

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Helen Vaz da Silva Gomes

**Estratégias de Capacitação para potencialização da implementação da Rede
de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

Juiz de Fora
2025

Helen Vaz da Silva Gomes

Estratégias de Capacitação para potencialização da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Mário Círio Nogueira

Co-orientador: Profa. Dra. Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Juiz de Fora
2025

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Gomes, Helen Vaz da Silva.

Estratégias de Capacitação para potencialização da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência / Helen Vaz da Silva Gomes. -- 2025.

111 f. : il.

Orientadora: Mário Círio Nogueira

Coorientadora: Silvia Lanzioti Azevedo da Silva

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

1. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência . 2. Redes de Atenção à Saúde . 3. Capacitação em saúde. I. Nogueira, Mário Círio, orient. II. da Silva, Silvia Lanzioti Azevedo , coorient. III. Título.

Helen Vaz da Silva Gomes

Estratégias de Capacitação para potencialização da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em 19 de dezembro de 2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Mário Círio Nogueira - Orientador
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Silvia Lanziotti Azevedo da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Arthur de Almeida Medeiros
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Prof.^a Dra. Grace Kelly Filgueiras Freitas
Universidade Federal do Espírito Santo

Juiz de Fora, 01/12/2025.



Documento assinado eletronicamente por **Mario Cirio Nogueira, Professor(a)**, em 19/12/2025, às 10:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **SILVIA LANZIOTTI AZEVEDO DA SILVA, Professor(a)**, em 19/12/2025, às 10:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Grace Kelly Filgueiras Freitas, Usuário Externo**, em 19/12/2025, às 14:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Arthur de Almeida Medeiros, Usuário Externo**, em 06/01/2026, às 08:58, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-Ufjf (www2.ufjf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **2771115** e o código CRC **A4B27DF1**.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus, pela luz que guia meus passos e por me conceder forças, coragem e saúde para continuar trilhando meus sonhos e objetivos. Em nome de meus pais, Lúcia e José, estendo minha gratidão à minha família, pela paciência nos momentos mais intensos deste processo e pelo incentivo constante para acreditar que é possível sonhar alto e que nenhum objetivo é inalcançável.

Dedico este trabalho, de maneira especial, aos meus pais, cuja dedicação incansável sempre teve como propósito garantir educação e futuro aos seus filhos. Nada do que conquistei na minha trajetória acadêmica seria possível sem vocês. Esta vitória é nossa. Agradeço também aos meus avós, Zenildo e Nilda, e, em especial, ao meu avô Zenildo, que, mesmo não estando mais presente em vida, sempre me incentivou a estudar, celebrou minhas conquistas e se orgulhou da minha trajetória.

Registro minha profunda gratidão ao meu namorado, Gabriel, por me apoiar a embarcar neste desafio, por sua paciência, carinho e por ouvir atentamente minhas reflexões sobre o mestrado, além de dedicar tempo a ler cada texto que escrevi com cuidado e consideração. Agradeço igualmente aos meus amigos, pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar, pelo apoio ao longo de minha trajetória acadêmica e profissional, pela ajuda na divulgação da pesquisa e pelo interesse genuíno em seu desenvolvimento. Manifesto também meu carinho pelos amigos que o mestrado me trouxe e que desejo levar comigo por toda a vida. Obrigada por tornarem este percurso mais leve e alegre.

Expresso gratidão imensa aos meus orientadores, Prof. Dr. Mário Círio Nogueira e Prof. Dra. Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva, que foram verdadeiras luzes ao longo deste processo, sempre solícitos e atentos para me orientar pelos melhores caminhos. Agradeço por acreditarem no projeto e na minha capacidade de

conduzi-lo, pelos ensinamentos, incentivos e inspiração. Levarei comigo o exemplo de professores e pesquisadores que vocês representam.

Agradeço aos membros da banca examinadora, que confiaram em mim e neste trabalho, dedicando seu tempo à leitura atenta da dissertação e oferecendo contribuições valiosas que enriqueceram a pesquisa e ampliaram meus conhecimentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora, agradeço pelos ensinamentos compartilhados, pelas oportunidades proporcionadas, pelo apoio à participação em eventos fundamentais para minha formação e pela competência e gentileza de todos os seus colaboradores. Agradeço ainda à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo fomento concedido por meio do edital PROEXT-PG – Fortalecimento das Ações de Extensão na Pós-Graduação, parceria entre as Pró-Reitorias de Pesquisa e Extensão da UFJF. Sem esse suporte financeiro, esta pesquisa não teria alcançado a excelência desejada.

Sou grata à Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF), especialmente à servidora Leticia Ferreira de Carvalho, cuja parceria foi essencial para a identificação e condução das etapas deste trabalho. Agradeço também à Prof. Dra. Beatriz Francisco Farah, que compartilhou seu conhecimento sobre metodologia qualitativa e nos apoiou no desenvolvimento deste estudo.

Desta dissertação nasceu o Projeto APOIAR — Ações para Organização, Integração e Apoio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — constituído por mim, pelos professores e orientadores Mário, Silvia e Beatriz, e pela parceria com a servidora Leticia, da SRS/JF. Agradeço a todos pela dedicação e empenho no desenvolvimento das ações, reforçando que a interlocução entre pesquisa e extensão só foi possível graças ao comprometimento da equipe. Tenho plena convicção de que o projeto trouxe contribuições significativas para a coletividade.

RESUMO

As pessoas com deficiência são aquelas que possuem impedimentos de ordem física, intelectual ou sensorial, que podem limitar sua participação efetiva na sociedade. No caminho para garantia dos direitos dessa população, diversas políticas foram instituídas. Uma delas é a Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência (RCPD), que propõe acesso aos serviços de saúde específicos para este público em todos os níveis de atenção. O objetivo do presente estudo é apoiar e potencializar o processo de implantação da RCPD na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais. Para alcançar o objetivo proposto, foram realizados diagnósticos da demanda e oferta de serviços para as pessoas com deficiências, para auxiliar no estabelecimento dos fluxos entre os níveis de atenção e elaborar capacitações entre gestores e os profissionais ligados à RCPD nos municípios envolvidos. Os dados cadastrais foram obtidos em sistemas de informações de acesso público, por solicitação de acesso à informação ao Ministério da Saúde, e formulários preenchidos pelas referências técnicas de cada município. A partir desses dados coletados, foram construídas tabelas comparativas e mapas de fluxos para ilustrar os encaminhamentos. Desta dissertação originou-se dois artigos, como resultados nota-se certa centralização de oferta da atenção especializada na região, principalmente nas modalidades de reabilitação visual, auditiva e física, em que o único serviço disponível é localizado em Juiz de Fora, o único serviço descentralizado é na modalidade intelectual que possui serviços de atendimento em 5 municípios. Além disso, embora a RCPD esteja estruturada e conte com fluxos de encaminhamento definidos para parte das modalidades de reabilitação, ainda enfrenta desafios significativos relacionados à articulação entre os serviços, à comunicação entre os níveis de atenção e à insuficiência de recursos humanos e materiais e a dificuldade de comunicação em alguns municípios das referências municipais com a gestão.

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiências; Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde; Gestão em Saúde; Capacitação Profissional.

ABSTRACT

People with disabilities are those who have physical, intellectual or sensory impairments that may limit their effective participation in society. Several policies have been put in place to guarantee the rights of this population. One of these is the Rede de Cuidado a Pessoas com Deficiência - (RCPD), which provides access to specific health services for people with disabilities at all levels of care. The aim of this study is to support and enhance the process of implementing the RCPD in the region covered by the Superintendência Regional de Juiz de Fora, Minas Gerais. In order to achieve the proposed objective, it will carry out a diagnosis of the demand for and supply of services for people with disabilities, help to establish flows between levels of care and draw up training courses for managers and professionals linked to the RCPD in the municipalities involved. The registration data was obtained from publicly accessible information systems, by requesting access to information from the Ministry of Health and forms filled in by the technical references in each municipality. Based on the data collected, comparative tables and flow charts were constructed to illustrate the referrals. This dissertation gave rise to two articles, the results of which show a certain centralization of specialized care in the region, mainly in the areas of visual, auditory, and physical rehabilitation, where the only service available is located in Juiz de Fora, while the only decentralized service is in the area of intellectual rehabilitation, with services available in five municipalities. Furthermore, although the RCPD is structured and has defined referral flows for some rehabilitation modalities, it still faces significant challenges related to coordination between services, communication between levels of care, insufficient human and material resources, and communication difficulties in some municipalities between municipal references and management.

Keywords: Persons with Disabilities; Health Services for Persons with Disabilities; Unified Health System; Health Management; Professional Training.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 — Mapa do fluxo de atendimento das pessoas com deficiência intelectual entres os anos de 2023 e 2024 na RCPD.....	45
Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual.....	69
Figura 2 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC).....	71
Figura 3 – Gráfico de similitude (árvore máxima) das formas ou palavras do corpus textual.....	74

LISTA DE ABREVIACES

APS	Ateno Primária  Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CEO	Centros de Especialidades Odontológicas
CER	Centros de Especializados de Reabilitação
CDS	Coleta de Dados Simplificada
CEP	Comitê de tica em Pesquisa
CAPES Superior	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CRAS	Coordenação de Redes de Atenção  Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MG	Minas Gerais
ONU	Organização das Nações Unidas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPM	rteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PDR-MG	Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
RCPD	Rede de Cuidados  Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção  Saúde
SGTES Saúde	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIA/SUS	Sistema de Informação Ambulatorial
SISAB Básica	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	15
2.2 CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	16
2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL.....	19
2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	22
2.5 PLANO VIVER SEM LIMITES.....	23
2.6 LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	26
2.7 REDE DE CUIDADOS A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	26
2.8 REDE DE CUIDADO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS.....	29
2.9 - A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RCPD.....	33
3 JUSTIFICATIVA.....	36
4 OBJETIVOS.....	38
4.1 OBJETIVO GERAL.....	38
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	38
5 METODOLOGIA.....	39
5.1 LOCAL DO ESTUDO.....	39
5.2 - LEVANTAMENTO DA PREVALÊNCIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DO ESTUDO.....	40
5.3 - IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS E IDENTIFICAÇÃO DOS FLUXOS.....	42
5.4 - ELABORAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES.....	43
5.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	46
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	47
6.1 - ARTIGO 1: Fluxo Regional de atendimentos ambulatoriais Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	48
6.2 - ARTIGO 2: Processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 37 municípios.....	65
7 REFERÊNCIAS.....	90
8 ANEXOS.....	95
ANEXO A – Resposta da Solicitação de Acesso à Informação.....	95
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	98
9 APÊNDICES.....	102
APÊNDICE A – Formulário Enviado aos Municípios.....	102
APÊNDICE B - Programação Seminário do Projeto Apoiar.....	105
APÊNDICE C - Resultados e Tabelas referentes a etapa 1 da pesquisa.....	109

1 INTRODUÇÃO

No contexto histórico mundial, as pessoas com deficiência enfrentaram exclusão social, abandono e até extermínio, sendo vistas como improdutivas e descartáveis em diversas culturas. Com o advento do cristianismo, surgiu uma visão mais compassiva, reconhecendo a dignidade e a alma dessas pessoas. Contudo, somente após a Revolução Industrial e as guerras mundiais que elas começaram a ser incluídas mais efetivamente na sociedade. No Brasil, o panorama histórico seguiu um curso semelhante, com episódios de extermínio entre povos originários e consequências severas da escravidão. A legislação brasileira demorou a reconhecer os direitos dessa população. As primeiras constituições não garantiam inclusão ou proteção, e apenas em 1988 houve um avanço significativo ao assegurar igualdade legal e direitos específicos para as pessoas com deficiência (MOISÉS; STOCKMANN, 2020; MOISÉS, 2019).

O conceito de pessoa com deficiência evoluiu ao longo do tempo e foi definido por diferentes organizações. A Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxeram definições iniciais baseadas em limitações físicas ou mentais. O Brasil segue o conceito adotado pela Convenção da ONU de 2006, que considera a deficiência como resultado da interação entre impedimentos e barreiras sociais. As deficiências são classificadas em cinco tipos: física, auditiva, visual, intelectual e múltipla (BUBLITZ, 2012; MAIA, 2013).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e a Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) Contínua são os responsáveis por aprimorar a coleta de dados estatísticos sobre as pessoas com deficiência no Brasil. No Censo Demográfico de 2010, 23,9% da população declarou ter algum tipo de deficiência, e após uma nota técnica atualizando os critérios da identificação de pessoas com deficiência, reduziu esse número para 6,7%. A PNS de 2019, utilizando metodologia mais específica, identificou 8,4% da população com deficiência. Já a PNAD Contínua de 2022 registrou 8,9% de pessoas com deficiência. As pesquisas indicam desigualdades em escolaridade, especialmente entre pessoas com deficiência intelectual, e reforçam a importância de políticas públicas baseadas em dados funcionais e inclusivos para atender

adequadamente essa parcela da população (BRASIL, 2019; BRASIL 2022, IBGE 2010).

Sobre a garantia de direitos, a Constituição Brasileira reconhece a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, o que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990. Posteriormente, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída em 2002, consolidou diretrizes voltadas à reabilitação, prevenção de deficiências e inclusão social, com foco na qualidade de vida, organização dos serviços e capacitação de profissionais da saúde. Essas normativas demonstram um avanço importante na construção de uma rede de cuidado mais equitativa e inclusiva (BRASIL, 1990; BRASIL; 2002).

O Plano Viver sem Limites, instituído em 2011, marcou um avanço fundamental na efetivação dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, respondendo às demandas dos movimentos sociais e ao compromisso com a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. O plano buscou integrar ações interministeriais com foco na equidade e inclusão. No campo da saúde, destacou-se a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), que introduziu exames neonatais e serviços especializados de reabilitação, além de promover a funcionalidade, autonomia e qualidade de vida (BRASIL, 2011, BRASIL 2012).

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Lei nº 13.146/2015), veio para consolidar direitos já adquiridos e promover a inclusão plena das pessoas com deficiência na sociedade. A LBI também trouxe inovações como a criminalização da discriminação, a valorização da autonomia, independência e liberdade de escolha das pessoas com deficiência, além do conceito de desenho universal, que reforça a necessidade de desenvolver produtos, serviços e ambientes acessíveis a todos, em consonância com os princípios da universalidade e equidade do SUS.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são estruturas organizadas com o objetivo de proporcionar cuidado integral, contínuo e de qualidade à população. Dentro da RAS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada em 2012, foi estruturada para garantir atenção especializada e reduzir a fragmentação no atendimento às pessoas com deficiência (MENDES, 2010; BRASIL, 2012).

A RCPD atua nos três níveis de atenção do SUS e tem como principal serviço organizador os Centros Especializados de Reabilitação (CER), que ofertam cuidados multidisciplinares para diferentes tipos de deficiência e são classificados conforme a

quantidade de modalidades oferecidas. Sua implementação obedece à lógica da regionalização, com municípios-pólo concentrando os serviços especializados e as referências sendo feitas a partir da Atenção Primária (BRASIL, 2012, RIBEIRO et al., 2022).

Em 2023, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência foi atualizada, com foco na ampliação do acesso, qualificação dos serviços, articulação intersetorial, produção de conhecimento e participação comunitária. Apesar dos avanços, ainda persistem barreiras como baixa acessibilidade, fluxos desorganizados, despreparo profissional e encaminhamentos inadequados, o que compromete a efetividade da rede e a garantia dos direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2023).

Em Minas Gerais, a RCPD foi estabelecida em 2012, com a elaboração do Plano de Ação Estadual em 2013, que organizou os municípios do estado conforme o Plano Diretor de Regionalização vigente. Coordenada pelo Grupo Condutor Estadual e apoiada por Juntas Reguladoras Regionais, a RCPD busca garantir acesso equitativo e qualificado aos serviços de saúde por meio da estruturação dos fluxos de referência e contrarreferência, especialmente com a APS como porta de entrada (SILVA *et al*, 2022; RIBEIRO et al., 2023).

Estudos identificaram algumas lacunas na implantação da RCPD desde seu primeiro plano de ação em 2013. Além disso, foi encontrado somente 57,9% de implantação da rede no estado de Minas Gerais e outros problemas na operacionalização de fluxos e encaminhamentos entre os pontos da rede (RIBEIRO et al., 2023). Dessa forma, o Plano de Ação passou por atualização em 2021 com a proposta de solucionar os problemas encontrados pela análise situacional realizada na RCPD. A análise situacional da rede identificou avanços e fragilidades, como demandas reprimidas de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), dificuldades de transporte e deficiência na estratificação de risco (CIB-SUS/MG N° 3.477; RIBEIRO et al., 2022).

Visto a complexidade da implantação da RCPD, é necessário a articulação entre diferentes agentes para potencializar o processo de transformação da realidade da rede em todo o estado. Assim, possibilitar a melhoria do acesso das pessoas com deficiência a saúde de qualidade e facilitar os encaminhamentos através de um fluxo organizado e efetivo de cuidado é fundamental.

Dessa forma, o presente estudo objetiva potencializar o processo de implantação da RCPD na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF) através da identificação da demanda de pessoas com deficiência, determinação do fluxo para encaminhamentos entre os níveis de atenção e realizar capacitações com os profissionais responsáveis pela operacionalização da rede nos 37 municípios participantes. Para isso, a pesquisa conta com a parceria entre a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Superintendência Regional de Saúde (SRS/JF), que promove a interlocução entre os agentes participantes.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As pessoas com deficiência viveram historicamente momentos de exclusão social, abandono ou extermínio. Nos primórdios civilizatórios, aqueles que não eram capazes de caçar ou que poderiam representar risco à sobrevivência do grupo ou da tribo eram sacrificados em benefício da manutenção do coletivo. Essa noção de improdutividade das pessoas com deficiência perdurou por muitos anos na história mundial (MOISÉS; STOCKMANN, 2020; MOISÉS, 2019).

A sociedade grega e romana é um exemplo disso, e seus elementos culturais foram incorporados como referência para outras civilizações, principalmente na formação de cidadãos belos, fortes e capazes de guerrear. Essa concepção fazia as pessoas com deficiências da época serem marginalizadas e discriminadas pela sociedade (MOISÉS; STOCKMANN, 2020; PLATÃO, 2001). A ascensão do cristianismo trouxe consigo a ideia de um Deus que não pertencia à realeza e que pregava caridade e amor ao próximo. Mais tarde, na idade média, e também devido à influência da fé cristã, as pessoas com deficiência passaram a ser consideradas filhas de Deus e dignas de ter uma alma (PESSOTTI, 1984).

Com o movimento renascentista e iluminista, iniciado no século XVI, houve espaços para a reflexão de grandes filósofos sobre a organização da sociedade. A ciência e o empirismo começaram a ser valorizados, o que trouxe ideias favoráveis sobre as pessoas com deficiência e sua capacidade de aprendizado. No entanto, foi somente no século XVIII, após a revolução industrial, e a consolidação do capitalismo, e principalmente, no período pós-guerra, que resultou em feridos e deficiências permanentes, que as pessoas com deficiência passaram a ser incluídas como membros da sociedade (MOISÉS; STOCKMANN, 2020; LOCKE, 1999).

O contexto das pessoas com deficiência no Brasil se assemelha à história mundial. Alguns relatos abordam práticas de extermínio e preconceito entre os povos originários contra aqueles que nasceram com algum tipo de deficiência ou que a desenvolveram ao longo do tempo (FIGUEIRA, 2008). Outro fato histórico

importante é que os escravizados, além de sofrerem discriminação racial, também eram alvos de severas punições, que frequentemente resultavam em sequelas e limitações permanentes (GADELHA et al., 2022).

O Brasil passou por anos de omissão em relação aos direitos das pessoas com deficiência. A primeira Constituição Brasileira de 1824, promulgada durante o período imperial, não mencionava garantia de direitos para essa população. A Constituição de 1891 tentou estabelecer direitos mais igualitários, mas manteve a suspensão dos direitos políticos, no caso de incapacidade física ou moral. As duas Constituições seguintes, de 1934 e 1937, também não trouxeram mudanças a respeito da garantia dos direitos às pessoas com deficiência (BRANCO, 2023; ATTADEMO, P. F.; DE SOUZA E SOUZA, G. A., 2016).

A Constituição de 1946 marcou o fim da ditadura militar de Getúlio Vargas no Brasil, e sua principal inovação relacionada às pessoas com deficiência foi na garantia de educação para alunos necessitados. A constituição de 1967 não trouxe avanços nesse âmbito; contudo, em 1969, houve uma emenda constitucional que mencionava, pela primeira vez, as pessoas com deficiência buscando melhorias nas condições econômicas e sociais. Somente com a Constituição Brasileira de 1988 houve progresso ao afirmar que todas as pessoas são iguais perante a lei e garantir os direitos das pessoas com deficiência.

2.2 CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Pessoa com deficiência pode ser conceituado de diversas formas e por diversas organizações públicas. O primeiro conceito foi elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1975, que definiu 'pessoas deficientes' como aquelas que, devido a uma limitação congênita ou adquirida em suas capacidades físicas ou mentais, não conseguem garantir, de forma independente, suas necessidades individuais ou sociais (BUBLITZ, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) também trouxe um conceito importante para a época, definindo deficiência como qualquer alteração ou perda na estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica (BUBLITZ, 2012).

O Brasil aprovou o conceito elaborado pela Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, organizada pela ONU em 2006, que posteriormente, em 2009 assumiu caráter de norma constitucional brasileira. A Convenção foi

fundamental para a elaboração da legislação sobre deficiência e seu conceito perdura até a atualidade. Neste documento, pessoas com deficiência são aquelas que possuem impedimentos de ordem física, intelectual ou sensorial que, ao interagirem com diferentes barreiras, podem limitar sua participação plena e efetiva na sociedade, no convívio com as demais pessoas e ambiente (MAIA, 2013).

Assume-se que a deficiência é um conceito em constante evolução e está relacionada com a forma que a pessoa interage com barreiras que possam impedir sua participação na sociedade (BRASIL, Decreto n° 186/2008). Os tipos de deficiência considerados são física, intelectual, auditiva, visual e múltipla. Quando se trata de uma definição mais específica que detalha cada deficiência e suas particularidades, destaca-se o Decreto n° 3.289 de 1999, que dispõe sobre a política de integração da pessoa com deficiência e que em 2004 sofreu algumas alterações; apesar de ser considerado uma definição ultrapassada, ela é usada neste trabalho como forma de auxiliar a identificação das pessoas com deficiência pelos profissionais de saúde. O decreto determina os tipos de deficiência da seguinte forma:

1 - A deficiência física é caracterizada por alterações completas ou não em partes do corpo, que comprometem sua função física. Alguns fatores importantes para identificar a deficiência física incluem a ausência completa de movimentos e de sensibilidade nas pernas e nos braços ou em apenas um membro; redução da força muscular com dormência ou formigamento nos membros; fraqueza ou perda de movimentos em apenas um lado do corpo; pessoas que apresentam procedimentos cirúrgicos que alteram o segmento de algum órgão para o meio externo, por exemplo, fezes saem pelo abdome para uma bolsa; amputação ou ausência de um membro; paralisia cerebral; nanismo; algum membro com deformidade congênita ou adquirida. São exceções as deformidades estéticas e as que não produzem dificuldades para o desempenho de funções (BRASIL, 1999).

2 - A deficiência auditiva pode ser caracterizada pela perda auditiva bilateral, parcial ou total, de quarenta decibéis ou mais, aferida por um audiograma, teste auditivo que avalia o quão bem o indivíduo ouve (BRASIL, 1999).

3 - A deficiência visual é caracterizada pela cegueira, ou situações onde mesmo com a melhor correção, a acuidade visual permanece prejudicada, mais precisamente menor ou igual a 0,05 no melhor olho. Também se enquadra como deficiência visual a baixa visão, quando há comprometimento da acuidade visual no

melhor olho, mesmo com correção, ou a redução do campo visual em ambos os olhos, igual ou menor que 60° (BRASIL, 1999).

4 - A deficiência intelectual é identificada quando o funcionamento intelectual é significativamente inferior à média da sociedade, se manifestando antes de dezoito anos de idade e é associado a limitações em duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (BRASIL, 1999).

5- A deficiência múltipla é a presença de mais de uma deficiência de classes diferentes, resultando em desafios adicionais para a autonomia e a inclusão do indivíduo na sociedade (BRASIL, 1999).

Mesmo com o estabelecimento de conceitos e definições mais específicos, ainda há discussões sobre como classificar os tipos de deficiência. Dessa forma, após a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, realizada pela ONU, foi criado, em 2009, o Grupo Washington. Essa organização é responsável pela estatística sobre as pessoas com deficiência, com o intuito de padronizar as definições, conceitos e metodologias, para que sejam possíveis comparações internacionais sobre a temática (BOTELHO; LENZI, 2024; WG, 2020, IBGE, 2019).

Para isso, o Grupo desenvolveu instrumentos que auxiliam na identificação das deficiências. O primeiro é o conjunto curto de questões sobre deficiência, seguido pelo conjunto estendido e um módulo sobre funcionalidade infantil. O conjunto curto aborda domínios funcionais, sendo eles, enxergar, ouvir, andar, cognição e comunicação. Já o estendido é mais abrangente e inclui aspectos como visão, audição, locomoção, cognição, ansiedade e depressão, dor, fadiga, comunicação e funcionamento dos membros superiores e inferiores (BOTELHO; LENZI, 2024; WG, 2020, IBGE, 2019).

Essas ferramentas ajudam a identificar o número de pessoas com deficiência presentes nos territórios, e são fundamentais no dimensionamento da demanda, para as estratégias de implementação dos serviços direcionados à esta população.

2.3 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS DA DEFICIÊNCIA NO BRASIL

Em consonância com as novas leis e decretos sobre as pessoas com deficiência, surgiu a necessidade de pesquisas epidemiológicas e dados estatísticos sobre essa população no país, utilizando ferramentas e critérios de identificação e classificação das pessoas com deficiência. Além do senso demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), foram registrados dados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e na Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) específicos para a população de pessoas com deficiência no Brasil (BOTELHO; LENZI, 2024).

O Censo 2010 realizado pelo IBGE, demonstrou que no Brasil mais de 45 milhões (23,9%) de pessoas relataram possuir algum tipo de deficiência. No estado de Minas Gerais, foram identificadas mais de 5 milhões de pessoas com deficiência, distribuídos de acordo com a classificação: 15,7% de pessoas com deficiência visual, 6,2% deficiência motora, 3,9% auditiva e 1,0% intelectual (IBGE, 2010).

Em 2018 foi lançada pelo IBGE uma Nota técnica sobre a releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico de 2010, usando como base as recomendações do Grupo Washington. Em 2010 a identificação das pessoas com deficiências eram feitas considerando os indivíduos que responderam ter pelo menos alguma dificuldade em uma ou mais questões. Na releitura indicada pelo Grupo, são consideradas pessoas com deficiência os indivíduos que responderam ter pelo menos muita dificuldade em uma ou mais questões. Dessa forma, foi aplicada uma linha de corte sobre a população total no Brasil e o número encontrado caiu para pouco mais de 12 milhões, o que corresponde a 6,7% de pessoas com deficiência no país (IBGE, 2018).

Um novo Censo foi realizado em 2022 e aponta que o Brasil tem 14,4 milhões de pessoas com deficiência, o que representa 7,3% da população com dois anos ou mais. Os dados sobre autismo foram coletados separadamente pela primeira vez, no questionário foi incluído se o informante do domicílio indicava se algum morador havia recebido diagnóstico de autismo por um profissional de saúde. Os resultados revelaram que 2,4 milhões de pessoas declararam ter recebido esse diagnóstico. A prevalência foi maior entre os homens (1,5%) do que entre as mulheres (0,9%), o que corresponde a 1,4 milhão de homens e 1 milhão de mulheres.

O estudo de Medeiros (2021) foi baseado nos dados da PNS de 2013 e encontrou uma prevalência de 7,7% de pessoas com deficiência no Brasil, desses, a prevalência de 0,8% de deficiência intelectual, 1,4% deficiência física, 2,1% auditiva

e 4,5% visual. Cerca de 50,1% eram mulheres, 50% brancas, em sua maioria com mais de 40 anos e alfabetizadas, 73,7% não tinham plano de saúde e 42,1% tinham limitações leves.

A PNS de 2019 apresenta dados epidemiológicos mais recentes e completos e foi aplicada para todos os moradores de 2 anos ou mais de idade. Para identificar as pessoas com deficiência, foram realizadas perguntas de acordo com o questionário elaborado pelo Grupo Washington, e as respostas foram categorizadas em uma escala que inclui: nenhuma dificuldade, alguma dificuldade e muita dificuldade ou não consegue de modo algum realizar determinada tarefa (IBGE, 2019).

Como resultado, a PNS identificou que 17,3 milhões de pessoas de 2 anos ou mais apresentavam deficiência relacionada a pelo menos um tipo de função, o que representa cerca de 8,4% dessa população. Desses, 14,4 milhões se encontravam em regiões urbanas e 2,9 milhões em áreas rurais. Ao analisar as Grandes Regiões do Brasil, estima-se o percentual de 9,9% na região Nordeste, 8,1% na Região Sudeste, na Região Sul encontram 8,0%; na Região Norte foi de 7,7% e na Região Centro-Oeste foi de 7,1%. Entre os estados da Região Sudeste, Minas Gerais apresentou o maior percentual, com 9,5% das pessoas de 2 anos ou mais com deficiência (IBGE, 2019).

Sobre os dados sociodemográficos, a pesquisa demonstrou 1,5% de crianças de 2 a 9 anos de idade possuíam deficiência, 24,8% representam o número de pessoas com deficiência de 60 anos ou mais, além de um registro de aumento do percentual quando comparado às outras idades de pessoas com deficiência após 40 anos (32,4%), indicando que o envelhecimento pode acarretar em perda de funções visuais, auditivas, motoras e intelectuais. O percentual de mulheres foi maior quando comparado aos homens, apresentando 9,9% de mulheres e 6,9% de homens com 2 anos ou mais de idade com deficiência. Também houve maior porcentagem de registro de deficiência entre as pessoas que se declaram pretas, 9,7% (IBGE, 2019).

Quanto à escolaridade, o percentual de pessoas com deficiência de 18 anos ou mais que completaram o nível superior foi de 5,0%, enquanto 16,6% tinham ensino médio completo. A PNS 2019 também constatou que as pessoas com deficiência intelectual são as que apresentam menor percentual de escolaridade, com 78,4% delas sem instrução ou com ensino fundamental incompleto. Destaca-se

também que as pessoas com deficiência auditiva são as que têm maior escolaridade, com 5,9% alcançando o nível superior (IBGE, 2019).

Ao separar os resultados por tipo de deficiência, verificou-se que, na deficiência visual, 3,4% da população com 2 anos ou mais de idade afirmou ter muita dificuldade ou não conseguir enxergar. Na deficiência auditiva, 1,1% desta mesma população afirma ter muita dificuldade ou não conseguem ouvir. A deficiência física foi dividida em dificuldades com os membros inferiores e superiores. Cerca de 3,8% afirmam ter muita dificuldade ou não conseguir caminhar ou subir degraus. Para os membros superiores, 2,7% afirmam ter muita dificuldade ou não conseguir levantar uma garrafa de dois litros de água da cintura até a altura dos olhos ou pegar, abrir e fechar recipientes. Já na deficiência intelectual, foram questionadas as dificuldades para realizar atividades cotidianas, como comunicação, cuidados pessoais, trabalho e atividades escolares, e 1,2% da população relataram esses problemas (IBGE, 2019).

Outra fonte de dados epidemiológicos voltados para a deficiência é a PNAD contínua de 2022. A pesquisa foi coletada no 3º trimestre de 2022 e é a primeira vez que levanta dados voltados para as pessoas com deficiência. O questionário de pesquisa segue as recomendações da ONU, usando a mesma base das perguntas da PNS, avaliando o grau de dificuldade dentro dos domínios funcionais: enxergar; ouvir; andar ou subir degraus, funcionamento dos membros superiores; cognição; autocuidado e comunicação (IBGE, 2022).

De acordo com a PNAD, o Brasil apresentou 18,6 milhões de pessoas (8,9%) de 2 anos ou mais de idade com deficiência. Deste total, foi encontrado que cerca de 10,0% das mulheres declararam ter algum tipo de deficiência e 7,7% de homens declararam ter alguma deficiência, maioria (9,5%) autodeclaradas pretas. Quanto a divisão por Grandes Regiões, as maiores prevalências de pessoas com deficiência maiores de 2 anos foram registradas nos Estados: Pará na região Norte (9,5%) , Sergipe no Nordeste (12,1%), Minas Gerais no Sudeste(8,9%); Rio Grande do Sul na região Sul (9,9%) e Mato Grosso, no Centro- Oeste (9,3%) (IBGE, 2022).

Além disso, pelo menos 3,4% da população brasileira apresentava dificuldade para andar ou subir degraus, 3,1% dificuldade para enxergar, mesmo usando óculos ou lentes de contato; 2,6% apresentava dificuldade para aprender, lembrar-se das coisas ou se concentrar; 1,4% dificuldade para pegar objetos pequenos ou abrir e fechar recipientes; 1,2% dificuldade para ouvir, mesmo usando aparelhos auditivos;

1,2% dificuldade para realizar cuidados pessoais; 1,1% dificuldade de se comunicar, para compreender e ser compreendido. Esses parâmetros contribuem para a importância do desenvolvimento de políticas voltadas para a população e da definição do que pode ser considerado deficiência, considerando a perspectiva funcional (IBGE, 2022).

2.4 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Considerando que a Constituição Brasileira estabelece a saúde como um dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado em 1990 para estabelecer o acesso integral à saúde pública. Sua implementação foi importante na valorização do cuidado com diferentes segmentos da população, especialmente as minorias. Em seguida, a Lei Orgânica de Saúde foi instituída para definir o SUS e estabelecer seus objetivos, normas e competências. Além disso, foi responsável por determinar que a União, os Estados e os Municípios têm o dever de cuidar da saúde e garantir o atendimento adequado às pessoas com deficiência (BRASIL, Lei nº 8.080/90).

Um marco na garantia dos direitos das pessoas com deficiência foi a Lei nº 7.853 de 1989, primeira lei que dispõe sobre apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, no que se refere à saúde. Essa lei já abordava a promoção de ações direcionadas à prevenção de agravos, criação de rede de serviços especializados em reabilitação, garantia do acesso aos estabelecimentos de saúde, atendimento domiciliar, e o desenvolvimento de programas para pessoas com deficiência (BRASIL, Lei nº 7.853/89).

Em continuidade a esta legislação, em 2002 houve a criação da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência instituída pela Portaria nº 1.060/2002 do Ministério da Saúde. A Política tem como objetivo reabilitar a pessoa com deficiência em sua capacidade funcional e desempenho humano para promover sua inclusão na sociedade. Além disso, busca proteger a saúde e prevenir condições que possam levar ao surgimento de deficiência (BRASIL, 2002).

Para alcançar os objetivos, a política dispõe de diretrizes que norteiam os planos, programas, projetos e atividades voltadas para a implantação da Política. Dessa forma, busca promover a qualidade de vida de pessoas com deficiência, assistência integral, prevenir deficiências, ampliar o fortalecimento dos sistemas de

informação, organizar o funcionamento dos serviços voltados para pessoas com deficiência e capacitação dos recursos humanos (BRASIL, 2002; BRASIL, 2010).

2.5 PLANO VIVER SEM LIMITES

O Plano Viver sem Limites foi criado em 2011, a partir de crescentes reivindicações e movimentos sociais que atuaram no enfrentamento ao capacitismo e exclusão. Sua formulação foi embasada nos preceitos da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pelo Brasil como norma constitucional, consolidando compromissos e responsabilidades internacionais sobre a temática (BRASIL, 2011).

O plano concentra sua finalidade em promover programas e ações para o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência. Para isso, definiu-se quatro principais eixos de atuação, sendo eles: Acesso à educação, atenção à saúde, Inclusão social e acessibilidade (BRASIL, 2011).

O eixo de acesso à educação é de responsabilidade do Ministério da Educação, que investiu em recursos de apoio à educação básica, busca ativa de alunos, transporte acessível, aprendizagem e qualificação profissional. O Ministério da Saúde foi o encarregado da atenção à saúde e criou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência que incluiu ações de prevenção e reabilitação. A inclusão social foi uma colaboração entre diversos ministérios, com foco na garantia dos direitos das pessoas com deficiência e na participação social para combater desigualdades, promovendo inclusão no mercado de trabalho e no suporte de pessoas em situação de pobreza. Já o eixo da acessibilidade envolveu ações de quase todos os órgãos governamentais, com foco no acesso a tecnologia, moradia e aquisição de equipamentos assistivos (BRASIL, 2011).

No âmbito da saúde, o Plano Viver Sem Limites foi o responsável pela criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), devido à necessidade de ampliar o acesso à saúde e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS. Além disso, reforçou a importância da identificação precoce de deficiências, através da introdução de novos exames neonatais como teste do pezinho, da orelhinha e do olhinho, para diagnóstico precoce de deficiências em crianças de zero a dois meses com mais rapidez e eficiência. A RCPD também trouxe diretrizes terapêuticas a respeito da caracterização da deficiência, tratamento, medicamentos

prescritos, forma de administração, tempo de uso e acompanhamento realizados pelo SUS (BRASIL, 2011).

Para melhorias de funcionalidade, autonomia e independência, o Plano Viver sem Limites estipulou uma meta de implantação de 45 novos Centros Especializados (CER) e qualificação dos serviços já existentes, além de transporte adequado, por meio da aquisição de veículos para pessoas com deficiência que não apresentem condições de mobilidade por transportes convencionais (BRASIL, 2011).

Em 2023, surgiu a necessidade de atualização do Plano, resultando na elaboração do Novo Viver Sem Limites. O novo plano foi criado inicialmente em conjunto com 10 Ministérios, sob coordenação do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Foram realizadas reuniões com Estados representantes de todas as regiões do Brasil para discussão e avaliação de dados pré-existentes e elaboração de uma proposta de melhoria (BRASIL, 2023).

Os dados obtidos pela Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio contínua de 2022 foram usados para embasar os novos eixos e metas do novo plano. Os dados demográficos, escolaridade e situação de trabalho das pessoas com deficiência foram essenciais para estabelecer indicadores e diagnósticos setoriais para o suporte no enfrentamento a barreiras de desigualdade. Dessa forma, os novos eixos do plano abordam a gestão e participação social, enfrentamento ao capacitismo e à violência, acessibilidade e tecnologia assistiva e promoção do direito à educação, à assistência social, saúde e aos demais direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (BRASIL, 2023).

O primeiro eixo, Gestão e Participação Social, é marcado pela instituição do Sistema Nacional de Avaliação Unificada da Deficiência, a pactuação e lançamento do Novo plano em todo o país e a criação do Portal do Observatório de Monitoramento das Ações do Novo Viver Sem Limites que objetiva a transparência e acompanhamento da gestão. Além disso, a revisão da política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e a instituição da Câmara Interministerial dos Direitos da Pessoa com Deficiência, ampliando a promoção da defesa dos direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 2023).

O segundo eixo, Enfrentamento ao Capacitismo e Violência, busca combater a discriminação e assegurar a proteção de pessoas com deficiência. Para isso, investiram na formação de Conselheiros Tutelares para promoção dos direitos da criança e do adolescente com deficiência, além da publicação de livros acadêmicos

e didáticos sobre a temática. Ademais, prevê a construção de policlínicas equipadas para ampliar o atendimento da saúde sexual e reprodutiva das mulheres com deficiência (BRASIL, 2023).

O eixo três aborda a Acessibilidade e Tecnologia Assistiva, focado em garantir inclusão por meio de recursos acessíveis. Destacam-se iniciativas para a disponibilização de ônibus de transporte escolar acessível, escolas com salas de recursos multifuncionais que facilitam participação e aprendizagem para as pessoas com deficiência, fornecimento de dispositivos e equipamentos de tecnologia assistiva para atendimento das crianças, além da implantação de um Centro Nacional de Interpretação da Língua Brasileira de Sinais que visa aumentar a acessibilidade comunicacional (BRASIL, 2023).

Já o eixo quatro, promove o direito à educação, a assistência social, à saúde e aos demais direitos, ressalta-se a criação de Centros Especializados em Reabilitação, também Centro de Referência em Reabilitação Para Transtorno do Espectro Autista no SUS. Além disso, o eixo enfatiza o apoio a empregos e contratos de trabalho para pessoas com deficiência, promovendo a inclusão no mercado de trabalho e garantindo acesso a serviços e direitos essenciais (BRASIL, 2023).

2.6 LEI BRASILEIRA DE INCLUSÃO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), instituída em 2015 e também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, tem como objetivo complementar os direitos já adquiridos, proteger e assegurar a dignidade das pessoas com deficiência (Lei nº 13.146/2015). A LBI foi fundamental para consolidar diversos documentos a respeito das pessoas com deficiência existentes no Congresso Brasileiro, tornando a legislação mais uniforme, além de possibilitar a completa inserção das pessoas na sociedade sem nenhum tipo de discriminação (BRASIL, Lei nº 13.146/2015; ROCHA, 2022).

Dessa forma, a LBI foi responsável por inovações ao estabelecer que barreiras são elementos fundamentais para caracterizar a pessoa com deficiência. A lei definiu barreiras como qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação das pessoas na sociedade. Ademais, foram estabelecidos seis tipos de barreiras, que são classificadas em: urbanísticas,

arquitetônicas, transportes, comunicação e informação, atitudinais e tecnológicas (BRASIL, Lei nº 13.146/2015). Tal classificação também é um vislumbre do que precisa ser melhorado para garantia efetiva dos direitos das pessoas com deficiência (SANTOS, 2016).

Outros marcos inovadores da LBI incluem a valorização da pessoa com deficiência, respeitando sua independência, autonomia e liberdade de escolha, sem limitar a deficiência a um processo meramente patológico. No âmbito criminal, foi definido pena de reclusão e multa para aqueles que praticarem ou incitarem discriminação de pessoas em razão da sua deficiência. A LBI também trouxe o conceito de desenho universal, que é pautado na concepção de que produtos, serviços e instalações devem ser desenvolvidos para atender as necessidades de todos os seres humanos. Esses marcos da LBI resgatam a representação da universalidade no SUS (ROCHA, 2022).

2.7 REDE DE CUIDADOS A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si com objetivos de trazer cuidado integral à população (MENDES, 2011; BRASIL, 2022). A RAS tem objetivo de promover atenção contínua de qualidade e aumentar a equidade e eficácia do sistema de saúde. Na Rede, são estabelecidos fluxos entre os pontos de atenção, que colocam a Atenção Primária à Saúde (APS) no centro da comunicação. Dessa forma, a APS é o primeiro nível de atenção responsável pelos cuidados primários e por ser a porta de entrada para os outros níveis de saúde da Rede. O nível secundário é marcado por cuidados especializados e o terciário sobre cuidados hospitalares, nível de maior complexidade e que conta com maiores recursos tecnológicos (MENDES, 2011).

O fluxo é a forma com que o usuário se movimenta entre os pontos da rede, mesmo a APS sendo a porta de entrada e o primeiro fluxo estabelecido, o usuário pode entrar na rede por outro ponto, como por exemplo, a Urgência e Emergência. Os fluxos são previamente estabelecidos e pactuados entre os serviços e entre municípios, respeitando a regionalização de cada território (BRASIL, 2022).

A regionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) respeita a divisão proposta nos estados da federação, estabelecendo municípios pólo para instalação dos serviços de referência, principalmente secundários. As

referências devem ser originadas da APS dos municípios menores que fazem parte da mesma microrregião e/ou macrorregião. Para melhor qualificação da oferta e também da demanda, um diagnóstico regional de cada micro/macrorregião deveria ser realizado, organizando a demanda e a oferta, e direcionando melhor o recurso para áreas de vazio assistenciais e represamentos que geram desassistência (RIBEIRO, 2021; DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

O Plano Viver Sem Limites ressaltou a necessidade das pessoas com deficiência terem sua própria Rede de Cuidados, principalmente pelo tipo de serviços oferecidos na atenção especializada. Assim, a RCPD foi criada em 2012 para reduzir a fragmentação do cuidado e proporcionar uma atenção contínua e integral entre os três níveis de atenção à saúde do SUS, além de potencializar a capacidade de exercer suas atividades de vida diária, trabalho e inserção social (BRASIL, 2012).

O Governo Federal determinou que a RCPD seja implementada em cada estado pela Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio do Ministério da Saúde (MS). A implantação foi dividida em etapas: diagnóstico e análise da situação de saúde, elaboração do desenho regional da Rede e do plano de ação regional. Um Grupo Condutor Estadual foi instituído, com o objetivo de propor ações para a implementação de Diretrizes Clínicas e Protocolos para atenção à pessoa com deficiência no Estado, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (Cosems) e o apoio ao MS, que acompanha o processo da implantação da RCPD (RIBEIRO et al., 2023).

A RCPD é composta por serviços nos três níveis da RAS. A Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível considerado porta de entrada da RCPD. O nível secundário é composto principalmente pelos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), responsáveis pelo cuidado especializado às deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais, podendo combinar mais de uma modalidade para reabilitação em uma única estrutura, ou atender apenas um tipo de deficiência, os chamados serviços de modalidade única. O nível terciário engloba o atendimento hospitalar e também o atendimento de urgência e emergência para esta população (BRASIL, 2012).

Para a RCPD, o CER é o centro organizador do serviço e oferece acompanhamento de oficinas ortopédicas fixas e itinerantes, atendimento integral às pessoas com deficiência física, intelectual, auditiva, visual, ostomias e múltiplas

deficiências, além de acompanhamento de familiares e usuários para promoção de vínculo. As equipes são multidisciplinares e podem ser compostas por profissionais como, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e assistentes sociais, variando com a demanda de cada CER (BRASIL, 2012; MOREIRA; 2022).

Assim, a forma organizacional do CER pode ser dividida de acordo com a quantidade e tipo de serviços que oferecem, classificados como, CER II, composto por duas modalidades de reabilitação habilitadas; CER III composto por três modalidades de reabilitação e CER IV por quatro modalidades de reabilitação além da oficina ortopédica. Existem também os serviços de modalidade única que oferecem serviços para somente um tipo de deficiência (BRASIL, 2012).

Para ampliação dos serviços oferecidos pelo CER, o Governo Federal investiu na criação de 117 novos CER, além da implantação de 23 novas oficinas ortopédicas através do Plano Viver Sem Limites e pela Portaria GM/MS 835 de 2012, determinou incentivo financeiro para construção, habilitação e estruturação dos novos CER (BRASIL, Portaria n° 835 de 2012).

Em 2023, houve a atualização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, que prevê a ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS. Os eixos focais são: a promoção da saúde e qualidade de vida; organização das ações e serviços da RCPD, viabilizando articulações intersetoriais para melhoria dos serviços ofertados; formação, qualificação e educação permanente; pesquisa e produção de conhecimento; informação e comunicação, dados e sistemas de informação em saúde e participação da comunidade (BRASIL, Portaria n° 1.526 de 2023).

Mesmo com os esforços para tornar a RCPD em uma rede integrada e eficiente, a literatura aponta que ainda existem muitas barreiras a serem vencidas para o acesso das pessoas com deficiência à saúde. Entre as barreiras identificadas estão a baixa acessibilidade física dos serviços, despreparo de profissionais para atender o público alvo, encaminhamentos realizados de forma equivocada, como casos que poderiam ser resolvidos na APS e são encaminhados para especialidades. Também há evidências de fluxo desordenado na rede e falta de articulação e competência dos profissionais de saúde para lidar com essa população (Condessa, 2020; Rouleau, 2020; Amorim, 2018)

2.8 REDE DE CUIDADO A PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO ESTADO DE MINAS GERAIS

Em Minas Gerais (MG) a RCPD foi estabelecida em 2012 por deliberações e discussões dentro do Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados. Dessa forma, foi elaborado o Plano de Ação Estadual que organiza os 853 municípios nas suas macrorregiões e microrregiões, de acordo com o Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais (PDR-MG) vigente na época .

O Plano de Ação que estabeleceu a organização da RCPD foi elaborado em 2013 pelo Grupo Condutor Estadual, instância gestora prevista na portaria 793/2012. O Plano Estadual objetivou evidenciar os problemas relacionados à deficiência e definir prioridades para propor medidas e ações que possibilitem o acesso equitativo dos usuários do SUS entre todos os níveis de atenção. Para isso, a principal proposta do Plano para a implantação da RCPD é fortalecer e qualificar os profissionais da APS por ser a ordenadora do fluxo da rede. Assim, a Secretaria Estadual de Saúde publicou um Guia de Cuidados à Pessoa com Deficiência para definir e orientar fluxos de encaminhamentos entre os pontos de atenção do SUS em Minas Gerais (BRASIL, Portaria N° 793/2012; RIBEIRO et al., 2022; CIB-SUS/MG N° 3.477).

Para compor a organização dos serviços de referência e dos fluxos dos usuários entre os pontos da rede, foram estabelecidas as Juntas Reguladoras no estado, composta majoritariamente por profissionais da saúde. As Juntas são instâncias gestoras regionais inseridas em locais estratégicos que possuem serviços secundários, e que devem receber usuários de acordo com o fluxo de referência e contrarreferência regional e monitorar os indicadores de qualidade dos serviços. As juntas são grandes apoios para o Grupo Condutor Estadual, dada a dimensão do estado, sua diversidade e número de municípios e microrregiões (RIBEIRO et al., 2022).

Os serviços especializados da RCPD tem seus fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos com diretrizes e indicadores de qualidade e legislações específicas. Além disso, o Grupo Condutor leva em consideração a necessidade de cobertura de todas as modalidades de reabilitação nas regiões ampliadas de saúde, para diminuir vazios assistenciais e aperfeiçoar os serviços de reabilitação já existentes (RIBEIRO et al., 2022).

A RCPD em Minas Gerais também utilizou os veículos adaptados do CER para integrar os municípios e microrregiões do estado para garantir acesso aos serviços de saúde, por meio de transporte intermunicipal para realização de consultas ou exames, transporte de equipes de saúde da Família e de pacientes de urgência e emergência. Além disso, o Governo de Minas investiu em ações de intervenção precoce, para identificar deficiências com mais rapidez e eficácia, por meio de exames de triagens neonatais, Programa de Intervenção Precoce Avançado (PIPA) - Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista (CIB-SUS/MG N°A 1.545 de 2013).

O estudo de Ribeiro et. al. (2023) avaliou a implantação da RCPD nas regiões geográficas do Brasil. O planejamento da implantação e organização do Plano de Ação foi diferente em cada estado. São Paulo, Paraíba e Rio Grande do Sul optaram por planos regionais e Amazonas, Bahia, Mato Grosso do Sul, Espírito Santo e Minas Gerais optaram por um plano estadual. Na avaliação do estudo, Minas Gerais se destacou no quesito adesão à rede e obteve um desempenho variado no diagnóstico e desenho regional da RCPD e uma avaliação positiva na contratualização dos pontos de atenção e instituição do grupo condutor. Contudo, na dimensão de implantação e acompanhamento pelo grupo condutor, a implantação foi incipiente, pois praticamente não ocorreu, como nos demais estados que participaram da pesquisa.

Além disso, em muitos municípios de Minas Gerais a RCPD-MG ainda não se consolidou como rede. Os serviços de Atenção Especializada existem, mas não são regulados e habilitados para encaminhamentos. Nestes casos, não há pactuação e fluxos entre os pontos de atenção, o que prejudica o cuidado integral e o acesso da população aos serviços ofertados pela rede (SILVA *et al*, 2022).

Outro gargalo observado, são as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que assumem o papel de porta de entrada nas redes de atenção. Todavia, demonstram não estar preparadas para receber o usuário com deficiência seja nas suas questões estruturais ou de equipe. Pensando nisso, o apoio matricial é uma estratégia para auxílio da implantação da rede nos municípios. O matriciamento deve estabelecer comunicação entre as unidades de saúde e a atenção especializada e é considerado um modo de capacitação no processo de trabalho das UBS para melhor atender o público (SILVA *et al*, 2022).

O apoio matricial se insere no processo de horizontalização do sistema de saúde e deve ser composto por duas equipes de níveis diferentes da rede, equipe de referência da UBS e equipe de apoio matricial. Ambas equipes mantêm um diálogo com o objetivo de ampliar as possibilidades de atendimento à população através do auxílio de uma base especializada (SILVA *et al*, 2022).

Em 2021, o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG foi atualizado. O novo Plano tem o propósito de demonstrar a regionalização e organização atual da RCPD e os marcos relacionados à assistência em saúde da pessoa com deficiência. Além disso, constitui um instrumento de planejamento para auxiliar a gestão a identificar dificuldades e potencialidades da RCPD e a partir disso, promover discussões e traçar metas e prioridades que facilitem o acesso das pessoas com deficiência a todos os níveis de complexidade oferecidos pelo SUS. O foco é melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, inserção social e no mercado de trabalho, promoção da saúde, prevenção de problemas/agravos, detecção precoce de doenças, habilitação e reabilitação dos usuários do SUS-MG (CIB-SUS/MG N° 3.477; RIBEIRO *et al.*, 2022)

O SUS-MG possuía 266 pontos de atenção à saúde das pessoas com deficiência em 2012, incluindo serviços ambulatoriais e hospitalares voltados para reabilitação. A RCPD desde 2012 vem se expandindo, principalmente após o Plano de Ação de 2013. Contudo, ainda há necessidades de adequações relacionadas à distribuição geográfica dos serviços e financiamento de Centros Especializados (MOREIRA, 2022).

A partir dessa demanda, foi realizado o diagnóstico situacional da RCPD, através da solicitação do Grupo condutor que todo o território mineiro produza o diagnóstico com dados atualizados que demonstrem informações assistenciais e epidemiológicas da capacidade operacional dos serviços, bem como, suas dificuldades. Assim, foram definidas as diretrizes para atualização do Plano de Ação da RCPD-MG e divididas em quatro eixos estratégicos, a saber: gestão; educação permanente/pesquisa; ações intersetoriais internas e externas à Secretaria Estadual de Saúde; ações de Promoção da Saúde, Prevenção de agravos e Intervenção Precoce (RIBEIRO *et al.*, 2023; CIB-SUS/MG N° 3.477).

O diagnóstico situacional também possibilitou o reconhecimento de melhorias em pontos específicos da rede para construção de um modelo assistencial resolutivo e inclusivo, destacando a interlocução entre os níveis de atenção à saúde; ausência

de estratificação de risco para as pessoas com deficiência; demanda reprimida para adaptação de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) e reabilitação; fragilidade nos dados sobre a reabilitação descentralizada; transporte sanitário; ampliação do acesso e qualificação dos atendimentos às pessoas com deficiência no SUS e articulação com instituições de ensino superior e de pesquisa (MOREIRA, 2022; CIB-SUS/MG N° 3.477).

Além disso, a Resolução SES/MG N° 7.924, de 10 de dezembro de 2021, instituiu as normas gerais de adesão, execução, acompanhamento, controle e avaliação da concessão de incentivo financeiro excepcional aos municípios, para fomento da RCPD do SUS de Minas Gerais. Dentre os indicadores que devem ser cumpridos pelos beneficiários desta resolução, estão ações e atividades que devem ser fomentadas, discutidas e executadas nos municípios referente a construção da prática do matriciamento e ações intersetoriais, divididas em duas partes: Eixo Gestão - reconhecimento do território, mapeamentos e articulações intersetoriais e Eixo Assistencial e técnico pedagógico - definição de profissional/equipe de referência e de apoio matricial, de fluxo assistencial e qualificação técnica dos profissionais do território.

2.9 - A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PARA POTENCIALIZAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DA RCPD.

A capacitação profissional é de extrema importância para implementação de novos programas e políticas. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) foi instituída em 2004, com o suporte da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e objetiva reforçar a importância da formação e trabalho em saúde no Brasil, com ênfase na abordagem integral do processo saúde-doença, na valorização da Atenção Básica e na integração entre as Instituições de Ensino Superior e fortalecimento do SUS (BRASIL, 2004).

A PNEPS foi atualizada em 2018 e propõe utilizar a regionalização da gestão do SUS, como base para o desenvolvimento de iniciativas qualificadas para o enfrentamento das carências e necessidades do sistema nacional de saúde. A composição da educação permanente deve seguir as bases teóricas e metodológicas propostas pela política. Dessa forma, as iniciativas para educação e em saúde propostas devem respeitar a caracterização das regiões de saúde, realizar a identificação dos problemas de saúde com base nas lacunas existentes na

oferta de ações e serviços de saúde, para desenvolvimento de ações voltadas para qualificação e capacitação de profissionais da saúde de todos os níveis de atenção (BRASIL, 2018).

Além disso, precisa-se estabelecer um objetivo claro, público alvo para as ações e metodologia passível de serem realizadas, considerando o processo de aprendizagem e trabalho na realidade dos profissionais. Também é preciso definir a duração da atividade e uma avaliação final que contemple indicadores e metas, além de estimativa de custos para a realização da estratégia de educação (BRASIL, 2018).

Para a RCPD, o programa Viver sem Limites aborda a necessidade de capacitação de profissionais. O eixo da promoção dos direitos impõe, como uma das metas financiadas, a capacitação de profissionais do Núcleo de Apoio de Necessidades Específicas e dos profissionais de segurança pública para aprender a língua brasileira de sinais e outras questões que envolvem pessoas com deficiência (BRASIL, 2011). A Lei Brasileira de Inclusão (LBI) é mais específica sobre a educação dos profissionais de saúde. Na seção dos direitos fundamentais, no capítulo dois, sobre direito à habilitação e reabilitação, e capítulo três, que fala do direito à saúde, descreve que a todos os profissionais que prestam assistência às pessoas com deficiência devem ser garantidos a capacitação inicial e continuada. A LBI também menciona que o poder público deve fomentar o desenvolvimento de pesquisa, inovação e capacitações voltadas para a melhoria da qualidade de vida, trabalho e inclusão social da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

Outra questão importante dentro da RCPD é o treinamento de gestores e profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), que se faz uma ferramenta essencial para a melhoria do acesso à saúde. Uma lacuna observada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos municípios de Minas Gerais vai além do despreparo para lidar com a deficiência durante o atendimento. O profissional desconhece os fluxos de encaminhamento via RCPD e tem uma compreensão equivocada sobre o funcionamento da Atenção Especializada, acreditando que o atendimento às pessoas com deficiência deve ocorrer exclusivamente nesse nível de atenção (SILVA *et al*, 2022).

A capacitação profissional é fundamental para a implementação eficaz de políticas e programas de saúde, como a RCPD. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) reforça a importância da formação contínua dos

profissionais do SUS (BRASIL, 2018). O Programa Viver sem Limites também destaca a capacitação de profissionais como prioridade e a LBI determina a capacitação inicial e continuada dos profissionais que atuam com pessoas com deficiência, além de incentivar pesquisa e inovação (BRASIL, 2011; BRASIL, 2015). Em Minas Gerais, observa-se que muitos profissionais da APS desconhecem os fluxos da RCPD e têm percepção equivocada sobre o papel da Atenção Especializada, o que reforça a urgência de treinamentos específicos e contínuos para garantir acesso e cuidado qualificado (SILVA *et al*, 2022).

3 JUSTIFICATIVA

As pessoas com deficiência experienciaram anos de desigualdade e longa espera para que seus direitos fossem garantidos por políticas públicas de inclusão. A criação de leis voltadas para o público foi importante para consolidação da garantia dos direitos, contudo não é o suficiente para que mudanças aconteçam no cenário prático. Pensando nisso, após a criação da RCPD, cada estado do Brasil precisou elaborar um Plano de Ação para descrever como seria realizada a implantação da rede em seu território. Alguns estados optaram por desenvolver planos regionais e outros estaduais. Minas Gerais elaborou um Plano de Ação Estadual que detalha ações, metas e prioridades para que a implantação da rede de fato ocorra (RIBEIRO et al., 2023).

Minas Gerais é um estado grande composto por muitos municípios de pequeno porte, isso pode sobrecarregar as ações da RCPD e municípios de médio a grande porte que recebem encaminhamentos e referências para atenção especializada (Maciel, 2021). O estudo de Ribeiro (2023) demonstra que Minas Gerais possui apenas 57,9% de implantação da rede. Maciel *et al.* (2021) também encontrou que o estado possui uma predominância de serviços de reabilitação de modalidade única, com menor número voltado para o atendimento de deficiências visuais e auditivas, além de identificar que há menor oferta de serviços em locais com piores indicadores socioeconômicos, essa distribuição heterogênea aponta iniquidade de acesso da RCPD.

Além disso, para a atualização do Plano de Ação, foi realizada uma pesquisa para definir critérios de prioridade dos municípios e regiões de saúde. A pesquisa utilizou dados da população de pessoas com deficiência com base em dados do IBGE e a partir da nota técnica de 2018 sobre o Censo Demográfico de 2010. Também foram elencados número de ponto de atenção para cada modalidade por macrorregião e a população SUS dependente. Foi definido que a macrorregião sudeste compõe o grupo de média prioridade e Juiz de Fora está posicionado em 34° na classificação de grupos e priorização por vazios assistenciais (CIB-SUS/MG N° 3.477).

É observado que a implantação da RCPD é complexa e necessita de agentes realizadores do processo. O presente estudo visa propiciar o auxílio necessário para alavancar o processo de implantação da rede na região, através da parceria entre a

Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e a Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF) que é a responsável pela gestão da implementação da RCPD na região. Parcerias entre instituições de ensino e instituições de saúde são incentivadas pelo PNEPS, que reconhece o valor da atuação em conjunto do ensino e do serviço, como ferramenta de melhoria do processo de trabalho e capacitação dos profissionais de saúde em formação e dos que atuam na área (BRASIL, 2018).

Além disso, o estudo também recebe fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do edital PROEXT- PG - Fortalecimento das Ações de Extensão na Pós-Graduação, parceria entre as Pró-Reitorias de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora. Pelo seu perfil de inserção de projetos de extensão no programa de pós-graduação, concorreu ao edital em 2024 representando o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sendo contemplado com o recurso. O financiamento é destinado para a construção e realização de cada etapa deste estudo, o que possibilita produção de material didático e mídias digitais para divulgação do projeto e posteriormente dos seus resultados.

A partir disso, o presente estudo torna-se relevante e tem potencial de aprimorar a implantação da RCPD na região de abrangência, melhorar o acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde, aperfeiçoar o processo de trabalho de gestores e profissionais de saúde. Ademais, o estudo possibilitará a produção de conteúdo científico atualizado, levando em consideração a escassez de literatura sobre o tema e que futuramente pode servir de subsídio para novas pesquisas e melhorias para a sociedade como um coletivo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Apoiar e potencializar o processo de implantação da RCPD na região de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer um diagnóstico da demanda de usuários com deficiência em cada um dos municípios;
- Fazer um diagnóstico da oferta de serviços à pessoa com deficiência nos 3 níveis de atenção;
- Identificar os fluxos entre os níveis de atenção primário e especializado percorridos pelos usuários nos municípios;
- Elaborar capacitações de gestores e profissionais ligados à RCPD nos municípios, incluindo as juntas reguladoras, definidas de acordo com as demandas identificadas através da parceria com a SRS/JF;

5 METODOLOGIA

5.1 LOCAL DO ESTUDO

De acordo com o Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG), a SRS/JF é membro da SES-MG e está inserida na macrorregião de saúde Sudeste. A gestão estadual organizou os serviços de saúde para que a SRS/JF incluísse 4 microrregiões de saúde (Juiz de Fora, Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas), com 37 municípios no total sob sua jurisdição (MINAS GERAIS, 2020).

O cenário de pesquisa abrange esses 37 municípios, a saber: Andrelândia, Aracitaba, Arantina, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bicas, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Descoberto, Ewbank da Câmara, Goianá, Guarará, Juiz de Fora, Liberdade, Lima Duarte, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Matias Barbosa, Olaria, Oliveira Fortes, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Pequeri, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Rochedo de Minas, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita de Jacutinga, Santana do Deserto, Santos Dumont, São João Nepomuceno, Senador Cortes, Simão Pereira.

De acordo com o PDR-MG a divisão entre as microrregiões de saúde são: Microrregião de Juiz de Fora abrangendo os seguintes municípios: Belmiro Braga, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Goianá, Juiz de Fora, Matias Barbosa, Piau, Rio Novo, Santana do Deserto, Simão Pereira.

Microrregião de Lima Duarte: Andrelândia, Arantina, Bias Fortes, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Liberdade, Lima Duarte, Olaria, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Rio Preto, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita de Jacutinga.

Microrregião de Santos Dumont: Aracitaba, Oliveira Fortes, Santos Dumont e Microrregião de São João Nepomuceno/Bicas: Bicas, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno, Senador Cortes.

O estudo conta com a parceria da SRS/JF que faz a interlocução entre a RCPD e as referências técnicas de cada município da região de abrangência. O vínculo é estabelecido pela profissional responsável pelo setor de Coordenação de Redes de Atenção à Saúde (CRAS) da SRS/JF que promove reuniões presenciais na sede de Juiz de Fora, discussões e contatos via email e outros veículos de comunicação.

A metodologia deste estudo foi dividida em 3 etapas principais.

5.2 - LEVANTAMENTO DA PREVALÊNCIA DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA REGIÃO DO ESTUDO

A primeira etapa é um estudo quantitativo transversal com dados disponíveis em bases de dados públicos. Iniciou com o levantamento de dados cadastrais de pessoas com deficiência divididos por tipo de deficiência dos 37 municípios da região de abrangência da SRS/JF. Além disso, também foram obtidos os dados mais atualizados do Ministério da Saúde através da lei de acesso à informação.

Para levantar os dados cadastrais das pessoas com deficiência de cada município, foi realizada uma solicitação de acesso à informação para o Ministério da Saúde (MS) através da plataforma FALA BR (<https://www.gov.br/acessoainformacao/pt-br/falabr>). Foram solicitados os seguintes dados:

- Número de pessoas com deficiência, total e por tipo de deficiência, cadastradas na Estratégia de Saúde da Família nos municípios de Minas Gerais em 2023;
- Número total de pessoas cadastradas na Estratégia de Saúde da Família em 2023.

A solicitação foi respondida pelo Ministério da Saúde, que decidiu conceder acesso parcial às informações (Anexo A). A resposta também detalhou o processo de construção dos dados. Foi utilizada a base de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab). O Sisab foi instituído em 2013 para ser um sistema de informação para fins de financiamento e adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica. Os dados também foram coletados nos sistemas da estratégia e-SUS APS (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, Coleta de Dados Simplificada - CDS) ou sistemas próprios integrados.

Foram consideradas as fichas de cadastro individuais mais recentes de cada indivíduo em Minas Gerais, levando em conta a presença ou ausência da marcação de deficiência junto a com a especificação do tipo de deficiência. Os dados foram organizados em tabela excel e enviados em anexo a resposta da solicitação do acesso à informação.

Para entender a realidade de cada município e comparar os dados recebidos pela lei de acesso a informação, foi solicitado que as referências técnicas de cada município da área de abrangência do estudo preenchessem um formulário (Apêndice A).

O formulário foi enviado após uma reunião presencial com as referências técnicas dos 37 municípios, onde foram apresentados os dados fornecidos pelo Ministério da Saúde. O link do formulário online foi disponibilizado por email para o preenchimento. Contém as seguintes questões abertas e fechadas de resposta obrigatória:

1- Email, Município que representa e Formação profissional e cargo que exerce na rede.

2- Como é realizado o cadastro de Pessoas com Deficiência no seu município?

3- Você acha que os profissionais da equipe estão capacitados para identificar as Pessoas com Deficiência? Por quê?

4- Você acha que os dados de pessoas com deficiência no geral e divididos por deficiência apresentados na última reunião estão condizentes com a realidade no seu território?

5- Em caso de não correspondência, por quê?

Você conhece o fluxo de encaminhamento para os serviços de referência da RCPD?

6- Você gostaria de sugerir algum tema relacionado a RCPD para a próxima reunião?

7- A fim de auxiliá-los no processo de qualificação dos cadastros das Pessoas com Deficiência, solicitamos que enviem aqui o Relatório de Cadastro Individual da base local E-SUS de seu município, extraído conforme orientações abaixo:

Relatório de cadastro individual

Unidade de saúde: Todas

Equipe: Todas

Profissional: Todos

CBO: Todos

Filtros personalizados: Nenhum

Anexe aqui o relatório da base local E-SUS do seu município referente ao cadastro de pessoas com deficiências.

Tabelas comparativas foram criadas a partir dos resultados dos formulários e com o recebido pelo Ministério (Anexo A).

5.3 - IDENTIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DISPONÍVEIS E IDENTIFICAÇÃO DOS FLUXOS

Os dados sobre os serviços habilitados na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) e do fluxo pactuado entre os serviços e municípios foram obtidos através da parceria com a SRS/JF. Todas as informações foram extraídas em sistemas de informações eletrônicos de acesso público, como Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS).

A segunda etapa destinou-se a definir o fluxo pactuado pela RCPD e identificar o fluxo real dos residentes dos municípios que compõem a rede regional. As informações sobre os procedimentos relacionados à RCPD foram extraídos da Nota Técnica Nº 3/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS (Ministério da Saúde, 2025). Dessa forma, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), as informações de atendimentos vinculados à rede junto ao local de residência (origem) e local de atendimento (destino) dos anos de 2023 e 2024 foram baixadas, tabuladas e filtradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos estabelecimentos de saúde que são referência para cada modalidade, para a quantificação dos procedimentos realizados pelos serviços de referência da RCPD na rede regional.

As frequências de atendimentos foram demonstradas nas tabelas de fluxo por número absoluto e porcentagem. Já no mapa de fluxo as setas indicam frequência de atendimento através do gradiente de cor, ou seja, quanto mais escura a cor da seta maior o número de atendimentos.

Para a tabulação foi utilizado o aplicativo RStudio, que é um ambiente de desenvolvimento integrado - IDE - para a linguagem R. A análise de dados e elaboração das tabelas e mapas de fluxo também foram realizadas no programa RStudio. A etapa 2 deste estudo originou o Artigo 1 presente na sessão de resultados e discussões da pesquisa.

5.4 - ELABORAÇÃO E REALIZAÇÃO DAS CAPACITAÇÕES

A terceira etapa, foi marcada por intervenções presenciais de capacitação com as juntas reguladoras e referências técnicas dos municípios e produção de conteúdos informativos que foram apresentados pela equipe do projeto. Assim, foram produzidos vídeos e livretos informativos que foram disponibilizados aos profissionais para ampla distribuição.

As capacitações seguiram todos os requisitos elaborados pela PNEPS ao respeitar a caracterização das regiões de saúde, realizar a identificação dos problemas existentes na oferta de ações e serviços de saúde, estabelecer um objetivo claro e um público alvo para as ações. Além disso, foi definido aproximadamente duas horas de duração da atividade, uma avaliação final que contemple indicadores e metas, e a estimativa de custos para a realização das capacitações (BRASIL, 2018).

Foram programadas três capacitações com os temas definidos com auxílio da parceria com SRS/JF, que identificou as demandas mais urgentes. A primeira capacitação foi realizada no dia 30 de abril de 2025 e está em consonância com a primeira etapa do projeto, abordando o tema: Cadastro das Pessoas Com Deficiência: importância para identificação da demanda. A segunda capacitação foi realizada no dia 21 de maio de 2025 e também abordou a mesma temática da segunda etapa do projeto, com o tema: Fluxos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: organização dos serviços para otimização do acesso. Já a terceira capacitação foi realizada no dia 25 de junho de 2025 e abordou a importância do matriciamento na RCPD que é um recurso pouco discutido e utilizado dentro da rede, mas que pode contribuir positivamente para o acesso à saúde das pessoas com deficiência.

Para auxiliar na divulgação do projeto e maior alcance pelos participantes, foi elaborada uma identidade visual com suporte qualificado da Empresa Júnior Aspecto, que faz parte do curso de Artes e Design da Universidade Federal de Juiz de Fora. Além disso, a empresa também ofereceu suporte para a confecção e diagramação dos livretos informativos e gravação e edição de vídeos que foram disponibilizados ao fim de cada capacitação. Todo o material foi enviado às referências técnicas dos municípios e está aberto ao público para consulta e download através do instagram do projeto (@apoiarprojeto) e também através dos links:

- Livreto 1 :
https://drive.google.com/file/d/14mG5LB72DOanOSvVT_jY0E2F27jyXzZA/view?usp=sharing
- Livreto 2:
https://drive.google.com/file/d/1c7RH1-0Wnfvurd_mkTBiCPMbpeQhPUPP/view?usp=sharing
- Livreto 3:
https://drive.google.com/file/d/1c7RH1-0Wnfvurd_mkTBiCPMbpeQhPUPP/view?usp=sharing
- Vídeo 1 -
https://drive.google.com/file/d/1i4YiqWtosHjfBaH_7cpsegZhKjAc5MDk/view?usp=sharing
- Vídeo 2 -
<https://drive.google.com/file/d/155W679LEOhYCFk9qaDHFatug1k6U68jG/view?usp=sharing>
- Vídeo 3 -
<https://drive.google.com/file/d/14-M3k1vGx4gHeqKpATohXV0eJKE3uHz5/view?usp=sharing>

Os custos para o desenvolvimento desse material foram financiados através do recurso financeiro disponibilizado pela CAPES para incentivo de projetos de extensão na pós-graduação.

Após a realização das capacitações, os participantes foram convidados a participarem da coleta de dados por meio de grupo focal para avaliar como está o processo de implementação da RCPD. Os grupos focais foram realizados no mês de agosto de 2025. Grupos focais são metodologias qualitativas usadas em pesquisas na área da saúde e consistem em entrevistas grupais para analisar as informações por meio das interações entre as pessoas do grupo (Trad, 2009). Os participantes foram informados sobre o método e a organização do grupo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após ficaram livres para escolher participar ou não da pesquisa.

Para nortear a discussão do grupo, foram realizadas 3 perguntas norteadoras:

1. Quais mudanças vocês perceberam que houve melhora na rotina de trabalho e na organização das equipes após as capacitações sobre a RCPD?
2. Como está o processo de implantação ou fortalecimento da RCPD no município desde as capacitações? Quais desafios ou barreiras vocês ainda enfrentam para colocar a RCPD em prática?
3. Como tem sido o envolvimento da equipe e o diálogo com a gestão no cuidado à pessoa com deficiência?

Os áudios dos grupos focais foram gravados, posteriormente transcritos e compuseram um corpus de análise único que foi analisado pelo software IRAMUTEQ. Os resultados e detalhamentos da análise são demonstrados no Artigo 2 desenvolvido pelos autores presentes na sessão, resultados e discussões desta dissertação.

Com a finalidade de concluir as ações do projeto foi elaborado um seminário final para os participantes e posteriormente aberto ao público denominado SEMINÁRIO FINAL: Ações Para Organização, Integração e Apoio da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - APOIAR MG. O seminário ocorreu no dia 30 de outubro e contou com a presença de convidados especiais representando o Ministério da Saúde e a Secretaria Estadual de Minas Gerais (SES-MG) na RCPD. O evento teve início às 13:30h e foi finalizado às 16:30, com a programação disponibilizada aos participantes com antecedência.

Dessa forma, a primeira fala foi do convidado Prof. Arthur de Almeida Medeiros, Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde, sobre Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Brasil: panorama atual. Em seguida, a convidada Priscila Guedes Santana Ursine, Coordenadora de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e Doenças Raras Secretária Estadual de Saúde - SES- MG, falou sobre Implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: panorama atual.

Após a explanação dos convidados, a equipe do projeto composta pelos professores: Silvia Lanziotti Azevedo da Silva, Mário Círio Nogueira e Beatriz Francisco Farah, profissional referência da RCPD da SRS/JF: Leticia Ferreira de

Carvalho e aluna de mestrado: Helen Vaz da Silva Gomes, apresentaram as etapas e resultados do projeto para os participantes (Apêndice B)

5.5 - CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Juiz de Fora e aprovado pelo parecer de número: 6.409.111, uma vez que suas etapas precedem a participação de diversos atores como sujeitos de pesquisa, como base da elaboração das intervenções (Anexo B).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussão desta dissertação são apresentados em forma de dois artigos referentes ao fluxo de atendimento da RCPD e a avaliação da implantação da RCPD após a realização das capacitações.

- Artigo 1: “Fluxo Regional de atendimentos ambulatoriais Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”.
- Artigo 2: “Processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 37 municípios”.

A fim de atender todos os objetivos desta dissertação, é apresentado no apêndice C as tabelas referentes ao diagnóstico da demanda de usuários com deficiência em cada um dos municípios.

6.1 - ARTIGO 1: Fluxo Regional de atendimentos ambulatoriais Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Autores: Helen Vaz da Silva Gomes, Sílvia Lanzotti Azevedo da Silva, Letícia Ferreira de Carvalho, Mário Círio Nogueira.

Resumo

Objetivo: Mapear e identificar fluxos entre o município de residência e de atendimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) nos 37 municípios sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora. **Métodos:** Estudo ecológico descritivo de mapeamento de fluxo com análise de dados secundários. Baseado no Sistema de Informação Ambulatorial SIA/SUS, foram analisados os atendimentos de 2023 e 2024, considerando apenas os procedimentos realizados pelos serviços de referência da RCPD. **Resultados:** Apenas cinco municípios possuem fluxos internos de atendimento, os demais dependem totalmente de referências externas. A rede conta com nove serviços de reabilitação, sendo a visual a mais demandada, seguida pelas reabilitação física, intelectual, auditiva e por ostomias. **Conclusão:** Ainda há desafios na organização dos fluxos da RCPD, devido à centralização e à falta de centros especializados,

embora os atendimentos de reabilitação estejam sendo realizados e oferecidos a todos os municípios da região.

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiências; Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Objective: To map and identify flows between the municipality of residence and the municipality where care is provided by the Care Network for People with Disabilities (RCPD) in the 37 municipalities under the jurisdiction of the Regional Health Superintendence of Juiz de Fora. **Methods:** Descriptive ecological study of flow mapping with secondary data analysis. Based on the SIA/SUS Outpatient Information System, the care provided in 2023 and 2024 was analyzed, considering just the procedures performed by the RCPD referral services. **Results:** Only five municipalities have internal care flows, the others depend entirely on external referrals. The network has nine rehabilitation services, with visual rehabilitation being the most in demand, followed by physical, intellectual, auditory, and ostomy rehabilitation. **Conclusion:** There are still challenges in organizing RCPD flows due to centralization and the lack of specialized centers, although rehabilitation services are being performed and offered to all municipalities in the region.

Keywords: Persons with Disabilities; Health Services for Persons with Disabilities; Unified Health System

INTRODUÇÃO

No Brasil, as políticas públicas de saúde reconheceram os direitos das pessoas com deficiência somente após a constituição de 1988, e mesmo com leis que asseguram esses direitos, ainda existem dificuldades de inclusão desta população na sociedade (Branco, 2023). A deficiência é um conceito em evolução e pode ser definida como impedimentos de ordem física, intelectual ou sensorial que, ao interagirem com diferentes barreiras ambientais, podem limitar a participação do indivíduo de forma plena e efetiva na sociedade, bem como seu convívio com pessoas e ambiente (Maia, 2013).

Em 2019, foram identificados 17,3 milhões de brasileiros de 2 anos ou mais com deficiência relacionada a pelo menos uma função, o que representa cerca de 8,4% da população brasileira (Brasil, 2020). A prevalência populacional de pessoas com deficiência aumentou em 2022, quando foram registradas 18,6 milhões de pessoas de 2 anos ou mais com alguma deficiência, o que representa 8,9% da população (Brasil, 2022).

A criação de políticas públicas leva em consideração as necessidades em saúde e o perfil demográfico da população e após crescentes reivindicações para oferta de atendimento amplo e integral, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída em 2012, em seguida doo Plano Viver Sem Limites do Governo Federal (Brasil, 2012). A RCPD está incluída nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) e tem finalidade de ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde (SUS), nos três níveis de atenção, partindo de uma organização regionalizada, em cada estado (Ribeiro et al., 2022).

Considerando os três níveis e seus pontos de atenção, a porta de entrada da RCPD é a Atenção Primária à Saúde (APS), enquanto o nível secundário é o “coração da rede”, sendo composto pelos Centros Especializados de Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que oferecem cuidado especializado às deficiências físicas, auditivas, visuais e intelectuais, podendo combinar mais de uma modalidade de reabilitação em uma única estrutura. O nível terciário engloba o atendimento hospitalar e também o atendimento de urgência e emergência para esta população (Brasil, 2012).

O usuário, de acordo com sua necessidade, deve transitar entre os serviços, chamados pontos da rede, sendo este trânsito chamado fluxo de atendimento. A APS é geralmente a porta de entrada da rede, porém o usuário pode acessar o serviço por outro ponto, como, por exemplo, a urgência e emergência, e transitar entre os serviços de acordo com sua necessidade e nível de complexidade, através de encaminhamentos advindos dos profissionais de saúde em todos os serviços (Maciel et al., 2020). O responsável por estabelecer os fluxos em cada estado é o Grupo Conductor Estadual, sempre considerando o plano de regionalização estadual.

Em Minas Gerais, para implantação da RCPD, foi estabelecido o Plano de Ação Estadual, que organiza os serviços dentro das 14 macrorregiões do estado (SILVA *et al*, 2022; RIBEIRO et al., 2023). O plano apresenta os serviços disponíveis, especialmente no nível secundário. As Juntas Reguladoras compõem a organização dos serviços e fluxo dos usuários no estado e são inseridas estrategicamente em locais que possuem serviços secundários, e que recebem usuários de acordo com o fluxo de referência e contrarreferência regional, que é organizado pelas Superintendências Regionais de Saúde (SRS) (Silva et al., 2022).

Em 2021, o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG foi atualizado. O novo plano se propõe auxiliar a gestão a identificar dificuldades e potencialidades da RCPD e a partir disso, promover discussões e traçar metas e prioridades que facilitem o acesso das pessoas com deficiência a todos os níveis de complexidade oferecidos pelo SUS (Minas Gerais, 2021; Ribeiro et al., 2022). Uma das formas de potencializar este acesso são fluxos bem estabelecidos entre os serviços, respeitando a regionalização. Entretanto, na realidade, esses fluxos ainda estão pouco divulgados e seu estabelecimento é frágil, gerando usuários perdidos e com acesso prejudicado, especialmente para o nível secundário da RCPD (Ribeiro, 2022). Este estudo tem objetivo de mapear e identificar os fluxos de serviços da RCPD entre o município de residência dos pacientes e o município onde o procedimento foi realizado pelos usuários, considerando 04 microrregiões sob jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF), localizada na macrorregião Sudeste de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Estudo ecológico descritivo de mapeamento de fluxo com análise de dados secundários, referentes aos serviços vinculados à RCPD sob responsabilidade da SRS/JF, órgão de gestão regional ligado à Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG). Em relação a RCPD, ela organiza os serviços presentes em 37 municípios de 4 microrregiões do estado (Juiz de Fora, Lima Duarte, Santos Dumont e São João Nepomuceno/Bicas), conforme as áreas de abrangência e disponibilidade de serviços especializados, com o auxílio das Juntas Reguladoras.

Os municípios que compõe as 4 macrorregiões são: Andrelândia, Aracitaba, Arantina, Belmiro Braga, Bias Fortes, Bicas, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Descoberto, Ewbank da Câmara, Goianá, Guarará, Juiz de Fora, Liberdade, Lima Duarte, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Matias Barbosa, Olaria, Oliveira Fortes, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Pequeri, Piau, Rio Novo, Rio Preto, Rochedo de Minas, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita de Jacutinga, Santana do Deserto, Santos Dumont, São João Nepomuceno, Senador Cortes, Simão Pereira. Os municípios possuem uma população total de 811.682 habitantes.

Os serviços especializados da RCPD tem seus fluxos de referência e contrarreferência estabelecidos. Para que o fluxo seja funcional, os encaminhamentos devem ocorrer de acordo com a pactuação feita pelos municípios e os serviços de reabilitação que são credenciados pela rede.

As informações sobre a localização do município de residência (origem) e a localização do município em que o serviço especializado realizou o atendimento (destino) são de amplo acesso pelo Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS) e os serviços que compõe a rede também são de ampla divulgação nos municípios e foram fornecidas pela SRS/JF. De acordo com a pactuação estabelecida, a modalidade de reabilitação auditiva tem seu serviço de referência no Instituto Evandro Ribeiro em Juiz de Fora; para reabilitação visual a referência é a Associação dos Cegos em Juiz de Fora; a modalidade de reabilitação física tem como referência o Hospital Doutor João Penido em Juiz de Fora; para reabilitação de pessoas com ostomias a referência é o Departamento de Clínicas Especializadas em Juiz de Fora. A reabilitação intelectual é a única modalidade que tem serviços em outros municípios. Os serviços oferecidos são SERDI (Serviço Especializado de Reabilitação de Deficiência Intelectual e TEA) e APAE (Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais) e estão presentes nos seguintes municípios: Juiz de Fora (APAE), Lima Duarte (APAE), Liberdade (APAE), Rio Novo (APAE), São João Nepomuceno (Associação Pestalozzi) e Santos Dumont (APAE).

As informações sobre os procedimentos relacionados à RCPD foram extraídos da Nota Técnica N° 3/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS (Ministério da Saúde, 2025). Assim, através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), as informações de atendimentos vinculados à rede junto ao local de residência (origem) e local de atendimento (destino) dos anos de 2023 e 2024 foram baixadas, tabuladas e filtradas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos estabelecimentos de saúde que são referência para cada modalidade, para a quantificação dos procedimentos realizados pelos serviços de referência da RCPD na rede regional.

O número de atendimentos foi demonstrado nas tabelas de fluxo por número absoluto (n) e proporção (%), de acordo com o número total de atendimentos realizados nos serviços, em cada ano. Nas tabelas, os fluxos internos representam os atendimentos nos municípios de residência do usuário e os fluxos externos os atendimentos fora do município de residência do usuário. No mapa de fluxo, é

possível visualizar a direção dos atendimentos realizados através das setas; a frequência de atendimento é indicada através do gradiente de cor, ou seja, quanto mais escura a cor da seta, maior o número de atendimentos.

Para a tabulação foi utilizado o aplicativo RStudio (que é um ambiente de desenvolvimento integrado - IDE - para a linguagem R). A análise de dados e elaboração das tabelas e mapas de fluxo também foram realizadas no Programa R Studio versão 4.4.2. Não foram manipulados dados sensíveis e todas as informações extraídas para a pesquisa estão presentes em banco de dados público, dispensando a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP).

RESULTADOS

Os resultados das análises de atendimentos são demonstrados nas tabelas a seguir divididas de acordo com a modalidade de reabilitação: auditiva, visual, física, ostomias e intelectual. Entre os fluxos dos 37 municípios, destaca-se que somente os municípios de Juiz de Fora, Liberdade, Rio Novo, Santos Dumont e São João Nepomuceno possuem fluxos internos de atendimento e os outros 32 municípios mantêm fluxos externos com 100% dos seus atendimentos sendo referenciados a outros locais. A rede é composta por 9 serviços de modalidade única para reabilitação de pessoas com deficiência. Considerando que o número encontrado reflete o total de atendimentos realizados no serviço e não o número de pessoas atendidas, dessa forma, a reabilitação visual obteve o maior número de atendimentos, seguidos da reabilitação física, intelectual, auditiva e ostomias

O fluxo de atendimento das pessoas com deficiência auditiva e visual nos anos de 2023 e 2024 pode ser visualizado na Tabela 1. A modalidade de reabilitação auditiva possui um fluxo totalmente direcionado para Juiz de Fora. O serviço de referência da rede apresentou um total de 28.184 atendimentos em 2023 e 32.340 em 2024, o que demonstra aumento dos atendimentos (Tabela 1).

A modalidade de reabilitação visual também é caracterizada pelo fluxo externo direcionado totalmente para Juiz de Fora. O total de atendimentos realizados pelo serviço de referência apresentou aumento, foram realizados 68.284 atendimentos em 2023 e 69.858 em 2024. Alguns municípios obtiveram percentuais

de atendimentos baixos e próximos de 0 e dois municípios não tiveram nenhum registro de atendimento em algum dos anos (Tabela 1).

Tabela 1 – Fluxo de atendimento das pessoas com deficiência auditiva e visual nos anos de 2023 e 2024 na RCPD

Origem	Deficiência Auditiva				Deficiência Visual			
	Origem ^a 2023 (n)	Destino ^b 2023 (%)	Origem ^a 2024 (n)	Destino ^b 2024 (%)	Origem ^a 2023 (n)	Destino ^b 2023 (%)	Origem ^a 2024 (n)	Destino ^b 2024 (%)
Andrelândia	366	1,3	491	1,5	49	0,1	78	0,1
Aracitaba	80	0,3	96	0,3	5	0	11	0
Arantina	181	0,6	204	0,6	0	0	12	0
Belmiro Braga	92	0,3	54	0,2	12	0	98	0,1
Bias Fortes	144	0,5	144	0,4	24	0	20	0
Bicas	436	1,5	561	1,7	264	0,4	280	0,4
Bocaina de Minas	68	0,2	103	0,3	5	0	32	0
Bom Jardim de Minas	192	0,7	323	1,0	21	0	61	0,1
Chiador	37	0,1	50	0,2	51	0,1	33	0
Chácara	131	0,5	94	0,3	303	0,4	812	1,1
Coronel Pacheco	130	0,5	180	0,6	26	0	104	0,1
Descoberto	181	0,6	233	0,7	178	0,2	178	0,2
Ewbank da Câmara	209	0,7	205	0,6	165	0,2	65	0,1
Goianá	135	0,5	215	0,7	45	0,1	36	0
Guarará	80	0,3	137	0,4	50	0,1	49	0,1
Juiz de Fora	20592	73,1	23454	72,5	68284	94,8	69858	93,0
Liberdade	107	0,4	124	0,4	16	0	3	0
Lima Duarte	607	2,2	670	2,1	130	0,2	192	0,3
Mar de Espanha	200	0,7	176	0,5	359	0,5	367	0,5
Maripá de Minas	72	0,3	82	0,3	22	0	44	0,1
Matias Barbosa	583	2,1	528	1,6	749	1,0	1117	1,5
Olaria	96	0,3	78	0,2	3	0	23	0
Oliveira Fortes	99	0,4	107	0,3	10	0	9	0
Passa Vinte	30	0,1	39	0,1	28	0	8	0
Pedro Teixeira	106	0,4	125	0,4	13	0	38	0,1
Pequeri	53	0,2	50	0,2	13	0	13	0
Piau	51	0,2	55	0,2	7	0	7	0

Rio Novo	211	0,7	273	0,8	46	0,1	123	0,2
Rio Preto	180	0,6	163	0,5	89	0,1	95	0,1
Rochedo de Minas	88	0,3	68	0,2	36	0	29	0
Santa Bárbara do Monte Verde	53	0,2	77	0,2	23	0	30	0
Santa Rita de Jacutinga	100	0,4	133	0,4	3	0	0	0
Santana do deserto	25	0,1	43	0,1	16	0	14	0
Santos Dumont	1408	5,0	1759	5,4	690	1,0	618	0,8
Senador Cortes	49	0,2	52	0,2	5	0	46	0,1
Simão Pereira	72	0,3	122	0,4	35	0	28	0
São João Nepomuceno	940	3,3	1072	3,3	249	0,3	579	0,8
Total	28.184	100	32.340	100	68.284	100	69.858	100

Legenda:

a: Número de atendimentos de residentes do município

b: Proporção de atendimentos do serviço de destino (Juiz de Fora)

A modalidade de reabilitação física e ostomias também tem seu atendimento centralizado no município de Juiz de Fora. O fluxo de atendimento dos anos de 2023 e 2024 pode ser visualizado na Tabela 2. O total de atendimentos realizados pelo serviço de referência de reabilitação física foi de 3.731 em 2023 e 4.736 em 2024. Observa-se que somente 10 municípios registraram aumento dos atendimentos em 2024, destacando Juiz de Fora que registrou aumento de 10,5% em 2024. A modalidade de reabilitação para pessoas com ostomias obteve um total de 2.307 atendimentos em 2023 e 3.482 em 2024, destaque para os municípios de Bias Fortes, Bocaina de Minas, Rochedo de Minas e Santa Bárbara do Monte Verde, que não registraram nenhum atendimento em algum dos anos.

Tabela 2 – Tabela de Fluxo de atendimento das pessoas com deficiência física e ostomias em 2023 e 2024 na RCPD

Origem	Deficiência Física				Ostomias			
	Origem ^a 2023 (n)	Destino ^b 2023 (%)	Origem ^a 2024 (n)	Destino ^b 2024 (%)	Origem ^a 2023 (n)	Destino ^b 2023 (%)	Origem ^a 2024 (n)	Destino ^b 2024 (%)
Andrelândia	12	0,2	36	0,6	54	1,8	56	1,2
Aracitaba	21	0,4	25	0,4	19	0,6	13	0,3
Arantina	7	0,1	17	0,3	9	0,3	19	0,4
Belmiro Braga	95	1,7	7	0,1	1	0	15	0,3

Bias Fortes	8	0,1	19	0,3	0	0	1	0
Bicas	41	0,7	38	0,6	59	2	70	1,6
Bocaina de Minas	12	0,2	8	0,1	0	0	1	0
Bom Jardim de Minas	10	0,2	37	0,6	11	0,4	4	0,1
Chiador	0	0	6	0,1	13	0,4	16	0,4
Chácara	66	1,2	16	0,3	7	0,2	12	0,3
Coronel Pacheco	69	1,3	41	0,7	6	0,2	2	0
Descoberto	37	0,7	67	1,1	25	0,8	21	0,5
Ewbank da Câmara	24	0,4	30	0,5	6	0,2	37	0,8
Goianá	12	0,2	28	0,5	16	0,5	39	0,9
Guarará	44	0,8	11	0,2	25	0,8	11	0,2
Juiz de Fora	3731	67,8	4736	78,3	2307	76,3	3482	77,4
Liberdade	34	0,6	40	0,7	16	0,5	31	0,7
Lima Duarte	64	1,2	40	0,7	69	2,3	102	2,3
Mar de Espanha	37	0,7	25	0,4	81	2,7	103	2,3
Maripá de Minas	21	0,4	14	0,2	48	1,6	72	1,6
Matias Barbosa	146	2,7	83	1,4	57	1,9	85	1,9
Olaria	3	0,1	5	0,1	2	0,1	1	0
Oliveira Fortes	59	1,1	6	0,1	4	0,1	4	0,1
Pedro Teixeira	14	0,3	11	0,2	9	0,3	11	0,2
Pequeri	11	0,2	13	0,2	16	0,5	20	0,4
Piau	1	0	6	0,1	6	0,2	18	0,4
Rio Novo	62	1,1	60	1	46	1,5	79	1,8
Rio Preto	7	0,1	33	0,5	30	1	47	1
Rochedo de Minas	64	1,2	38	0,6	0	0	0	0
Santa Bárbara do Monte Verde	64	1,2	31	0,5	0	0	0	0
Santa Rita de Jacutinga	16	0,3	9	0,1	5	0,2	3	0,1
Santana do deserto	17	0,3	11	0,2	12	0,4	19	0,4
Santos Dumont	394	7,2	306	5,1	24	0,8	35	0,8
Senador Cortes	42	0,8	7	0,1	10	0,3	16	0,4
Simão Pereira	29	0,5	15	0,2	22	0,7	31	0,7
São João Nepomuceno	232	4,2	172	2,8	10	0,3	25	0,6
Total	3.731	100	4.736	100	2.307	100	3.482	100

Legenda:

a: Número de atendimentos de residentes no município de origem

b: Proporção de atendimentos do serviço de atendimento localizado no município de destino

O fluxo da modalidade intelectual é o único descentralizado da rede e conta com fluxo de atendimentos nos municípios de Juiz de Fora, Santos Dumont, Liberdade, São João Nepomuceno e Rio Novo. Juiz de Fora é referência para os municípios: Belmiro Braga, Chácara, Chiador, Coronel Pacheco, Ewbank da Câmara, Juiz de Fora, Matias Barbosa, Piau, Santana do Deserto e Simão Pereira. Santos Dumont é referência para os municípios de Aracitaba, Oliveira Fortes e Santos Dumont. Liberdade é referência para: Arantina, Bocaina de Minas, Bom Jardim de Minas e Liberdade. São João Nepomuceno para os municípios de: Bicas, Descoberto, Guarará, Mar de Espanha, Maripá de Minas, Pequeri, Rochedo de Minas, São João Nepomuceno e Senador Cortes. Rio Novo é referência para os municípios de Goianá e Rio Novo.

O fluxo da modalidade intelectual dos 2023 e 2024 é representado pela Tabela 3 e é visualizado pelo mapa de fluxo presente na Figura 1. Nota-se que o número total de atendimentos realizados aumentou em Juiz de Fora, que registrou 40.982 atendimentos em 2023, e 43.172 atendimentos em 2024, Santos Dumont registrou 1.371 atendimentos em 2023 e 1.478 atendimentos em 2024, Liberdade apresentou 2.788 atendimentos em 2023 e 6.211 em 2024, exceto no município de São João Nepomuceno, onde houve queda dos atendimentos, com 3.921 atendimentos em 2023 e 2.224 em 2024.

O município de Aracitaba apresentou dois fluxos de atendimento, seu serviço de referência pactuada pela rede é em Santos Dumont, porém a maior parte dos atendimentos são realizados em Juiz de Fora. O mesmo acontece com Bom Jardim de Minas que tem sua referência pactuada em Liberdade, mas também apresenta atendimentos em Juiz de Fora. Rio Novo apresentou dois fluxos de atendimento e mesmo o município possuindo serviço de referência para a modalidade intelectual, em 2023 também foram registrados atendimentos em São João Nepomuceno. Bicas e Lima Duarte não registraram atendimentos em 2023.

Tabela 3 – Tabela de Fluxo de atendimento das pessoas com deficiência intelectual na RCPD

Origem	Destino ^a	Total origem	Proporção origem ^c 2023	Proporção destino ^d 2023	Total origem	Proporção origem ^c 2024	Proporção destino ^d 2024
--------	----------------------	--------------	------------------------------------	-------------------------------------	--------------	------------------------------------	-------------------------------------

		^b 2023 (n)	(%)	(%)	^b 2024 (n)	(%)	(%)
Andrelândia	-	0	0	0	0	0	0
Aracitaba	Juiz de Fora	147	97,4	0,3	123	91,1	0,3
Aracitaba	Santos Dumont	4	2,6	0,3	12	8,9	0,8
Arantina	Liberdade	2	100	0,1	2	100	0
Belmiro Braga	Juiz de Fora	8	100	0	103	100	0,2
Bicas	São João Nepomuceno	-	-	-	14	100	0,4
Bocaina de Minas	Liberdade	70	100	2,4	132	100	2,1
Bom Jardim de Minas	Juiz de Fora	262	84,8	0,6	109	54	0,2
Bom Jardim de Minas	Liberdade	47	15,2	1,6	93	46	1,4
Coronel Pacheco	Juiz de Fora	759	100	1,7	714	100	1,6
Descoberto	São João Nepomuceno	2109	100	33,6	1032	100	30,6
Ewbank da Câmara	Santos Dumont	51	100	3,6	82	100	5,2
Goianá	Rio Novo	144	100	15,4	24	100	7,9
Juiz de Fora	Juiz de Fora	40982	100	93,7	43172	100	95,6
Liberdade	Liberdade	2788	100	95,9	6211	100	96,5
Lima Duarte	Lima Duarte	-	-	-	67	100	100
Matias Barbosa	Juiz de Fora	350	100	0,8	197	100	0,4
Oliveira Fortes	Santos Dumont	8	100	0,6	1	100	0,1
Pedro Teixeira	Juiz de Fora	122	100	0,3	84	100	0,2
Piau	Juiz de Fora	314	100	0,7	223	100	0,5
Rio Novo	Rio Novo	793	99,7	84,6	280	100	92,1
Rio Novo	São João Nepomuceno	2	0,3	0	0	0	0

Rochedo de Minas	São João Nepomuceno	241	100	3,8	107	100	3,2
Santa Bárbara do Monte Verde	Juiz de Fora	115	100	0,3	60	100	0,1
Santos Dumont	Santos Dumont	1371	100	95,6	1478	100	94
Senador Cortes	Juiz de Fora	472	100	1,1	305	100	0,7
Simão Pereira	Juiz de Fora	187	100	0,4	61	100	0,1
São João Nepomuceno	São João Nepomuceno	3921	100	62,5	2224	100	65,9

Legenda:

a: Município do atendimento

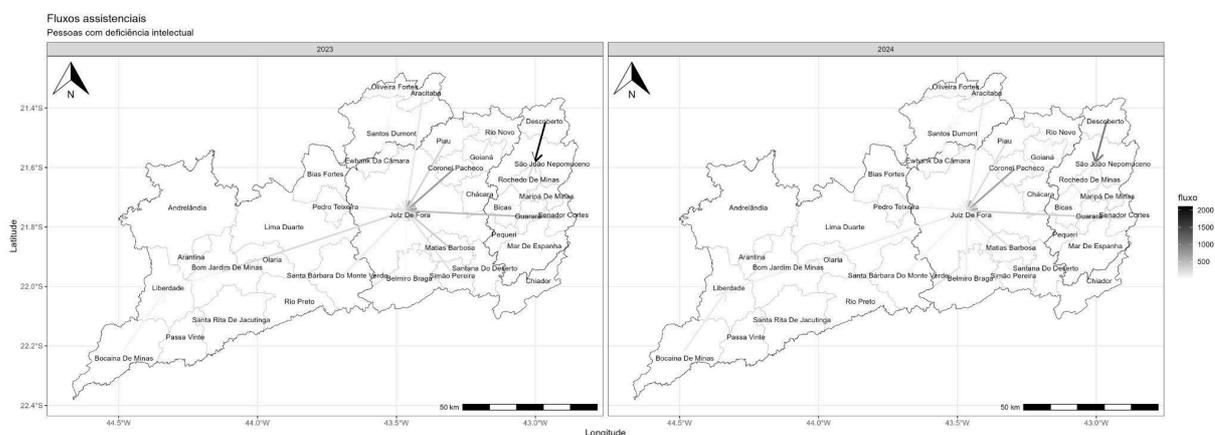
b: Número de atendimentos do município de origem

c: Proporção de atendimentos do município de origem realizados no serviço de destino

d: Proporção de atendimentos de residentes do município de origem no serviço de destino

A Figura 1 apresenta o mapa de fluxo de atendimento das pessoas com deficiência intelectual. No primeiro mapa observa-se através das setas o fluxo de atendimento realizado no ano de 2023 e no segundo mapa os atendimentos de 2024.

Figura 1 – Mapa do fluxo de atendimento das pessoas com deficiência intelectual entres os anos de 2023 e 2024 na RCPD



DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra que a área de abrangência da SRS/Juiz de Fora é composta por 9 serviços especializados de modalidade única que oferecem atendimento na RCPD; destes, temos uma referência para cada modalidade de reabilitação auditiva, visual, física e ostomias e 5 serviços de referência para reabilitação intelectual. O serviço que possui o maior número de atendimentos é o de reabilitação visual e somente a modalidade intelectual possui atendimento descentralizado. As demais modalidades fazem os encaminhamentos para os serviços presentes em Juiz de Fora. O presente estudo apresenta uma possível limitação nos registros de atendimento realizado pelo profissional de saúde do serviço especializado e sua inclusão no SIA/SUS, o que pode levar à subnotificação, além disso, alguns serviços também são referência para outros tratamentos e oferecem atendimentos a pessoas que não possuem deficiência. Contudo a pesquisa confere ineditismo na sua área temática e potencial de melhoria de acesso das pessoas com deficiência aos serviços ofertados, além de ampliar a perspectiva da gestão e dos profissionais envolvidos a partir dos resultados encontrados.

O presente estudo indica que o maior número de serviços disponíveis na região estudada são voltados para reabilitação intelectual. No Brasil 74,5% dos serviços especializados existentes são voltados para reabilitação intelectual e outros estudos de diferentes estados do país também estão em consonância com o encontrado (Ribeiro; Medeiros; Silva, 2022, Medeiros et al., 2024, Maciel et al., 2020; SILVA *et al*, 2022;). Este cenário pode ser relacionado ao contexto da organização histórica de instituições de educação e saúde voltados para o atendimento de pessoas com deficiência intelectual, como por exemplo a APAE (Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais), que está presente em todo o país e a depender da gestão do estado ou município são credenciadas pelo Ministério da Saúde como serviço de referência da RCPD (Maciel et al., 2020, Pletsch, 2014).

Em relação ao fluxo total de atendimentos realizados pelos serviços de reabilitação, foi encontrado a predominância de atendimento para reabilitação visual com 69.858 atendimentos em 2024, seguidos da física, intelectual, auditiva e ostomias. Uma pesquisa realizada em Minas Gerais demonstrou que o maior número de atendimentos realizados em um CER IV foi destinado à reabilitação auditiva, com 39.373 atendimentos, seguidos da reabilitação visual, física, intelectual e deficiência múltipla (Jardim; Lemos; Souza, 2023). Esse fato pode estar relacionado à diferença do perfil de usuários, tamanho do território e maior número de consultas para avaliação, retorno e acompanhamentos em cada modalidade (Jardim; Lemos; Souza, 2023).

É possível perceber que o número total de atendimentos aumentou em todas as modalidades em 2024, porém esse padrão não se reproduz em todos municípios da área de abrangência. Essa variação pode ter influência de outros serviços que oferecem atendimentos às pessoas com deficiência, mas não estão credenciadas pela RCPD. Castro (2021) abordou em seu trabalho a formação das redes invisíveis na RCPD em Campo Grande (MS), demonstrando que serviços particulares de fisioterapia, fonoaudiologia e outras especialidades que também atendem pelo SUS e Hospitais Universitários têm atendimento voltado para o público. Esses atendimentos possuem um impacto no fluxo de atendimento dos serviços de referência credenciados na rede, podendo reduzir o número de atendimentos prestados por estes serviços.

Além disso, o número total de atendimentos realizados pode sofrer influências de outros aspectos, como o registro de atendimento adequado nos sistemas de informação ou aumento da capacidade de atendimento de determinado serviço, idade do paciente, duração do tratamento, disponibilidade de profissionais e a eficácia dos encaminhamentos entre os níveis primários e especializados. (Issa, 2022; Jardim; Lemos; Souza, 2023).

O Centro Especializado em Reabilitação (CER) foi concebido com o propósito de integrar a RCPD e como uma estratégia para a redução da fragmentação da atenção em reabilitação das pessoas com deficiência (Mitre; Andrade; Cotta, 2013). Entretanto, não é a realidade observada na área de abrangência do presente estudo, onde os atendimentos permanecem concentrados em serviços de modalidade única. A predominância de serviços de modalidade única acompanha o padrão observado no estado de Minas Gerais. Existem regiões com vazios

assistenciais, sem qualquer tipo de CER, e também concentração de serviços de modalidade única como estratégia para ampliar a oferta e contemplar todas as modalidades de reabilitação (Campos; Souza; Mendes, 2015; Maciel et al., 2020; Ribeiro et al., 2023).

Outro ponto importante a ser abordado é a centralização de serviços especializados nas áreas urbanas de municípios polo das regiões de saúde, como é apresentado na área de abrangência da SRS/Juiz de Fora. Um estudo realizado no estado de São Paulo também encontrou essas características na rede e enfrenta dificuldades com o aumento da demanda e poucos serviços de reabilitação disponíveis (Mota; Bousquat, 2023). A não uniformidade da distribuição territorial dos serviços refletem em desigualdades territoriais e discrepâncias nos níveis de desenvolvimento social e econômico, e demonstra barreiras no planejamento de políticas públicas e distribuição de recursos (Lima et al., 2017). Além disso, municípios menores não dispõem de complexidade tecnológica para suprir a demanda e a instalação de novos centros, o que é dificultado devido a menor densidade populacional. Esse resultado fortalece a importância de uma rede bem implementada para cumprir os fluxos de atendimento e oferecer serviços para as regiões pactuadas (Rodrigues; Amaral; Simões, 2007; Mota; Bousquat, 2023).

O presente estudo conclui que a identificação e mapeamento dos fluxos na RCPD na área de abrangência ainda enfrentam alguns desafios, principalmente com a centralização dos serviços, estabelecimento de fluxos e falta de Centros Especializados em Reabilitação na região. Todavia, os atendimentos estão sendo realizados pelos serviços de cada modalidade de reabilitação e são ofertados para todos os municípios da região.

REFERÊNCIAS

- BRANCO, Clarice Corbella Castelo. A evolução dos direitos da pessoa com deficiência no histórico constitucional brasileiro. **Revista da Defensoria Pública da União**, v. 20, n. 20, p. 161–186, 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.
- BRASIL. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde; Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, v. 1, n. 1 (mar. 2021). Brasília, Ministério da Saúde, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepções, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.
- CAMPOS, Mariana Fernandes; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 207–210, 2015.
- MACIEL, Fernanda Jorge *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. **CoDAS**, v. 32, p. e20180104, 15 jun. 2020.
- Castro, Ane Milena Macedo de. Rede formal, rede invisível e rede existencial — encontros cartográficos nas múltiplas redes de cuidado às pessoas com deficiência em uma capital brasileira. 2021. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/3876>. Acesso em: 07 nov. 2025.
- ISSA, Fatima Moustafa. Acesso à rede de cuidados em saúde da pessoa com deficiência em um município de fronteira. 5 set. 2022.
- JARDIM, Debora Soares Piotto; LEMOS, Stela Maris Aguiar; SOUZA, Yara Santiago. Produção assistencial de um Centro Especializado em Reabilitação: análise de atendimentos por modalidade e especialidades. **Distúrbios da Comunicação**, v. 35, n. 1, p. e59117–e59117, 1 jun. 2023.
- LIMA, Luciana Dias de *et al.* Arranjos de governança da assistência especializada nas regiões de saúde do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 17, p. S107–S119, 2017.
- MAIA, Maurício. NOVO CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E PROIBIÇÃO DO RETROCESSO. **REVISTA DA AGU**, 30 set. 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.477, de 21 de junho de 2021. Aprovaatualização do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG, Belo Horizonte, 2021.

MEDEIROS, Arthur de Almeida *et al.* Space-temporal analysis of the Specialized Services of the Health Care Network for Persons with Disabilities in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e01342023, 13 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica n° 3/2025-CGSPD/DAET/SAES/MS: orientações para registro de procedimentos no SIA/SUS pelos componentes da Atenção Especializada Ambulatorial da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2025/nota-tecnica-no-3-2025-cgspd-daet-saes-ms.pdf>.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos; BOUSQUAT, Aylene. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220608pt, 7 ago. 2023.

PLETSCH, Marcia Denise. A escolarização de pessoas com deficiência intelectual no Brasil: da institucionalização às políticas de inclusão (1973-2013). **Education Policy Analysis Archives**, v. 22, p. 81–81, 11 ago. 2014.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200767, 21 jun. 2021

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. e00186122, 2023.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320315, 24 out. 2022.

RODRIGUES, Cristina Guimarães *et al.* DISTRIBUIÇÃO DA REDE DE OFERTA DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA REGIÃO NORTE: UMA ANÁLISE ESPACIAL MULTIVARIADA. Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar, 2007. N° 308.

SILVA, S. L. A.; SILVEIRA, N. A. MOREIRA, L. B. NASCIMENTO, A. L. M.; CARVALHO, B. L. S. A rede de cuidados à pessoa com deficiência de Minas Gerais. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Org.). *REDECIN Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. cap. 14, p. 208.

6.2 - ARTIGO 2: Processo de implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em 37 municípios de Minas Gerais

Autores: Helen Vaz da Silva Gomes, Silvia Lanzotti Azevedo da Silva, Letícia Ferreira de Carvalho, Beatriz Francisco Farah, Mário Círio Nogueira.

Resumo

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), criada em 2012 após o programa Viver Sem Limites, busca ampliar o acesso à reabilitação e reduzir desigualdades em saúde. Porém, sua implementação enfrenta desafios nos fluxos assistenciais e encaminhamentos entre os serviços. Diante dessa complexidade, a capacitação de profissionais torna-se essencial. O objetivo deste estudo é avaliar como está o processo de implementação da RCPD após a capacitação realizada pelo projeto de extensão para os em 37 municípios que compõem a área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais. O estudo de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva coletada por meio de grupo focal para avaliar como está o processo de implementação da RCPD após a realização de capacitações. Os dados foram processados pelo software IRAMUTEQ e os resultados demonstrados pela Classificação Hierárquica Descendente, Análise Fatorial de Correspondência, Análise de Similitude e dividido em 3 categorias principais: Fluxo de referência da RCPD; Desafios e barreiras identificados para a implementação da RCPD; Ferramentas para melhoria da implementação da RCPD. Dessa forma, a RCPD, embora estruturada, ainda enfrenta problemas de articulação, comunicação e recursos. As capacitações mostraram-se fundamentais para fortalecer a rede e melhorar o cuidado. O avanço da RCPD depende de educação permanente, gestão comprometida e integração entre serviços para garantir atendimento equitativo às pessoas com deficiência.

Palavras-chave: Pessoas Com Deficiências; Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Capacitação Profissional

Abstract

The Care Network for People with Disabilities (RCPD), created in 2012 after the Living Without Limits program, seeks to expand access to rehabilitation and reduce health inequalities. However, its implementation faces challenges in care flows and referrals between services. Given this complexity, training professionals becomes essential. The objective of this study is to evaluate the implementation process of the RCPD after the training carried out by the extension project for the 37 municipalities that make up the coverage area of the Regional Health Superintendence of Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais. The study used a qualitative, exploratory-descriptive

approach collected through a focus group to evaluate the implementation process of the RCPD after the training. The data were processed using IRAMUTEQ software and the results were demonstrated by Descending Hierarchical Classification, Correspondence Factor Analysis, Similarity Analysis, and divided into three main categories RCPD referral flow; Challenges and barriers identified for the implementation of the RCPD; Tools for improving the implementation of the RCPD. Thus, although structured, the RCPD still faces problems of coordination, communication, and resources. Training proved to be fundamental to strengthening the network and improving care. The advancement of the RCPD depends on continuing education, committed management, and integration between services to ensure equitable care for people with disabilities.

Keywords: Persons with Disabilities; Health Services for Persons with Disabilities; Professional Training

INTRODUÇÃO

As pessoas com deficiência enfrentaram muitos entraves até que a legislação brasileira reconheceu e garantiu seus direitos. O primeiro passo foi dado após a constituição de 1988 e após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, onde a saúde passou a ser direito de todos e dever do estado, mas somente em 2002 houve a criação da Política Nacional da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 1990; BRASIL; 2002). Esses avanços também abriram espaço para a discussão da definição de pessoas com deficiência. O Brasil segue o conceito adotado pela Convenção da ONU de 2006, que considera a deficiência como resultado da interação entre impedimentos e barreiras sociais. As deficiências são classificadas em cinco tipos: física, auditiva, visual, intelectual e múltipla (BUBLITZ, 2012; MAIA, 2013).

A rede de cuidados à pessoa com deficiência (RCPD) foi instituída em 2012, após a criação do programa Viver Sem Limites de 2011. A criação de uma rede específica para esta população é uma tentativa de aumentar o acesso à reabilitação e diminuir as iniquidades em saúde. Assim, a RCPD está presente nos três níveis de atenção do SUS e tem como principal serviço organizador os Centros Especializados de Reabilitação (CER), que ofertam cuidados multidisciplinares para diferentes tipos de deficiência e são classificados conforme a quantidade de modalidades oferecidas (BRASIL, 2011, BRASIL 2012).

A RCPD foi estabelecida em 2012 em Minas Gerais, com a elaboração do Plano de Ação Estadual em 2013, que organizou os municípios do estado conforme o Plano Diretor de Regionalização. Coordenada por um Grupo Condutor Estadual e apoiada por Juntas Reguladoras Regionais, a RCPD busca garantir acesso equitativo e qualificado aos serviços de saúde por meio da estruturação dos fluxos de referência e contrarreferência, especialmente com a APS como porta de entrada (SILVA *et al*, 2022; RIBEIRO *et al.*, 2023).

Estudos apontaram lacunas na implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) desde a elaboração de seu primeiro Plano de Ação, em 2013. No estado de Minas Gerais, verificou-se que apenas 57,9% da rede havia sido implantada, além de terem sido identificadas dificuldades relacionadas à operacionalização dos fluxos assistenciais e dos encaminhamentos entre os diferentes pontos de atenção (RIBEIRO *et al.*, 2023). Em razão dessas limitações, o Plano de Ação foi atualizado em 2021, com o intuito de superar os problemas evidenciados pela análise situacional da RCPD. Tal análise destacou tanto avanços

quanto fragilidades, entre as quais se sobressaem a existência de demandas reprimidas de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM), entraves relacionados ao transporte e insuficiências na estratificação de risco (Minas Gerais, 2021; RIBEIRO et al., 2022).

Dado a complexidade da implementação da RCPD no estado, a capacitação profissional se mostra uma ferramenta de extrema importância para a prática de novos programas e políticas (BRASIL, 2018). O programa Viver sem Limites aborda como uma das metas financiadas, a capacitação de profissionais do Núcleo de Apoio de Necessidades Específicas e dos profissionais de segurança pública. Além disso, de acordo com a Lei Brasileira de Inclusão (2015), todos os profissionais que prestam assistência às pessoas com deficiência devem ser garantidos a capacitação inicial e continuada e o poder público deve fomentar o desenvolvimento de pesquisa, inovação e capacitações voltadas para a melhoria da qualidade de vida, trabalho e inclusão social da pessoa com deficiência (BRASIL, 2015).

Em Minas Gerais, observa-se que muitos profissionais da APS desconhecem os fluxos da RCPD e têm percepção equivocada sobre o papel da Atenção Especializada, o que reforça a urgência de treinamentos específicos e contínuos para garantir acesso e cuidado qualificado (SILVA *et al*, 2022).

Este estudo recebeu fomento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por meio do edital PROEXT- PG - Fortalecimento das Ações de Extensão na Pós-Graduação, parceria entre as Pró-Reitorias de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora, além de contar com a parceria da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS/JF) para a realização das etapas do estudo.

Dessa forma, o objetivo deste estudo é avaliar como está o processo de implementação da RCPD após a capacitação realizada pelo projeto de extensão para os em 37 municípios que compõem a área de abrangência da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.

MÉTODOS

O estudo de abordagem qualitativa, exploratória-descritiva, nas quatro microrregiões de saúde de jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora (SRS-JF), Minas Gerais, abrange 37 municípios.

Os serviços que compõem a RCPD são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de cada município e os serviços especializados de referência para cada modalidade de reabilitação. Assim, temos o Instituto Evandro Ribeiro para reabilitação auditiva, Hospital Dr. João Penido para reabilitação física, PAM Marechal para cuidados com ostomias, Associação dos Cegos para reabilitação visual e Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) para reabilitação intelectual.

A população do estudo foram as referências técnicas responsáveis pela RCPD de cada município. Os profissionais foram convidados via E-mail para comparecerem presencialmente na sede da SRS/JF nos dias e locais agendados. Foram incluídas as pessoas que aceitaram participar da pesquisa mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e participaram de pelo menos uma das capacitações promovidas pelo projeto. Foram excluídas as pessoas que chegaram nos dias e local agendado, após o início do grupo focal.

Estratégia Educativa utilizada foram capacitações com as referências técnicas dos municípios. Foram realizadas 3 capacitações que ocorreram nos dias 30 de abril de 2025, 21 de maio de 2025 e 26 de junho de 2025. O tema do primeiro encontro foram os cadastros das pessoas com deficiência no território para otimizar os cadastros em prontuário eletrônico; o segundo encontro abordou o fluxo de encaminhamento da rede, com a finalidade de capacitar os profissionais para realizar o encaminhamento ao serviço de referência de forma adequada; a última capacitação abordou o matriciamento como estratégia de melhoria da rede.

As capacitações foram desenvolvidas com recursos visuais para a explanação dos conteúdos, conversa com os participantes e troca de experiências. Foram produzidos vídeos e cartilhas para subsídio de informações e consulta, bem como para os auxiliarem nos repasses e capacitações de suas equipes locais. Todos os membros da equipe do projeto participaram da realização das capacitações.

Dois meses após a realização das capacitações, os participantes foram convidados a participarem da coleta de dados por meio de grupo focal para avaliar como está o processo de implementação da RCPD após a realização das capacitações. Os grupos focais foram realizados no mês de agosto de 2025. Grupos focais são metodologias qualitativas usadas em pesquisas na área da saúde

e consistem em entrevistas grupais para analisar as informações por meio das interações entre as pessoas do grupo (Trad, 2009).

Os participantes foram informados sobre o método e a organização do grupo, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e após ficaram livres para escolher participar ou não da pesquisa.

Para nortear a discussão do grupo, foram realizadas 3 perguntas norteadoras: **1.** Quais mudanças vocês perceberam que houve melhora na rotina de trabalho e na organização das equipes após as capacitações sobre a RCPD? **2.** Como está o processo de implantação ou fortalecimento da RCPD no município desde as capacitações? Quais desafios ou barreiras vocês ainda enfrentam para colocar a RCPD em prática? **3.** Como tem sido o envolvimento da equipe e o diálogo com a gestão no cuidado à pessoa com deficiência? Os áudios dos grupos focais foram gravados, posteriormente transcritos e compuseram um corpus de análise único.

Todos os participantes receberam um código para diferenciar o município que representavam (Mun_1; Mun_2; Mun_3) garantindo o sigilo e anonimato das informações.

Os 37 municípios foram divididos em dois grupos focais de acordo com disponibilidade de horário. Participaram 12 no primeiro grupo e 11 no segundo grupo. O conteúdo foi suficiente para permitir o aprofundamento, a abrangência e a diversidade do processo de compreensão do objeto estudado após a finalização do segundo grupo focal.

Para o processamento de dados foi utilizado o software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), 0.7 alpha 2, foi utilizado para auxiliar o processo de tratamento, análise e interpretação dos dados. Para que as análises sejam úteis à classificação de qualquer material textual, requer-se uma retenção mínima de 75% dos segmentos de textos (Santos, 2017; Camargo; Justo, 2018). Neste estudo, a retenção foi de 75,94%. Foram realizadas as análises de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise Fatorial de Correspondência e a Análise de Similitude.

Para a análise dos dados foi utilizado a técnica de análise de conteúdo pelo método de Laurence Bardin, organizada em três fases, pré análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Na fase inicial, pré-análise, foi realizada a leitura flutuante dos documentos, o material foi organizado, gerando um corpus textual, composto pelos textos provenientes da transcrição dos grupos focais individuais. O corpus foi fracionado em unidades, agrupado conforme similaridade para ser processado no IRAMUTEQ.

Na fase de exploração do material, foi realizada a codificação e categorização. As categorias do material são vistas como rubricas ou classes que agrupam determinados elementos, reunindo características comuns. Na terceira fase, procedeu-se ao tratamento e interpretação dos resultados obtidos, por meio da inferência e interpretação, aprofundando-se na análise dos dados e estabelecendo uma correlação com o referencial teórico e com os objetivos do trabalho. Emergiram 3 categorias: 1) Fluxo de referência da RCPD; 2) Desafios e barreiras identificados para a implementação da RCPD; 3) Ferramentas para melhoria da implementação da RCPD

O projeto foi submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, Minas Gerais, e aprovado sob parecer de número 6.409.111.

RESULTADOS

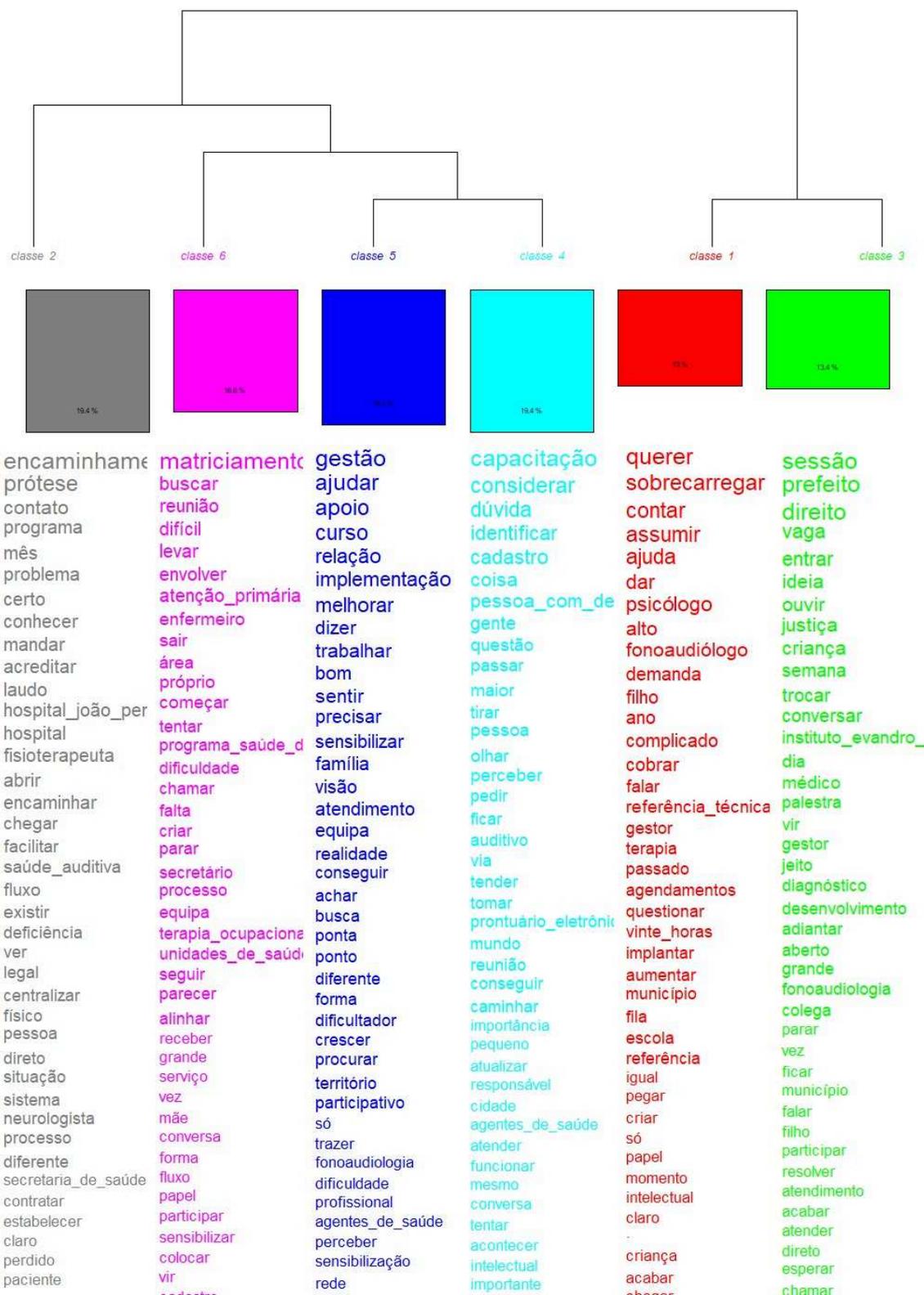
Os participantes dos grupos focais foram representados por 18 municípios, destes, 4 municípios enviaram mais de um representante, totalizando 23 participantes. Dos 37 municípios, 19 não aderiram à participação da pesquisa.

ANÁLISE IRAMUTEC

Foi produzido um corpus textual único, composto por 23 textos provenientes da transcrição dos grupos focais. O corpus geral foi separado em 334 segmentos de textos (STs), com aproveitamento de 75,94% dos vocábulos, ou seja, 284 segmentos foram classificados.

O corpus textual foi processado no IRAMUTEQ e através da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), gerou 6 classes, conforme a semelhança dos vocábulos, representadas pelo dendrograma da figura 1. Dos 284 segmentos de texto (ST), 37 ST (13%) foram classificados na classe 1, 55 ST (19,4%) na classe 2, 38 ST (13,4%) na classe 3, 55 ST (19,4%) na classe 4, 52 ST (18,3%) na classe 5 e 47 ST (16,6%) na classe 6 (Figura 1).

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) do corpus textual

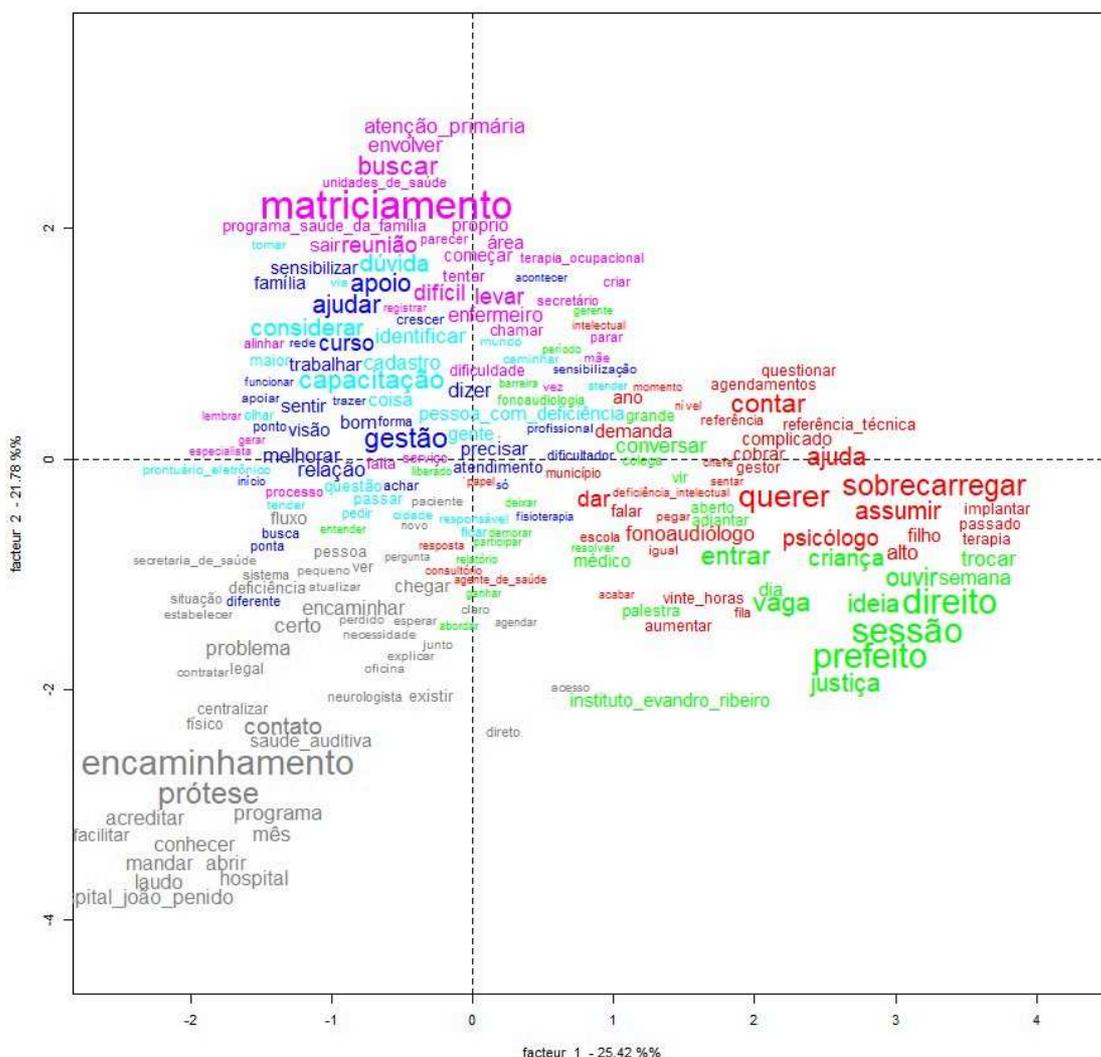


Fonte: Elaborado pelos autores

O corpus textual, foi dividido em dois sub-corpus, separando o conteúdo das classes 1 e 3 do restante do material, indicando que essas duas classes estão fortemente ligadas, mas possuem vocábulos de natureza distinta do restante. Ambas as classes

representam desafios e barreiras para a implementação da RCPD. A classe 1 representa os desafios com a falta de profissionais e aumento da demanda e a classe 3 representa os desafios no diálogo com a gestão e disponibilidade de vagas. Esta divisão do corpus textual deu origem a dois sub-corpus. O primeiro deles é a classe 2, que aborda o encaminhamento para o serviço especializado e o segundo é a classe 6 que fala sobre o apoio matricial e a classe 6 gerou as classes 5 e 4 que estão correlacionadas, a classe 5 aborda o apoio da gestão para a melhoria da implantação da RCPD e a classe 4 a identificação da pessoa com deficiência no território e educação permanente.

Figura 2 – Análise Fatorial de Correspondência (AFC)



Fonte: Elaborado pelos autores

Observa-se na AFC, o quadrante inferior esquerdo é representado pela classe 2 (cinza), que traz elementos do encaminhamento para o serviço especializado, sendo as palavras “encaminhamento”, “contato”, “prótese”, “conhecer”, “mês”, “problema” e “programa” algumas das palavras mais influentes desta classe que se relaciona com o processo de encaminhamento na rede de acordo com as modalidades e serviços ofertados.

“A questão de órtese e prótese aqui no Município é excelente, encaminho direto para o Hospital João Penido, então isso é tudo positivo, eu acho que a gestão só precisa melhorar um pouco a visão em relação a essas demandas da pessoa com deficiência.”

Mun_1.2

Na parte superior da AFC, encontram-se as classes 6, 5 e 4 que se misturam, demonstrando alguma similaridade entre os vocábulos. Contudo, as classes abordam temas distintos, as palavras mais relevantes na classe 6 são “matriciamento”, “buscar”, “reunião”, “difícil” e “levar”, o que demonstra o percurso do matriciamento na RCPD e suas dificuldades.

“Então esse matriciamento é da junta, a gente está tentando fazer com atenção primária e os serviços que a gente tem mais contato, mas agora estamos tentando envolver os outros serviços também, de fazer esse tipo de trabalho, mas é um pouco mais difícil por conta da falta de profissionais com tempo.”

Mun_17

A classe 5 ilustra a importância do apoio da gestão para melhoria da implementação da RCPD, isso é observado através das palavras “gestão”, “ajudar”, “apoio”, “curso” e “implementação”.

“Se eu não tiver apoio da gestão até pra organizar uma reunião eu não consigo, eu já marquei reuniões que não foi ninguém, eu acho isso ruim, eu acho que se a gestão me apoiasse eu conseguiria mais adesão.”

Mun_4

A classe 4 aborda a educação permanente dos profissionais como ferramenta de melhoria da RCPD na identificação da pessoa com deficiência no território. As

palavras mais relevantes são capacitação, “dúvida”, “considerar”, “identificar” e “cadastro”.

“E eu gosto muito dessas capacitações. E essa principalmente, porque realmente norteia a gente, o que a gente tem que fazer, porque às vezes você atende um paciente, vai até a secretaria de saúde e aquilo fica parado, porque a gente não sabe que caminho tomar.”

Mun_13

No quadrante inferior direito da figura, observa-se as classes 1 (vermelha) e 3 (verde) que demonstram similaridade nos vocábulos demonstrando alguns desafios e barreiras identificados pelos profissionais para a implementação da RCPD. A classe 1 os termos presentes são “querer”, “sobrecarregar”, “contar”, “assumir” e “ajuda”.

“Está muito difícil porque a demanda aumentou demais. E são terapias que vão durar por anos, e se você der alta você apanha na rua.”

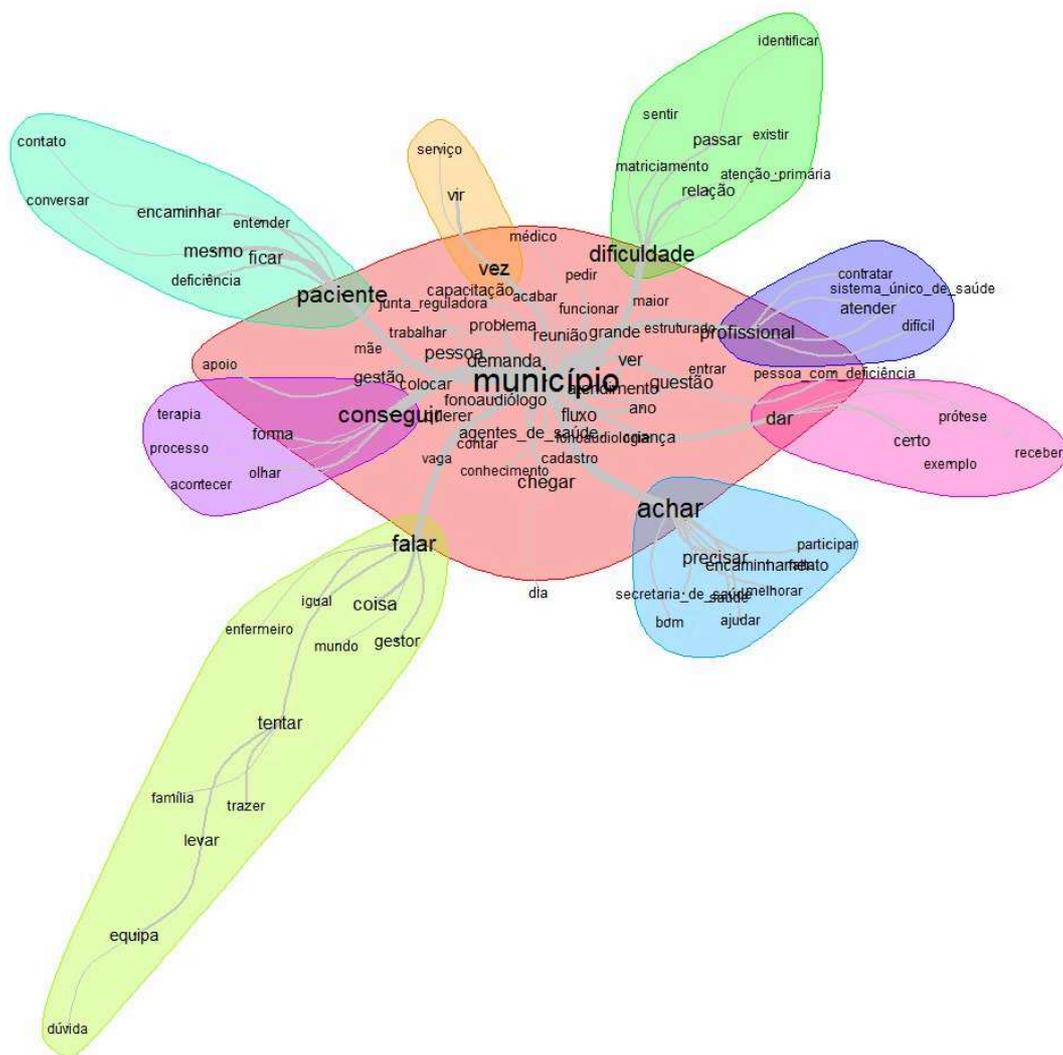
Mun_14.2

A classe 3 apresenta as palavras mais relevantes “sessão”, “prefeito”, “direito” “vaga” e “entrar”.

“É uma sensibilização do gestor grande mesmo. É o prefeito entender que não vai conseguir uma fonoaudióloga para ir no município por trezentos reais, entender o tempo perdido hoje de uma criança autista, uma criança com dois anos, ela vai esperar até os quatro para ser atendida pela fonoaudióloga.”

Mun_9

Figura 3 – Gráfico de similitude (árvore máxima) das formas ou palavras do corpus textual



Fonte: Elaborado pelos autores

Na análise de similitude, pode-se identificar a correlação entre as palavras e o estabelecimento da sua concordância. Observa-se que as palavras “município”, “dificuldade”, “paciente”, “vez”, “consequir”, “falar”, “achar”, “dar” e “profissional” obtiveram uma forte relação na árvore de similitude, pois representam o esforço dos profissionais em estabelecer os fluxos e responder às demandas dos usuários, além de evidenciar elementos essenciais para a RCPD e suas potencialidade e fragilidades entre seus atores.

A palavra “município” aparece no centro da figura, o que demonstra ser o principal ator da rede para a identificação do paciente com deficiência,

implementação e fluxos de encaminhamento da rede. O vocábulo “paciente” evidencia o usuário dos serviços ofertados pela rede.

Já o vocábulo “profissional” está relacionado com os trabalhadores dos serviços vinculados à rede, principalmente na Atenção Primária à Saúde e se relaciona com o vocábulo “dificuldade” que representa os desafios enfrentados com a falta de profissionais na rede para colocar em prática o estabelecimento do fluxo e matriciamento.

“Então esse matriciamento é da junta, a gente está tentando fazer com atenção primária e os serviços que a gente tem mais contato, mas agora estamos tentando envolver os outros serviços também, de fazer esse tipo de trabalho, mas é um pouco mais difícil por conta da falta de profissionais com tempo.”

Mun_17

Quadro 1 – Composição das categorias de análise de conteúdo, segundo Bardin (2011)

Categorias	Classes	Palavra representativa da classe	Denominação
Fluxo de referência da RCPD	Classe 2	“Encaminhamento”	Encaminhamento para o serviço especializado na RCPD
Desafios e barreiras identificados para a implementação da RCPD	Classe 1	“Sobrecarregar”	Falta de profissionais e aumento da demanda
	Classe 3	“Sessão”	Desafios no diálogo com a gestão e disponibilidade de vagas
Ferramentas para melhoria da implementação da RCPD	Classe 4	“Capacitação”	Identificação da pessoa com deficiência no território e educação permanente

	Classe 5	“Gestão”	Apoio da gestão para a melhoria da implantação da RCPD
	Classe 6	“Matriciamento”	Apoio matricial na RCPD

Fonte: Elaborado pelos autores

Categoria 1: Fluxo de referência da RCPD

A categoria 1 é representada pela classe 2 que aborda os encaminhamentos da rede. O fluxo de referência da RCPD na área de abrangência da SRS de Juiz de Fora é bem delimitado e possui serviços de referência para cada modalidade de reabilitação. Dessa forma, os serviços especializados da RCPD têm seus fluxos de referência e contrarreferência previamente definidos. Para garantir a funcionalidade do fluxo, os encaminhamentos devem ocorrer de acordo com a pactuação feita pelos municípios e os serviços de reabilitação que são credenciados pela rede.

De acordo com a pactuação, a modalidade de reabilitação auditiva tem seu serviço de referência no Instituto Evandro Ribeiro em Juiz de Fora, para reabilitação visual a referência é a Associação dos Cegos em Juiz de Fora, a modalidade de reabilitação física tem como referência o Hospital Doutor João Penido em Juiz de Fora, para reabilitação de pessoas com ostomias a referência é o Departamento das Clínicas Especializadas “PAM Marechal” em Juiz de Fora. A reabilitação intelectual é a única modalidade que tem serviços em outros municípios, os serviços oferecidos são SERDI (Serviço Especializado de Reabilitação de Deficiência Intelectual e TEA) e APAE (Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais) de referência e estão presentes nos seguintes municípios: Juiz de Fora (APAE), Lima Duarte (APAE), Liberdade (APAE), Rio Novo (APAE), São João Nepomuceno (Associação Pestalozzi) e Santos Dumont (APAE).

“Na auditiva a gente já tem um fluxo bem estabelecido, porque a gente não tem esse problema, porque a gente já tem o contacto direto com as pessoas, então eu tenho contato daquelas pessoas que vai me encaminhar.”

Categoria 2: Desafios e barreiras identificados para a implementação da RCPD

As classes 1 e 3 descrevem os desafios e barreiras para a implementação da RCPD. Foi encontrado desafios quanto à contratação de profissionais, principalmente fonoaudiólogos, para compor os serviços dos municípios. Além disso, a palavra “sessão” é representativa da classe 3 e demonstra a questão do aumento da demanda e a dificuldade de dar alta para um paciente que necessita de tratamento contínuo e por mais tempo. Outro desafio encontrado foi a dificuldade de dialogar com a gestão sobre as questões da rede e a limitação do número de vagas no Sistema Único de Saúde.

“No Município 6 nós temos fonoaudióloga, é uma só, infelizmente ela não dá conta da demanda do município e acaba sobrecarregada, não dá para atender todo mundo, aí fica aquela fila_de_espera.”

Mun_6

“Sou fonoaudióloga, a dificuldade é essa, chega para você uma deficiência intelectual, Síndrome_de_down e outros sem diagnóstico, Acidente_Vascular_Cerebral chega para você e que dia é que você vai dar alta.”

Mun_14.2

“É uma sensibilização do gestor grande mesmo. É o prefeito entender que não vai conseguir uma fonoaudióloga para ir no município por trezentos_reais, entender o tempo perdido hoje de uma criança_autista, uma criança com dois_anos, ela vai esperar até os quatro para ser atendida pela fonoaudióloga.”

Mun_9

Categoria 3: Ferramentas para melhoria da implementação da RCPD

A categoria 3 é composta pelas classes 4, 5 e 6 e aborda as potenciais ferramentas de melhoria da implementação da RCPD. Foi demonstrado que as capacitações realizadas pelo projeto, principalmente a primeira capacitação com o tema de identificação do cadastro das pessoas com deficiência foi muito esclarecedor para os profissionais e eles puderam disseminar o que aprenderam

para seu município. Outro recurso que faria diferença para a implementação da RCPD é o apoio da gestão, os profissionais encontraram dificuldades de adesão das reuniões programadas e outros empasses com gestão de vagas para alguma especialidade. Alguns municípios relataram também que recebem apoio total da gestão e não possuem nenhuma dificuldade de colocar os fluxos da rede em prática.

O apoio matricial pode ser definido como um trabalho integrado entre a Atenção Primária à Saúde e o serviço especializado, é o espaço onde os profissionais vão discutir casos para compartilhar o cuidado e decidir pelo melhor tratamento terapêutico (Brasil, 2011). Assim, o matriciamento é um recurso importante para uma rede de atenção à saúde e pode diminuir filas e aperfeiçoar os encaminhamentos para a atenção especializada ao encaminhar somente o que a atenção primária não seja capaz de resolver. Apesar desse potencial, foi percebido que muitos municípios não compreenderam o funcionamento do matriciamento e se referem a ele como reunião entre a equipe.

“Mas uma coisa que foi um facilitador foram as capacitações, os materiais que a gente foi recebendo, eu acho que isso ajudou muito até para a gente repassar o que a gente aprendeu aqui.”

Mun_4

“Se eu não tiver apoio da gestão até pra organizar uma reunião eu não consigo, eu já marquei reuniões que não foi ninguém, eu acho isso ruim, eu acho que se a gestão me apoiasse eu conseguiria mais adesão.”

Mun_4

“A gente tem um núcleo agora que é importante, é muito bem estruturado e também temos uma gestão municipal a nível de prefeito que compra essa brigada, ela dá muito valor ao paciente com deficiência.”

Mun_3.2

“Mas a gente tem buscado que eles tenham essa ciência que se nós não fizermos quem vai sair prejudicado vai ser simplesmente o município e eu coloco isso muito claro para eles, que a gente vai ter que parar e fazer o matriciamento para as coisas realmente funcionarem.”

Mun_2

“Em relação ao matriciamento, às vezes a gente tem um pouco de dificuldade por conta dessa quantidade de unidade básica de saúde, mas a gente tenta se estabelecer. A gente faz de forma bem frequente reunião com

supervisores da unidade básica de saúde da atenção primária, para poder ter uma conversa.”

Mun_17

DISCUSSÃO

REFERÊNCIAS

Assis MMA, Jesus WLA. Access to health services: approaches, concepts, policies and analysis model. *Cienc Saude Coletiva*. 2012; 17(11):2865-75.
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100002>.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: [Diário Oficial da União], 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, 6 jul. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem

produzido para o seu fortalecimento?; Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, 2018.

BUBLITZ, Michelle Dias. CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA: COMENTÁRIO À ADPF 182 DO STF. Revista da AJURIS - Qualis A2, v. 39, n. 127, p. 353–369, 28 set. 2012.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Tutorial para o uso do software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Um Software Gratuito para Análise de Dados Textuais. Laboratório de Psicologia Social Comunicação e Cognição - UFSC, 2018.

JARDIM, Debora Soares Piotto; LEMOS, Stela Maris Aguiar; SOUZA, Yara Santiago. Produção assistencial de um Centro Especializado em Reabilitação: análise de atendimentos por modalidade e especialidades. **Distúrbios da Comunicação**, v. 35, n. 1, p. e59117–e59117, 1 jun. 2023.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz *et al.* Ações e estratégias de educação permanente em saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310131, 15 nov. 2021.

MAIA, M. NOVO CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E PROIBIÇÃO DO RETROCESSO. **REVISTA DA AGU**, 30 set. 2013.

MACIEL, Fernanda Jorge *et al.* Análise espacial da atenção especializada na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: o caso de Minas Gerais. **CoDAS**, v. 32, p. e20180104, 15 jun. 2020.

MEDEIROS, L. S. P. Interlocução entre centro especializado em reabilitação e Atenção Primária à Saúde. 75 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva - Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2017.)

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

MOREIRA, Lorrane Brunelle. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO DO BRASIL. 2022.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos; BOUSQUAT, Aylene. Desafios para a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma região de saúde: um olhar a partir das dimensões política, organização e estrutura. **Saúde e Sociedade**, v. 32, p. e220608pt, 7 ago. 2023.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG no 3.477, de 21 de julho de 2021. Aprova a atualização do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Belo Horizonte, 2021.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. e00186122, 2023.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320315, 24 out. 2022.

SILVA, S. L. A.; SILVEIRA, N. A. MOREIRA, L. B. NASCIMENTO, A. L. M.; CARVALHO, B. L. S. A rede de cuidados à pessoa com deficiência de Minas Gerais. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Org.). *REDECIN Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. cap. 14, p. 208.

SANTOS, V. et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping Review. Atas CIAIQ2017. *Investigação Qualitativa em Saúde*, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 392-401. 2017.

Oliveira MM, Campos GWS. Matrix support and institutional support: analyzing their construction. *Ciência Saude Coletiva*. 2015; 20(1):229-38. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.21152013>. PMID:25650617.

Trad, L. A. B.. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis: Revista De Saúde Coletiva*, 19(3), 777–796. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>

7 REFERÊNCIAS

AMORIM, É. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, p. 224–236, 9 fev. 2018.

ATTADEMO, P. F.; DE SOUZA E SOUZA, G. A. A pessoa com deficiência segundo as constituições brasileiras de ontem e de hoje: políticas públicas, direitos e garantias fundamentais, 2016, p. 38-39. 20

BOTELHO, L. C.; LENZI, M. B. Trajetória da identificação das pessoas com deficiência no Brasil: uma análise das pesquisas domiciliares do IBGE. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, p. e03932024, 21 out. 2024.

BRANCO, C. C. C. A evolução dos direitos da pessoa com deficiência no histórico constitucional brasileiro. *Revista da Defensoria Pública da União*, v. 20, n. 20, p.161–186, 2023

BUBLITZ, M. D. CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA: COMENTÁRIO À ADPF 182 DO STF. **Revista da AJURIS - Qualis A2**, v. 39, n. 127, p. 353–369, 28 set. 2012.

BRASIL. Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008. Dispõe sobre a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BRASIL. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a Convenção sobre Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BRASIL. Decreto nº 186, de 9 de julho de 2008. Dispõe sobre a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque. Brasília, DF: Diário Oficial da União.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: [Diário Oficial da União], 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2002.

BRASIL. Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 nov. 2011

BRASIL. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver Sem Limite. Brasília, 2023.

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União, Brasília, 6 jul. 2015

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 835, de 24 de abril de 2012. Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados À Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1.526 , de 11 de outubro de 2023. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2023.

BRASIL. Boletim temático da biblioteca do Ministério da Saúde; Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos, v. 1, n. 1 (mar. 2021). Brasília, Ministério da Saúde, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?; Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Constituição Política do Império do Brazil, 1824.

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1891. 19

BRASIL. Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, 1934. 21

BRASIL. Constituição dos Estados Unidos do Brasil, 1937.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1946. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1967. Brasília, DF: Presidência da República.

CONDESSA, A.M. et al. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 29, n. 5, p. e2018154, 2020.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 455–467, jun. 2018.

FIGUEIRA, E. Caminhando no silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na História do Brasil. 1.ed. São Paulo: Giz, 2008.

IBGE, C. DE T. E R. (ED.). **Pesquisa nacional de saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Ibge, 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico de 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2012

IBGE. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington . Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua de 2022. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde; Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde 2019: percepções, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: IBGE; 2020.

LOCKE, J.; ALEX, A. *Ensaio acerca do entendimento humano*. Rio de Janeiro: Nova Cultural, 1999.

MAIA, M. NOVO CONCEITO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E PROIBIÇÃO DO RETROCESSO. **REVISTA DA AGU**, 30 set. 2013.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, ago. 2010.

MEDEIROS, A. D. A. et al. Use of rehabilitation services by persons with disabilities in Brazil: A multivariate analysis from Andersen's behavioral model. **PLOS ONE**, v. 16, n. 4, p. e0250615, 29 abr. 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG no 3.477, de 21 de julho de 2021. Aprova a atualização do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. Belo Horizonte, 2021.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 32, p. e320315, 24 out. 2022.

SILVA, S. L. A.; SILVEIRA, N. A. MOREIRA, L. B. NASCIMENTO, A. L. M.; CARVALHO, B. L. S. A rede de cuidados à pessoa com deficiência de Minas Gerais. In: RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. A.; SILVA, S. L. A. (Org.). *REDECIN Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. cap. 14, p. 208.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG no 1.545, de 21 de agosto de 2013. aprova o Plano Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Belo Horizonte, 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CIB-SUS/MG n° 3.477, de 21 de junho de 2021. Aprovaatualização do Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG, Belo Horizonte, 2021.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). Belo Horizonte: SES/MG, 2020

MOISES, R. R. Ginástica e Educação Física no Instituto Benjamin Constant de 1930 a 1979: entre a conformação e a formação humanística da pessoa cega. Tese (doutorado em educação) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

MOISES, R. R.; STOCKMANN, D. A pessoa com deficiência no curso da história: aspectos sociais, culturais e políticos. **History of Education in Latin America - HistELA**, v. 3, p. e20780–e20780, 20 jun. 2020.

MOREIRA, L. B. AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO EM CENTROS ESPECIALIZADOS DE REABILITAÇÃO DO BRASIL. Repositório UNIFAL, 2022. Disponível em: <https://bdtd.unifal-mg.edu.br:8443/handle/tede/2074>

PESSOTI, Isaías. Deficiência mental: Da Superstição à Ciência. São Paulo: Quieroz, 1984

PLATÃO. A República. Trad. Maria Helena da Rocha Pereira. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2001

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200767, 21 jun. 2021.

RIBEIRO, K. S. Q. S. et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. e00186122, 2023.

ROCHA, L. R. M. DA et al. Análise textual pormenorizada da Lei Brasileira de Inclusão: perspectivas e avanços em relação aos direitos das pessoas com deficiência. **Práxis Educativa**, v. 17, 2022.

ROULEAU, T. et al. Receipt of dental care and barriers encountered by persons with disabilities. *Spec Care Dentist*, v. 31, n. 2, p. 63-7, 2011.

SANTOS, W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3007–3015, out. 2016.

WASHINGTON GROUP ON DISABILITY STATISTICS. The Washington Group short set on functioning – enhanced (WG-SS Enhanced) Brazilian Portuguese translation. 2020.

8 ANEXOS

ANEXO A – Resposta da Solicitação de Acesso à Informação

02/05/2024, 13:10

SEI/MS - 0040373752 - Formulário: Resposta ao Cidadão



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Coordenação-Geral de Inovação e Aceleração Digital da Atenção Primária

FORMULÁRIO: RESPOSTA AO CIDADÃO

ASSUNTO:

Solicitação de Acesso à Informação - Plataforma "Fala.BR" - Protocolo NUP nº 25072.019552/2024-54.

RESPOSTA:

Prezado (a) Cidadão (ã),

Em resposta ao Pedido de Acesso à Informação, registrado na Plataforma "Fala.BR" sob o protocolo NUP nº 25072.019552/2024-54, foram disponibilizadas as seguintes planilhas em formato XLSX:

- **Planilha LAI - FCI_DEFICIÊNCIA (0040414998)**

Com o intuito de descrever os dados disponibilizados, cabe destacar, inicialmente, trecho do pedido de acesso à informação:

[...] Estou realizando uma pesquisa referente ao projeto de Mestrado em Saúde Coletiva da UFJF e para dar prosseguimento a pesquisa será necessário algumas informações que não foram encontradas nos bancos de dados públicos. Dessa forma, gostaria de solicitar acesso as seguintes informações:

- Números de pessoas com deficiência cadastradas (PCD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Minas Gerais em 2023
- O total de PCD cadastrados nesses municípios por deficiência no ano de 2023
- A frequência total de cadastros de PCD na ESF no ano de 2023
- O número total de pessoas cadastradas na ESF em 2023

A pesquisa conta com aprovação do Comitê de Ética parecer n° 6.340.367.[...]

Depreende-se do pedido de acesso à informação os seguintes questionamentos relacionados ao número de pessoas com deficiência cadastradas na Atenção Primária. Esta Coordenação-Geral responderá os itens grifados abaixo:

- **Números de pessoas com deficiência cadastradas (PCD) na Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios de Minas Gerais em 2023**
- **O total de PCD cadastrados nesses municípios por deficiência no ano de 2023**
- **A frequência total de cadastros de PCD na ESF no ano de 2023**
- **O número total de pessoas cadastradas na ESF em 2023**

O acesso aos dados foi parcialmente concedido, considerando que esta Coordenação-Geral não dispõe de metodologia para calcular frequência total realizada nos registros nas [Ficha de Cadastro Individual](#), sendo assim, considera-se esta uma informação inexistente.

Foi utilizada a base de dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (Sisab) para atendimento à presente solicitação. O Sisab foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para

fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica, substituindo o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab).

Os dados são coletados nos sistemas da estratégia e-SUS APS (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, Coleta de Dados Simplificada - CDS e Aplicativos Android) ou sistemas próprios integrados. A responsabilidade no registro e transmissão dos dados é dos profissionais, estabelecimentos de saúde e secretarias municipais de saúde. Estes dados são enviados ao Centralizador Nacional do e-SUS APS e, posteriormente, ao Sisab, após um processo de validação conforme descrito na [Nota Técnica Explicativa do Relatório de Validação](#). Os dados que chegam ao Sisab estão estruturados conforme modelo das fichas do e-SUS APS CDS (disponíveis no link <https://sisaps.saude.gov.br/esus/>).

Para atender à solicitação, foram consideradas as fichas de cadastro individuais mais recentes de cada indivíduo em Minas Gerais, levando em conta a presença ou ausência de marcação de deficiência, juntamente com a especificação do tipo de deficiência, quando aplicável.

É importante ressaltar que na planilha há linhas em que o campo 'TEM_ALGUMA_DEFICIENCIA?' contém a informação ('SEM_INFORMAÇÃO' ou 'NÃO'), porém indicando a presença de alguma deficiência. Isso ocorreu devido às fichas terem sido originadas de processamentos através de sistemas próprios integrados, em vez dos sistemas da estratégia e-SUS APS (Prontuário Eletrônico do Cidadão - PEC, Coleta de Dados Simplificada - CDS e Aplicativos Android), além disso, essas fichas datam de 2013 a 2015 e não foram atualizadas desde então.

As regras de extração e dicionário de variáveis estão descritos abaixo.

REGRAS DE EXTRAÇÃO

Cadastros:

- Foram considerados os dados estruturados conforme [Ficha de Cadastro Individual](#) da Coleta Simplificada de Dados (CDS) do e-SUS APS e
- Foi considerada apenas o estado de Minas Gerais do cadastro individual mais recente para cada indivíduo.

DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS

Planilha LAI - FCI_DEFICIENTE.XLS (0040373752)	
SG_UF	Sigla do Estado
CO_MUNICIPIO_IBGE	Código do Município IBGE
NO_MUNICIPIO	Nome do Município
TP_EQUIPE	Código do tipo de Equipe
DS_TIPO_EQUIPE	Descrição do tipo de Equipe
TEM_ALGUMA_DEFICIENCIA	SIM; NÃO ou SEM INFORMAÇÃO
DS_DEFICIENCIA	Tipo de Deficiência (Auditiva, Física, Intelectual/Cognitiva, Visual, Outra e Sem Informação)
QT_PESSOAS_CADASTRAS	Quantidade de Pessoas Cadastradas

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

- Acesso concedido
- Acesso negado, justificar a negativa:
- Dados pessoais;

<input type="checkbox"/> Informação sigilosa de acordo classificada conforme a Lei nº 12.527/2011; <input type="checkbox"/> Informação sigilosa de acordo com a legislação específica; <input type="checkbox"/> Pedido desproporcional ou desarrazoado; <input type="checkbox"/> Pedido exige tratamento adicional de dados; <input type="checkbox"/> Pedido genérico; <input type="checkbox"/> Pedido incompreensível; <input type="checkbox"/> Processo decisório em curso.
(X) Acesso parcialmente concedido, justificar: <input type="checkbox"/> Parte da informação contém dados pessoais; <input type="checkbox"/> Parte da informação demandará mais tempo para produção; <input type="checkbox"/> Parte da informação é de competência de outro órgão/entidade; <input type="checkbox"/> Parte da informação é sigilosa de acordo com legislação específica; <input type="checkbox"/> Parte da informação é sigilosa e classificada conforme a Lei nº 12.527/2011; <input checked="" type="checkbox"/> Parte da informação é inexistente; <input type="checkbox"/> Parte do pedido é desproporcional ou desarrazoado; <input type="checkbox"/> Parte do pedido é genérico; <input type="checkbox"/> Parte do pedido é incompreensível; <input type="checkbox"/> Processo decisório em curso.
() Informação inexistente. () Órgão não tem competência para responder sobre o assunto.
O pedido de acesso ou sua resposta contém informações sujeitas à restrição de acesso, conforme previsto na Lei nº 12.527/2011? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Área responsável pela resposta: CGIAD/Saps/MS

Atenciosamente,

RODRIGO ANDRÉ CUEVAS GAETE

Coordenador-Geral de Inovação e Aceleração Digital da Atenção Primária

CGIAD/Saps/MS

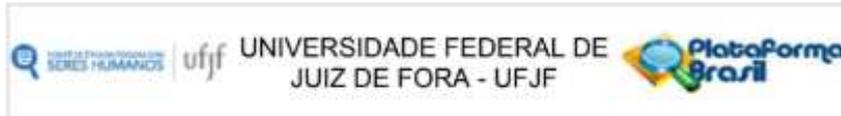


Documento assinado eletronicamente por **Rodrigo André Cuevas Gaete, Coordenador(a)-Geral de Inovação e Aceleração Digital da Atenção Primária**, em 30/04/2024, às 16:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_organizacao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0040373752** e o código CRC **5FF2AB7F**.

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégias para potencialização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência na abrangência de uma Superintendência Regional de Saúde

Pesquisador: Silvia Lanzotti

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 71502323.0.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ACESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.340.367

Apresentação do Projeto:

As informações reproduzidas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"O estudo possui três etapas: uma etapa transversal quantitativa de conhecimento do território, uma etapa transversal qualitativa de avaliação dos profissionais envolvidos da gestão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e uma terceira etapa de intervenção por ações de capacitação".

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

"Objetivo Primário: Conhecer a demanda e a oferta de serviços da RCPD na região de abrangência da SRS/JF e auxiliar na implementação desta em ações de capacitação dos profissionais envolvidos.

Objetivo Secundário: 1) Fazer um diagnóstico da oferta de serviços à pessoas com deficiência nos 3 níveis de atenção; 2) Fazer um diagnóstico da demanda de usuários

com deficiência em cada um dos municípios; 3) Estabelecer os fluxos entre os níveis de atenção percorridos pelos usuários; 4) Avaliar as principais demandas dos profissionais vinculados às juntas reguladoras e das referências técnicas dos 37 municípios envolvidos; 5) Elaborar capacitações de gestores e profissionais ligados à RCPD nos municípios, incluindo as juntas reguladoras, definidas de acordo com as demandas destes

profissionais; 6) Avaliar o nível de implantação da rede nas microrregiões antes e depois das intervenções do projeto, através dos indicadores propostos pelo Estado de Minas Gerais".

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.340.387

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa.

Riscos: A pesquisa apresenta riscos mínimos para os envolvidos. As informações retiradas dos Sistemas de Informação não permitirão a identificação dos usuários e todo acesso será monitorado por profissional responsável pelos bancos de dados da SRS/JF. Em relação às entrevistas, só serão realizadas mediante concordância dos participantes, que serão identificados, no momento da análise e divulgação dos resultados, por códigos alfanuméricos. As capacitações ocorrerão no horário de trabalho, em concordância com as chefias imediatas em horários que não prejudiquem as ações. Todas essas ações minimizam a chance de constrangimento dos envolvidos e também prejuízo do trabalho rotineiro dos profissionais participantes.

Benefícios: A pesquisa abrange 37 municípios do Estado de Minas Gerais, sendo aprovada e tendo apoio da SRS/JF e do Conselho de Secretários Municipais de Saúde local. Desta forma, seus resultados alcançarão todos os municípios, ajudando na implantação da RCPD nos mesmos. Entendemos que, quando a rede não é bem implantada e os responsáveis pela sua organização não estão preparados, os serviços não são bem direcionados, havendo mau uso dos recursos. Nestas situações, os mais prejudicados são as pessoas com deficiência que dependem dos serviços oferecidos. O projeto possibilitará melhor mapeamento da demanda e oferta de serviços, conhecimento das lacunas nas ações dos profissionais das juntas reguladoras e referências técnicas e também propostas para sua capacitação. O projeto também apresenta potencial para se tornar modelo para outras superintendências do estado de Minas Gerais, no processo de implantação da RCPD*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo

Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
UF: MG Município: JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cnp.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 6.340.357

para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a, b, d, e, f, g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CEPs. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Recomendações:

Após sanada a pendência poderá solicitar ao CEP/UFJF parecer ad referendum.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Rever o número de participantes, pois nas Informações Básicas do Projeto consta 61 e na folha de Rosto 767457.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sanada a pendência, a pesquisadora deve encaminhar email ao CEP/UFJF solicitando a aprovação ad referendum do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_2178855.pdf	01/10/2023 11:27:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Ajustado.pdf	01/10/2023 11:24:43	Silvia Lenziotti	Aceito
Outros	Lattes_Leticia.pdf	18/07/2023 22:12:18	Silvia Lenziotti	Aceito
Outros	Lattes_Mario.pdf	18/07/2023 22:12:03	Silvia Lenziotti	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
 Bairro: SAO PEDRO CEP: 36.036-900
 UF: MG Município: JUIZ DE FORA
 Telefone: (32)2102-3788 E-mail: cep.propp@ufjf.br

Continuação do Parecer: 0.340.387

Outros	Lettes_Silvia.pdf	18/07/2023 22:11:11	Silvia Lanzotti	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/07/2023 22:10:25	Silvia Lanzotti	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_SESMG.pdf	13/07/2023 08:52:23	Silvia Lanzotti	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	13/07/2023 08:50:06	Silvia Lanzotti	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 03 de Outubro de 2023

Assinado por:
Jubel Barreto
 (Coordenador(a))

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.038-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **E-mail:** cnp.propp@ufjf.br

APÊNDICE A – Formulário Enviado aos Municípios

Projeto RCPD

Seja Bem Vindo!

Este é um formulário com objetivo de auxiliar na avaliação da implantação da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiências (RCPD).

Sua resposta vai nos ajudar a entender as dificuldades enfrentadas pelos municípios para o encaminhamento e fluxo da rede.

Desde já agradecemos sua participação!

helen.vaz@estudante.ufjf.br [Mudar de conta](#)



O nome, a foto e o e-mail associados à sua Conta do Google serão registrados quando você fizer upload de arquivos e enviar este formulário.

*** Indica uma pergunta obrigatória**

E-mail: *

Sua resposta

Município que representa: *

Sua resposta

Formação profissional e cargo que exerce na rede: *

Sua resposta

1- Como é realizado o cadastro de Pessoas com Deficiência (PcD) no seu município? *

Sua resposta _____

2- Você acha que os profissionais da equipe estão capacitados para identificar as PcD? Por quê? *

Sua resposta _____

3- Você acha que os dados de PcD no geral e divididos por deficiência apresentados na última reunião (Apresentação no link a seguir: <https://drive.google.com/file/d/1yAg29tI9MJCbctJ0wOui9Mr5cfC12zOD/view?usp=sharing>) estão condizentes com a realidade no seu território? *

Sua resposta _____

4- Em caso de não correspondência, por quê?

Sua resposta _____

Você conhece o fluxo de encaminhamento para os serviços de referencia da RCPD? *

Sim

Não

Você gostaria de sugerir algum tema relacionado a RCPD para a próxima reunião?

Sua resposta

A fim de auxiliá-los no processo de qualificação dos cadastros das Pessoas com Deficiência, solicitamos que anexem aqui o Relatório de Cadastro Individual da base local E-SUS de seu município, extraído conforme orientações abaixo: *

e-SUS APS

Relatório de cadastro individual

FILTROS QUE DEVEM SER UTILIZADOS:

Período: 01/06/2024 a 30/06/2024 (junho de 2024)

Unidade de saúde: Todas

Equipe: Todas

Profissional: Todos

CBO: Todos

Filtros personalizados: Nenhum

Anexe aqui o relatório da base local E-SUS do seu município referente ao cadastro de PcD na competência do mês de Junho.

Faça upload de 1 arquivo aceito. O tamanho máximo é de 10 MB.

 [Adicionar arquivo](#)



**SEMINÁRIO FINAL:
AÇÕES PARA
ORGANIZAÇÃO,
INTEGRAÇÃO E
APOIO DA REDE DE
CUIDADOS À PESSOA
COM DEFICIÊNCIA -
APOIAR MG**

**DIA 30 DE OUTUBRO
ÀS 13H**

**AUDITÓRIO DA
SUPERINTENDÊNCIA
REGIONAL DE SAÚDE DE
JUIZ DE FORA**

**EMISSÃO DE
CERTIFICADO
PELA UFJF**

**INSCRIÇÃO PELO
FORMULÁRIO:
[HTTPS://FORMS.OFFICE.CO
M/R/XYMNVPADOW](https://forms.office.com/r/XYMNVPADOW)**

CONFIRA PROGRAMAÇÃO!

CAPES
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

UFJF
UNIVERSIDADE
FEDERAL DE JUIZ DE FORA

**MINAS
GERAIS**
GOVERNO DIFERENTE.
ESTADO EFICIENTE.



PROGRAMAÇÃO



13H- CREDENCIAMENTO

Obrigatório para emissão de certificados



13:30H- MESA DE ABERTURA

Renan Guilherme Barbosa, Isabel Leite, Érika Andrade, Maria Tereza, Silvia Lanzotti, Arthur Medeiros, Priscila Guedes, Eder Souza (COSEMS)



14H- IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: PANORAMA ATUAL

Convidado: Prof. Arthur de Almeida Medeiros

Coordenador-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência
Ministério da Saúde





PROGRAMAÇÃO



14:30H- IMPLEMENTAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:

PANORAMA ATUAL

Convidada: Priscila Guedes Santana Ursine

Coordenadora de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência e Doenças Raras
Secretaria Estadual de Saúde - SES- MG



15H - APRESENTAÇÃO GERAL DO PROJETO

Silvia Lanzotti Azevedo da Silva

Professora do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF; professora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE)



15:15H- APRESENTAÇÃO DAS OFICINAS

Helen Vaz da Silva Gomes

Enfermeira

Mestranda em Saúde Coletiva pela UFJF





PROGRAMAÇÃO



15:30H - RESULTADO ANÁLISE DE FLUXO

Mário Cirio Nogueira

Professor e chefe do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da UFJF; Professor no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE)



15:45H- RESULTADO ANÁLISE QUALITATIVA

Beatriz Francisco Farah

Vinculada ao Departamento de Enfermagem Básica da Faculdade de Enfermagem UFJF, professora da Pós Graduação em Saúde Coletiva e da Pós Graduação em Enfermagem da UFJF



16H- IMPACTO E PERSPECTIVAS NA RCPD DA REGIÃO

Leticia Ferreira de Carvalho

Especialista em Políticas e Gestão de Saúde/EPGS
Referência Técnica da Coordenação de Redes de Atenção à Saúde /CRAS
Superintendência Regional de Saúde de Juiz de Fora - SRS/JF

16:15H - ENCERRAMENTO E COFFEE BREAK



APÊNDICE C - Resultados e Tabelas referentes a etapa 1 da pesquisa

Tabela 1 - Total de pessoas cadastradas na ESF de acordo com Ministério da Saúde (2023), IBGE (2024) e o formulário enviado por cada município (2024).

Municípios	Total de Cadastros (MS 2023)	Número de habitantes (IBGE 2024)	Total de cadastros (Formulário 2024)
Andrelândia	14392	12169	12091
Aracitaba	2399	2095	2068
Arantina	1393	2991	-
Belmiro Braga	3399	3299	718
Bias Fortes	2882	3.388	2254
Bicas	16067	14331	-
Bocaina de Minas	4411	5508	5581
Bom Jardim de Minas	7777	6968	7625
Chácara	4080	3177	3589
Chiador	3425	2865	-
Coronel Pacheco	3360	2799	3288
Descoberto	5837	5058	5398
Ewbank da Câmara	4471	3977	-
Goianá	3379	4190	3518
Guarará	4820	3132	4090
Juiz de Fora	255021	565764	294946
Liberdade	5206	4775	376
Lima Duarte	15423	17712	15145
Mar de Espanha	11592	13119	16690
Maripá de Minas	3600	3532	5165
Matias Barbosa	15907	14501	14.931
Olaria	2370	1986	2472
Oliveira Fortes	2293	2062	-
Passa Vinte	2455	2301	2307
Pedro Teixeira	2251	1854	1963
Pequeri	3113	3448	-
Piau	3586	2854	3013
Rio Novo	8487	8689	8032
Rio Preto	4898	5240	-

Rochedo de Minas	2852	2363	3237
Santa Bárbara do Monte Verde	3270	3.199	3126
Santa Rita de Jacutinga	4781	4836	4694
Santana do deserto	3619	3819	2046
Santos Dumont	33195	43392	30704
São João Nepomuceno	23540	26478	22442
Senador Cortes	2375	2319	2284
Simão Pereira	3423	3060	-

Fonte: Elaborada pelos autores

Entre a diferença do número de cadastros na Estratégia de Saúde da Família pelo MS e pelos dados enviados pelo formulário preenchido, pode-se destacar alguns municípios que tiveram os valores aproximados, como, Chácara, Coronel Pacheco, Olaria e Senador Cortes (Tabela 2).

Tabela 2 - Comparação de cadastros na ESF de pessoas com deficiência de acordo com MS e pelo formulário preenchido.

Município	Pessoas com Deficiência Cadastradas (MS 2023)	Pessoas com Deficiência (Formulário enviado 2024)
Andrelândia	754	689
Aracitaba	73	57
Arantina	98	-
Belmiro Braga	391	353
Bias Fortes	130	75
Bicas	485	-
Bocaina de Minas	142	184
Bom Jardim de Minas	467	277
Chácara	160	151
Chiador	75	-
Coronel Pacheco	205	194
Descoberto	222	186

Ewbank da Câmara	104	-
Goianá	131	119
Guarará	93	77
Juiz de Fora	7592	7835
Liberdade	188	168
Lima Duarte	616	629
Mar de Espanha	209	57
Maripá de Minas	73	109
Matias Barbosa	422	397
Olaria	70	64
Oliveira Fortes	66	-
Passa Vinte	96	75
Pedro Teixeira	125	111
Pequeri	65	-
Piau	86	52
Rio Novo	409	358
Rio Preto	202	-
Rochedo de Minas	99	115
Santa Bárbara do Monte Verde	143	95
Santa Rita de Jacutinga	276	256
Santana do deserto	96	68
Santos Dumont	1278	1065
São João Nepomuceno	744	658
Senador Cortes	35	34
Simão Pereira	132	-

Elaborada pelos autores

Na Microrregião de Juiz de Fora, os números de cadastros são semelhantes nos municípios que responderam o formulário, chamando atenção para Belmiro Braga com queda significativa no número de pessoas com deficiência visual e Juiz de Fora que houve um aumento expressivo de cadastros de pessoas com deficiência visual.

Tabela 3 - Total de pessoas com deficiência cadastradas na ESF na microrregião de Juiz de Fora em 2023 e 2024.

Municípios	DEFICIÊNCIA									
	Física 2023 ^a	Física 2024 ^b	Intelec- -tual 2023 ^a	Intelec- -tual 2024 ^b	Auditiva 2023 ^a	Auditiva 2024 ^b	Visual 2023 ^a	Visual 2024 ^b	Outr as 2023 ^a	Outr as 2024 ^b
Belmiro Braga	36	34	21	17	19	18	307	17	8	5
Chácara	60	67	18	16	24	23	38	16	18	16
Chiador	26	-	22	-	10	-	11	-	6	-
Coronel Pacheco	61	74	51	54	39	39	37	54	7	10
Ewbank da Câmara	19		7		18		43		12	
Goianá	44	47	33	36	22	21	23	36	5	5
Juiz de Fora	2168	2732	1799	2213	872	984	1487	2213	653	873
Matias Barbosa	109	115	106	105	55	40	117	105	22	31
Piau	26	17	12	12	11	6	27	12	10	8
Rio Novo	153	198	126	156	20	27	63	156	43	50
Santana do Deserto	34	27	20	9	9	6	22	9	9	9
Simão Pereira	33	-	27	-	16	-	46	-	10	-
Total	2779	3311	2242	2618	1115	1164	2221	2618	803	1007

Fonte: Elaborada pelos autores

a: Total de cadastros enviados pelo Ministério da Saúde referente a 2023.

b: Total de cadastros de acordo com o formulário enviado pelos municípios em 2024.

A Microrregião de Lima Duarte não apresenta muitas discrepâncias entre os municípios. Somente Arantina e Rio Preto não responderam o formulário.

Tabela 4 - Total de pessoas com deficiência cadastradas na ESF na microrregião de Lima Duarte em 2023 e 2024.

Municípios	DEFICIÊNCIA									
	Física 2023 ^a	Física 2024 ^b	Intelec- -tual 2023 ^a	Intelec- -tual 2024 ^b	Auditiva 2023 ^a	Auditiv a 2024 ^b	Visual 2023 ^a	Visua l 2024 ^b	Outra s 2023 ^a	Outr as 202 4 ^b
Andrelândi a	164	170	209	209	131	122	151	135	43	53

Arantina	13	-	14	-	14	-	35	-	7	-
Bias Fortes	32	22	20	16	25	26	42	16	6	0
Bocaina de Minas	28	55	34	60	37	43	40	47	3	21
Bom Jardim de Minas	81	67	66	56	82	31	177	115	40	42
Liberdade	52	60	66	73	26	28	33	34	8	13
Lima Duarte	140	147	127	117	86	94	218	294	38	56
Olaria	8	5	34	37	5	5	12	10	10	10
Passa Vinte	26	26	15	13	15	5	32	25	7	6
Pedro Teixeira	52	50	12	17	28	29	27	23	6	6
Rio Preto	60		60		32		24		21	
Santa Bárbara do Monte Verde	46	26	17	22	13	11	48	38	17	16
Santa Rita de Jacutinga	61	71	51	58	54	54	89	99	19	25
Total	763	699	725	678	548	448	928	836	225	248

Fonte: Elaborada pelos autores

a: Total de cadastros enviados pelo Ministério da Saúde referente a 2023.

b: Total de cadastros de acordo com o formulário enviado pelos municípios em 2024.

Na Microrregião de Santos Dumont houve divergência entre as deficiências intelectuais dos municípios de Aracitaba que apresentou diminuição e Santos Dumont que obteve aumento do cadastro. Oliveira Fortes não respondeu o formulário.

Tabela 5 - Total de pessoas com deficiência cadastradas na ESF na microrregião de Santos Dumont em 2023 e 2024.

Municípios	DEFICIÊNCIA									
	Física 2023 ^a	Física 2024 ^b	Intelectual 2023 ^a	Intelectual 2024 ^b	Auditiva 2023 ^a	Auditiva 2024 ^b	Visual 2023 ^a	Visual 2024 ^b	Outras 2023 ^a	Outras 2024 ^b
Aracitaba	31	34	305	26	7	8	4	5	6	5
Oliveira Fortes	28	-	24	-	6	-	4	-	6	-
Santos Dumont	357	356	21	297	197	154	287	256	85	86
Total	416	390	350	323	210	162	295	261	97	91

Fonte: Elaborada pelos autores

a: Total de cadastros enviados pelo Ministério da Saúde referente a 2023.

b: Total de cadastros de acordo com o formulário enviado pelos municípios em 2024.

Na Microrregião de São João Nepumuceno/Bicas também não houveram discrepâncias significativas. Destaque para São João Nepomuceno, que devido ao uso de outro sistema de informação integrado não conseguiu enviar os dados divididos por tipo de deficiência. Bicas e Pequeri não responderam o formulário.

Tabela 6 - Total de pessoas com deficiência cadastradas na ESF na microrregião de São João Nepumuceno/Bicas em 2023 e 2024.

Municípios	DEFICIÊNCIA									
	Física 2023 ^a	Física 2024 ^b	Intelectual 2023 ^a	Intelectual 2024 ^b	Auditiva 2023 ^a	Auditiva 2024 ^b	Visual 2023 ^a	Visual 2024 ^b	Outras 2023 ^a	Outras 2024 ^b
Bicas	131	-	158	-	67	-	60	-	48	-
Descoberto	61	57	37	34	30	21	57	51	34	36
Guarará	48	45	15	16	13	6	10	13	6	8
Mar de Espanha	73	105	43	72	30	38	33	42	17	35
Maripá de Minas	31	48	16	38	9	6	7	15	8	13
Pequeri	23	-	20	-	8	-	7	-	4	-
Rochedo de Minas	26	30	34	38	10	15	23	25	5	7
São João Nepomuc	189	0	187	0	87	0	257	0	24	0

eno										
Senador										
Cortes	13	9	7	9	6	8	6	6	2	2
Total	595	294	517	207	260	94	460	152	148	101

Fonte: Elaborada pelos autores

a: Total de cadastros enviados pelo Ministério da Saúde referente a 2023.

b: Total de cadastros de acordo com o formulário enviado pelos municípios em 2024