políticas, mesmo se estas se formulam através das afirmações de direito.”*

*Foucault*

## RESUMO

Trata sobre a Rede de Atenção à Saúde voltada para a pessoa com deficiência, com objetivo de analisar os desafios para o processo de formação da rede de cuidado à pessoa com deficiência a partir da política de saúde para a pessoa com deficiência no estado do Pará, identificar o estado atual da rede de atenção de cuidado à pessoa com deficiência a partir de seus componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e atenção hospitalar e de urgência e emergência, bem como analisar os processos de implementação, problemas e desafios em relação à política de cuidado preconizada pelo Estado a partir dos direitos estabelecidos em relação à pessoa com deficiência. Baseou-se em um estudo qualitativo com uma abordagem híbrida realizada por meio de análise de documentos, 8 entrevistas semiestruturadas com gestores das unidades de saúde referências em atenção à pessoa com deficiência e aporte de literatura crítica sobre o tema. A rede de atenção à pessoa com deficiência no Pará encontra-se pouco estruturada, além de identificarmos que se concentra na capital, fato que fragiliza a garantia de acesso aos serviços e tratamentos de saúde, além desfavorecer a inclusão social, bem como dificultar o cuidado integral a saúde das pessoas com deficiência. É uma rede significativa, mas ainda incipiente.

**Palavras-chave:** Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. SUS. Saúde da pessoa com deficiência. Pará.



## ABSTRACT

It talks about the attention network to the health focused to the person with disability that aims to analyze the challenges to the process of formation of the care network to the person with disability from the health politics to the person with disability in the state of Pará, identify the current state of the attention network of care to the person with disability from their components: basic attention; specialized attention in auditive rehabilitation, physics, intellectual, visual, ostomy and in multiple deficiencies; and hospital attention and of urgency and emergency, as well as analyze the processes of implementation, problems and challenges related to the care politics recommended by the state from the rights established related to the person with disability. This study was based in a qualitative study with a hybrid approach held through the analysis of documents, 8 semi-structured interviews with managers of the units of health references in attention to the person with disability and contribution of critical literature about the theme. The attention network to the person with disability in Pará is unstructured, and was identified that it is concentrated in the capital, a fact that undermines the guarantee of access to health services and treatments, as well as prejudicing the social inclusion and hinder the integral care to the health of people with disabilities. It is a significant network but still incipient.

**Keywords:** Network of attention to the person with disability. SUS. Health of the person with disability. Pará.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CIB</b>	Comissão Intergestores Bipartite
<b>CIDID</b>	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
<b>CIF</b>	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
<b>CIR</b>	Comissão Intergestores Regionais
<b>CIT</b>	Comissão Intergestores Tripartite
<b>CONADE</b>	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>NASF</b>	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RUE</b>	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
<b>SAS/MS</b>	Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde
<b>SEEPDS</b>	Secretaria Especial de Proteção e Desenvolvimento Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Objetivos .....</b>	<b>14</b>
1.2.1	Objetivo Geral .....	14
1.2.2	Objetivos Específicos .....	15
<b>1.3</b>	<b>Metodologia .....</b>	<b>15</b>
1.3.1	Tipo de Estudo .....	15
1.3.1	Participantes da Pesquisa .....	16
1.3.2	Considerações Éticas .....	17
1.3.3	Coleta e Análise dos Dados .....	17
<b>2</b>	<b>AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS .....</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Conceito de Redes de Atenção à Saúde .....</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Rede de Atenção à Saúde e Redes Temáticas ou Linha de Cuidados .....</b>	<b>27</b>
<b>2.3</b>	<b>Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Aspectos Histórico-conceituais da Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>27</b>
<b>2.4</b>	<b>A Política de Atenção à Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>31</b>
<b>3</b>	<b>O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA REDE À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: A FORMAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS .....</b>	<b>33</b>
<b>3.1</b>	<b>A Formação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Estado do Pará .....</b>	<b>34</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>39</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>70</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>87</b>
	<b>APÊNDICE B – PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....</b>	<b>89</b>

<b>ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DA UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL E ADOLESCENTE .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXO C – DECLARAÇÃO DE ACEITE DA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA PRESIDENTE VARGAS .....</b>	<b>93</b>
<b>ANEXO D – RESOLUÇÃO CIB/PA Nº 145 DE 17 DE NOVEMBRO DE 2015 .....</b>	<b>94</b>
<b>ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE .....</b>	<b>102</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos os direitos alcançados em favor das pessoas com deficiência proporcionaram mudanças não só na área da saúde, mas também foram palco de profundas e extensas conquistas em outros cenários como os da educação, da cultura, do esporte, do lazer, dos direitos garantidos em lei, se não tão efetivo, difuso em toda a sociedade, chamando a atenção para uma situação esquecida pelos agentes públicos e atualmente com maior visibilidade no cenário social.

No contexto da saúde as mudanças acompanharam profundas conquistas e movimentos sociais no país dentre eles a reforma sanitária, movimento que contribuiu para a formulação do capítulo da Constituição Federal que trata da saúde garantida como direito de todos e dever do estado, portanto assegurando os direitos da pessoa com deficiência. Embora ainda tímidos, novos passos foram dados rumo a conquistas maiores, dentre as mais importantes, destacamos a consolidação do Programa Saúde da Família em 1996 como importante estratégia de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, para que posteriormente a proposta do cuidado pensado em Redes fosse apontada como estratégia de cuidado integral a partir das necessidades de saúde da população. Em 2010 o governo federal oficializou por meio da Portaria nº 4279 do Ministério da Saúde as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS.

No ano de 2011 o governo federal lançou a proposta de cinco redes temáticas de atenção à saúde. Dentre elas a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência a partir da criação do Plano Viver sem Limites. Seguido da criação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no ano de 2012, instituída por meio de portaria.

Este estudo tem como base a rede de cuidado à pessoa com deficiência dentro do contexto das Redes de Atenção à Saúde. O capítulo um trata dos aspectos históricos das redes de atenção à saúde, com abordagem em seus conceitos, princípios, diretrizes e componentes, além da apresentação da organização das redes e a implantação das redes temáticas, dentre elas, a rede de cuidado à pessoa com deficiência, tema principal deste trabalho.

Na abordagem sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência, foi realizado um resgate histórico conceitual da pessoa com deficiência, apontando a conceituação sobre cuidado como necessidade humana essencial, além de uma abordagem sobre os direitos humanos da pessoa com deficiência. Seguiu-se com a conceituação sobre deficiência representada como algum tipo de perda ou anormalidade psicológica, fisiológica ou anatômica. É apresentada a política de atenção à pessoa com deficiência com base na Portaria

nº 1.060 MS/GM (BRASIL, 2015), garantindo a inclusão da pessoa com deficiência na vida social, prevenção de agravos e reabilitação.

O capítulo dois trata do processo de formação da rede de cuidado à pessoa com deficiência, formada a partir do lançamento do Plano Viver sem limites, em 2011. A finalidade do plano é a equidade nos direitos das pessoas com deficiência a partir da articulação e integração das políticas e programas desenvolvidos pelo governo federal. A instituição da rede de cuidado à pessoa com deficiência foi amparada pela Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, sendo definida como prioritária no SUS. A ampliação e a articulação dos pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência são estabelecidas na portaria como norma para o cuidado das pessoas com deficiência. Dentre os objetivos da rede destacam-se a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência, organização da rede e desenvolvimento de ações de prevenção de deficiências na infância e idade adulta. Além da orientação para a organização da rede de cuidado à pessoa com deficiência a partir de três componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção hospitalar (BRASIL, 2012).

Ainda no capítulo dois tratamos da formação da rede de cuidado à pessoa com deficiência no estado do Pará, quando em 2012, articulada com o Plano Nacional Viver sem Limites, foi apresentado pelo governo do estado do Pará o Plano Estadual de Ações Integradas à pessoa com deficiência, chamado de “EXISTIR”.

Nos capítulos três e quatro apresentamos os resultados e a discussão das entrevistas realizadas com os gestores dos serviços de saúde de atenção à pessoa com deficiência, respectivamente, que concordaram em participar do estudo e desempenham um papel de destaque em relação à política em questão.

Destacamos a importância da pesquisa para as discussões sobre os direitos no âmbito da pessoa com deficiência. Urge a necessidade de melhorias significativas no que diz respeito aos processos de gestão, financiamento, informação e envolvimento de toda a sociedade para que a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Estado do Pará tenha seu processo de formação consolidado de modo que os objetivos propostos na política e no plano sejam contemplados efetivamente no cotidiano das pessoas que tem algum tipo de deficiência.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Geral**

- ✓ Analisar os desafios para o processo de formação da rede de cuidado à pessoa com deficiência, a partir da política de saúde para a pessoa com deficiência, no estado do Pará;

### 1.2.2 Específicos

- ✓ Identificar o estado atual da rede de atenção de cuidado à pessoa com deficiência a partir de seus componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.
- ✓ Analisar os processos de implementação, problemas e desafios em relação à política de cuidado preconizada pelo Estado a partir dos direitos estabelecidos em relação à pessoa com deficiência.

## 1.3 Metodologia

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, de caráter exploratório. Foi realizado levantamento bibliográfico em livros, documentos, artigos de periódicos e bases de dados, com a finalidade de buscar referencial teórico sobre a temática em questão, considerando o período temporal de 2012 a 2015. As bases de dados utilizadas para o levantamento da literatura acerca do tema foram a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library (Scielo) e Portal de Periódicos da CAPES.

A entrevista semiestruturada foi utilizada como técnica de coleta de dados, com um protocolo com treze questões elaboradas previamente pelo pesquisador. As entrevistas foram gravadas e transcritas e os repertórios mais representativos para as questões levantadas foram analisadas.

Foram entrevistados 8 gestores de unidades que prestam serviços à pessoa com deficiência, de acordo com os critérios de inclusão da pesquisa. As unidades foram: Unidade de Referência Especializada Materno Infantil e Adolescente (URE/MIA), Unidade de Referência Especializada em Reabilitação Infantil (URE/REI), Unidade de Referência Especializada Dr. Marcelo Candia, Unidade de Ensino e Assistência de Fisioterapia e Terapia Ocupacional/ Centro Especializado em Reabilitação (UEAFTO/CER), Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza e Serviço de Atendimento em Reabilitação (SABER). O critério de

escolha das pessoas entrevistadas foi a atuação na gestão estadual e municipal e dos serviços envolvidos na atenção à pessoa com deficiência.

De posse dos dados, deu-se início à fase intermediária, com a transcrição, pré-análise e codificação da identidade dos gestores entrevistados, em que foram denominados como: Entrevistado 1, código E1, Entrevistado 2, código E2 e assim sucessivamente.

Para a análise das entrevistas, nos utilizamos da contribuição metodológica proposta por Spink e Lima (2013), uma vez que esta atende ao que buscamos dos entrevistados, fazendo uso do mapa dialógico que:

É um instrumento a ser usado na análise; constitui um dos passos iniciais da análise e pode auxiliar pesquisadores/as em uma aproximação com o material, na organização dos discursos e no norteamento da discussão (NASCIMENTO, 2014, p. 247).

Após a seleção de repertórios para os mapas, demos início à discussão com base nos documentos e literatura sobre a temática, identificando e elaborando duas categorias para os mapas dialógicos, em que verificamos: Desafios da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência e Eficácia da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

### 1.3.1 Tipo de Estudo

A pesquisa baseou-se num estudo qualitativo com uma abordagem híbrida realizada por meio de análise de documentos, 8 entrevistas semiestruturadas com gestores das unidades de saúde referências em atenção à pessoa com deficiência e aporte de literatura crítica sobre o tema.

### 1.3.2 Participantes da pesquisa

Previamente foram selecionados 10 participantes e agendados. Um dos participantes informou que não poderia dar a entrevista justificando que seria papel do gestor estadual. Outro participante concedeu entrevista, porém solicitou que não houvesse gravação. A entrevista foi realizada, porém pelo critério de se considerar apenas entrevistas gravadas e transcritas, esta entrevista não foi analisada. Assim, foram analisadas para a pesquisa as entrevistas com 8 (oito) gestores de serviços de saúde da rede de atenção à pessoa com deficiência na Região Metropolitana de Belém. Estes foram esclarecidos sobre o estudo e assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).



### 1.3.3 Considerações Éticas

A pesquisa seguiu os preceitos estabelecidos na Resolução 466/2012 da Comissão Nacional de Pesquisa, esta incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, preceitos da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil sob número CAEE 54108816.1.0000.0018, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP/ICS/UFPA).

Os objetivos da pesquisa, seus riscos e benefícios foram esclarecidos aos participantes por meio do TCLE (APÊNDICE A) e sua participação foi iniciada apenas com a assinatura deste documento.

### 1.3.4 Coleta e Análise dos Dados

A coleta de dados foi feita a partir da aplicação de um protocolo de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B) contendo questões referentes aos seguintes temas: desafios para implantação da rede de cuidado da pessoa com deficiência; eficácia da rede; qualificação do profissional de saúde; expansão dos serviços ofertados à pessoa com deficiência, acompanhamento e monitoramento de informações em saúde e dados epidemiológicos; aproximação das instituições formadoras com a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

As entrevistas foram agendadas em horário conveniente para os participantes e foram tomadas todas as precauções quanto ao sigilo dos dados e privacidade dos participantes, não sendo expostos em nenhum momento do estudo, sendo utilizados códigos para identificação apenas da pesquisadora. As conversas com os participantes ocorreram em seus locais de trabalho, em ambiente privado, evitando-se constrangimentos e exposições dos mesmos.

A análise dos dados deu-se a partir da metodologia proposta por Spink (2014) em que utilizamos a transposição dos discursos em mapas dialógicos com as categorias de questões: Desafios e Eficácia da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

## 2 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

A proposta de Rede de Atenção à Saúde (RAS) surge, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920, onde se propunha uma nova organização para os serviços de saúde do Reino Unido (MENDES, 2011 p. 61). A proposta consistia em serviços domiciliares apoiados por centros de saúde primários e acessíveis a toda população, com auxílio de laboratório, radiografia e acomodações para internações. Nas cidades maiores teriam os centros de saúde secundários com alguns serviços especializados.

Sendo estes vinculados a um hospital docente, em que alguns serviços especializados, dependendo da região, poderiam estar interligados tanto a centros primários ou secundários (DAWSON, 1964). Depois disso, esse processo de reorganização consolidou-se com o relatório Dekker, na Holanda. Essa reorganização teve impacto direto na atenção hospitalar determinando menos hospitais e menos leitos por habitantes. Na substituição hospitalar destacam-se como elementos importantes:

O uso de hospitais/dia, a introdução de tecnologias minimamente invasivas, a redução das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, a introdução da gestão da clínica nos hospitais e o uso das tecnologias de revisão do uso dos serviços (MENDES, 2011 p. 64).

As mais estruturadas propostas de RAS são recentes e foram influenciadas pela reunião de Alma Ata em 1978, tiveram origem nas experiências de sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos (EUA) onde o primeiro trabalho propunha superar fragmentação do sistema de atenção à saúde local instituindo um sistema de atenção integrado, contínuo e definido para uma determinada população e território definidos (SHORTELL et al, 1993 apud MENDES, 2011). “Focando na Atenção Primária à Saúde (APS) de forma interdisciplinar e com a integração entre os serviços de saúde, bem como com sistemas de informação” (BRASIL, 2012).

São descritos três estágios na integração dos sistemas de atenção de saúde americano segundo Todd (1996 apud MENDES, 2011):

Estágio 1- as unidades funcionando fragmentadamente e competindo entre si;

Estágio 2- movimento de fusão entre unidade de saúde em busca de economia de escala.

Estágio 3- integração vertical com surgimento de um sistema integrado de atenção à saúde.

Ainda tem destaque para a integração dos sistemas a:

Eficácia dos sistemas de informação, reforço da APS, a integração clínica, aumento da produtividade dos serviços hospitalares e realinhamento dos incentivos financeiros, especialmente a superação do pagamento por procedimentos (TODD, 1996, apud MENDES, 2011, p.61).

Nesse sentido o foco das condições agudas foi retirado e dirigido para as condições crônicas de saúde. As mudanças avançaram para os sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, até atingir, posteriormente, alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011).

Nas décadas de 70 e 80 motivados idealistas propuseram muitas tentativas de integração entre serviços da atenção primária, coordenação entre especialista e setor hospitalar e serviços sociais. Porém, em 1990 a Europa começa a passar por uma nova divisão de papéis contribuindo para a organização da saúde (SALTMAN; RICO e BOERMA, 2006).

No Canadá foi realizado um diagnóstico do sistema de atenção à saúde em várias províncias canadenses que identificou a fragmentação daquele sistema, portanto foi proposta a integração dos sistemas por meio da padronização de uma população de responsabilidade, do pagamento por captação, da organização de médicos de família como porta de entrada, da oferta de serviços integrais, do reforço das informações em saúde e do planejamento com base nas necessidades da população (MENDES, 2011).

Na Romênia, no período comunista o modelo de atenção à saúde era centrado no hospital. Os médicos de família, embora trabalhassem em consultórios, deviam responder aos diretores dos hospitais e não tinham autonomia profissional, além de disporem de equipamentos de qualidade inferior para assistência de seus pacientes e a remuneração fosse inferior aos demais (SALTMAN; RICO e BOERMA, 2006).

Em 1989, um grupo de médicos de família romenos, organizou-se em uma associação chamada de Societatea Nationala de Medicina Generala (SNMG) no sentido de organizar a educação continuada e representar a categoria de médicos de família em nível nacional. Um sistema de seguro de saúde substituiu o financiamento estatal da saúde naquele país. Portanto, as seguradoras de saúde ficaram responsáveis pela estruturação e financiamento dos cuidados de saúde regionais. Essa nova estrutura teoricamente constituiu-se numa melhoria significativa, tanto para os médicos de família, quanto para a população, porém, o Ministério da Saúde não apoia a prática e a influência especialista ainda é bastante forte naquele país (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2006).

Historicamente os sistemas de atenção à saúde são fragmentados, com serviços que funcionam isolados e individualizados, em que a população assistida não é contemplada de forma integral. A pouca ou nenhuma comunicação entre os serviços dificulta mudanças na

saúde da população, portanto reforça o sistema de cuidado voltado a condições agudas, isolado e pontual dentro de um determinado território. Mendes (2011) afirma que os sistemas integrados de atenção à saúde são organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde onde uma população definida receberá assistência contínua e integral.

No Brasil, podemos considerar que os modelos de atenção à saúde são heranças de processos históricos, culturais e políticos. As políticas de saúde no país foram por longos anos caracterizadas pela oposição entre assistência e prevenção. O ensaio para o novo modelo voltado à medicina comunitária chegou na década de 70, a partir de análise crítica da prática médica e dos movimentos ideológicos de reforma que se apresentavam na conjuntura da época, especialmente a Medicina Preventiva (AROUCA, 1975 apud TEIXEIRA e SOLLA, 2006).

A luta pela garantia aos serviços de saúde de forma equitativa antecedeu a Constituição brasileira e foi conquistada por representantes dos movimentos sociais. Estes investiram na garantia das conquistas de políticas sociais, como seguridade social, incluindo pensão, saúde e assistência social, frutos de um modelo novo e abrangente com ampliação dos direitos sociais (FLEURY, 2011).

Neste contexto, os movimentos políticos contra a ditadura militar e a luta pela igualdade de direitos e justiça social deram início ao que chamamos de Reforma Sanitária. Um novo tempo se inaugurava no capítulo da saúde do Brasil.

A Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde em 1978 (Declaração de Alma-Ata) veio estabelecer o surgimento da Atenção Primária à Saúde, outro marco para mudanças e construção das bases da reforma sanitária foi a Oitava Conferência Nacional de Saúde, que partiu para a formatação de um relatório que serviu de base jurídica para o capítulo da Constituição Federal que trata da saúde como direito de todos e dever do Estado e que o Sistema Único de Saúde tem como princípios a universalidade, integralidade, descentralização e participação popular (BRASIL, 1988).

O sistema de saúde brasileiro é um sistema público de cobertura universal, definido pela Constituição Federal de 1988 e leis orgânicas, sendo a saúde considerada um direito de cidadania. O serviço é organizado a partir de um sistema descentralizado em três esferas de governo: Municipal – responsável pelos serviços de atenção primária e urgências e emergências; Estadual – apoio financeiro e organizacional na APS e responsável pela média e

alta complexidade; Federal – planejamento e indução da política nacional, incentivos financeiros (PEREIRA, 2012).

A negociação e consenso para as mudanças políticas e sociais ocorridas no país partiram da modificação das relações entre entidades federadas (federal, estaduais e municipais), participantes institucionalizados e atores de controle social, conselhos de saúde em todos os níveis de governo e as conferências (FLEURY, 2011). Criou-se então arranjos organizacionais inovadores, formas de cogestão com as comissões tripartite e bipartite, âmbito estadual e regional, criando-se ainda fundos financeiros de repasse transparente e negociado do orçamento (CAMPOS, 2007).

A universalidade da assistência, o reconhecimento dos direitos sociais, descentralização e afirmação dos deveres do estado, cogestão pelo governo e pela sociedade são características fundamentais do novo modelo constitucional de política social que reinventou os serviços de saúde no Brasil (FLEURY, 2011).

O Brasil começou a passar por mudanças significativas em seu sistema de saúde quando da implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, e a partir de então consolidado pelo Programa Saúde da Família, em 1996. Nos últimos anos a política nacional de atenção primária é política prioritária, sendo o foco principal na cobertura das então Estratégias de Saúde da Família. Uma das estratégias importantes para o fortalecimento desta foi a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, além da Política Nacional de Saúde Bucal, incentivo à formação de recursos humanos e educação permanente, Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró Saúde), etc. (PEREIRA, 2012).

Experiências descritas por algumas secretarias de saúde no Brasil ensaiaram os primeiros movimentos de reengenharia do sistema de atenção à saúde, ainda não se falava em redes de atenção à saúde, mas já se tratava a saúde de forma mais integral (MENDES, 2011).

As mudanças demográficas no Brasil começaram a apontar para o envelhecimento da sua população e conseqüentemente, para o aumento da incidência e prevalência de doenças crônicas na população e custos crescentes no tratamento de saúde da mesma. Essas condições crônicas se deram não somente pelo aumento de sobrevivência das pessoas, mas pelo maior aparecimento de doenças crônico-degenerativas, decorrente do controle científico e tecnológico introduzido no setor da saúde, no que diz respeito às doenças infectocontagiosas (LAVRAS, 2011).

A fragmentação do cuidado com dificuldade do acesso e descontinuidade assistencial compromete a integralidade da assistência. Destaques dessa fragilização são a pouca articulação entre as instâncias gestoras do sistema, entre os serviços de saúde e ou de apoio diagnóstico e terapêutico, práticas clínicas diferentes desenvolvidas por profissionais de um e/ou mesmo serviços voltados ao mesmo paciente ou grupo de pacientes (LAVRAS, 2011).

Diante da compreensão dessa realidade, as Redes de Atenção à Saúde são apontadas como possível caminho para o acesso contínuo e integral da saúde de toda a população, bem como para a racionalidade na utilização dos recursos existentes (LAVRAS, 2011).

Em dezembro de 2010, foi oficializada a Portaria nº 4.279 GM/MS, de 30 de dezembro de 2010 com as “Diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS” (BRASIL, 2010). O documento foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no dia 16 de dezembro do mesmo ano. Essa iniciativa se deu a partir de debates mediados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que tiveram experiências internacionais e brasileiras como referência.

## **2.1 Conceito de Redes de Atenção à Saúde**

A Rede caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (MENDES, 2011)

A Portaria nº 4.279GM/MS, 2010, define RAS como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é fundamental para garantir acesso universal dos cidadãos aos serviços e ações de saúde, de acordo com suas necessidades, e para oferecer atenção integral. Para viabilizar o SUS na vida real os gestores municipais, estaduais, e federais precisam investir na construção de Redes de Atenção à Saúde, tanto no território do Município como no território regional, estadual e nacional (PIMENTA, 2008).

As RAS foram criadas com o objetivo de:

Promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

Nesse contexto a estratégia de implantação do SUS como sistema de saúde universal, integral e descentralizado perpassa pelo contexto de atenção à saúde dos seus usuários a partir de suas necessidades de saúde (DUBOW, 2013). Um dos avanços nessa estratégia foi a responsabilização dos municípios na provisão dos serviços em seus territórios. Embora ainda persistam modelos de atenção baseados na desarticulação de ações e serviços, o que corrobora para o surgimento de diversos problemas como desigualdade no acesso aos serviços e fragmentação do cuidado (DUBOW, 2013).

A RAS fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, e resolutiva nos cuidados primários para grande parte dos problemas de saúde da população (BRASIL, 2010). O primeiro contato dos indivíduos com o setor saúde é a APS.

O processo de assistência contínuo e integral do cuidado é iniciado na APS (GRANJA e ZOBOLI, 2012), e que deve assumir o papel de coordenadora do cuidado em todos os pontos de atenção (RODRIGUES et al, 2014). Os domicílios, as unidades de saúde básicas e especializadas, os centros de apoio, maternidades e outros são todos considerados pontos de atenção e igualmente, em grau de importância na medida em que possam cumprir os objetivos da rede, apenas com uma diferença entre si: as densidades tecnológicas de cada um (BRASIL, 2010).

As RAS possuem características próprias para o bom funcionamento, que são:

População e território definidos; estabelecimentos de saúde que prestam serviços que vão desde a promoção até a reabilitação, perpassando pelo individual e coletivo; atenção básica à saúde estruturada que atenda às necessidades da população coordenando o cuidado; serviços especializados em lugar adequado; mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, levando em conta a diversidade da população; sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede; sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes; financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede; ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde; e gestão baseada em resultado (BRASIL, 2010).

Sabe-se que a problemática relacionada a esta estratégia perpassa desde a não contemplação dos serviços de saúde aos usuários de acordo com as necessidades até a desarticulação das ações oferecidas pelos municípios. De fato, os princípios do SUS a serem obedecidos são feridos quando observamos na prática que os desiguais não são tratados de

forma desigual (equidade), o acesso não se torna universal e os indivíduos quase sempre não são atendidos de forma integral, visto que vivenciamos um modelo centrado na doença.

Os profissionais e a própria comunidade ainda estão habituados ao modelo centrado na doença, ao atendimento das necessidades de forma aguda. A necessidade de mudanças desse paradigma é urgente, visto que não só as categorias profissionais e gestores se habituaram a esse modelo, mas a própria população tem como referência o tratamento curativo, não estando adaptado ao preventivo onde suas necessidades são contempladas na sua totalidade.

Os sistemas de saúde são organizados de acordo com seus níveis de atenção e complexidade, porém não há articulação e diálogo entre esses níveis. Os profissionais desconhecem essa articulação e os pontos de atenção da rede. Provavelmente porque em sua formação não conheceram a complexidade dos problemas bem como as questões que envolvem os Determinantes Sociais em Saúde que cercam a comunidade. Igualmente, é o processo de formação dos profissionais, visto que as escolas médicas, embora com reformulação curricular, ainda se baseiam em modelos hospitalocêntricos (DUBOW, 2013).

As RAS são operacionalizadas a partir de três elementos constitutivos, são eles: população/região de saúde definidas; estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2015).

População e Região de Saúde: este elemento compreende a definição da região de saúde a ser coberta a partir dos parâmetros espaciais e temporais que assegurem estruturas bem distribuídas no território e que garantam a resposta à saúde da população em tempo adequado a cada necessidade (BRASIL, 2010). As RAS exigem construção de territórios e populações, que deve organizar-se socialmente em famílias, em territórios definidos e delimitados. Essa população deve ser dividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por risco de acordo com as condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011).

A identificação da área geográfica e da população assistida é importante para a preservação, recuperação e melhora da saúde das pessoas e da comunidade. A definição de uma região de saúde procede-se de acordo com as características sociais, culturais, econômicas, baseadas em parâmetros espaciais e temporais e que asseguram estruturas definidas territorialmente (BRASIL, 2010).

Esse arranjo organizacional de população e região de saúde ainda é um problema sério e um desafio a ser vencido na implantação das RAS, visto que em territórios que deveriam estar delimitados com sua população adscrita, o que não ocorre e dificulta a



articulação dos pontos de atenção das redes e o processo de trabalho das equipes de saúde, com os demais segmentos sociais dentro do território. Esse fato favorece um tempo de resposta mais prolongado às necessidades da população.

O segundo elemento constitutivo das RAS é a estrutura operacional com componentes importantes para a sua estruturação, são eles: centro de comunicação – a APS; pontos de atenção secundária e terciária; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos e o sistema de governança. Essa estrutura é constituída pelos nós das redes e por ligações materiais e imateriais que são responsáveis pela comunicação dos nós (MENDES, 2008).

O centro de comunicação que é a APS, é o nó articulador da rede, responsável pelos fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2008). A qualidade da APS é o ponto fundamental para a operacionalização da RAS, pois é na APS onde os indivíduos, famílias e comunidades tem o primeiro contato com os serviços disponibilizados na rede (BRASIL, 2010).

Há uma necessidade de reformulação da APS para que esta cumpra seus papéis principais dentro das RAS, que são: resolução, coordenação e responsabilização (MENDES, 2008).

Os pontos de atenção secundária e terciária representam os nós das redes onde determinados serviços especializados de diferentes densidades tecnológicas são ofertados, vale ressaltar que não ligação de subordinação entre esses pontos, visto que são igualmente importantes quando se pretende atingir os objetivos das RAS (MENDES, 2008).

Os sistemas de apoio também são nós primordiais, neles serviços importantes e comuns a todos os pontos de atenção à saúde são prestados. Envolvem assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação em saúde. (BRASIL, 2010).

O sistema logístico corresponde ao quarto componente importante que tem por base as tecnologias de informação, garantindo o fluxo e contra fluxo das informações, produtos e pessoas a fim de permitir a eficácia nos fluxos de referência e contra referência, ao longo dos pontos de atenção à saúde e sistemas de apoio (BRASIL, 2010).

O quinto e último componente do sistema operacional são os sistemas de governança, em que se permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde (MENDES, 2008). No sistema de governança a capacidade de intervenção envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede (BRASIL, 2010). A governança das redes deve ser feita por arranjos

interfederativos: Comissão Intergestores Tripartite, Comissão Intergestores Bipartite e Comissão Intergestores Regionais (MENDES, 2008).

Modelo de Atenção à Saúde é o terceiro elemento da RAS, é considerado um sistema lógico de apoio que deve organizar de forma ímpar o funcionamento da RAS articulando as relações entre populações e subpopulações de risco, as intervenções do sistema de atenção à saúde, os diversos tipos de intervenções sanitárias a partir da situação demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais de saúde de uma determinada população (MENDES, 2008).

Lavras (2011) afirma que o SUS apresenta-se como um sistema fragmentado e como consequência disso a dificuldade ao acesso e a descontinuidade assistencial comprometem a integralidade da atenção ofertada. Ainda afirma que para a construção de um sistema integrado que garanta uma atenção de qualidade e a observância de boas práticas administrativas, é necessária a estruturação de redes de atenção à saúde para a consolidação de um sistema de saúde integrado que favoreça acessibilidade, integralidade da atenção e otimização dos recursos. Esta realidade é a contraposição ao modelo atual centrado na doença, no atendimento por demanda espontânea e agudização das condições crônicas. Diante disto a necessidade de um modelo que considere a integralidade dos saberes, considere as necessidades e vulnerabilidades de grupos e populações e fortaleça as ações sobre as condições crônicas (BRASIL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) no SUS veio para estabelecer a organização do serviço de Atenção Primária, priorizando ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, de forma integral e continuada. Desta forma as ações e serviços vão muito além do assistencialismo, perpassam pelo cuidado integral, centrado na família, percebendo seu ambiente físico e social, reconhecendo as necessidades da população, estabelecendo vínculo entre usuário dos serviços e profissionais da saúde que é o contato permanente com o território, conhecendo a realidade em que aquela população está inserida (OLIVEIRA e PEREIRA, 2013). Portanto podemos tê-la como um modelo para organização da APS.

## **2.2 Rede de Atenção à Saúde e Redes Temáticas ou Linha de Cuidados**

As RAS podem ser organizadas em diferentes temas de atenção à saúde, porém precisam ter a Atenção Primária como base e centro de comunicação e articulação. Os diferentes temas da atenção têm suas particularidades no modo de organizar o cuidado com

diferentes tecnologias em saúde em diferentes regiões do país. Para essa implantação de diferentes temas em diferentes regiões do país é que chamamos de redes temáticas ou linhas de cuidados. Sendo que determinado serviço ou ponto de atenção dessa rede vai se conformando como ponto de atenção de vários temas, de forma que quando observado de fora se tem a imagem de transversalidade e olhado de dentro imagem da integralidade do cuidado. (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Em 2011, a partir de uma pactuação tripartite foi proposto pela Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde (SAS/MS), a implantação de cinco redes temáticas são elas: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014).

As iniciativas complementares de organização das redes nos estados ocorrem em fórum bipartites com pactuação de acordo com a realidade local (SILVA, 2014).

### **2.3 Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Aspectos Histórico-Conceituais da Pessoa com Deficiência**

A significação de cuidado designa atitude de desvelo, zelo, atenção, bom trato. Cuidado implica um modo-de-ser mediante o qual a pessoa sai de si e se centra no outro com desvelo e solicitude (BOFF, 1995). O cuidado é uma necessidade humana essencial (NEVES, 2002 apud LIMA, 2010 p. 14). Também, uma interação entre dois ou mais sujeitos na realização de ações de saúde, objetivando o alívio do sofrimento ou o alcance do bem estar do indivíduo (AYRES, 2004).

A gestão do cuidado em saúde define-se como provimento ou disponibilização das tecnologias em saúde, a partir das necessidades das pessoas a fim de gerar bem-estar, segurança e autonomia a elas, esta é pensada em seis dimensões, são elas: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECÍLIO, 2011).

De acordo com resultados do censo IBGE 2010, considerando a população residente no país das deficiências investigadas (visual, auditiva, motora e mental ou intelectual), 23,9% possuíam pelo menos uma destas deficiências, 18,6% da população brasileira está acometida pela deficiência visual. Em segundo lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população seguidas da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em menor ocorrência com 1,40% de acometimento na população.

Para abordarmos o assunto rede de cuidado à pessoa com deficiência, precisamos conhecer alguns conceitos importantes que nortearão nosso estudo. Falar sobre deficiência torna-se complexo no sentido de que grande parte da sociedade ainda entende a deficiência como um atributo que distingue as pessoas com deficiência, afastando-as, isolando-as, considerando-as como “não normais” e incapazes.

No decorrer dos anos muito se tem avançado no que diz respeito aos estudos e políticas de saúde relacionadas à pessoa com deficiência.

Segundo Piovesan (apud FERRAZ e ARAÚJO 2010) o direito humano à pessoa com deficiência divide-se em quatro estágios: o primeiro é representado pelo momento em que as crianças que apresentavam algum tipo de deficiência eram tratadas pela sociedade com compaixão e piedade, e que carregavam em si castigo dos deuses, por isso a sociedade defendia o abandono e a impossibilidade de existência das mesmas (BEYER, 2005 apud ARAÚJO, 2008, p. 69).

O segundo estágio foi caracterizado como de invisibilidade, em que as pessoas com qualquer deficiência eram excluídas e separadas da sociedade, viviam em total isolamento (PIOVESAN, 2010 apud FERRAZ e ARAÚJO, 2010).

No terceiro estágio, bem característico no Brasil, foi marcado pelo assistencialismo. Os avanços na medicina proporcionaram as políticas assistenciais na tentativa da cura das limitações, enquanto isso essas pessoas recebiam ajuda, enquanto não obtinham a cura. (PIOVESAN, 2010 apud FERRAZ e ARAÚJO, 2010).

O quarto estágio, podemos dizer que é a fase que estamos vivenciando, tem um foco nos direitos humanos e na inclusão em todas as áreas. Neste estágio a sociedade precisa ser tratada, pois a “doença” não está nas pessoas e sim na sociedade, que ainda apresenta inúmeras dificuldades para lidar com as diferenças (PIOVESAN, 2010 apud FERRAZ e ARAÚJO, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1989) “a deficiência representa qualquer perda ou anormalidade da estrutura, da função psicológica, fisiológica ou anatômica”. A incapacidade corresponde a qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência) de capacidade para exercer uma atividade de forma ou dentro dos limites considerados normais para o ser humano.

Segundo a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), deficiências são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004).

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, aprovada pelo Decreto legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, trouxe um novo conceito de pessoa com deficiência. Nas alíneas “e”, “n” e “i” reconhece que:

A deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, reconhecendo ainda a diversidade das pessoas com deficiência, reconhecendo a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas (BRASIL, 2008, adaptado).

As mudanças propostas na convenção eram de eliminar as barreiras que impediam a participação efetiva e igualitária das pessoas com deficiências. Atualmente o conceito não é aquele puramente médico, as necessidades de inclusão e integração das pessoas com deficiência, com igualdade de direitos e atendimento perpassam para a dimensão social, quebrando a visão assistencialista e história de segregação e negação que passaram as pessoas com deficiência.

As barreiras culturais, econômicas, tecnológicas, afetivas, saúde, bens de consumo, lazer e esporte, informação, atitudinais, ambientais representam a possibilidade de dificuldades na interação e na participação das pessoas com deficiência na sociedade.

Maia (2013) afirma que os impedimentos sejam eles físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais, passa por um processo de interação com as barreiras sociais, o que caracteriza a deficiência. As pessoas com deficiência compõem um grupo heterogêneo, reunindo indivíduos com várias deficiências em uma mesma categoria. O artigo 1º da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência corrobora com as afirmações acima:

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 (BRASIL, 2012, p. 26).

O decreto nº 5.296, de 02 de dezembro de 2004, categoriza as pessoas com deficiência e as classifica em (BRASIL, 2004):

- 1- 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;

- 2- 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;
- 3- 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;
- 4- Deficiência intelectual: funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, habilidades sociais, cuidados pessoais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho.
- 5- Deficiência múltipla: associação de duas ou mais deficiências.

Vale ressaltar que o decreto ainda considera como pessoas com deficiência, as pessoas com mobilidade reduzida, com dificuldade de movimentar-se permanente ou temporariamente.

Nas últimas décadas muito se tem buscado para garantir os direitos constituídos aos cidadãos com deficiência e muito se tem avançado na garantia desses direitos, a participação da sociedade nas conferências de luta pelos direitos da pessoa com deficiência tem sido de suma importância na eliminação das barreiras e na luta pela igualdade de oportunidades.

Entendemos que esses significativos avanços se dão por conta da organização da sociedade civil em busca da garantia dos direitos das pessoas com deficiência, embora a sociedade ainda necessite se empoderar mais, na busca da garantia dos direitos das pessoas com deficiência, e ainda há muito a se fazer para que os direitos estabelecidos em lei sejam puramente cumpridos.

## 2.4 A Política de Atenção à Pessoa com Deficiência

A garantia dos direitos às pessoas com deficiência e a todos os cidadãos brasileiros é prevista na Constituição federal, de acordo com o artigo 23, capítulo II, onde estabelece que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências” (BRASIL, 1988).

Dentre os vários instrumentos legais que foram estabelecidos como apoio para as pessoas com deficiência, destacam-se: a lei nº 7.853/89, que dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, em que o exercício dos direitos individuais e sociais e integração social das pessoas portadoras de deficiências são assegurados. (BRASIL, 1989). Outro importante instrumento é a lei 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde que estabelece prioridades ao atendimento das pessoas com deficiência. Além destes instrumentos ainda podemos destacar a lei nº 10.098/00 que “estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida”.

O decreto nº 3.298/99 veio para contribuir dispondo sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e o decreto nº 5.296/04 veio regulamentar as leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00.

Em 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS), aprovou a CIDID que também foi importante contribuição, esta tem como objetivos:

Proporcionar uma base científica para a compreensão e o estudo dos determinantes da saúde, dos resultados e das condições relacionadas com a saúde; estabelecer uma linguagem comum para a descrição da saúde e dos estados relacionados com a saúde, para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores, tais como, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e o público, incluindo pessoas com incapacidades; permitir a comparação de dados entre países, entre disciplinas relacionadas com os cuidados de saúde, entre serviços, e em diferentes momentos ao longo do tempo; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde (OMS, 2004).

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) apresenta uma abordagem com mudanças conceituais, filosóficas, políticas e metodológica que leva em consideração a capacidade das pessoas com deficiência, não a incapacidade ou a questão da doença ou a situação que causou a seqüela, mas, sobretudo com fatores como a capacidade do indivíduo em se relacionar com o seu ambiente de vida (BRASIL, 2008).

São cinco as categorias de análise da saúde pela CIF: funcionalidade, estrutura morfológica, participação na sociedade, atividades da vida diária e ambiente social. Observa-se assim “maior clareza sobre a qualidade do funcionamento das ações específicas e dos efeitos sobre a inserção das pessoas com deficiência, permitindo descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e suas restrições” (BRASIL, 2008).

Em 2004 a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU/2006), foi um marco importante para as conquistas das pessoas com deficiência. O objetivo foi de garantir, promover e defender, dignidade e independência das pessoas com deficiência (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência foi aprovada pela Portaria nº 1.060 MS/GM, essa política tem como propósito a inclusão da pessoa com deficiência em todas as esferas da vida social, a prevenção de agravos e a reabilitação (BRASIL, 2009). “Reabilitar a pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no seu desempenho humano” (BRASIL, 2008). Tem como característica “reconhecer a necessidade de implementar o processo de respostas às complexas questões que envolvem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil” (BRASIL, 2009). As diretrizes que norteiam a política são: promoção da qualidade de vida das pessoas portadoras de deficiência; assistência integral à saúde da pessoa portadora de deficiência; prevenção de deficiências; ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa portadora de deficiência; e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2008).

Portanto, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência representa importante instrumento para as conquistas que vêm ocorrendo ao longo dos anos no que diz respeito à pessoa com deficiência.



### **3 O PROCESSO DE FORMAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: A FORMAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO SUS**

No ano de 2009, o Brasil promulgou a Convenção sobre os direitos das pessoas com Deficiência, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, este ato valorizou a atuação da sociedade civil organizada e do governo, e contribuiu para que importantes políticas públicas no país pudessem ser pensadas a partir de então.

Em 2011, o governo federal, para ressaltar a Convenção, lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Viver sem Limite, por meio do Decreto nº 7.612; “com a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência” (BRASIL, 2011). O plano foi elaborado envolvendo todos os entes federados, com a participação de 15 ministérios e do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), este último apresentou as contribuições da sociedade civil, tendo por eixos: acesso à educação, atenção à saúde, inclusão social e acessibilidade (BRASIL, 2011).

Em seguida a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência foi instituída por meio da Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, na condição de rede prioritária do SUS e estabelece as normas para o cuidado das pessoas com deficiência por meio da 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 SUS.

A portaria tem como objetivos: ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde, que contemple as áreas de deficiência auditiva, física, visual, intelectual e ostomias; ampliar a integração e articulação dos serviços de reabilitação com a rede de atenção primária e outros pontos de atenção especializada; e desenvolver ações de prevenção de deficiências na infância e vida adulta (BRASIL, 2012).

A Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência deve estar organizada a partir dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências; Atenção hospitalar e de urgência e emergência. Esses componentes devem estar articulados entre si a fim de garantir a integralidade do cuidado e acesso aos pontos de atenção e ou serviços de apoio, garantindo a equidade na atenção aos usuários (BRASIL, 2012).

A saúde no âmbito do SUS e o processo de formulação das políticas públicas de saúde são orientados pelos princípios da universalidade, com acesso a saúde para todos; da equidade, atendendo a todos de acordo com as suas diferenças e desigualdades; e da integralidade, com a articulação transversal entre os pontos de atenção da rede e os equipamentos sociais (educação, proteção social, esporte, lazer, etc.), interligados às necessidades do indivíduo, do contexto social e das realidades sanitárias dentro dos territórios (MENDES, 2014).

Campos et al, (2015) afirmam que:

O cuidado está pensado em rede, os serviços são organizados em linhas de cuidado, em função das necessidades da população e dos arranjos territoriais. Desse modo, permite-se que a atenção em saúde esteja focada no contexto do território e dê sustentação a projetos terapêuticos singulares, ampliando as possibilidades de equidade e de cuidado integral às pessoas com deficiência.

O modelo da nova rede preconiza que os centros de reabilitação são pontos de atenção e articulação com outros pontos para ações específicas voltadas às pessoas com deficiência (CAMPOS, et al, 2015).

Apesar do arcabouço normativo sobre a atenção à saúde da pessoa com deficiência, um desafio importante para o bom funcionamento da rede é fazer que o cuidado à pessoa com deficiência seja integral, equitativo e universal, porém isso requer esforço e participação social enfrentando estigmas e preconceitos ainda presentes na sociedade. No item seguinte veremos como se dá a política de atenção à pessoa com deficiência no nível regional.

### **3.1 A Formação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Estado do Pará**

A necessidade do uso de estratégias inovadoras é um desafio para a inclusão das pessoas com deficiência e isso se dá devido a diversidade e especificidades regionais como: população de ribeirinhos, indígenas, quilombolas e em áreas de assentamentos agrários, presentes em todo o território paraense e com infraestrutura precária (PARÁ, 2012).

Diante deste desafio no ano de 2012, foi apresentado e assinado o Plano Estadual de Ações Integradas à Pessoa com Deficiência, o chamado “EXISTIR”, pelo Governo do Estado do Pará por meio da Secretaria Especial de Proteção e Desenvolvimento Social (SEEPDS). O plano é articulado ao Plano Nacional Viver Sem Limite (PARÁ, 2012). O “EXISTIR” foi desenvolvido a partir das diretrizes estabelecidas na Resolução nº 230, de 1º de novembro de 2013, da CIB/PA, em que se pactuou o desenho regional e o Plano de Ação Estadual da Rede

de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Pará no período 2012-2014 (PARÁ, 2013). Em 2015 foi submetido novamente à CIB, tendo aprovado o Plano Estadual de Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência - Pará e a Rede Estadual de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, de acordo com as diretrizes do Plano Estadual 2016 a 2019 sob a Resolução nº145, de 17 de novembro de 2015.

O plano “EXISTIR” tem por objetivo geral “promover ações integradas entre as diversas políticas públicas visando à garantia da cidadania, inclusão e maior autonomia das pessoas com deficiência no Estado do Pará”. Tem como pressuposto, a organização dos serviços de maneira que aconteçam em rede de forma que as ações estejam organizadas e estruturadas para atender as pessoas com deficiência de forma integral com prioridade a descentralização dos serviços públicos (PARÁ, 2012).

Dentre as diretrizes das ações do Plano Estadual destacam-se na área da saúde:

- Prevenção das causas de deficiência;
- Ampliação e qualificação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação, de forma descentralizada;
- Ampliação do acesso das pessoas com deficiência à habitação adaptável e acessibilidade em suas diversas formas;
- Estímulo à produção científica, ao desenvolvimento e inovação em tecnologia assistiva;
- Promoção da gestão da informação através da constituição de um banco de dados, diagnósticos e monitoramento de indicadores, para subsidiar as políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência;
- Estabelecimento de Termo de Adesão entre Estado e municípios a fim de garantir a cooperação necessária para a operacionalização do Plano (PARÁ, 2012, adaptado).

De acordo com o Plano Nacional Viver sem Limite, o Plano Estadual de Ações Integradas à Pessoa com Deficiência tem 4 Eixos de sustentação:

- Acesso à Educação
- Atenção à Saúde
- Inclusão Social
- Acessibilidade

No eixo Atenção à Saúde os objetivos são: criar rede de cuidados especializados em reabilitação; desenvolver programas de saúde voltados para as pessoas com deficiências; garantir acesso aos serviços e tratamento de saúde na capital e interior; assegurar mecanismos de acessibilidade e inclusão social; promover ações preventivas de saúde (PARÁ, 2012).

A organização dos serviços para a pessoa com deficiência no estado do Pará, segue a partir da atenção básica com as Unidades Básicas de Saúde, ESF e NASF (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), incluindo as equipes de Saúde Bucal presentes nesses serviços (PARÁ, 2015).

Os serviços de saúde disponíveis na Atenção Especializada são:

Projeto Caminhar, no Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza, atendendo deficiência física, intelectual, visual e auditiva com dispensação de próteses auditivas e implante coclear; Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente - URE MIA, com atendimento a crianças de 0 a 5 anos; Unidade de Referência Especializada em Reabilitação Infantil - URE REI, com atendimento a deficiências física e intelectual até os 12 anos; Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária DR. Marcelo Candia, com atendimento a deficiência física e sapataria ortopédica; Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas com os serviços de atendimento para deficiência visual, auditiva e física (ostomizados) e Centro de Especialidades Odontológicas – CEO; Serviço de atendimento a pessoas com doenças neurodegenerativas e odontologia ambulatorial e hospitalar no Hospital Ophir Loyola; Instituto Saúde Auditiva- ISA; UEAFTO-UEPA, na categoria de CER II, com público as pessoas com deficiência física e intelectual, incluindo as doenças neurodegenerativas e autismo; Centro de Reabilitação do Município de Tucuruí habilitado como CER II atende deficiência física e intelectual; Rede de Atenção Psicossocial dos municípios, trata da Saúde Mental; Centro de Reabilitação e Organização Neurológica do Pará - IONPA; Serviço de Atendimento em Reabilitação - SABER. (PARÁ, 2015, adaptado).

No componente Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência e Apoio Diagnóstico são encontrados disponíveis os serviços de triagem neonatal, com o Teste do Pezinho, Orelhinha e Olhinho, que podem ser realizados em unidades de saúde e maternidades como Fundação Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Hospital Beneficente Portuguesa, Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza. Além de 21 leitos de longa permanência em todo o estado, alguns em hospitais particulares que possuem convênios firmados com o estado (PARÁ, 2015).

O quadro 1 dá visibilidade à rede estruturada na atualidade.

Quadro 1 – Níveis de Atenção e Unidades da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência no Estado do Pará

<b>ATENÇÃO BÁSICA</b>	<b>ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	<b>ATENÇÃO HOSPITALAR, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO.</b>
Unidades Básicas de Saúde (UBS)	Projeto Caminhar-Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza: (deficiência física, intelectual, visual e auditiva; dispensação de próteses auditivas e implante coclear).	Santa Casa de Misericórdia, Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Hospital Beneficente Portuguesa, Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza. Triagem neonatal (Teste do Pezinho, Orelhinha e Olhinho)
Estratégias de Saúde da Família (ESF)	Unidade de Referência Materno Infantil e Adolescente - URE MIA: crianças de 0 a 5 anos.	Leitos de longa permanência
	Unidade de Referência Especializada em Reabilitação Infantil - URE REI, (deficiências física e intelectual até os 12 anos).	
Núcleos de Apoio à Saúde da Família	Unidade de Referência Especializada em Dermatologia Sanitária DR. Marcelo Candia (deficiência física e sapataria ortopédica).	
Equipes de saúde bucal nas UBS e ESF	Unidade de Referência Especializada Presidente Vargas (deficiência visual, auditiva e física – ostomizados e Centro de Especialidades Odontológicas – CEO.	
	Hospital Ophir Loyola com Serviço de atendimento a pessoas com doenças neurodegenerativas e odontologia ambulatorial e hospitalar.	
	Instituto Saúde Auditiva (ISA) (deficiência auditiva, dispensação de órtese).	
	CER II (UEAFTO-UEPA) (deficiência física e intelectual, incluindo as doenças neurodegenerativas e autismo)	
	CER II - Centro de Reabilitação do Município de Tucuruí (deficiência física e intelectual).	
	Rede de Atenção Psicossocial dos municípios (Saúde Mental).	
	Centro de Reabilitação e Organização Neurológica do Pará – IONPA (deficiência física e intelectual)	
	Serviço de Atendimento em Reabilitação – SABER (deficiência física e intelectual)	

Fonte: Elaborado a partir de Pará, 2015.

Torna-se relevante identificar a partir do que está implantado, os desafios para implementação contínua da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência no Estado do Pará, tendo a produção de conhecimento oriunda de diversas fontes visando a melhoria e garantia de atendimento às pessoas com deficiência nos serviços de atenção básica, reabilitação e apoio à família e à comunidade, bem como o resgate da cidadania das pessoas e sua inclusão social por meio do acesso às políticas públicas de direito e da articulação da rede de atendimento no sentido da plenitude da articulação consciente dessa rede.

Estes desafios e os efeitos das ações e serviços até agora implantados, apresentaremos e discutiremos por meio da análise do discurso dos gestores nas entrevistas demonstradas no quadro a seguir.

#### 4 RESULTADOS

As entrevistas foram tratadas e norteadas a partir de duas categorias, são elas: Desafios da Rede e Eficácia da Rede.

A categoria Desafios da Rede foi organizado em três subcategorias de acordo com os desafios mais citados pelos entrevistados. Quando perguntado a estes “o que você considera como desafios principais para a implantação da Rede de Atenção à pessoa com deficiência no estado do Pará?” as respostas se dividiram entre **gestão, financiamento e informação**, portanto esses foram os temas selecionados para discussão dentro da categoria Desafios da rede.

A categoria Eficácia da Rede foi analisada a partir de três subcategorias, são elas: **coordenação do cuidado, oferta de serviços e acesso e qualidade de atendimento**. Quando tratamos de **coordenação do cuidado** tomamos a definição de Almeida (2010) como “a articulação entre os diversos serviços e ações relacionados à atenção em saúde de forma que, independentemente do local onde sejam prestados, estejam sincronizados e voltados ao alcance de um objetivo comum”.

Quadro 2- Desafios e Eficácia da Rede

		CATEGORIAS					
		DESAFIOS DA REDE			EFICÁCIA DA REDE		
Pesquisador	Entrevistado	Gestão	Informação	Financiamento	Coordenação do cuidado	Oferta de serviços	Acesso e qualidade de atendimento
<b>1. O atual modelo de atenção à saúde está preparado para atender as necessidades de</b>	E1	Não. Hoje, em especial aqui em Belém e na maior parte dos municípios, nós sentimos ainda					Ainda não. Ele acaba tendo uma... Sendo voltado pra pessoa sem deficiência, os

<p><b>saúde da pessoa com deficiência?</b> <b>Por que?</b></p>		<p>uma rede que não está bem estruturada.</p>					<p>ditos normais, ou seja, sem nenhuma alteração física. Então por exemplo até no momento da atenção básica você não tem às vezes o cuidado da unidade de saúde ter a questão da acessibilidade, muitas vezes a equipe de saúde não está preparada para as especificidades que existem com determinadas pessoas que têm deficiências físicas ou outros tipos de deficiência [...]</p>
--	--	---	--	--	--	--	---



E2						
E3						
E4						
E5		Ocorre que a implantação e a execução desses serviços ela não contempla o que está escrito [...] a falta de vontade de mudar muitas coisas que são antigas dentro da proposta[...]		Por uma série de motivos que vem desde a questão orçamentária, a falta de qualificação do colaborador.		
E6						
E7						
E8		Ela é uma rede mal estruturada [...]	Eu acho que essa rede ela é uma rede desconhecida [...]	[...] E ela é uma rede insuficiente em capacidade de atendimento desses deficientes no município.		

<p><b>2. Você considera que os diferentes níveis de atenção à saúde estão interligados de forma adequada dentro da Rede?</b></p>	E1					<p>Nós entendemos que a reabilitação de uma pessoa, de um ser humano, ele não é só saúde. Ele precisa pra poder ter resultado, de ter garantido o que for necessário com relação a saúde, o que for necessário com relação a educação e também a assistência.</p>	
	E2	<p>Os diversos níveis de atenção muitas vezes têm lacunas entre si... Há problemas de descontinuidade. Não há ainda uma harmonia entre esses níveis de atenção.</p>					

	E3				<p>Eu digo que não. Em partes [...] às vezes a gente encontra inúmeras dificuldades em relação a esses níveis, como encaminhamentos equivocados [...]</p> <p>Às vezes os encaminhamentos feitos pelas unidades básicas de saúde são feitos de forma tardia, podendo ter sido feitos de forma mais precoce.</p>		
	E4	Então nós percebemos uma desarticulação [...]	[...] E também uma falta de compreensão do modelo e dessa rede que foi formada.				
	E5						



	E8				<p>Não. Primeiro que os NASF's, estão também mal distribuídos em Belém [...] então o PSF me parece que está mal distribuído em Belém e esses núcleos de apoio também estão insuficientemente distribuídos...então o finda que na atenção básica a coisa está muito</p>	<p>Então as pessoas que atuam a nível de média complexidade também têm muita dificuldade, no sentido que são na grande maioria serviços pequenos, serviços que funcionam com déficit de pessoas... A nível terciário eu acho que existe alguma atenção pontual, não é questão que não tenha nada, eu acho</p>	<p>cadeira de rodas, por exemplo [...] Então ir ao lugar certo, mas tem que passar pelas pessoas bem informadas, articuladas pra conseguir seu direito.</p> <p>[...] O que a gente sabe que a identificação da deficiência ou de uma alteração de desenvolviment o na criança, pra que ela seja feita, pra que haja suspeita dessa alteração de desenvolviment o ou dessa deficiência, as pessoas tem que</p>
--	----	--	--	--	--	---	---

<b>3. A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência está implantada no estado do Pará? Qual a sua percepção sobre a não implantação da rede no estado?</b>	E1				ruim.	que existe[...]	estar capacitadas [...] E dentro do meu conhecimento isso não vem sendo feito a contento já há algum tempo na nossa rede primária de atenção [...]
	E2	Eu acho que a rede está se implantando [...] Há um esforço por parte da coordenação de melhorar... Só que esbarra em problemas governamentais.	[...] Muitas vezes a incompreensão dos gestores municipais.	Falta de recursos [...]			
	E3	Eu acho que não. Pode ser que ela esteja implantada,					

	E4	mas não esteja consolidada.					
	E5	Não vejo a implantação desses serviços de fato. Eu vejo o interesse de algumas instituições em estar fazendo um trabalho realmente voltado para o atendimento dessas pessoas com deficiência, mas não há uma rede interligada.					
	E6	Ela está implantada iniciante. Né ela foi implantada, foi aprovada na CIB,					

<p><b>4. Como se dá o ordenamento do fluxo da pessoa com deficiência a partir do componente da Atenção Básica</b></p>	E7	<p>recentemente, inclusive em dezembro aprovou a ampliação da rede de cuidados [...] mas falta muito pra realmente funcionar na íntegra.</p>					
	E8	<p>Eu acho que ela não está. Eu acho que existem algumas iniciativas, algumas inclusive são antigas.</p>					
	E1				<p>Não. Não existe um fluxo. Digamos assim no momento em que foi detectado, que uma criança nasceu, no início,</p>	<p>[...] E quando ela teve alta da UTI a médica disse: 'agora que vem o mais difícil, que é você conseguir um local onde essa criança</p>	



<p><b>articulada com os demais componentes</b>  <b>Atenção especializada e hospitalar e urgência e emergência?</b></p>	<p>E2 E3</p>				<p>e ela nasceu precisando de fazer estimulação precoce, que seria um atendimento imediato após o [...] (nascimento), não existe um direcionamento e que garanta pra essa criança, pra essa família uma vaga pra que essa criança tenha ou faça estimulação precoce. Eu já tive casos aqui na instituição, de eu conseguir uma vaga pra uma criança numa UTI neonatal [...]</p> <p>A gente utiliza, na verdade as guias de referência e</p>	<p>faça estimulação precoce’.</p> <p>Dependendo da especialidade ainda existe alguma dificuldade. De um</p>	
--	------------------	--	--	--	---	---	--

	E4	De hierarquização dos serviços e perfil de atendimento [...] É aquilo que eu falei numa das perguntas anteriores, com certeza esse é o			contra referência, quando o paciente precisa ser encaminhado a gente utiliza essas guias e ele vai pra rede. Ele vai buscar na própria unidade [...] Se não tiver o especialista aqui ele vai pra outra unidade, ele vai pra Sacramento [...] ele vai pra outros locais.	modo geral aqui, algumas vezes a gente consegue, se o especialista for daqui a gente consegue que ele seja avaliado logo dentro do posto, mas às vezes o especialista é de fora e ele aguarda mais tempo; é solicitado um exame e ele aguarda meses pra que o exame seja autorizado pra ele poder fazer depois e então as coisas são bem demoradas [...]	
--	----	--	--	--	--	--	--

	E5 E6	maior desafio [...]					Pois é [...] o fluxo ele foi detectado que ele tem uma deficiência ele é encaminhado para as unidades especializadas. Muitas vezes a gente recebe casos que não é pra cá... Mas ele precisa de uma APAC, que é a autorização; isso é um transtorno. Porque muitas vezes até ir pra o departamento de regulação pra liberar a APAC, demora esse fluxo... . Eu acho que esse entrave a gente
--	----------	------------------------	--	--	--	--	--

<p><b>5. Como ocorre a comunicação entre os diversos serviços ofertados a pessoa com deficiência? Os fluxos de referência e contra referência funcionam adequadamente e qual a dificuldade de</b></p>	<p>E7 E8 E1 E2 E3 E4</p>			<p>Ainda existe muito problema de fluxo de referência e contra referencia, né. E problemas diversos desde o paciente não ter</p>			<p>ainda precisava regular melhor, (re) afinar esse sistema de como faz a liberação da APAC, de como esse usuário chega ao serviço pra poder realmente o fluxo ficar melhor.</p>
---	--	--	--	--	--	--	--

<b>estabelecer os fluxos?</b>	E5			realmente nenhuma referência e contra referência, porque ele mesmo identifica que existe o serviço e ele vai lá espontaneamente e até o caso em que os profissionais que estão no serviço que deveriam referenciar [...] e [...] pudessem resolver o problema na atenção básica até os casos em que a gente vê referências equivocadas.			
-------------------------------	----	--	--	---	--	--	--

<b>6. A oferta dos serviços disponibilizados contempla as necessidades da população em questão? Por que? Quais as dificuldades?</b>	E6						
	E7						
	E8						
	E1						
	E2						
	E3						
							<p>Já ocorreram momentos aqui na unidade que a gente teve uma lista de espera bem maior, em que a gente tinha menos profissionais e uma lista de espera que precisava aguardar um tempo pra ser atendido. Hoje a gente tem uma agilidade maior no serviço, mas a gente ainda encontra uma dificuldade maior em relação ao atendimento infantil, quando é criança aguarda um tempo maior e neurológico</p>

	E4 E5					[...]  De maneira nenhuma. Nós temos uma fila de espera enorme em todas as instituições de reabilitação do estado do Pará [...] E maioria está sem reabilitação em casa esperando ser chamado até hoje. No máximo ainda ela atinge é somente a fisioterapia, e bem poucas muita luta pra conseguir fazer um serviço de qualidade, e que o indivíduo precisa.	
	E6					Precisa ser ampliado [...] se a gente for pensar que nós temos 23,9% da população com algum tipo de	

<p><b>7. Houve expansão de serviços ofertados às pessoas com deficiência no estado? Se houve, quais?</b></p>	E7					deficiência, nós temos pouquíssimas vagas de atenção à pessoa com deficiência. Então precisa ser muito ampliado.		
	E8							
	E1							
	E2							
	E3							
	E4							
	E5							
							Aqui mesmo na unidade houve a implantação do CER. A gente tem conhecimento que outras unidades chegaram a fazer os projetos mais ainda não implantaram. Estão num momento muito difícil [...]	
							Eu entendo, pelo que eu conheço,	



<p><b>8. As instituições têm recebido financiamento suficiente para investimentos nos serviços oferecidos a pessoa com deficiência?</b></p>	<p>E6 E7 E8 E1 E2 E3 E4</p>			<p>Com certeza não! Nós não recebemos [...] nem em termos de recursos comuns que</p>		<p>diminuiu bastante, né muito! É esse descaso, são os serviços sendo suprimidos da saúde pública, como se não houvesse interesse e as promessas que estão previstas pra se chegar, os projetos que estão vindo do Ministério da Saúde até hoje, nenhum em funcionamento.</p>	
---	---	--	--	--	--	---	--

	E5			hoje nós, no nosso serviço, somos o maior problema que nós temos.			
	E6			Não. Também de maneira nenhuma. Pelo contrário volta repetir houve um esvaziamento em todos os sentidos e principalmente orçamentário.			
	E7			Eu acho que não só as instituições não estão recebendo, nós estamos [...] todo profissional qualificado está cada vez menos com o salário que não está			

				tendo atualização.			
<b>9. Há produção, acompanhamento e monitoramento de informações em saúde e dados epidemiológicos adequados, que possam dar subsídios a gestão de políticas de saúde para a pessoa com deficiência?</b>	E8						
	E1						
	E2						
	E3						
	E4						
	E5						
	E6						
	E7						
<b>10. Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico as pessoas com deficiência, tem sido ampliados e ou fortalecidos</b>	E8						
	E1						
	E2				[...] então eles não estão na mesma sintonia que o serviço.	[...] A gente utiliza o apoio diagnóstico da rede e ainda há problema também com os prestadores de serviço, muitas vezes a prefeitura	Às vezes você manda o paciente pra lá (iniciativa privada) não há o acolhimento dele como uma

<p><b>dentro da rede de serviços no estado? De que forma?</b></p>	<p>E3</p>					<p>não tem serviços próprios de apoio diagnóstico, então são feitos convênios, e esses convênios são da iniciativa privada e então há todo um questionamento sobre o valor do procedimento...</p> <p>Não. Pelo contrário, a gente tem tido uma dificuldade agora na autorização de alguns exames [...] está sendo colocado que a rede não tem onde fazer esse exame.</p> <p>É, isso é um outro caso bem delicado. Nós por exemplo precisamos de uma eletroneuromiografia , hoje eu não consigo pra esses pacientes, de jeito nenhum. Ou</p>	<p>pessoa com deficiência, ele é tratado como qualquer outro paciente e pra nós é um problema.</p>
	<p>E4</p>						

<p><b>11. Quais as</b></p>	<p>E5</p> <p>E6</p> <p>E7</p> <p>E8</p> <p>E1</p>					<p>o paciente vai ter realmente que pagar, e que a maioria não tem recurso financeiro pra pagar ou não vai fazer o exame.</p> <p>RX simples a gente tem aqui no hospital e é regulado eu acho que a gente consegue. Mas exame de uma maior complexidade se eu solicito hoje uma ressonância magnética ela está sendo marcada pra 2017.</p>	
----------------------------	---	--	--	--	--	--	--

<p><b>ações ou estratégias de educação permanente tem sido desenvolvida junto aos trabalhadores nos serviços de saúde? São suficientes?</b></p>	E2		<p>Ainda são poucas, nós temos feito a situação dos serviços, dos cursos pra capacitação, então ainda é uma educação continuada. A educação permanente em si, a gente tem colocado a partir do incentivo a participação dos profissionais como preceptores, tanto das residências multiprofissionais quanto da graduação, porque há essa troca de saberes entre o estudante que está vindo e o profissional</p>			
---	----	--	---	--	--	--

			que está fazendo uma preceptoria.				
	E3						
	E4						
	E5						
	E6		[...] A gente tem uma discussão de estudo de caso de 15 em 15 dias, com a equipe da manhã, com a equipe da tarde. É uma coisa que a gente implantou com a habilitação como CER. Mas a gente precisa de mais coisa.				
	E7						
	E8		Então nesses últimos cinco anos, nós através de alguns projetos de extensão, nós				

<p><b>12. Como as instituições formadoras tem se aproximado da rede de cuidado a pessoa com deficiência?</b></p>	<p>E1 E2 E3</p>	<p>tentamos manter a capacitação de profissionais da atenção básica. Mas não foi realizado isso com uma certa regularidade. Então do serviço em si não mais tanto voltado para os profissionais da AB a parte de formação, de educação permanente ela é feita anual.</p> <p>A gente trabalha com a assistência, aqui é ensino e assistência. Os alunos vêm para os estágios e</p>				
--	-------------------------	---	--	--	--	--



			acabam vivenciando na prática como funciona essa rede.				
	E4						
	E5						
	E6						
	E7						
	E8		Eu acho que ao longo desses anos, desses quase 20 anos, que a gente trabalha 15 anos de uma forma mais direta tentando trazer pra academia essa discussão sobre deficiência, sobre alteração de desenvolvimento,				

<p><b>13. O que você considera como desafios principais para a implantação da Rede de Atenção à Pessoa com deficiência no estado do Pará?</b></p>	E1	<p>O principal seria compromisso e disponibilidade [...]</p> <p>Então se as pessoas que estiverem no cargo forem compromissadas, se tiverem disposição pra trabalhar se faz.</p>	<p>sobre a necessidade dos profissionais da área da saúde e da área educacional trabalhar nessa aproximação, sempre nos preocupamos muito.</p>				
	E2		<p>Eu acho que uma outra situação também, que é</p>	<p>Eu acho que o principal desafio é garantir o</p>			

			de intensidade igual e importância é a questão de ganhar os profissionais e os gestores pra essa política nova, pra que eles realmente abracem essa política.	financiamento adequado, porque a partir do financiamento adequado a gente tem condições de criar os serviços.			
	E3	Eu acho que uma série de coisas [...] as articulações entre os diferentes níveis, a estruturação física [...]		[...] Repasse de recursos, a ampliação de novos serviços pra suprir essas demandas que estão reprimidas [...]			
	E4						
	E5						
	E6	Na realidade é assim a gente vive um momento					

	E7	político agora recente [...] mas nós precisamos conscientizar ainda muito os gestores.	A rede de saúde pra ser consolidada ela tem que ser divulgada, e tem que ser vivida.				
	E8	Eu acho que o principal desafio é que a [...] eu acho que a atenção a essas pessoas mesmo que a gente pense como uma política pública, a aplicação dela sempre vai depender de gestão, dos					

		gestores, né [...]					
--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2016.

## 5 DISCUSSÃO

Ao tratarmos de **gestão** analisando o discurso dos entrevistados, observamos a referência feita ao pouco comprometimento e envolvimento da gestão com a causa da pessoa com deficiência e a efetivação dos serviços de atenção à pessoa com deficiência. Aqui entendemos que os entrevistados, embora sejam gestores de saúde, se referem a gestão municipal, estadual e federal, que tem governabilidade para ordenar os recursos de acordo com a necessidade dos serviços, bem como determinar mudanças a partir de um compromisso com a política de atenção à pessoa com deficiência:

[...] muitas vezes eu preciso falar com o secretário de saúde, é difícil. A gente solicitou...pra você avaliar... uma ampliação, um realinhamento do atendimento das pessoas pra diminuir a demanda reprimida, em 2013 e nós estamos em 2016 e até hoje não tem resposta. Então se as pessoas que estiverem no cargo forem compromissadas, se estiverem disposição pra trabalhar se faz (ENTREVISTADO 1).

A fala do Entrevistado 1 corrobora com Dubow (2013) que nos orienta sobre as redes de atenção à saúde para que estas possam ser consolidadas, é imprescindível a sensibilidade política dos gestores de saúde com o compromisso de construir um novo modelo de atenção, por meio da luta pela consolidação do SUS e da efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A sensibilização das gestões municipais, estaduais e federais é de extrema importância para o processo de mudanças nos serviços prestados à pessoa com deficiência. Não basta somente determinar a implementação de uma política pública se não houver conhecimento e envolvimento com a política de atenção à pessoa com deficiência, cabe a gestão entender a atual conjuntura em que se encontra a política de atenção à pessoa com deficiência e as necessidades de melhoria de acordo com as peculiaridades regionais.

O gestor necessita inovar para administrar o processo de mudanças com a finalidade de minimizar riscos e maximizar impactos além de conter tempo e custos. Isso não é tarefa fácil, a experiência e o conhecimento de outras realidades podem ajudar a gestão na melhoria da atenção à saúde como nos ensina Tasca (2011).

No que tange a questão do **financiamento** nos serviços de saúde para a pessoa com deficiência, os gestores são unânimes em afirmar que o financiamento é insuficiente diante das necessidades dos serviços. Alguns dos entrevistados têm conhecimento da ampliação e investimentos nos serviços de atenção à pessoa com deficiência, outros desconhecem ou criticam esse pouco investimento.

[...] houve um esvaziamento em todos os sentidos e principalmente o orçamentário (ENTREVISTADO 5).

Assim, confirmam o que Santos (2013), em sua pesquisa “Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil”, concluiu que dentre as maiores dificuldades na integração do SUS está o baixo nível de recursos investidos na política de saúde no país, onde para se ter um sistema de saúde estruturado é necessário financiamento adequado conforme o desenvolvimento socioeconômico da nação. Porém, diante das mudanças demográficas e epidemiológicas os gastos com serviços de saúde têm sido maiores, o que provoca pressão social para melhoria nos investimentos e consequente resistência dos governos em sustentar os gastos.

O autor afirma ainda que “a equidade na distribuição de recursos vai depender da maior ou menor vontade dos governos, com oscilações na decisão política para a redução das desigualdades regionais no financiamento”.

Silva (2011) corrobora afirmando que as dificuldades em atender as necessidades assistenciais se dão devido ao baixo financiamento do SUS, onde somente 3,5% do PIB é aplicado como recurso nos serviços de saúde.

De acordo com a Resolução CIB/PA nº 145, de novembro de 2015 (ANEXO G) foram investidos cento e setenta e dois milhões e setecentos e cinquenta mil reais pelo Ministério da Saúde no período de 2016 a 2019, nos objetos reforma, construção, equipamento e habilitação para serviços de saúde, em todas as regiões do estado do Pará, que prestam atenção a pessoa com deficiência nas áreas de reabilitação física, auditiva, intelectual e visual.

Portanto cabem aqui vários questionamentos: como esses recursos estão sendo investidos nos serviços? Os serviços estão realmente recebendo esses repasses na sua totalidade? Os gestores desses serviços têm conhecimento da previsão para esses investimentos? Até que ponto a sociedade civil tem tido participação e conhecimento dos valores investidos nesses serviços e tem se envolvido na fiscalização deles?

O papel da gestão nas três esferas e as contrapartidas precisam ser entendidas pelo gestor de modo a não causar prejuízos aos serviços disponibilizados. Cabe pactuação entre os entes e definição da programação orçamentária possível entre eles.

A insuficiência dos recursos, é apontada pelos gestores como situação crítica para se administrar, visto a necessidade do recurso financeiro para suprir e manter os serviços de

atenção à pessoa com deficiência, além do que, a insensibilidade do gestor municipal contribui para que a situação se agrave ainda mais, como vemos na fala do Entrevistado 6.

[...] se a gente continuasse recebendo o pagamento do procedimento mais o recurso de incentivo que seria o correto, seria suficiente. Hoje é insuficiente. Totalmente insuficiente. Não digo nem que seria suficiente se a gente tivesse recebendo o total, mas seria razoável. Mas hoje a gente está vivendo assim, numa situação caótica porque a gente passou a receber o incentivo e a prefeitura acha que a gente só tem que sobreviver com o incentivo. Cortaram totalmente o pagamento dos procedimentos, então estão devendo pra gente doze meses e dizem que não vão pagar porque está no incentivo e o governo federal diz que uma coisa é incentivo, outra coisa é pagamento de procedimento [...]

O bom andamento dos serviços de saúde requer reconhecimento e compromisso diante das pactuações realizadas, e os recursos devem ser assegurados pela gestão para que as pessoas com deficiência tenham garantidos os seus direitos e atendimento de acordo com as suas necessidades de saúde conforme preconiza o Plano Estadual de Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência NO Pará.

Na temática **informação** identificamos durante as análises que o problema se concentra nas esferas: falta ou pouca informação da sociedade civil, pouca informação por parte dos profissionais da saúde e pouca informação dentro das instituições formadoras.

Mendes (2014) afirma que muito além dos desafios comuns na implementação da Rede de Atenção à Saúde, as complexidades no cuidado à saúde das pessoas com deficiência representam obstáculos relevantes para a implementação da Rede de Cuidado à pessoa com deficiência, reveladas a partir do desconhecimento e falta de experiência no trato para com as pessoas com deficiência.

Os gestores reconhecem que há falta de informação e esclarecimento quanto aos direitos que as pessoas com deficiência têm, além de apontarem esses problemas como um entrave para a garantia de um atendimento integral. Uma parcela da comunidade ainda não se empoderou dos seus direitos e por desconhecê-los, deixam de obter atendimento com equidade nos serviços de saúde.

A falta de informação quanto aos fluxos estabelecidos dentro dos serviços de saúde favorece que o usuário percorra vários serviços sem o devido atendimento, essa falta de informação perpassa desde o usuário até o profissional de saúde.

[...] Muitas vezes está faltando mais divulgação pra que as pessoas saibam por onde permeia o seu direito. Em que instância você se encontra e se enquadra pra você ter a posse daquele direito... o povo tem que saber seu direito pra utilizar de forma adequada e com qualidade, também não utilizar de uma forma que seja displicente, sem necessidade [...] (ENTREVISTADO 7).



É necessário despertar nas pessoas com deficiência e suas famílias a necessidade de falar por si mesmas e deixar a “inclusão excludente, aquela que, formalmente, respeita direitos, mas mantém discriminação e exterioridade, sobretudo porque impede ou limita a relação entre as diferenças no campo social” conforme Souza, (2014).

Verificamos na fala de um dos entrevistados que os profissionais de saúde nos diversos serviços pouco conhecem sobre os fluxos de encaminhamentos para a pessoa com deficiência, isso se dá por vários motivos, dentre eles: falta de qualificação profissional ou treinamento em serviço, falta de estabelecimento de fluxos dentro dos serviços, falta de conhecimento da rede de atenção à pessoa com deficiência.

[...] Até outro dia eu estava cuidando de uma situação de uma paciente, que ela já estava dentro da rede, dentro da atenção secundária, no caso ela estava num equipamento de média/alta complexidade; alta complexidade na verdade, no ambulatório da Santa Casa e ela precisava de uma consulta em um outro setor também de alta complexidade dentro da Santa Casa, só que o pessoal da marcação mandou ele de volta para o posto de saúde pra fazer uma consulta com o clínico geral. Então quer dizer, existem esses problemas de comunicação dentro de um próprio nível e entre os níveis [...] (ENTREVISTADO 2).

Nas instituições formadoras a pauta voltada para a questão da pessoa com deficiência, se restringe ainda a algumas instituições formadoras que dispõem de serviço de atenção à pessoa com deficiência, porém, parece ainda bastante incipiente no que se refere a introdução das discussões dentro dos serviços de saúde visitados, salvo aqueles dentro de instituições formadoras. Vejamos o contraditório entre os depoimentos da gestão de uma instituição voltada somente para a assistência e uma instituição voltada para a assistência e ensino.

Olha eu vejo ainda uma aproximação muito tímida. Poderia ser muito melhor. A gente poderia ter inclusive, por exemplo, profissionais fazendo estágio, até quem sabe residência aqui dentro da unidade, que poderia ser um campo de pesquisa muito mais utilizado do que ele é hoje [...] (ENTREVISTADO 4).

[...] Somos instituição formadora, então a gente tem discutido muito políticas públicas... trabalhando assim, o que que é necessário de políticas públicas em cima da pessoa com deficiência [...] (ENTREVISTADO 6).

A formação dos profissionais da saúde é fruto de um modelo médico-hegemônico que favorece que esses profissionais ainda tenham dificuldades de condução dos problemas de saúde da comunidade tanto nos aspectos clínicos quanto nos problemas sociais (FEUERWERKER, 2005).

A necessidade de fomentar as discussões nas instituições de ensino e levá-las ao debate junto a sociedade devem facilitar para que o processo de conquistas para as pessoas com deficiência seja amplo, além do que inserir nos currículos e campos de prática disciplinas

específicas em todos os cursos da área da saúde, das ciências humanas e sociais, que tratem da atenção à pessoa com deficiência, com debates amplos sobre a promoção e a prevenção da saúde, prevenção das causas de deficiência a partir da atenção básica, políticas públicas de saúde e garantia de direitos a pessoa com deficiência proporcionarão conquistas importantes para que a rede de cuidado à pessoa com deficiência se consolide no estado do Pará. O aparelho formador é palco de novas conquistas e mudanças nas políticas de atenção à pessoa com deficiência.

Partindo para o segundo eixo: eficácia da rede no que se refere a categoria **coordenação do cuidado** os gestores referiram diversas dificuldades tais como: pouca relação entre os níveis de atenção à saúde; fluxos de encaminhamentos equivocados, tardios ou inexistentes; atenção básica pouco resolutiva.

Shimizu (2013) destaca o quão importante é o processo de valorização e reconhecimento da Atenção Básica como responsável pelo ordenamento do sistema e coordenação do cuidado. Ainda destaca a importância da AB como principal porta de entrada do sistema organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais para que a abordagem do indivíduo seja integral com garantia de acesso a qualquer outra unidade do sistema em função de suas necessidades.

Existe um desmembramento na verdade das redes hoje... Eu vejo o interesse de algumas instituições em estar fazendo um trabalho realmente voltado para o atendimento dessas pessoas com deficiência, mas não há uma rede interligada [...] (ENTREVISTADO 5).

Alguns gestores apontam que o problema se inicia na AB, que não conhece os fluxos de encaminhamentos e serviços disponíveis para a atenção à saúde da pessoa com deficiência; além de que grande parte dos profissionais entende que as pessoas com deficiência só podem ser tratadas em centros de reabilitações especializados de acordo com a deficiência instalada, esquecendo que o indivíduo com deficiência necessita ser olhado e entendido de forma integral e que muitas das necessidades sejam elas referentes a saúde ou social podem ser resolvidas na AB.

Corroborando com a afirmação dos gestores Starfield (2002) afirma que a atenção primária representa o nível de entrada para todas as necessidades e problemas das pessoas e suas condições peculiares, não levando em conta somente a sua enfermidade, e para as condições incomuns ou raras coordena e integra a atenção para os diversos serviços de saúde,

isso possibilita garantia de acesso e atendimento de acordo com as necessidades de saúde de cada indivíduo.

Azevedo et al (2012?) afirmam que diante a fragmentação dos serviços é necessário pensar a organização do sistema em redes, porém a organização excessiva impõe amarras ao trabalho em rede revelando estrutura institucionais ineficazes. A qualificação da gestão para as práticas do cuidado exige uma prática singular, que passa pela mobilização de uma produção comum e que por sua vez passa por outro modo de apreender o coletivo, que seja pela criação e valorização de espaços coletivos nas práticas cotidianas de atenção e gestão.

[...] Eles (os níveis de atenção) infelizmente ainda são muito desarticulados, é... falta uma melhor integração, melhor comunicação entre esses níveis... ainda recebemos pacientes que poderiam ser tratados na atenção básica, que é o nível primário. Então nós percebemos uma desarticulação e também uma falta de compreensão do modelo e dessa rede que foi formada [...] (ENTREVISTADO 4).

Corroborando com o que falam os gestores Rocha (2014) afirma que o novo modelo de atenção à saúde da pessoa com deficiência, ainda em construção, deve ter boa articulação entre os pontos de atenção que possibilitará a implementação do mesmo. E que a pessoa com deficiência, usuária do sistema de saúde, deve ser atendida utilizando todos os recursos disponíveis na rede, não somente os disponíveis nos Centro de Referência. Para além da articulação o autor ainda destaca a qualificação das órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, o incentivo e o custeio dos serviços, sendo as necessidades atendidas de forma integrada não somente pelo tipo de deficiência, mas por demanda de acordo com a necessidade da pessoa.

Magalhães Junior (2014) destaca que a oferta de serviços para a pessoa com deficiência é uma das maiores dívidas do SUS e a formação da rede de atenção à pessoa com deficiência é uma proposta para a articulação de serviços já existentes e a criação de novos serviços, mesmo que serviços na área de atenção à pessoa com deficiência sejam ainda poucos.

A insuficiência na **oferta de serviços**, segunda temática do eixo, foi unanimemente apontada pelos gestores como um problema significativo e que interfere diretamente na atenção aos cuidados à pessoa com deficiência. O número de serviços disponíveis é reduzido na rede para essas pessoas se comparado ao quantitativo daquelas com algum tipo de deficiência no estado do Pará. Embora alguns gestores apontem uma tímida ampliação em alguns serviços foi possível identificar que a demora no credenciamento ou habilitação de novos serviços favorece essa realidade.

A partir das entrevistas, foi possível identificar que em todos serviços pelos quais passamos há fila de espera por uma vaga para atendimento especializado (físico, visual, intelectual, auditivo, múltiplo), o que favorece o aguardo para atendimento durante meses.

A proposta de criação dos CER possibilita o atendimento integrado a deficientes físicos, intelectuais, auditivos e visuais, com a possibilidade de atendimento de no mínimo duas deficiências por unidade, com priorização de financiamento de equipamentos, credenciamento e adequação de serviços para as regiões Norte e Nordeste (MAGALHÃES JUNIOR, 2014), porém essa realidade no estado ainda é iniciante, das propostas de criação dos CER no estado do Pará somente um foi identificado funcionando e habilitado como tal.

[...] Algumas unidades já são habilitadas pelo ministério da saúde como é o caso do CER II ... Em Belém tem a UEAFTO, somente. Aí tem aprovadas em Santarém, Tucuruí, Altamira e tem o Betina que foi aprovado como CER IV, que não está ainda funcionando como centro especializado. Mas funciona já como parte da rede porque tem o projeto Caminhar. Mas a gente sabe que é um processo... Iniciou-se a implantação, mas falta muito pra realmente funcionar na integra [...] (ENTREVISTADO 6).

Os serviços de apoio diagnóstico também são insuficientes diante da demanda estabelecida e por muitas vezes o paciente segue para uma nova fila de espera em um outro serviço. Exames de maior complexidade como os de diagnóstico por imagem, são apontados como os mais demorados para serem agendados, visto que o paciente é cadastrado no serviço de regulação de marcação de exames juntamente com outros pacientes sem deficiência favorecendo a carência do aumento do número de vagas para exames especializados.

Os exames mais difíceis são os de alta complexidade, eletroneuromiografia e alguns exames que demoram muito mais para serem autorizados como tomografia e ressonância magnética (ENTREVISTADO 3).

A espera por uma marcação de consulta ou um exame especializado pode chegar a mais de um ano, o que nos leva a concluir que o direito de atendimento fica inviabilizado pelo número reduzido de serviços ofertados, conseqüentemente reduzido número de vagas, além do que a garantia de direitos ao atendimento prioritário para as pessoas com deficiência terminam por ser esquecidos diante das dificuldades em conseguir acesso aos serviços de saúde necessários para o cuidado integral do grupo em questão.

Outro problema destacado foi aquisição de equipamentos sensoriais e de locomoção a demora na entrega desses equipamentos, causada pelos entraves burocráticos, favorece que o aparelho não tenha mais o impacto positivo para a melhoria da saúde da pessoa com deficiência quando recebido, visto que o tempo decorrido desde a prescrição desse

equipamento até o recebimento do mesmo seja por demais longo, isso se deve a alguns fatores como: o crescimento do paciente ou modificações nas alterações patológicas para qual foi prescrito o equipamento.

Existem normativas que asseguram esse direito, a Portaria nº 116 do Ministério da Saúde dispõe sobre a inclusão de concessão dos equipamentos de órteses, próteses e bolsas de colostomia no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS). Para complementar esta norma foi publicada a portaria nº 146, de 14 de outubro de 1993 também do MS que dispõe sobre a responsabilidade da gestão estadual e municipal de coordenação, supervisão, controle, avaliação e aquisição das próteses e órteses, além do estabelecimento de critérios e fluxo para a concessão desses equipamentos.

O exercício de construir redes mostrou aos gestores o enorme déficit de oferta de serviços em determinada região e a necessidade de instituição de verdadeiras regiões de saúde, com redes de atenção multitemáticas articuladas e operadas sob a lógica da regulação pública (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Ao tratarmos de **acesso e qualidade do atendimento** nos referimos as barreiras arquitetônicas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero ao cuidado, que implica diretamente na garantia do acesso e qualidade dos serviços prestados à pessoa com deficiência.

Na RAS os serviços e equipamentos de saúde devem estar compostos dentro de um território geograficamente limitado, porém é necessário conhecer como esses serviços se relacionam e que tipo de modelo de atenção e gestão está sendo reproduzido nos serviços (BRASIL, 2009). Somente a garantia de disponibilidade de equipamentos e serviços de saúde não são suficientes para que a atenção à saúde seja integral, é necessário que a gestão favoreça comunicação segura e eficaz entre os serviços (DUBOW, 2013).

Neste estudo foi possível identificar que o acesso e a qualidade do atendimento são prejudicados por múltiplos fatores. As barreiras arquitetônicas ainda estão presentes dentro dos próprios serviços de saúde e no trajeto para esses, além das barreiras socioculturais que interferem também no acesso e qualidade do atendimento.

Outro problema apontado para qualidade do atendimento foi o preparo insuficiente de profissionais da rede, já discutido anteriormente, valendo ressaltar que o desafio é fazer contato com as pessoas com deficiência, conhecendo suas singularidades, capacidades e potencialidades, identificando que elas são pessoas como quaisquer outras (MENDES, 2014).

O autor acrescenta ainda que a acolhida e as respostas às necessidades da pessoa com deficiência vai muito além do acesso ao diagnóstico, à reabilitação e à concessão de órteses,

próteses e outras tecnologias assistivas, depende também de quebra das barreiras arquitetônicas nos ambientes, mudanças comunicacionais e atitudinais; de estratégias de empregabilidade; de inclusão escolar e de aprimoramento profissional para que a inclusão cidadã seja de fato promovida.

Mesmo diante dos avanços e conquistas dos direitos da pessoa com deficiência, a incerteza de garantia das leis possibilita ideais assistencialistas, que interferem na inclusão social e melhoria da condição de saúde desses indivíduos (BERNARDES et al, 2009 apud CARO, 2014).

Verificamos que o cenário da Atenção à Saúde da Pessoa com deficiência no estado do Pará requer melhor gestão, investimento e distribuição dos recursos financeiros, além de qualificação dos profissionais da rede, desde a atenção básica a especializada e hospitalar.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisarmos os documentos que tratam do Plano Estadual de Implementação da Rede de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado do Pará e as entrevistas realizadas com os gestores pôdemos perceber que a rede de atenção à pessoa com deficiência no estado encontra-se pouco estruturada, constatamos que a rede se concentra na capital, fato que fragiliza a garantia de acesso aos serviços e tratamentos de saúde no interior e na capital também, desfavorecendo a inclusão social, além de dificultar o cuidado integral à saúde das pessoas com deficiência, esta é uma rede significativa, mas ainda incipiente.

Concluimos também que parte dos profissionais dos serviços de Atenção Básica desconhecem o fluxo da rede, além do que deixam de realizar os atendimentos básicos por desconhecimento e/ou pouca experiência no cuidado à pessoa com deficiência. A comunicação entre os serviços da Atenção Básica, Especializada e Hospitalar é fragmentada e tem como consequência a falta de garantia da integralidade da assistência. Os serviços de atenção especializada possuem a capacidade aquém do necessário para atender as demandas da população de pessoas com deficiência, que está relacionado com o número de serviços disponíveis e vagas de atendimento insuficientes, distribuídos no estado.

Os gastos com saúde em todos os níveis também se apresentam como agravante para a precariedade da rede, visto que o financiamento é insuficiente e não consegue responder as necessidades e demandas de ampliação ou construção de novos serviços e aquisição de equipamentos necessários para suprir a demanda reprimida nos vários pontos de atenção à saúde da pessoa com deficiência, favorecendo o aumento das filas de espera.

O fluxo de usuários entre os serviços nos diversos níveis de atenção é descontínuo, visto a pouca comunicação entre os mesmos e a pouca utilização de referência e contra referência em seus encaminhamentos, possibilitando ao usuário a peregrinação em diversos serviços até que seja atendido.

Alguns gestores municipais ainda não compreenderam o compromisso referente às questões do cuidado à pessoa com deficiência, precisam de mais clareza e entendimento quanto as necessidades e particularidades da rede, respeitando as necessidades de adequação para a atenção à pessoa com deficiência, tratando o processo de formação da rede de acordo com as peculiaridades do grupo, envolvendo-se no processo de discussão, construção, avaliação da formação da rede.

A participação social e o envolvimento dos usuários no controle e fiscalização dos investimentos, ações e serviços referentes à ampliação da rede de cuidado à pessoa com deficiência ainda são tímidos diante do que se tem conquistado e do que parece estar adormecido.

Consideramos importantes avanços nas conquistas sociais a nível nacional, e tímidas as conquistas estaduais, diante do que foi apresentado como Plano Estadual de Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência - Pará e a Rede Estadual de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e aprovado na CIB/PA, em 2013 e 2015.

Esperamos poder contribuir para que gestores, profissionais de saúde, sociedade civil e instituições formadoras reflitam sobre as necessidades de mudanças a partir dos desafios apontados e discutidos, com maior oferta de serviços multiprofissionais e distribuídos pelos municípios polos, contudo todo município deve dispor de serviço que atenda pessoas com deficiência. Discussões devem ser promovidas baseadas no conhecimento da problemática aqui abordada a fim de estimular mudanças significativas na rede de cuidado à pessoa com deficiência no estado do Pará.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Patty Fidelis de. **Estratégias de coordenação dos cuidados**: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ARAUJO, E. A. B. S.; FERRAZ, F. B. O conceito de pessoa com deficiência e seu impacto nas ações afirmativas brasileiras no mercado de trabalho. In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, 2010, Fortaleza. **Anais**. Ceará: 2010. p. 8841-8859.

ARAÚJO, A. P. et al. Portadores de necessidades especiais: o caso do Instituto de Educação e Reabilitação dos Cegos do Rio Grande do Norte. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Campinas (SP), v. 5, p. 67-68, jan./jun., 2008.

AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface: Comunicação Saúde, Educação**, v.8, n.14, p.73-92, set./fev.2004.

AZEVEDO, B.M. S. et al. **A Produção de redes de encontros e a produção de saúde no SUS**. 2012. Disponível em: <<http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/035.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

BERNARDES, L. C. G. et al. Pessoas com deficiência e políticas de saúde no Brasil: reflexões bioéticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 31-38, 2009.

BEYER, Hugo Otto. **Inclusão e avaliação na escola**. Porto Alegre: Mediação, 2005.

BOFF, Leonardo. **O princípio terra**: volta à pátria comum. São Paulo: Ática, 1995.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em:<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS**: redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto nº 3298**, 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. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm)>. Acesso em 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004, Seção 1, p. 5, 2004. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2004/decreto-5296-2->>. Acesso em: 15 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto-lei nº 186**, de 09 de julho 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Congresso/DLG/DLG-186-2008.htm)>. Acesso em: 22 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6949**, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7612**, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Decreto Lei nº 186/2008**, Decreto nº 6.949/2009. 4. ed., rev., atual. Brasília (DF): Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em:

<<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaoepessoacomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.048**, de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/Ccivil\\_03/LEIS/L10048.htm](http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/LEIS/L10048.htm)>. Acesso em: 10 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **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, e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L10098.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L10098.htm)>. Acesso em: 10 de dez. 2015.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso: 23 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1060**, de 05 de junho de 2002. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060\\_05\\_06\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília (DF): MS, 2009. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_pessoa\\_com\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_pessoa_com_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa portadora de Deficiência**. Brasília (DF): MS, 2008. Disponível: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793**, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html)>. Acesso em: 09 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Elementos constitutivos da rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php?conteudo=elementos\\_ras](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php?conteudo=elementos_ras)>. Acesso em: 11 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466**, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 04 dez. 2015.

CAMPOS, G. W.S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.12 supl.0, nov. 2007.

CARO C.C. A dispensação de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção (OPM) no Departamento Regional de Saúde da 3ª Região do Estado de São Paulo. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 3, p. 521-529, 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Rev. Interface: Comunicação Saúde Educação**, v.15, n.37, p.589-99, abr./jun. 2011.

DAWSON, B. **Informe Dawson sobre el futuro de losservicios médicos y afines, 1920: informe provisional presentado al Ministerio de Salud de la Gran Bretaña em 1920 por el Consejo Consultivo del Servicios Médicos e Afines**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1964. (Publicacion Científica nº 93).

DUBOW, C.; BASTOS, S. Redes de atenção à saúde: um desafio para a gestão do SUS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p. 908-21, 2013.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set./dez., 2005.

FLEURY, S. Reforma dos serviços de saúde no Brasil: movimentos sociais e sociedade civil. **The Lancet**: saúde no Brasil. Disponível em: <<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2015.

FLEURY, S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde”: quase 30 anos depois. *Saúde Debate*, v.33, n. 81, p. 156-164, jan./abr., 2009.

GRANJA G. F.; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 494-501, 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização das redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, Helena; SPINK, Mary Jane P. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos de interpretação. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. Rio de Janeiro: Centro Edelstain de Pesquisas Sociais, 2013. (Publicação virtual).

LIMA, M. P. O. Significado do cuidado de enfermagem para enfermeiras no contexto hospitalar: uma visão interacionista. Fortaleza, 2010. 162f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014.

MAIA, M. Novo Conceito de Pessoa com Deficiência e Proibição do Retrocesso. In: **Revista da AGU**, v. 12, n. 37, p. 289-306, jul./set. 2013.

MENDES, E. V.; As redes de atenção à saúde. **Revista Med. Minas Gerais**, v. 18, n. 4, p. 3-11, 2008. Supl. 4.

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MENDES, V. L. F. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Diálogo (bio) político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 133-150.

NASCIMENTO, Vanda Lúcia Vitoriano do (Org.). O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas. In: SPINK, Mary Jane Paris (Org.). **A produção de informação na pesquisa social**: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2014. (Publicação virtual).

OLIVEIRA A. C.; PEREIRA I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, (esp.), p. 158-64, 2013.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Lisboa: OMS, 2004. 238p. Disponível em: <[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicaps):** manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa: Secretaria Nacional de Reabilitação, 1989.

PARÁ. Secretaria Especial de Proteção e Desenvolvimento Social. **Existir:** Plano Estadual de Ações Integradas à Pessoa com Deficiência. Belém: SEAS, 2012.

PARÁ. Comissão Estadual Intergestores Bipartite. Resolução nº 230, de 1º de novembro de 2013. Pactua o Desenho Regional e o Plano de Ação Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado do Pará. **Diário Oficial do Estado do Pará.** Belém, Caderno 5, p. 3., 05 nov. 2013.

PARÁ. Comissão Estadual Intergestores Bipartite. Resolução nº 145, de 17 de novembro de 2015. Aprova o Plano Estadual de Implementação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com deficiência-Pará. **Diário do Estado do Pará.** Belém, Caderno 5, p. 16, 2015.

PEREIRA et al. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde em Debate**, v.36, n.94, jul./set./2012.

PIMENTA, Aparecida Linhares. **Rede de atenção à saúde.** Diadema (SP): Secretaria Municipal de Saúde, [2008?].

ROCHA. D. C. CARMO. D.; KIELMANN S. A Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e a desfragmentação da atenção à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Dialogo (bio) político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 133-150.

RODRIGUES, Ludmila Bandeira Barbosa et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00343.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

SALTMAN, R. B., R. Ana; RICO, Ana; BOERNA, Wienke, G. H. **Atenção Primária Conduzindo as Redes de Atenção à Saúde:** reforma organizacional na atenção primária europeia. Nova York: Organização Mundial da Saúde, 2006. (1 CD).

SANTOS, J. R. P. **Os desafios da conformação das redes de atenção à saúde no Brasil.** (Dissertação) mestrado - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2013.

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, 2013.

SILVA, S. F. **Contribuição para a análise da implantação de redes de atenção a saúde no SUS.** Divulgação saúde em debate. Rio de Janeiro. n. 52. p. 165-176, out., 2014.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011. p. 2753-2762.

SIMÕES, A.V. et al. Modelos de atenção à saúde e estratégias de controle social. **Rev. Saúde. Com.** v. 7, n.1, p. 33-43, 2011.

SOUZA, L. E. P. F. A agenda atual da Reforma Sanitária Brasileira. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24,n. 4, p. 1017-1021, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

TASCA, R. Inovação na gestão dos sistemas de saúde. In: ORGANIZAÇÃO Panamericana da Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília: OPAS, 2011. p. 09-19. (Navegador SUS: série técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde).

TEIXEIRA C. F.; SOLLA J. P. Modelo de atenção à saúde, promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: UFBA, 2006. 237 p. 3. **SciELOBooks**. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 dez. 2015.

TODD, W. E. Strategic alliances. In: TODD, W.E.; NASH, D.(Edit.). **Diseases management**: a system approach to improving patient outcomes. Chicago: American Hospital Publishing, 1996.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA  
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução MS/CNS nº 466/2012)

Pesquisa: **OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE:** um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **Os desafios para a implantação das redes de atenção à saúde: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência**, que tem como finalidade identificar os desafios para o processo de formação e implantação da Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência, a partir da política de saúde para a pessoa com deficiência, no estado do Pará.

Esta pesquisa está sendo realizada pela mestrandia Leidiana de Jesus Silva Lopes, CPF 673.609.392-91 sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani, CPF 227.767.612-87.

Os participantes da pesquisa serão os gestores dos serviços com atuação na gestão estadual e municipal na área da saúde e gestão dos órgãos formadores nesta mesma área e que tenham seus serviços envolvidos na atenção a pessoa com deficiência.

Ao participar deste estudo o (a) Sr. (Sra.) permitirá que a pesquisadora Leidiana de Jesus Silva Lopes realize a entrevista gravada, seguindo roteiro previamente selecionado.

As entrevistas serão gravadas e realizadas pela pesquisadora, após agendadas previamente com o gestor do serviço de saúde.

Esta pesquisa pode implicar em riscos referente a danos morais, porém este pesquisador se compromete a manter sigilo total da identidade e dos senhores e caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos. Sua participação nela é voluntária, porém necessária, e consistirá em sua permissão para realizarmos a entrevista. Será garantida a liberdade de retirada do consentimento e, por conseguinte da pesquisa a qualquer momento. O (a) sr (sra) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados e os utilizarão somente na referida pesquisa, a qual, após finalizada terá seus resultados veiculados no meio acadêmico e científico. Serão resguardados seus dados pessoais de identificação.

Todas as pessoas que participarem do estudo terão garantia de acesso ao responsável pela pesquisa para qualquer esclarecimento de eventual dúvida.

Esperamos que este estudo contribua com informações sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta

pesquisa possa descrever a rede de cuidado à pessoa com deficiência no estado do Pará, onde o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro que li as informações acima sobre a pesquisa e que me sinto perfeitamente esclarecido (a) sobre o conteúdo da mesma, sobre os propósitos do referido estudo e sobre as garantias de confidencialidade. Declaro ainda que por minha livre vontade, aceito participar da pesquisa cooperando em oferecer as informações que contemplem os questionamentos da entrevista.

Belém, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação no estudo.

---

Pesquisador Responsável  
Leidiana de Jesus Silva Lopes - (91) 98186 6766

---

Orientador  
Prof. Dr. Pedro Paulo Freire Piani - (91) 98905 0163  
UFPA/ ICS/Av. Generalíssimo Deodoro, S/N, Umarizal – Belém – PA.  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP – ICS/UFPA) – Complexo de Sala de Aula/ICS – Sala 13 – Campus Universitário, n 01, Guamá. CEP: 66075-110 – Belém – Pará.  
Tel/Fax. 3201-7735. Email: cepccs@ufpa.br.



## APÊNDICE B – PROTOCOLO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
 INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

Pesquisa: **OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE:** um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

### IDENTIFICAÇÃO GERAL

**Nome**

**Profissão**

**Cargo/função**

**Órgão**

**Pergunta 1** O atual modelo de atenção à saúde está preparado para atender as necessidades de saúde da pessoa com deficiência?

**Pergunta 2** Você considera a que os diferentes níveis de atenção à saúde estão interligados de forma adequada dentro da Rede?

**Pergunta 3** A Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência está implantada no estado do Pará?  
 Caso a resposta seja negativa, qual a sua percepção sobre a não implantação da rede no estado?

**Pergunta 4** Como se dá o ordenamento do fluxo da pessoa com deficiência a partir do componente da Atenção Básica articulada com os demais componentes Atenção especializada e hospitalar e urgência e emergência?

**Pergunta 5** Como ocorre a comunicação entre os diversos serviços ofertados a pessoa com deficiência? Os fluxos de referência e contra referência funcionam adequadamente e qual a dificuldade de estabelecer os fluxos?

**Pergunta 6** A oferta dos serviços disponibilizados contempla as necessidades da população em questão? Por que? Quais as dificuldades?

**Pergunta 7** Houve expansão de serviços ofertados às pessoas com deficiência no estado? Se houve quais?

- Pergunta 8** As instituições tem recebido financiamento suficiente para investimentos nos serviços oferecidos a pessoa com deficiência?
- Pergunta 09** Há produção, acompanhamento e monitoramento de informações em saúde e dados epidemiológicos adequados, que possam dar subsídios a gestão de políticas de saúde para a pessoa com deficiência?
- Pergunta 10** Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico as pessoas com deficiência, tem sido ampliados e ou fortalecidos dentro da rede de serviços no estado? De que forma?
- Pergunta 11** Quais as ações ou estratégias de educação permanente tem sido desenvolvidas junto aos trabalhadores nos serviços de saúde? São suficientes?
- Pergunta 12** Como as instituições formadoras tem se aproximado da rede de cuidado a pessoa com deficiência?
- Pergunta 13** O que você considera como desafios principais para a implantação da Rede de Atenção a Pessoa com deficiência no estado do Pará?

**ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ACEITE DA UNIDADE DE REFERÊNCIA MATERNO INFANTIL E ADOLESCENTE.**



Memo. Nº. 204/16- 1º CRS/SESPA

Belém, 19 de fevereiro de 2016.

À Direção Da UREMIA

Dra. Giselle Botelho Corrêa

**Assunto: Autorização de Atividade Acadêmica - Pesquisa**

Senhora Diretora,

Conforme anuência prévia de V.Sa., apresentamos **Leidiana de Jesus Silva Lopes**, discente do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - nível de mestrado, realizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, para realização de Entrevista com a Direção dessa Unidade para o desenvolvimento do projeto de pesquisa **"Os Desafios para a Implantação das Redes de Atenção à Saúde: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência"**, como requisito parcial para a banca de qualificação do referido Curso, conforme solicitado por meio de Ofício nº. 070/2016 – PPG-SAS/UFGA de 02/02/16 e n.º prot. 39782/2016- 1º CRS.

A aluna realizará a atividade **no mês de março de 2016**, sob a orientação do Prof. Dr. **Pedro Paulo Freire Piani**, em data a ser definida juntamente com Vossa Senhoria.

Após a finalização do estudo o (a) pesquisador (a) ficará responsável por fazer uma devolutiva dos resultados alcançados junto a UREMIA e ao Setor de Educação em Saúde do 1ºCRS/SESPA.

Atenciosamente,

*Carmen L. W. Moreira*  
Educação em Saúde/1ºCRS/SESPA  
CRSE nº 307

**Carmen Lúcia W. Moreira**

Educação em Saúde/1º CRS/SESPA

981866766

Leidiana

*Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira*  
**Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira**

Diretora do 1º CRS /SESPA

*Elcimar Cei Lobo*  
Assistente Direção  
1º CRS

## ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ACEITE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA



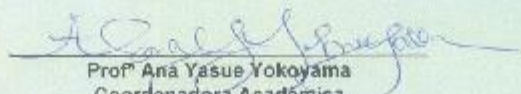
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA  
COORDENAÇÃO ACADÊMICA



### DECLARAÇÃO

Declaramos, para fins de direito, que o projeto de pesquisa intitulado “OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE” de autoria de Leidiana de Jesus Silva Lopes, sob a orientação do Prof. Pedro Paulo Freire Piani, foi aprovado pela Coordenação Acadêmica e Coordenação de Pesquisa e Pós-Graduação deste Hospital, obtendo consentimento para que os dados sejam coletados nesta instituição.

Belém, 04 de março de 2016.

  
Profª Ana Yasue Yokoyama  
Coordenadora Acadêmica  
HUBFS/UFPA

Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza  
Rua Augusto Corrêa, Nº 01, Campus do Guamá, CEP: 66.075-110  
Telefone (Fax): 3201-7921  
E-mail: [secretariachubfs@ufpa.br](mailto:secretariachubfs@ufpa.br)

## ANEXO C- DECLARAÇÃO DE ACEITE DA UNIDADE DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADA PRESIDENTE VARGAS



Memo Nº. 210/16- 1º CRS/SESPA  
 À Direção da URES P. VARGAS  
 Dra. Darcy Mendes

Belém, 26 de fevereiro de 2016.

Assunto: **Autorização de Atividade Acadêmica - Pesquisa**

Senhora Diretora,

Conforme anuência prévia de V.Sa., apresentamos **Leidiana de Jesus Silva Lopes**, discente do Curso de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia - nível de mestrado, realizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará, para realização de Entrevista com a Direção dessa Unidade para o desenvolvimento do projeto de pesquisa **"Os Desafios para a Implantação das Redes de Atenção à Saúde: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência"**, como requisito parcial para a banca de qualificação do referido Curso, conforme solicitado por meio de Ofício nº. 070/2016 – PPG-SAS/UFPA de 02/02/16 e n.º prot. 39709/2016- 1º CRS.

A aluna realizará a atividade no **mês de março de 2016**, sob a orientação do Prof. Dr. **Pedro Paulo Freire Piani**, em data a ser definida juntamente com Vossa Senhoria.

Após a finalização do estudo o (a) pesquisador (a) ficará responsável por fazer uma devolutiva dos resultados alcançados junto a URES P. VARGAS e ao Setor de Educação em Saúde do 1ºCRS/SESPA

Atenciosamente,

*Carmen L. W. Moreira*  
 Educação em Saúde/1º CRS/SESPA  
 1º CRS nº 147  
**Carmen Lúcia W. Moreira**  
 Educação em Saúde/1º CRS/SESPA

*Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira*  
**Ana Amélia Santos Ramos de Oliveira**  
 Diretora do 1º CRS /SESPA

**ANEXO D - RESOLUÇÃO CIB/PANº 145, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2015**

Região em saúde	Ano	Tipo	Modalidade	Objeto	Valor	Município	Responsável pelo Investimento	Nome do Estabelecimento	Responsável pelo Custeio	Natureza Jurídica
Metropolitana I	2016	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Construção	R\$ 5.000.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Habilitação	R\$ 345000 / mês	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre	Física	Habilitação	R\$ 18000/ mês	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Intelectual e Visual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Intelectual e Visual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Intelectual e Visual	Habilitação	R\$ 140000/ mês	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000/ mês	Ananindeua	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2013	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Construção	R\$ 5.000.000,00	Belém	MS	H. Betina Ferro	MS	Pública Municipal
	2014	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Belém	MS	H. Betina Ferro	MS	Pública Municipal
Metropolitana I	2015	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Habilitação	R\$ 345000/ mês	Belém	MS	H. Betina Ferro	MS	Pública Municipal
	2016	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Construção	R\$ 5.000.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual

	2016	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Habilitação	R\$ 345000/mês	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	Oficina Ortopédica Itinerante e Fluvial	Física	Habilitação	R\$ 18.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2016	Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre	Física	Habilitação	R\$ 18.000,00	Belém	MS	Centro Integrado de Inclusão e Reabilitação	MS	Pública Estadual
	2015	CER II	Física e Intelectual	Reforma	R\$ 1.000.000,00	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
	2015	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
	2013	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140000/mês	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
Metropolitana I	2016	CER III	Física, Intelectual e auditiva	Reforma	R\$ 1.000.000,00	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
	2017	CER III	Física, Intelectual e auditiva	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
	2016	CER III	Física, Intelectual e auditiva	Habilitação	R\$ 200.000/mês	Belém	MS	UEAFTO/U EPA Centro Escola de Saúde do Marco	MS	Pública Estadual
	2017	CER II	Física e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Belém	MS	URE Demétrio Medrado	MS	Pública Estadual
	2018	CER II	Física e	Equipam	R\$	Belém	MS	URE	MS	Pública

		Intelectual	ento	1.000.000,00			Demétrio Medrado		Estadual
2019	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000/mês	Belém	MS	URE Demétrio Medrado	MS	Pública Estadual
2017	CER II	Física e Intelectual	Reforma	R\$ 1.000.000,00	Belém	MS	URE REI	MS	Pública Municipal
2017	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Belém	MS	URE REI	MS	Pública Municipal
2017	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Belém	MS	URE REI	MS	Pública Municipal
2016	CER II	Física e Visual	Reforma	R\$ 1.000.000,00	Marituba	MS	URE Marcelo Cândia	MS	Pública Municipal
2016	CER II	Física e Visual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Marituba	MS	URE Marcelo Cândia	MS	Pública Municipal
2016	CER II	Física e Visual	Habilitação	R\$ 140.000/mês	Marituba	MS	URE Marcelo Cândia	MS	Pública Municipal
2016	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Marituba	MS	URE Marcelo Cândia	MS	Pública Municipal
2017	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Marituba	MS	Abrigo João Paulo II	MS	Pública Estadual
2018	CER II	Física e Auditiva	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Marituba	MS	Abrigo João Paulo II	MS	Pública Estadual
2019	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Marituba	MS	Abrigo João Paulo II	MS	Pública Estadual

Metropolitana II	2017	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Santa Izabel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Santa Izabel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Auditiva	Equipamentos	R\$ 1.000.000,00	Santa Izabel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Metropolitana III	2017	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Construção	R\$ 5.000.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal



	2019	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Habilitação	R\$ 345.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre	Física	Habilitação	R\$ 18.000,00	Castanhal	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER III	Visual, Intelectual e Física	Construção	R\$ 3.750.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER III	Visual, Intelectual e Física	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER III	Visual, Intelectual e Física	Habilitação	R\$ 200.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Metropolitana III	2017	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Paragominas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Rio Caetés	2017	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Capanema	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Auditiva	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Capanema	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Capanema	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Visual e Física	Construção	R\$ 2.500.000,00	Bragança	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Visual e Física	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Bragança	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	201	CER II	Visual e	Habilitação	R\$	Bragança	MS	Municipal	MS	Pública

	9		Física	ão	140.000,00					Municipal
Tocantins	2017	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Abaetetuba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Auditiva	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Abaetetuba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Abaetetuba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER II	Física e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Barcarena	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Barcarena	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Barcarena	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Física e Visual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Cametá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Visual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Cametá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Tocantins	2019	CER II	Física e Visual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Cametá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER II	Física e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Igarapé Miri	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Igarapé Miri	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Igarapé Miri	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Marajó I	2017	CER II	Física e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Salvaterra	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Salvaterra	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Salvaterra	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Marajó II	2017	CER III	Física, Auditiva e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER III	Física, Auditiva e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER III	Física, Auditiva e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal

	2018	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Breves	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER II	Físico e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Portel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Físico e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Portel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Físico e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Portel	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Baixo Amazonas	2015	CER III	Auditiva, Física e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
	2016	CER III	Auditiva, Física e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
	2017	CER III	Auditiva, Física e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
Baixo Amazonas	2016	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
	2016	Oficina Ortopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
	2016	Oficina Ortopédica Itinerante e Fluvial	Física	Habilitação	R\$ 18.000,00	Santarém	MS	Estadual	MS	Pública Municipal
Tapajós	2013	CER III	Física, Intelectual e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Itaituba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2014	CER III	Física, Intelectual e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Itaituba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2015	CER III	Física, Intelectual e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Itaituba	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Xingu	2013	CER III	Física, Auditiva e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2014	CER III	Física, Auditiva e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2015	CER III	Física, Auditiva e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2013	Oficina Ortopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2014	Oficina Ortopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal

	2015	OficinaOrtopedica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Altamira	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Carajás	2016	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Construção	R\$ 5.000.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER IV	Auditiva, Intelectual, Física e Visual	Habilitação	R\$ 345.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	OficinaOrtopedica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	OficinaOrtopedica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	OficinaOrtopedica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Carajás	2017	OficinaOrtopedica Itinerante Terrestre	Física	Habilitação	R\$ 18.000,00	Marabá	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Física e Intelectual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Dom Eliseu	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Intelectual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Dom Eliseu	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Intelectual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Dom Eliseu	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER III	Física, Auditiva e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Parauapebas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER III	Física, Auditiva e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Parauapebas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER III	Física, Auditiva e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Parauapebas	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Lago de Tucuruí	2014	CER III	Física, Auditiva e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Tucuruí	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2015	CER III	Física, Auditiva e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Tucuruí	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER III	Física, Auditiva e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Tucuruí	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Lago de Tucuruí	2017	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Tailândia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Auditiva	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Tailândia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2019	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Tailândia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal

Araguaia	2013	CER III	Física, Auditiva e Visual	Construção	R\$ 3.750.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2014	CER III	Física, Auditiva e Visual	Equipamento	R\$ 1.500.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2015	CER III	Física, Auditiva e Visual	Habilitação	R\$ 200.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2013	OficinaOrtopédica	Física	Construção	R\$ 250.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2014	OficinaOrtopédica	Física	Equipamento	R\$ 350.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2015	OficinaOrtopédica	Física	Habilitação	R\$ 54.000,00	Redenção	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER II	Física e Visual	Construção	R\$ 2.500.000,00	Xinguara	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2017	CER II	Física e Visual	Equipamento	R\$ 1.000.000,00	Xinguara	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Visual	Habilitação	R\$ 140.000,00	Xinguara	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2016	CER II	Física e Auditiva	Construção	R\$ 2.500.000,00	Conceição do Araguaia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
Araguaia	2017	CER II	Física e Auditiva	Equipamento	R\$ 2.000.000,00	Conceição do Araguaia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal
	2018	CER II	Física e Auditiva	Habilitação	R\$ 140.000,00	Conceição do Araguaia	MS	Municipal	MS	Pública Municipal

## ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** OS DESAFIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE: um olhar sobre a rede de cuidado à pessoa com deficiência.

**Pesquisador:** LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54108816.1.0000.0018

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Pará

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.457.012

#### Apresentação do Projeto:

O presente trata de um estudo sobre os desafios para a implantação da Rede de Cuidados ao Portador de Necessidades Especiais. Examina os desafios a partir dos elementos constitutivos da rede. Tem por objetivo analisar o processo de formação das RAS, identificando os desafios para a sua implantação, a partir da política de saúde para o portador de deficiência no estado do Pará, discutindo os desafios para a implantação da rede e confrontando a organização atual da rede com a organização necessária da rede. O estudo será realizado por meio de análise dos documentos sobre a política e a rede de atenção à pessoa portadora de deficiência e da literatura crítica, considerando o período temporal de 2010 a 2015. As bases de dados para levantamento serão a Biblioteca Virtual de Saúde, Scientific Electronic Library e Portal da CAPES. A partir deste levantamento pretende-se conhecer os desafios para implantação das Redes de Cuidado ao Portador de Necessidade Especial, e o ponto de vista de diversos autores, para a construção e estruturação da rede no Estado do Pará.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Identificar os desafios para o processo de formação e implantação da rede de cuidado a pessoa

**Endereço:** Rua Augusto Corrêa nº 01-Si do ICS 13 - 2º and.  
**Bairro:** Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110  
**UF:** PA **Município:** BELEM  
**Telefone:** (01)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.457.012

com deficiência, a partir da política de saúde para a pessoa com deficiência, no estado do Pará.

**Objetivo Secundário:**

Analisar e discutir os desafios da rede de atenção a pessoa com deficiência.. Identificar a eficácia da rede de cuidado a partir de seus componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Verifica-se riscos como constrangimentos e desvios de informações assim como quebra de sigilo e da relação pesquisador X participante ds pesquisa, o que será minimizado pela presença constante dos pesquisadores envolvidos no projeto.

**Benefícios:**

Os resultados da pesquisa servirão de subsídios a gestão estadual para melhorar o serviço de atenção à pessoa com deficiência.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O protocolo apresentado dispõe de metodologia e critérios conforme definidos na resolução 466/12 do CNS/MS.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo sistema CEP/CONEP.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_618604.pdf	11/03/2016 18:25:33		Aceito
Outros	termo_aceite_orientador.pdf	11/03/2016 17:58:42	LEIDIANA DE JESUS SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_pesquisador.pdf	11/03/2016 17:57:57	LEIDIANA DE JESUS SILVA	Aceito

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Si do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cecpccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA  
SAÚDE DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.457.012

Outros	carta_encaminhamento_cep.pdf	11/03/2016 15:36:07	LEIDIANA DE JESUS SILVA	Aceito
Outros	isencao_onus.pdf	11/03/2016 15:31:09	LEIDIANA DE JESUS SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	decl_umia.pdf	11/03/2016 15:22:09	LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodepesquisa2.pdf	11/03/2016 15:15:13	LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declar_pvargas.pdf	11/03/2016 15:11:42	LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declar_betina.pdf	11/03/2016 15:03:37	LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/03/2016 10:08:42	LEIDIANA DE JESUS SILVA LOPES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rostro.pdf	11/01/2016 17:31:06	LEIDIANA DE JESUS SILVA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELEM, 18 de Março de 2016

Assinado por:  
Wallace Raimundo Araujo dos Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Si do ICS 13 - 2º and.  
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110  
UF: PA Município: BELEM  
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br